

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

Soins obstétricaux d'urgence



GUIDE DU
FORMATEUR


RAISE

Reproductive
Health Access,
Information
and Services
in Emergencies

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 formateur. 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	4
INTRODUCTION	5
INTRODUCTION AU COURS DE FORMATION	6
APERÇU	6
APPROCHE D'APPRENTISSAGE	6
Apprendre pour maîtriser	6
Modélisation du comportement	7
Formation axée sur la compétence	7
Techniques de formation humanistes	7
MÉTHODES PÉDAGOGIQUES	8
Exposés illustrées	8
Activités en groupe	8
Études de cas	8
Jeux de rôle	8
Fiches d'apprentissage et listes de vérification	8
Séances de pratique des compétences	10
Simulations cliniques	10
Exercices d'alerte	11
COMPOSANTES DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	13
UTILISER LE KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	13
FORMATION EN MATIÈRE DE SOINS OBSTÉTRICAUX D'URGENCE	14
CONCEPTION DU STAGE	15
ÉVALUATION	15
SOMMAIRE DU STAGE	16
Description du cours	16
Buts du stage	16
Objectifs de l'apprentissage des participants	16
Méthodes de formation et d'apprentissage	17
Matériel pédagogique	17
Critères de sélection des participants	18
Durée du stage	18
DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE	18
RESPONSABILITÉS DU PARTICIPANT	18
RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE	19
COMPTE RENDU DES ACTIVITÉS	19
Journal de l'expérience clinique	19
Fiches de travail des plans d'action	19
DIRECTIVES D'ENCADREMENT À L'INTENTION DES FORMATEURS	21
Directives, Soutien et Évaluation a titre individuel	21
Discussions individuelles	21
Observation de la pratique clinique	21
Études de cas et simulations cliniques	22
Questionnaire sur l'évaluation des connaissances	22
Directives, Soutien et Évaluation pour l'équipe	22
QUESTIONNAIRES PRÉALABLE DES CONNAISSANCES	23

TABLE DES MATIÈRES (suite)

SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : FICHES D'APPRENTISSAGE ET LISTES DE VÉRIFICATION	
1	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉANIMATION DE L'ADULTE 41
	1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE 42
	1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE 44
2	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT 45
	2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT 46
	2. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT 49
3	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE 62
	3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE 63
	3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE 66
4	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : ÉPISIOTOMIE ET RÉFECTION 68
	4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION 69
	4. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION 71
5	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES 73
	5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES 74
	5. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES 76
6	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE 77
	6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE 78
	6. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE 80
7	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU] OU MISOPROSTOL) ET CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT 82
	7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU]) 83
	7. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE [AMIU]) 86
	8. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL) 88
	8. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL) 90
	9. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT 91
	9. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT 92
8	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : BILAN ET LES SOINS FONDAMENTAUX DU POST-PARTUM, Y COMPRIS LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM 94
	10. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE BILAN DU POST-PARTUM 95
	10. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE BILAN DU POST-PARTUM 98
	11. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM 100
	11. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM 101
9	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE 102
	12. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE 103
	12. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE 105
10	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS 106
	13. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS 107
	13. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS 108
11	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE 109
	14. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE 110
	14. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE 111
12	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : CÉSARIENNE 112
	15. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA CÉSARIENNE 113
	15. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CÉSARIENNE 117
	16. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE 120
	16. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE 124
	17. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE 126
	17. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE 129
	18. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE .. 131
	18. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE 135

TABLE DES MATIÈRES (suite)

19. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RÉSÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE	137
19. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RÉSÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE	141
13 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : EXAMEN NÉONATAL	144
20. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN NÉONATAL	145
20. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXAMEN NÉONATAL	147
14 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : RÉANIMATION NÉONATALE	148
21. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE	149
21. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE	151
15 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : INTUBATION ENDOTRACHÉALE	152
22. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE	153
22. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE	155
JEU DE RÔLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOU	157
ÉTUDE DE CAS	159
1. SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE	159
2. HYPERTENSION GESTATIONNELLE	161
3. TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE PENDANT LA GROSSESSE	163
4. DÉROULEMENT DÉFAVORABLE DU TRAVAIL	165
5. FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT	167
6. SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT	169
SIMULATIONS CLINIQUES	171
PRISE EN CHARGE DU CHOC (SEPTIQUE OU HYPOVOLÉMIQUE)	171
PRISE EN CHARGE DES CÉPHALÉES, DE LA VISION FLOUE, DES CONVULSIONS, DE LA PERTE DE CONNAISSANCE OU DE LA TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	174
PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE	179
PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT	181
PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ ASPHYXIÉ	183
CONSEILS POUR LES FORMATEURS	185
ÊTRE UN FORMATEUR EFFICACE	185
CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE	185
TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT	186
CRÉER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF	186
SE PRÉPARER À LA FORMATION	186
COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT	187
UTILISER DES COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES	189
RÉALISER DES ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES	190
FAIRE DES PRÉSENTATIONS INTERACTIVES	190
FACILITER LES DISCUSSIONS EN GROUPE	192
FACILITER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES	193
FACILITER LES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES	193
DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE	194
ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES	195
GÉRER LA PRATIQUE CLINIQUE	196
INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC DES PATIENTES	197
CRÉER DES POSSIBILITÉS D'APPRENTISSAGE	197
RÉUNIONS PRÉ ET POST-PRATIQUE CLINIQUE	199
LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR	199
LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR	200

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 elle permet aux participants de recevoir un feedback continu, leur montrant s'ils sont bien en train d'atteindre les objectifs du stage.
- Moins stressante car, dès le départ, les participants, tant individuellement qu'en groupe, savent ce qu'ils

doivent apprendre, où ils peuvent trouver l'information et qu'ils ont d'amples possibilités de discussion avec le formateur.

L'apprentissage pour maîtriser s'inspire des principes de la formation pour adultes. En effet, l'apprentissage a un caractère participatif, pertinent et pratique. Il part de ce que le participant sait déjà ou fait déjà, et lui donne l'occasion d'exercer de nouvelles compétences. Voici les caractéristiques essentielles de l'apprentissage pour maîtriser :

- 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.

DIRECTIVES d'ENCADREMENT à l'INTENTION des FORMATEURS

Les formateurs devront rendre visite aux participants sur leurs lieux de travail respectifs pendant l'exercice pratique auto-dirigé de six semaines à trois mois afin d'apporter directive et soutien, à titre individuel et collectif, et d'évaluer les connaissances et les compétences des participants. La visite se fera six à douze semaines après la formation initiale. D'autres visites devront être organisées, le cas échéant, en fonction des besoins individuels et collectifs des participants. Les formateurs établiront un calendrier des visites avant que les participants ne reviennent dans leurs établissements.

Directives, soutien et évaluation à titre individuel

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

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

Discussions individuelles

Les formateurs devront rencontrer chaque participant aux fins suivantes :

- Revoir le Journal d'expérience clinique
- Discuter avec les clientes auxquelles le participant a fourni des SOU, notamment les symptômes qui se présentent, le diagnostic, le traitement et les résultats.
- Discuter pour voir si les besoins d'apprentissage individuels ont été satisfaits ou non.
- Déterminer la meilleure manière de répondre aux besoins d'apprentissage pendant le restant de l'exercice pratique (première visite d'encadrement) et, le cas échéant, au-delà de l'exercice pratique (seconde visite d'encadrement).
- Discuter des facteurs qui ont facilité la pratique clinique et de ceux qui l'ont rendue difficile, y compris la manière de venir à bout de ces difficultés.

- Discuter d'autres questions/aspects, tels que définis par le participant.

Observation de la pratique clinique

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

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

* prestataires qui font la chirurgie uniquement

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

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

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

Études de cas et simulations cliniques

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

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

Questionnaire sur l'évaluation des connaissances

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

Directive, soutien et évaluation pour l'équipe

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

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

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.

Utilisation du questionnaire

Cette évaluation des connaissances est conçue pour aider les participants à suivre leurs progrès pendant le cours. À la fin du cours, les participants doivent obtenir une note d'au moins 85 %.

Le questionnaire doit être administré à un moment du cours où tous les domaines matières ont été présentés. Une note de 85 % ou plus indique la maîtrise, du point de vue des connaissances, de la matière présentée dans le ou les manuels de référence. Dans le cas de ceux qui n'obtiennent pas 85 % à la première tentative, le formateur clinicien doit revoir les résultats avec les participants individuellement et les aider à utiliser le ou les manuels de référence pour acquérir l'information requise. Les participants qui obtiennent moins de 85 % peuvent refaire le questionnaire à n'importe quel moment pendant le reste du cours.

L'examen de reprise ne doit être fait que lorsque le participant a eu suffisamment de temps pour étudier les manuels de référence.

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

Questionnaire préalable des connaissances (suite)

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.

Questionnaire préalable des connaissances – CLÉ DES RÉPONSES

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.	VRAI
2. Une femme qui a un choc suite à une urgence obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant.	VRAI
3. Une femme avec une grossesse ectopique non rompue a généralement des symptômes d'évanouissement et de faiblesse.	FAUX
4. Une femme enceinte avec anémie grave a généralement du mal à respirer ou une respiration sifflante.	FAUX
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.	FAUX
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.	FAUX
7. L'évaluation d'une femme avec saignement vaginal après 22 semaines de grossesse doit se limiter à l'examen abdominal.	FAUX
SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
8. L'hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l'accouchement.	FAUX
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.	VRAI
10. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l'accouchement demande une intervention rapide et active.	VRAI
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.	VRAI
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.	FAUX
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.	FAUX
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.	FAUX
CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	
15. L'hypertension gestationnelle peut être liée à des protéines dans l'urine.	VRAI
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.	VRAI
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.	VRAI
18. La prise en charge de la prééclampsie légère se fait à l'aide de sédatifs et de tranquillisants.	FAUX
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.	FAUX
PARTOGRAMME	
20. La dilatation du col est portée à droite de la ligne d'alerte du partogramme et indique un déroulement défavorable du travail.	VRAI

Questionnaire préalable des connaissances – Clé des réponses (suite)

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.	VRAI
22. Si la phase active du travail est prolongée, l'accouchement devrait se faire par césarienne.	FAUX
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.	VRAI
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.	VRAI
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.	VRAI
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.	VRAI
27. Lorsque la tête du fœtus est bien fléchiée avec position occipitale antérieure ou transverse (au début du travail), on peut prévoir un accouchement eutocique.	VRAI
28. Si le travail est prolongé en cas de présentation par le siège, une césarienne sera faite.	VRAI
29. Dans le cas d'un seul fœtus de taille importante, l'accouchement devrait se faire par césarienne.	FAUX
30. Une cicatrice utérine transverse d'une grossesse antérieure est une indication pour une césarienne électorale.	FAUX
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.	FAUX
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.	VRAI
FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
33. Une douleur et/ou une sensibilité dans la région lombaire peut être un signe de pyélonéphrite aiguë	VRAI
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.	VRAI
35. Des douleurs abdominales basses et une sensibilité utérine, avec des lochies malodorantes sont des signes caractéristiques de la métrite.	VRAI
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.	VRAI

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 ; URGENGE OBSTETRICALE	25															
	26															
	27															
	28															
	29															
FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT	30															
	31															
	32															
	33															
	34															
RÉANIMATION NÉONATALE POURCENTAGE	35															
	36															

Questionnaire des connaissances a mi-stage

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

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

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
 - A. que l'on fasse un test de compatibilité sanguine et que l'on prenne les dispositions en vue d'une laparotomie immédiate
 - B. que l'on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d'exécuter l'intervention chirurgicale
 - C. que l'on observe la femme pour détecter tout signe d'amélioration
 - D. tous les éléments susmentionnés
4. Lorsqu'on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si
 - A. on imprime une rotation à la seringue d'un côté à l'autre avec la canule à l'intérieur de la cavité utérine
 - B. la canule est trop tirée vers l'arrière
 - C. la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
 - D. tous les éléments susmentionnés
5. La procédure AMIU est complète lorsque
 - A. la paroi de l'utérus est lisse
 - B. le vide diminue dans la seringue
 - C. une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule
 - D. l'utérus se détend
6. Les résultats d'un test de coagulation au lit de la cliente évoque une coagulopathie si
 - A. les saignements ne s'arrêtent dans les 7 minutes à partir d'une incision de 1 mm faite à l'intérieur de l'avant-bras
 - B. un caillot ne se forme pas dans les 7 minutes lorsque du gluconate de calcium est ajouté à un tube d'essai de 3 ml de sang
 - C. un caillot se forme dans les 7 minutes
 - D. un caillot ne se forme pas après 7 minutes ou un caillot mou se forme qui se désagrège facilement
7. Pour chaque unité de sang transfusé, la femme devra être suivie
 - A. avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
 - B. avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion
 - C. toutes les 15 minutes pendant la transfusion
 - D. pendant la transfusion mais pas après la transfusion

SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à
 - A. un utérus atone
 - B. un traumatisme du tractus génital
 - C. la rétention placentaire
 - D. tous les éléments susmentionnés
9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d'hémorragie immédiate du post-partum et
 - A. placenta complet et utérus contracté
 - B. placenta incomplet et utérus contracté
 - C. placenta complet et utérus atone
 - D. placenta incomplet et utérus atone
10. En cas d'inversion de l'utérus suivant l'accouchement
 - A. on ne sent pas le fond de l'utérus à la palpation abdominale
 - B. il peut exister une douleur légère ou intense
 - C. l'utérus inversé peut être apparent à la vulve
 - D. tous les éléments susmentionnés
11. Pour la délivrance artificielle
 - A. administrer de l'ergométrine avant la procédure
 - B. donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
 - C. placer une main sur l'utérus et utiliser l'autre main pour appliquer une traction sur le cordon
 - D. placer une main sur l'utérus et l'autre main sur l'abdomen pour exercer une contre-traction sur le fond de l'utérus
12. Lorsqu'on exécute une compression de l'aorte abdominale pour contrôler l'hémorragie du post-partum, le point de la compression est
 - A. juste en dessous et légèrement à droite de l'ombilic
 - B. juste en dessous et légèrement à gauche de l'ombilic
 - C. juste au-dessus et légèrement à droite de l'ombilic
 - D. juste au-dessus et légèrement à gauche de l'ombilic

CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d'une
 - A. légère prééclampsie
 - B. hypertension chronique
 - C. prééclampsie légère surimposée
 - D. hypertension gestationnelle
14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent
 - A. la prééclampsie
 - B. l'hypertension chronique
 - C. la pyélonéphrite
 - D. aucun des éléments susmentionnés
15. Chez une cliente avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de
 - A. légère prééclampsie
 - B. prééclampsie modérée
 - C. prééclampsie sévère
 - D. éclampsie imminente

CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE (suite)

16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l'entremise
- A. d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
 - B. d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
 - C. d'injections simultanées IV et IM
 - D. Embol intraveineux de médicaments, suivi par injection profonde en IM dans chaque fesse.
17. Un médicament antihypertenseur devrait être administré pour l'hypertension en cas de prééclampsie ou éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est
- A. supérieure à 90 mm Hg ou plus
 - B. entre 100 et 110 mm Hg
 - C. 110 mm Hg ou plus
 - D. 120 mm Hg ou plus

PARTOGRAMME

18. La progression du travail est probablement défavorable si
- A. la phase latente dure plus de 8 heures
 - B. la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme
 - C. la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
 - D. tous les éléments susmentionnés
19. Un partogramme note
- A. la dilatation et l'effacement de 4 cm jusqu'à 10 cm
 - B. la dilatation et l'effacement de 3 cm jusqu'à 10 cm
 - C. la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu'à 10 cm
 - D. tous les éléments susmentionnés

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

20. Quand le fœtus est vivant en cas de travail dystocique et que le col est entièrement dilaté et que la tête est au niveau 0 station ou en dessous
- A. procéder à l'accouchement avec une symphysiotomie
 - B. procéder à l'accouchement par extraction par ventouse obstétricale
 - C. tenter l'accouchement par forceps
 - D. accélérer le travail avec de l'ocytocine
21. La perfusion d'ocytocine ne devrait pas être utilisée
- A. pour accélérer le travail
 - B. chez les multigravides
 - C. en cas de grossesses multiples
 - D. lors du travail dystocique
22. Un blocage vulvaire est toujours nécessaire pour
- A. un accouchement par le siège
 - B. la réfection de l'épisiotomie
 - C. la délivrance artificielle
 - D. aucun des éléments susmentionnés
23. La cupule de la ventouse devrait être placée
- A. au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
 - B. en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
 - C. sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
 - D. sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE (suite)

24. Dans la position occipitale postérieure
- A. l'extraction par ventouse cervicale ne devrait pas être faite
 - B. l'accouchement par voie basse n'est pas possible
 - C. la phase d'expulsion peut être prolongée
 - D. la femme devrait accoucher en position accroupie
25. En cas de signes d'obstruction ou si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure
- A. l'accouchement devrait se faire par césarienne
 - B. il faut procéder à la rupture des membranes
 - C. le travail peut être accélérer à l'aide d'ocytocine
 - D. il faut encourager la cliente à pousser spontanément
26. Lors des présentations par le visage, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté
- A. l'accouchement devrait se faire par césarienne
 - B. on peut prévoir un accouchement normal
 - C. l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - D. aucun des éléments susmentionnés
27. La présence de méconium est courante lors de l'accouchement par le siège et
- A. est toujours un signe de détresse fœtale
 - B. n'est pas un signe de détresse fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal
 - C. est une indication pour une césarienne
 - D. est une indication pour l'accouchement par le siège
28. Pour délivrer des épaules bloquées
- A. il faut appliquer une pression ferme et constante vers le bas sur la tête fœtale
 - B. il faut appliquer une pression ferme et intermittente vers le bas sur le tête fœtale
 - C. il faut éviter la pression supra-pubienne
 - D. il faut appliquer une pression ferme vers le bas sur le fond de l'utérus
29. Si le premier bébé d'une grossesse multiple est en position transverse
- A. on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
 - B. le travail doit être accéléré
 - C. l'accouchement doit se faire par césarienne
 - D. l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
30. En cas d'utérus cicatriciel, quand le travail traverse la ligne d'alerte sur le partogramme lors de l'essai du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes
- A. il faut procéder immédiatement à une césarienne
 - B. aucune intervention n'est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
 - C. il faut procéder à la rupture des membranes et accélérer le travail à l'aide d'ocytocine
 - D. il faut procéder à la rupture des membranes mais ne pas donner d'ocytocine
31. En cas de détresse fœtale pendant le travail
- A. l'ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée
 - B. le taux d'ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
 - C. le taux d'ocytocine doit être diminué si elle est administrée
 - D. aucun des éléments susmentionnés

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE (suite)

32. Si on ne détecte pas une cause maternelle pour un rythme cardiaque fœtal anormal et si le rythme cardiaque fœtal reste anormal sur au moins trois contractions
- A. il faut procéder à une césarienne
 - B. l'accouchement doit se faire à l'aide d'une ventouse obstétricale
 - C. le travail doit être accéléré avec de l'ocytocine
 - D. un examen vaginal doit être réalisé pour trouver les raisons
33. En cas de prolapsus du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon
- A. si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
 - B. une main doit être insérée dans le vagin et la partie qui se présente doit être poussée vers le haut pour diminuer la pression sur le cordon et dégager la partie du bassin qui se présente
 - C. une césarienne doit être exécutée immédiatement
 - D. tous les éléments susmentionnés

FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

34. Si une femme souffre de mastite, elle devrait
- A. arrêter d'allaiter uniquement du sein touché
 - B. appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
 - C. soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
 - D. éviter d'utiliser des antibiotiques
35. L'amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants
- A. fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
 - B. fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse
 - C. tachycardie maternelle
 - D. fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse
36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection
- A. lors du premier trimestre de la grossesse
 - B. lors du second trimestre de la grossesse
 - C. lors du troisième trimestre de la grossesse
 - D. immédiatement après la grossesse
37. Lorsqu'on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse
- A. le choc est rare et doit être pris comme le signe d'une autre infection très grave
 - B. le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu'on ne dispose pas des résultats de la culture d'urine
 - C. la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures
 - D. des antibiotiques par voie intraveineuse doivent être administrés pendant un total de 7 jours
38. Un placard rouge en quartier sur le sein est un signe typique
- A. d'un abcès au sein
 - B. d'une mastite
 - C. d'un engorgement des seins
 - D. aucun des éléments susmentionnés
39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner
- A. une combinaison d'antibiotiques en IV
 - B. une combinaison d'antibiotiques par voie buccale
 - C. des antibiotiques polyvalents par voie buccale
 - D. des antibiotiques polyvalents en IV

FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT (suite)

40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à
- A. allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
 - B. allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
 - C. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
 - D. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
41. Si un kyste ovarien asymptomatique de plus de 10 cm est décelé lors du premier trimestre de la grossesse
- A. il faut procéder à une laparotomie d'urgence
 - B. il faut l'observer pour suivre la croissance et détecter les complications
 - C. une chirurgie doit être prévue pendant le second trimestre
 - D. une chirurgie doit être prévue après l'accouchement
42. Le traitement de l'insuffisance cardiaque imputable à l'anémie suppose presque toujours
- A. une transfusion avec des cellules concentrées
 - B. une transfusion avec des cellules concentrées ou cellules sédimentées
 - C. une transfusion avec tout produit sanguin disponible
 - D. aucun des éléments susmentionnés
43. Le traitement de l'anémie grave pour les femmes enceintes qui vivent dans une région où l'ankylostomiase est très endémique devrait comporter
- A. un seul traitement vermifuge pendant le premier trimestre de la grossesse
 - B. un seul traitement vermifuge pendant le deuxième trimestre de la grossesse
 - C. un seul traitement vermifuge pendant le troisième trimestre de la grossesse
 - D. un traitement vermifuge répété 12 semaines après la première dose
44. En cas de perte de mouvement fœtal, l'option de prise en charge expectante versus prise en charge active devrait être
- A. discutée avec la femme et sa famille
 - B. relever de la décision d'un spécialiste
 - C. relever de la décision d'un médecin
 - D. aucun des éléments susmentionnés
45. Pour prévenir l'endométrite suite à la césarienne
- A. administrer un traitement complet d'antibiotiques pendant 7 jours
 - B. le métronidazol est le médicament de premier choix
 - C. le médicament devrait être démarré 24 heures avant l'intervention chirurgicale
 - D. aucun des éléments susmentionnés

RÉANIMATION NÉONATALE

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

Questionnaire des connaissances a mi-stage – CLÉS DES RÉPONSES

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. Un bilan initial rapide est fait
D. chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème
2. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
D. tous les éléments susmentionnés

SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
A. que l'on fasse un test de compatibilité sanguine et que l'on prenne les dispositions en vue d'une laparotomie immédiate
4. Lorsqu'on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si
B. la canule est trop tirée vers l'arrière
5. La procédure AMIU est complète lorsque
C. une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule
6. Les résultats d'un test de coagulation au lit de la cliente évoque une coagulopathie si
D. un caillot ne se forme pas après 7 minutes ou un caillot mou se forme qui se désagrège facilement
7. Pour chaque unité de sang transfusé, la femme devra être suivie
B. avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion

SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à
D. tous les éléments susmentionnés
9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d'hémorragie immédiate du post-partum et
A. placenta complet et utérus contracté
10. En cas d'inversion de l'utérus suivant l'accouchement
D. tous les éléments susmentionnés
11. Pour la délivrance artificielle
D. placer une main sur l'utérus et l'autre main sur l'abdomen pour exercer une contre-traction sur le fond de l'utérus
12. Lorsqu'on exécute une compression de l'aorte abdominale pour contrôler l'hémorragie du post-partum, le point de la compression est
D. juste au-dessus et légèrement à gauche de l'ombilic

CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d'une
B. hypertension chronique
14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent
A. la prééclampsie
15. Chez une cliente avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de
C. prééclampsie sévère

CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE (suite)

16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l'entremise
A. d'une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
17. Un médicament antihypertenseur devrait être administré pour l'hypertension en cas de prééclampsie ou éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est
C. 110 mm Hg ou plus

PARTOGRAMME

18. La progression du travail est probablement défavorable si
D. tous les éléments susmentionnés
19. Un partogramme note
C. la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu'à 10 cm

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE

20. Quand le fœtus est vivant en cas de travail dystocique et que le col est entièrement dilaté et que la tête est au niveau 0 station ou en dessous
B. procéder à l'accouchement par extraction par ventouse obstétricale
21. La perfusion d'ocytocine ne devrait pas être utilisée
D. lors du travail dystocique
22. Un blocage vulvaire est toujours nécessaire pour
D. aucun des éléments susmentionnés
23. La cupule de la ventouse devrait être placée
C. sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
24. Dans la position occipitale postérieure
C. la phase d'expulsion peut être prolongée
25. En cas de signes d'obstruction ou si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure
A. l'accouchement devrait se faire par césarienne
26. Lors des présentations par le visage, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté
B. on peut prévoir un accouchement normal
27. La présence de méconium est courante lors de l'accouchement par le siège et
A. est toujours un signe de détresse fœtale
B. n'est pas un signe de détresse foetale si le rythme cardiaque foetal est normal
28. Pour délivrer des épaules bloquées
A. il faut appliquer une pression ferme et constante vers le bas sur la tête fœtale
29. Si le premier bébé d'une grossesse multiple est en position transverse
C. l'accouchement doit se faire par césarienne
30. En cas d'utérus cicatriciel, quand le travail traverse la ligne d'alerte sur le partogramme lors de l'essai du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes
C. il faut procéder à la rupture des membranes et accélérer le travail à l'aide d'ocytocine
31. En cas de détresse fœtale pendant le travail
A. l'ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE (suite)

32. Si on ne détecte pas une cause maternelle pour un rythme cardiaque fœtal anormal et si le rythme cardiaque fœtal reste anormal sur au moins trois contractions
D. un examen vaginal doit être réalisé pour trouver les raisons
33. En cas de prolapsus du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon
D. tous les éléments susmentionnés

FIÈVRE PENDANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT

34. Si une femme souffre de mastite, elle devrait
C. soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
35. L'amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants
B. fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse
36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection
A. lors du premier trimestre de la grossesse
37. Lorsqu'on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse
C. la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures
38. Un placard rouge en quartier sur le sein est un signe typique
B. d'une mastite
39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner
A. une combinaison d'antibiotiques en IV
40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à
B. allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
41. Si un kyste ovarien asymptomatique de plus de 10 cm est décelé lors du premier trimestre de la grossesse
B. il faut l'observer pour suivre la croissance et détecter les complications
42. Le traitement de l'insuffisance cardiaque imputable à l'anémie suppose presque toujours
B. une transfusion avec des cellules concentrées ou cellules sédimentées
43. Le traitement de l'anémie grave pour les femmes enceintes qui vivent dans une région où l'ankylostomiase est très endémique devrait comporter
D. un traitement vermifuge répété 12 semaines après la première dose
44. En cas de perte de mouvement fœtal, l'option de prise en charge expectante versus prise en charge active devrait être
A. discutée avec la femme et sa famille
45. Pour prévenir l'endométrite suite à la césarienne
D. aucun des éléments susmentionnés

RÉANIMATION NÉONATALE

46. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en
A. plaçant le nouveau-né en contact peau-à-peau sur la poitrine de la mère et en couvrant le corps et la tête du nouveau-né

Matrice d'évaluation individuelle et collective a mi-stage

Correcte – ✓ Erronée – X

Dates : Formateur(s) :

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
PRISE EN CHARGE DU CHOC ; ÉVALUATION INITIALE RAPIDE	1													
	2													
	3													
SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
SAIGNEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT	9													
	10													
	11													
	12													
CÉPHALÉES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE	13													
	14													
	15													
	16													
	17													
PARTOGRAMME	18													
	19													
TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE	20													
	21													
	22													

Matrice d'évaluation individuelle et collective a mi-stage (suite)

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTÉTRICALE (suite)	23															
	24															
	25															
	26															
	27															
	28															
	29															
	30															
	31															
	32															
	33															
	34															
	35															
36																
37																
38																
39																
40																
41																
42																
43																
44																
45																
46																
RÉANIMATION NÉONATALE																
POURCENTAGE																



**SÉANCE DE PRATIQUE
DES COMPÉTENCES :
FICHES D'APPRENTISSAGE
ET LISTES DE VÉRIFICATION**



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.					

1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉANIMATION DE L'ADULTE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
2. Accueille la femme avec respect et amabilité..					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
PRISE EN CHARGE IMMÉDIATE					
1. Surveille les signes vitaux de la femme.					
2. Vérifie que ses voies aériennes sont dégagées.					
3. Administre 6-8L d'oxygène par minute par masque facial ou sonde nasale					
4. Vérifie qu'elle est tenue au chaud.					
5. Surélève les jambes de la femme.					
PRISE DE SANG, REMPLACEMENT DES LIQUIDES ET POSE DE CATHÉTER					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Prélève du sang pour mesurer le taux d'hémoglobine, fait un contrôle de compatibilité et le test de coagulation à l'aide du test à réaliser au lit de la femme, avant de perfuser.					
3. Perfuse à raison de 1L en 15-20 minutes.					
4. Réalise un test de coagulation au lit de la femme.					
5. Si la femme ne respire pas ou ne respire pas bien, procède à l'intubation endotrachéale et la ventile avec un ballon autogonflant.					
6. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
7. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
8. Sonde la vessie.					
9. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
10. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
RÉÉVALUATION ET PRISE EN CHARGE SUPPLÉMENTAIRE					
1. Réexamine la femme pour voir si la perfusion lui a été bénéfique et ajuste le débit en voie de conséquence.					
2. Continue à surveiller les signes vitaux toutes les 15 minutes et l'absorption de liquide et le débit urinaire toutes les heures.					
3. Contrôle les saignements et transfuse du sang, le cas échéant.					
4. Fait l'anamnèse, l'examen physique et des tests pour déterminer la cause du choc si l'on ne la connaît pas encore.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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

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.

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

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 périnéale 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 suspendu 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.					

2. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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 l'équipement de protection personnelle.					
2. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
3. Nettoie le périnée avec une solution antiseptique.					
4. Une fois le périnée distendu, décide si une épisiotomie est nécessaire et l'exécute, le cas échéant.					
5. Une fois que la tête est dégagée, passe la main autour du cou du nouveau-né à la recherche du cordon ombilical : <ul style="list-style-type: none"> ■ S'il le trouve, relâche le cordon et le fait glisser par-dessus la tête du bébé ou relâche le cordon pour qu'il passe sur les épaules lorsque celles-ci sortent ou clampes et sectionne le cordon. 					
6. Laisse la rotation de la tête se faire spontanément.					
7. Exerce une légère traction vers le bas pour faire glisser l'épaule antérieure en dessous de la symphyse pubienne.					
8. Guide la tête et le tronc en un mouvement vers le haut pour dégager l'épaule postérieure sur le périnée.					
9. Saisit le nouveau-né autour de la poitrine pour aider à délivrer le tronc et amène le nouveau-né vers l'abdomen de la femme.					
10. Note l'heure de la naissance.					
11. Sèche rapidement et soigneusement le nouveau-né avec une serviette ou un linge propre et sec immédiatement après la naissance.					
12. Essuie les yeux du nouveau-né avec un linge propre.					
13. Met le nouveau-né en contact peau à peau sur l'abdomen de la mère et le recouvre avec une serviette ou un linge propre et sec.					

2. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉALISATION D'UN ACCOUCHEMENT (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
14. Observe les respirations du nouveau-né (voir la Fiche d'apprentissage pour la Réanimation du nouveau-né).					
15. Clampe et coupe, ou lie et coupe le cordon.					
16. Réalise une prise en charge active du troisième stade du travail : palpe l'abdomen de la mère pour être sûr qu'il n'y a pas un autre bébé et administre 10 unités d'ocytocine en IM.					
17. Si l'ocytocine n'est pas disponible, administre une dose unique de misoprostol de 600mcg.					
18. Exerce une traction douce mais ferme au cordon pendant une contraction, tout en exerçant une contre-traction à l'utérus.					
19. Si le placenta n'est pas délivré avec la première contraction, attend la prochaine contraction et répète la traction contrôlée au cordon avec une contre-traction à l'utérus.					
20. Tient le placenta à deux mains quand il est visible.					
21. Utilise un mouvement en douceur vers le haut et vers le bas ou une action de torsion pour délivrer les membranes.					
22. Inspecte le placenta et les membranes pour voir s'ils sont complets ou s'ils présentent des anomalies.					
23. Vérifie que l'utérus est bien contracté.					
24. Masse l'utérus s'il n'est pas contracté.					
25. Inspecte la partie inférieure du vagin et le périnée pour noter toute lacération/déchirure et fait une réfection, le cas échéant.					
26. Effectue une réfection de l'épisiotomie si celle-ci a été faite.					
27. Lave et sèche et met un pansement ou linge propre sur le périnée.					
28. Avant d'enlever les gants, place le matériel contaminé dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
29. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
30. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
31. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
32. Note tous les résultats dans le dossier de la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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 fœtal (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

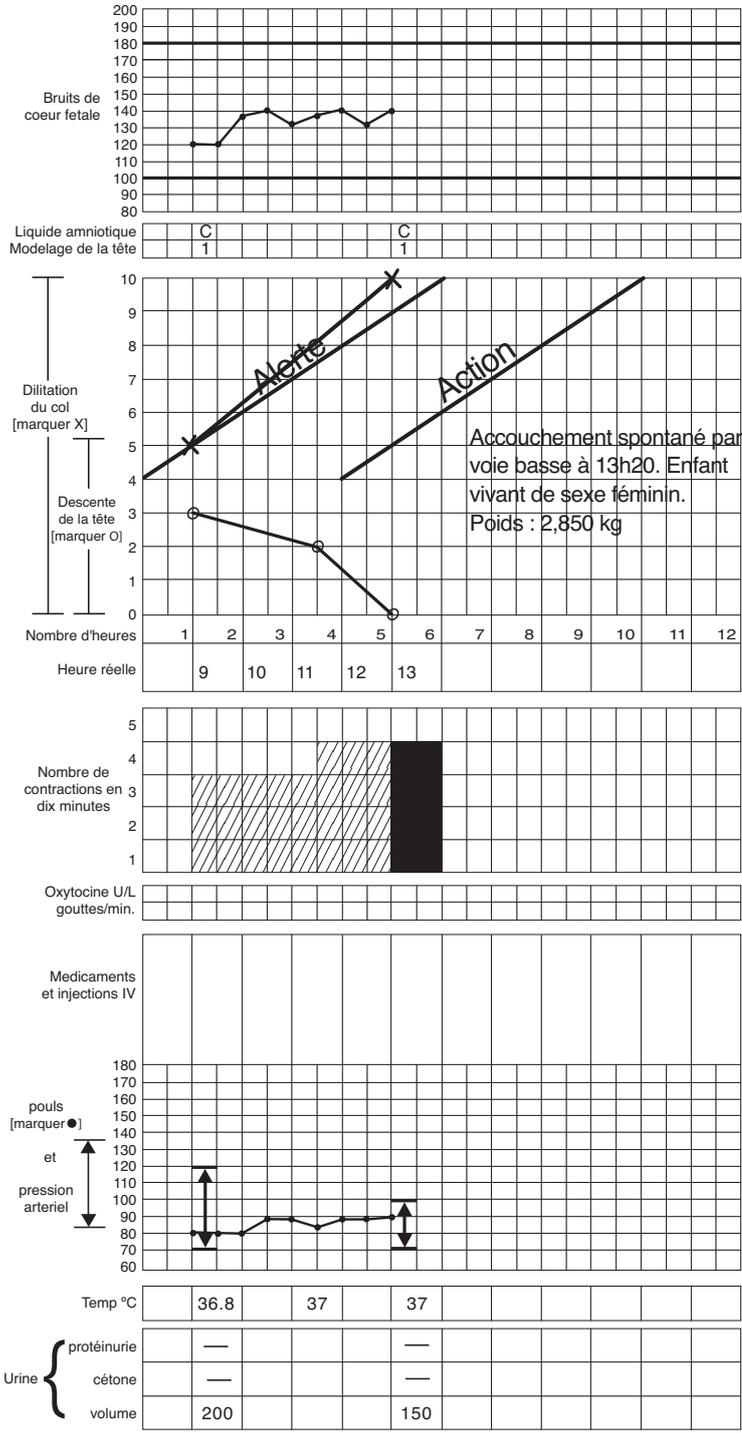
Q 1 : Combien de temps a duré la phase active du premier stade du travail ?

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

CLÉS DES RÉPONSES : CAS 1

Nom Mme A Geste 3 Pare 2+0 Numéro de l'hôpital 7886

Date d'admission 5 décembre 2000 Heure d'admission 5 heures Rupture des membranes 4 heures



EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 1 (suite)

Étape 1–voir partogramme

Étape 2–voir partogramme

- Étapes : Informer des résultats et de la suite ; encourager à poser des questions ; fournir des mesures de confort, hydratation, nutrition
- Conseils : Laisser la femme choisir la position ; boire beaucoup de liquides ; manger si elle le souhaite
- Prévoir à 13h 00 : Progresser à au moins dilatation de 9 cm

Étape 3

- Étapes : Procéder aux préparations de la naissance
- Conseils : Pousser uniquement si elle sent l'envie de pousser
- Résultat escompté : Accouchement spontané par voie basse

Étape 4

- 1^{er} stade du travail actif : 4 heures
- 2^{ème} stade du travail actif : 20 minutes

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 ?

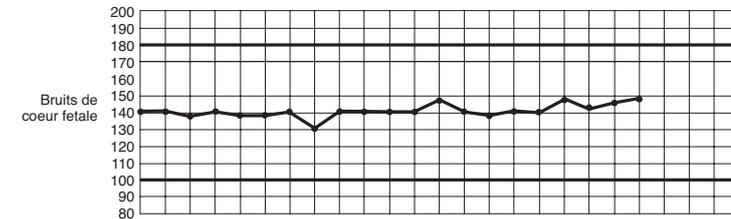
Q 2 : Combien de temps a duré la seconde phase du travail ?

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

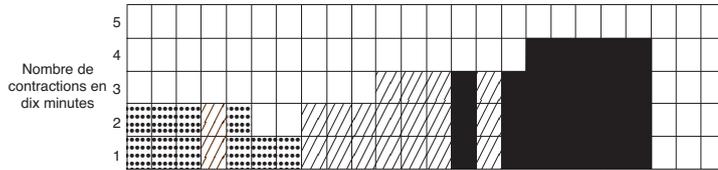
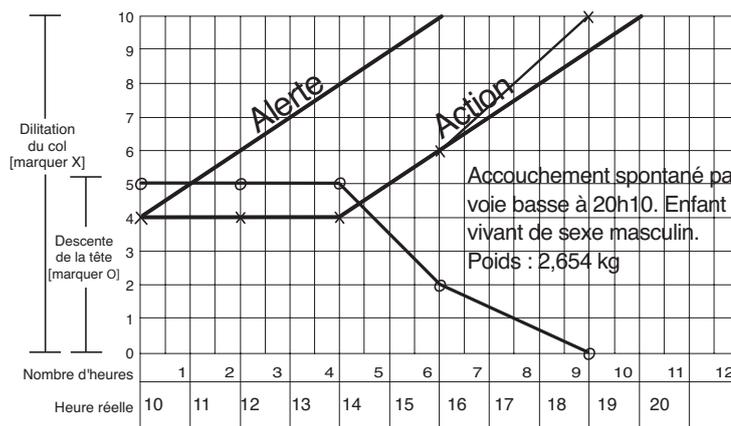
UTILISER LE PARTOGRAMME : CLÉS DES RÉPONSES : CAS 2

Nom Mme B Geste 1 Pare 0+0 Numéro de l'hôpital 1443

Date d'admission 5 décembre 2000 Heure d'admission 10 heures Rupture des membranes 14 heures

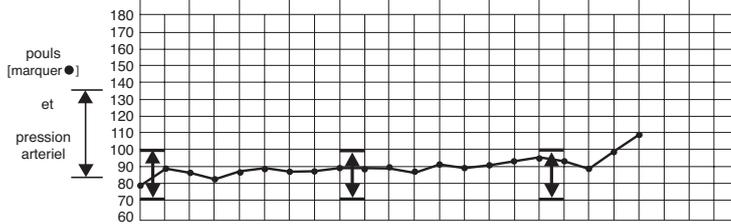


Liquide amniotique
Modelage de la tête



Oxytocine U/L gouttes/min. 5 10 20 30 40 50 50 50 50

Medicaments et injections IV



Temp °C 36.2 36.2 36.8 36.8 36.8

Urine	protéinurie	—	—	—	—	—
	cétone	—	—	—	—	—
	volume	400	300	200		

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2 (suite)

<p>Étape 1</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diagnostic : Travail actif■ Mesure : Informer Mme B et la famille des résultats et de la suite ; donner continuellement l'occasion de poser des questions ; l'encourager à marcher et boire et manger comme elle le souhaite.
<p>Étape 2</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diagnostic : Phase active prolongée (dilatation du col marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme)■ Mesure : Le facilitateur devrait saisir l'occasion de démarrer une discussion concernant l'utilisation de l'ocytocine pour accélérer le travail dans un contexte clinique. Par exemple, la femme est-elle prise en charge dans un poste de santé qui se trouve à 4 heures de l'hôpital de district où une perfusion d'ocytocine peut être démarrée ? Ou alors si elle se trouve dans un hôpital de district, est-ce que d'autres mesures peuvent être utilisées (par exemple, l'hydratation, le fait de marcher) avant de démarrer l'ocytocine ?
<p>Étape 3</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diagnostic : Phase active prolongée ; moins de 3 contractions par 10 minutes durant plus de 40 secondes ; bon état de la mère et du fœtus■ Mesure : Accélérer le travail avec de l'ocytocine et rupture artificielle des membranes ; informer des résultats et de la suite ; rassurer ; répondre aux questions ; encourager à boire et à adopter la position qu'elle préfère
<p>Étape 4</p> <ul style="list-style-type: none">■ Mesure : Continuer à accélérer, assurer son confort (psychologique et physique) ; encourager à boire et à manger
<p>Étape 5—voir partogramme</p>
<p>Étape 6—voir partogramme</p>
<p>Étape 7</p> <ul style="list-style-type: none">■ 1^{er} stade du travail actif : 9 heures■ 2^{ème} stade du travail actif : 1 heure 10 minutes■ Pourquoi accélérer : Moins de 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes (manque de progression)

EXERCICE : 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 ?**

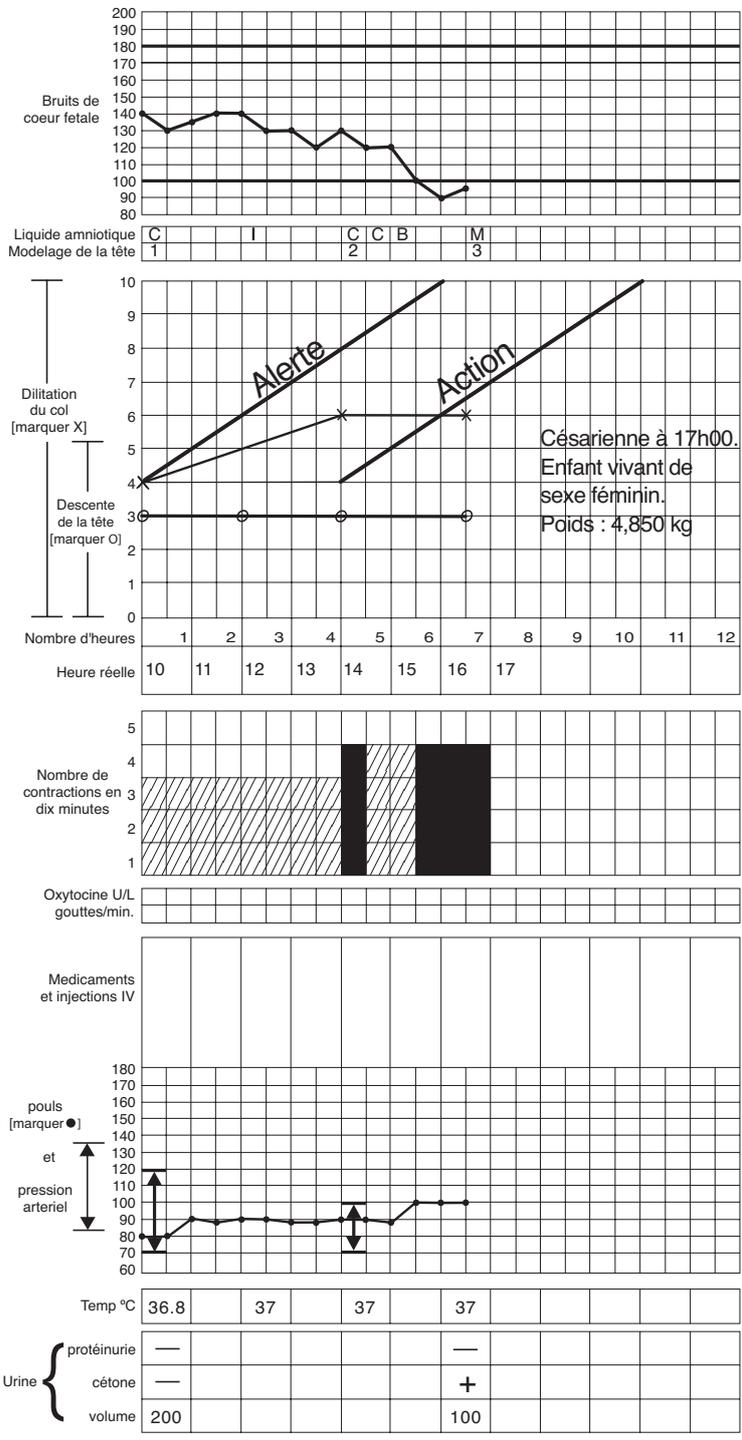
Q 5 : Quels sont les problèmes auxquels on peut s'attendre chez le nouveau-né ?

EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3 (suite)

UTILISER LE PARTOGRAMME : CLÉS DES RÉPONSES : CAS 3

Nom Mme C Geste 4 Pare 3+0 Numéro de l'hôpital 6639

Date d'admission 5 décembre 2000 Heure d'admission 10 heures Rupture des membranes 9 heures



EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3 (suite)

Étape 1–voir partogramme

Étape 2–voir partogramme

Étape 3–voir partogramme

Étape 4–voir partogramme

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



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

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

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

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.

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 dégager 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.					

3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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. Vérifie que les conditions sont présentes pour l'accouchement par le siège.					
5. 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
3. Sonde la vessie, si nécessaire.					
ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE					
Dégagement des fesses et des jambes					
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. Réalise une épisiotomie, si nécessaire.					
3. Laisse le dégagement des fesses se poursuivre jusqu'à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles.					
4. Prend délicatement les fesses dans une main.					
5. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégage l'une après l'autre.					
6. Tient le bébé par les hanches.					
Dégagement des bras					
1. Si les bras sont palpables sur la poitrine, laisse les bras se dégager spontanément.					
2. Si les bras sont relevés ou enroulés autour du cou, utilise la manœuvre de Lovset.					
3. S'il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégage le bras postérieur .					

3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ACCOUCHEMENT PAR LE SIÈGE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
Dégagement de la tête					
1. Dégage la tête en utilisant la manœuvre de Mauriceau Smellie Veit.					
2. Réalise les étapes pour une prise en charge active du troisième stade du travail.					
3. Après la naissance, examine soigneusement la femme et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales.. Procède la réfection des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée.					
4. 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. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

4. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
RÉALISATION DE L'ÉPISIOTOMIE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
2. Nettoie le périnée avec une solution antiseptique.					
3. Administre l'anesthésie locale.					
4. Réalise l'épisiotomie quand le périnée est distendu et que la tête du bébé est visible lors d'une contraction.					
5. Introduit deux doigts dans le vagin entre la tête de l'enfant et le périnée.					
6. Insère la lame ouverte des ciseaux entre le périnée et les doigts. Fait une incision médiolatérale du périnée.					
7. Si le dégagement de la tête ne suit pas immédiatement, applique une pression sur le site de l'épisiotomie entre les contractions.					
8. Contrôle le dégagement de la tête pour éviter l'extension de l'épisiotomie.					
RÉFECTION DE L'ÉPISIOTOMIE					
1. Nettoie le périnée de la femme avec une solution antiseptique.					
2. Répète l'anesthésie locale, si nécessaire.					
3. Utilise une suture en continu de la partie apicale vers le bas pour réparer l'incision vaginale.					
4. Au niveau de l'orifice vaginal, affronte les berges de l'incision.					
5. Fait passer l'aiguille sous l'orifice vaginal et la fait ressortir par l'incision puis noue.					
6. Utilise des sutures par points séparés pour réparer le muscle périnéal, allant du haut de l'incision périnéale vers le bas pour affronter les berges.					
7. Met un pansement ou linge propre sur le périnée de la femme.					

4. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'ÉPISIOTOMIE ET LA RÉFECTION (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. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure dans le dossier de la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

5. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉFECTION DES DÉCHIRURES CERVICALES

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
5. Administre l'anesthésie, 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie le vagin et le col avec une solution antiseptique.					
3. Saisit les deux côtés du col en utilisant une pince porte-tampons ou pince à pansement (une pince pour chaque côté de la déchirure).					
4. Place la première suture en haut de la déchirure et la referme avec une suture continue, en incluant toute l'épaisseur du col à chaque fois que l'aiguille à suture est insérée.					
5. Si une grande portion du bord de l'orifice est déchirée, suture par en dessous avec une suture continue.					
6. Utilise une pince porte-tampons si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer.					
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% pour les décontaminer.					
3. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure dans le dossier de la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

6. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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. Vérifie que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies.					
5. Vérifie qu'un aide est disponible.					
6. Met l'équipement de protection personnelle.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique.					
3. Sonde la vessie, si nécessaire.					
4. Vérifie tous les raccords et teste la ventouse.					
EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE					
1. Vérifie la position de la tête fœtale et repère la petite fontanelle.					
2. Applique la cupule la plus large possible.					
3. Réalise une épisiotomie, si nécessaire, pour le bon positionnement de la cupule.					
4. Vérifie que la cupule est bien appliquée et s'assure qu'il n'y a aucune partie molle sous le bord de la cupule.					
5. Demande à l'assistant de créer un vide en exerçant une dépression et vérifie la pose de la cupule.					
6. Augmente la dépression au maximum et ensuite, entame une traction. Corrige l'asynclitisme ou la déflexion de la tête.					
7. Lors de chaque contraction, applique une traction perpendiculaire au plan de la cupule et évalue un éventuel glissement de celle-ci et la descente du sommet.					
8. Entre chaque contraction, demande à un assistant de vérifier le rythme cardiaque fœtal et la pose de la cupule.					
9. Poursuit les tractions de « guidage » pendant 30 minutes. Une fois la tête dégagée, décompresse.					
10. Termine l'accouchement et extrait le placenta.					

6. LISTE DE VERIFICATION POUR L'EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTÉTRICALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
11. Après la naissance, examine le canal génital et procède, le cas échéant, à la réparation des déchirures. Procède à la réparation des déchirures de l'épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée.					
12. 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. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCE de PRATIQUE
des COMPÉTENCES :
SOINS après AVORTEMENT
(aspiration manuelle intra-utérine
[AMIU] ou misoprostol) et CONSEILS en
PLANIFICATION FAMILIALE après AVORTEMENT

Objectif

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

Instructions

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

Les participants devraient revoir la Fiche d'apprentissage pour les Soins après avortement (AMIU 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.

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 bassinnet.					
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.					

7. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (AMIU)

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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 cliente pour voir si elle se trouve en état de choc ou pour déterminer les complications.					
3. Si des complications sont notées, stabilise la femme et procède le cas échéant au transfert.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction, fait un examen physique et effectue les tests de laboratoire.					
2. Informe la cliente de son état.					
3. Discute de ses buts en matière de procréation.					
PRÉPARATION					
1. Explique à la cliente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
3. Administre 500 mg de paracétamol par voie buccale à la femme 30 minutes avant l'intervention.					
4. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.					
5. Vérifie la disponibilité d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau.					
6. Vérifie la disponibilité de la canule de taille adéquate et des adaptateurs. Vérifie la seringue AMIU et la charge (crée le vide).					
7. Vérifie que la femme a vidé récemment sa vessie et a bien lavé sa zone périnéale.					
8. Met l'équipement de protection personnelle.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
10. Arrange les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
1. Explique chaque étape de l'intervention avant de l'exécuter.					
2. Réalise un examen bimanuel.					

7. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (AMIU) (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
3. Insère le spéculum.					
4. Badigeonne à trois reprises le vagin et le col avec une solution antiseptique.					
5. Extrait les produits restants de la conception (PRC) et vérifie s'il y a des déchirures au niveau du col.					
PROCÉDURE AMIU					
1. Place la pince à col ou la pince vulsellum sur la lèvre inférieure du col.					
2. Administre le bloc paracervical (si nécessaire).					
3. Exerce une légère traction sur le col.					
4. Dilate le col (si nécessaire).					
5. Pousse doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin.					
6. Fixe la seringue préparée à la canule.					
7. Évacue tout contenu de l'utérus.					
8. Vérifie la présence de signes indiquant l'évacuation complète de l'utérus, retire doucement la canule et la seringue à AMIU. Vider tout contenu de l'AMIU dans un bassinet.					
9. Retire la pince de Pozzi ou la pince de Museux et le spéculum.					
10. Réalise un examen bimanuel.					
11. Inspecte les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement évacué.					
12. Insère le spéculum et vérifie qu'il n'y a pas de saignement.					
13. Si l'utérus est encore mou ou si les saignements continuent, répète les étapes 5 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. Rince la seringue AMIU et la canule avec une solution chlorée à 0,5% et les immerge dans la solution pour les décontaminer.					
3. Retire les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique pour les jeter, ou les décontamine dans une solution chlorée à 0,5% pour les réutiliser.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
5. Vérifie qu'il n'existe pas de saignement et que les crampes ont diminué avant de la laisser partir.					
6. Indique à la femme quels sont les soins après avortement.					
7. Discute des buts en matière de procréation et, le cas échéant, lui fournit une méthode de planification familiale.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

8. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (MISOPROSTOL)

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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 cliente pour voir si elle se trouve en état de choc ou pour déterminer les complications.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction, fait un examen physique et gynécologique.					
2. Informe la cliente de son état.					
3. Discute de ses buts en matière de procréation.					
PRÉPARATION					
1. Explique à la cliente (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. S'informe à propos des allergies au misoprostol ou autres prostaglandines.					
Schéma posologique					
1. Administre une dose unique de 600 mcg de misoprostol par voie orale.					
Traitement					
1. 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 et suivies de plusieurs semaines de saignements légers ou microrragie.					
2. L'antibiothérapie de routine n'est pas nécessaire sauf en cas d'indication clinique.					
Visites 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 ou si une intervention chirurgicale s'impose.					
2. 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. Conseille à la femme 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. Conseille à la femme de chercher l'aide médicale si elle fait de la fièvre et que celle-ci persiste plus de 24 heures après la prise du misoprostol.					
3. Les nausées, vomissements, la diarrhée et les éruptions cutanées se résorbent souvent en quelques heures. Dans le cas contraire, le problème se règle à l'aide des médicaments habituels.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

9. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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).					
3. Assure le caractère privé/confidentiel nécessaire.					
4. Lui demande si elle utilisait une méthode de contraception auparavant. Fournit une information générale sur la planification familiale.					
5. Donne à la femme une information sur les choix contraceptifs disponibles ainsi que les avantages et limitations de chacun.					
6. Discute des besoins, préoccupations et craintes de la femme. L'aide à commencer à choisir une méthode qui lui convient.					
7. Réalise un examen physique, si indiqué. (Les conseillers non médicaux doivent orienter les femmes pour une évaluation supplémentaire.)					
8. Discute de ce qu'il faut faire si la femme a des effets secondaires ou des problèmes.					
9. Apporte des instructions sur la visite de suivi et indique à la femme qu'elle peut revenir au même centre à n'importe quel moment.					
10. Demande à la femme de bien vouloir répéter les instructions.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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/perde de connaissance, difficultés à respire, 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 : <p>Pour le bébé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Soins du cordon ■ Bain du bébé <p>Pour la mère :</p> <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.					

10. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE BILAN DU POST-PARTUM

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Accueille la femme avec respect et amabilité et se présente.					
2. Vérifie que le contrôle rapide a été effectué pour détecter les signes d'alerte, et stabilise et traite ou oriente, le cas échéant.					
ANAMNÈSE					
1. Consulte le dossier de la femme ou lui pose des questions à propos de l'accouchement et note ses réponses					
2. Pose des questions à propos de la période actuelle du post-partum					
3. Pose des questions concernant les antécédents médicaux.					
4. Pose des questions à la femme à propos de ses préférences concernant la planification familiale et note ses réponses.					
5. Demande à la femme si elle a un bon soutien social et note ses réponses.					
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 soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
4. Prend la température, le pouls, la respiration et la tension artérielle de la femme et note les réponses.					
5. Examine la tête et le cou de la femme (examine les conjonctives pour noter toute pâleur et jaunisse).					
6. Procède à l'examen des seins, du cœur des poumons.					
7. Examine l'abdomen.					
8. Examine les jambes.					
9. Met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
10. Examine le périnée et les parties génitales.					
11. Observe les lochies.					
12. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
13. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					

10. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE BILAN DU POST-PARTUM (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
DISPENSER LES SOINS/PRENDRE LES MESURES NÉCESSAIRES					
1. Explique l'importance de l'allaitement maternel et les techniques pour un allaitement maternel réussi.					
2. Apporte conseils et suppléments nutritionnels, localement appropriés.					
3. Administre les vaccinations nécessaires et apporte un traitement préventif localement approprié.					
4. Donne des conseils pour la prévention des infections, de la mère et du bébé					
5. Donne des conseils de garder le bébé au chaud					
6. Donne des conseils sur les relations mère-enfant et relations familiales, les relations sexuelles et la planification familiale					
7. Note les détails pertinents des soins pour la mère et l'enfant.					
8. Demande à la mère si elle a d'autres questions ou préoccupations.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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 tête 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.					

11. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DU POST-PARTUM

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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. 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.					
3. Explique comment fonctionne MAMA et les problèmes possibles.					
4. Si la femme allaite mais non exclusivement, lui donne les informations nécessaires sur les choix contraceptifs disponibles et le bon moment pour démarrer chaque méthode.					
5. Vérifie que la femme n'a pas d'affection médicale qui représenterait une contre-indication pour l'utilisation d'une méthode particulière.					
6. Aide la femme à choisir une méthode et fournit la méthode choisie.					
7. Discute de ce qu'il faut faire si la femme a des effets secondaires ou des problèmes avec la méthode qu'elle a choisie.					
8. 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.					
9. Répond à toute question que peut avoir la femme.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

12. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE DU PLACENTA

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
5. Administre l'anesthésie.					
6. Administre des antibiotiques prophylactiques.					
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 (utiliser des gants longs [jusqu'aux coudes]).					
2. Tient le cordon ombilical avec une pince et tire doucement sur le cordon.					
3. Engage une main dans le vagin et remonte jusqu' dans l'utérus, jusqu'à localisation du placenta.					
4. Produit une contre-traction de l'abdomen.					
5. Procède ainsi tout autour du lit placentaire, avec un léger mouvement latéral de la main, jusqu'à ce que tout le placenta soit décollé de la paroi utérine.					
6. Retire lentement la main de l'utérus en ramenant le placenta tout en continuant à exercer une contre-traction de l'abdomen.					
7. Administre de l'ocytocine dans une solution intraveineuse.					
8. Demande à un aide de masser l'utérus pour favoriser une contraction tonique de l'utérus.					
9. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecte 0,2 mg d'ergométrine en IM ou des prostaglandines.					
10. Examine la surface externe du placenta pour s'assurer qu'il est complet.					
11. Examine soigneusement la patiente et, le cas échéant, procède à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l'épisiotomie.					
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.					
3. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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
- Equipement 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.					

13. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L'UTÉRUS

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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 met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
2. Nettoie la vulve et le périnée avec une solution antiseptique.					
3. Introduit le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et applique une pression contre la paroi antérieure de l'utérus.					
4. Met l'autre main sur l'abdomen derrière l'utérus, enfonce la main en appuyant fermement sur l'abdomen et applique une pression sur la paroi postérieure de l'utérus.					
5. Maintient la pression jusqu'à ce que les saignements cessent et que l'utérus se contracte.					
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.					
3. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

14. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA COMPRESSION DE L'AORTE ABDOMINALE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
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.					
4. Maintient la pression jusqu'à ce que le saignement soit maîtrisé.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l'utérus est bien contracté.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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

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. Clampé 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 : <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. 					
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.					

15. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CÉSARIENNE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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. Prélève du sang pour faire le dosage de l'hémoglobine, le groupage sanguin et la compatibilité de deux unités de sang.					
5. Installe une voie veineuse et perfuse 500 cc de liquides en IV.					
6. Administre prémédication dont : <ul style="list-style-type: none"> ■ 0,6 mg d'Atropine en IM (ou en IV si la femme est dans la salle d'opération) ■ 300 mg de Magnésium trisilicate 					
7. Sonde la vessie de la 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					

15. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CÉSARIENNE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen, laisse sécher et recouvre de champs stériles la femme.					
PROCÉDURE					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou une incision transversale dans le cas de l'incision de Pfannenstiel), à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Prolonge l'incision et sépare les grands droits.					
3. Incise la partie inférieure du péritoine.					
4. Place une valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne.					
5. Élargit l'incision de 3 cm de chaque côté.					
6. Pousse la vessie vers le bas hors du segment inférieur de l'utérus et remet la valve sus-pubienne sur la symphyse pubienne pour refouler la vessie vers le bas.					
7. Incise transversalement le segment inférieur de l'utérus sur 3 cm.					
8. Élargit l'incision, si nécessaire.					
9. Procède à la rupture des membranes si elles sont intactes.					
EXTRACTION DE L'ENFANT					
1. Introduit une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.					
2. Saisit la tête et la fléchit et soulève doucement la tête et la fait passer au travers de l'incision.					
3. Appuie doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête. Si nécessaire, demande à un aide d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut.					
4. Si le tonus utérin est insuffisant, vérifie la tension artérielle et administre 0,2 d'ergométrine en IV/IM si la tension artérielle est < 160/110. Si la tension artérielle est de 160/110 ou plus élevée, donne 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 heures.					
5. Aspire les mucosités de la bouche et du nez du bébé.					
6. Clampe le cordon ombilical à deux endroits et le sectionne.					
7. Demande à un aide d'administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques—2 g d'ampicilline en IV ou 1 g de céfazoline en IV.					
8. Extrait le placenta et l'inspecte pour voir s'il est complet et s'il existe des anomalies.					
9. Dilate le col d'en haut si nécessaire.					
10. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
11. Procède à la réfection de l'utérus et vérifie l'hémostase.					
12. S'assure qu'il n'y a pas de saignement					
13. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
14. Inspecte la paroi utérine et suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 2 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					

15. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA CÉSARIENNE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
15. 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, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
16. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
17. Extrait les caillots du vagin en utilisant une pince et des écouvillons et met une bande stérile.					
18. Aide la femme à descendre de la table d'opération.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Avant d'enlever les gants, retire la lame du manche du couteau. Jette la lame et toutes les aiguilles à suture dans un récipient pour objets piquants/tranchants et jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
3. Retire la blouse et les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
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.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

16. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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					
5. Sonde la vessie de la femme.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la femme.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					

16. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE D'URGENCE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
INSPECTER L'ABDOMEN					
1. Fait un examen général de la cavité péritonéale pour dépister toute anomalie et établir le diagnostic opératoire ; traite en voie de conséquence.					
2. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
3. Si la 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, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille ronde enfilée avec du catgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
7. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Reste avec la femme jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la femme l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la femme reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

17. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
5. Sonde la vessie de la femme.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la femme.					
OUVRIER L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					

17. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS LA GROSSESSE ECTOPIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
SALPINGECTOMIE					
1. Repère la trompe de Fallope infectée et l'expose, ainsi que l'ovaire adjacent.					
2. Campe le mésosalpinx pour arrêter l'hémorragie, aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
3. Fait une compresse abdominale avec de la gaze humide pour écarter l'intestin et l'épiploon du champ opératoire.					
4. Divise le mésosalpinx à l'aide d'une série de pinces et lie le mésosalpinx avec du catgut chromé 0 ou 1 (ou des sutures polyglycoliques).					
5. Fait une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l'extrémité isthmique, et réalise la salpingectomie.					
6. Vérifie l'absence de saignements.					
7. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Vérifie les instruments et les écouvillons.					
2. Suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 1 ou 2 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
3. Si la femme présente des signes d'infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut 2/0 (ou suture polyglycolique). Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du calgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
7. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Reste avec la femme jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la femme l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la femme reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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
OUVRIRE 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.					

18. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
5. Sonde la vessie de la femme.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. Vérifie que l'aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection.					
PRÉPARER LA FEMME					
1. Place la femme en position couchée sur le dos sur la table d'opération.					
2. Vérifie que l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la femme.					
OUVRIR L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Examine l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
4. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
5. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					

18. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET LA RÉFECTION D'UNE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
RÉFECTION DE LA RUPTURE UTÉRINE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Réalise une perfusion d'ocytocine.					
3. Décolle la vessie de l'utérus.					
4. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et réparer le cas échéant.					
5. Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 0.					
6. Vérifie les trompes de Fallope et les ovaires et exécute la ligature des trompes, si elle a été demandée.					
7. En cas de saignement, clampes et suture par des points en 8.					
8. Insère un drain abdominal.					
9. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Fait le compte des instruments et des écouvillons.					
2. Inspecte la paroi utérine et suture l'aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 1 ou 2 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
3. 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) 2/0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille ronde enfilée avec du catgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0.					
4. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
7. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
8. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Reste avec la femme jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la femme l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la femme reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
4. Si une ligature des trompes n'a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la femme souhaite d'autres enfants, lui recommande d'avoir une césarienne élective pour les futures grossesses.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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 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 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.					

19. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
5. Sonde la vessie de la femme et rase les poils du pubis au besoin.					
6. Demande à l'anesthésiste d'administrer l'anesthésie et les antibiotiques prophylactiques.					
7. 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 et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stérile et une blouse stérile.					
3. Vérifie que les instruments et les fournitures sont disponibles et les dispose sur un plateau stérile ou un récipient désinfecté à haut niveau. Fait le compte des instruments et écouvillons et demande à un aide de marquer sur le tableau.					
4. 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 l'anesthésie a pris effet.					
3. Applique une solution antiseptique sur l'abdomen et recouvre de champs stériles la femme.					
OUVRIRE L'ABDOMEN					
1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l'ombilic jusqu'à la pilosité pubienne (ou autre incision appropriée), à travers la peau et au niveau de l'aponévrose.					
2. Agrandit l'incision et sépare les grands droits de l'abdomen.					
3. Examine l'utérus pour déterminer l'endroit de la rupture.					
4. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote.					
5. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux autostatiques.					

19. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L'HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE POUR RESÉQUER L'UTÉRUS EN CAS DE RUPTURE UTÉRINE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
HYSTÉRECTOMIE SUB-TOTALE					
1. Extrait l'enfant et le placenta.					
2. Décolle la vessie de l'utérus.					
3. Détermine si la rupture intéresse le col et le vagin ou si elle s'étend latéralement et intéresse l'une des artères ou les deux, ou si elle a provoqué un hématome du ligament large, et réparer le cas échéant.					
4. Applique de longues pinces hémostatiques à la rupture utérine et sectionne le muscle non déchiré entre les clamps, au segment inférieur au-dessus de la vessie.					
5. Libère l'utérus du moignon cervical et applique des sutures hémostatiques au bout des feuillets du segment inférieur coupé.					
6. Vérifie l'hémostase.					
7. En cas de saignement, clampes et suture par des points en 8.					
8. Insère un drain abdominal.					
9. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures.					
REFERMER L'ABDOMEN					
1. Suture l'aponévrose avec une suture en surjet en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 1 ou 2 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal.					
2. 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) 2/0. Attend que l'infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané. Si la femme ne présente pas de signe d'infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut, et suture par des points de matelassier à 2 cm d'écart pour refermer le plan cutané, en utilisant une aiguille tranchante enfilée avec du nylon ou de la soie 3/0. Suture souscuticulaire au choix.					
3. Vérifie l'absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile.					
4. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
5. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
6. Jette l'aiguille et la seringue dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
7. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
SOINS APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Reste avec la femme jusqu'à ce que les effets de l'anesthésie se soient dissipés.					
2. Explique à la femme l'acte chirurgical et les résultats/constatations.					
3. S'assure que la femme reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l'hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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 					

20. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXAMEN NÉONATAL

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

(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.					
EXAMEN PHYSIQUE					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
2. Assécher rapidement la peau de l'enfant et le couvrir avec un linge sec.					
3. Contrôle l'apparence générale du nouveau-né, la respiration, le rythme cardiaque, la température, la peau et le tonus musculaire.					
4. Examine les parties génitales.					
5. Examine la tête, le visage, la bouche et les yeux.					
6. Examine la colonne vertébrale et le système nerveux central.					
7. Examine la poitrine à la recherche de mouvement symétrique.					
8. Examine l'abdomen avec focus sur l'ombilic pour dépister tout saignement et infection.					
9. Examine les parties supérieures et inférieures, vérifie la peau, les tissus mous et les os et contrôle la symétrie des mouvements.					
10. Pèse le nouveau-né et comparer avec les poids standards.					
11. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave attentivement les mains.					
12. Informe la mère des résultats et lui demande si elle a d'autres questions.					
13. Note tous les résultats pertinents.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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

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

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.

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					

21. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA RÉANIMATION NÉONATALE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION					
1. Enveloppe rapidement l'enfant et l'installe sur une surface propre et chaude.					
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.					
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 dans la bouche et les fosses nasales.					
3. Positionne le cou de l'enfant et le masque sur le visage de l'enfant de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez. Crée une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant.					
4. Ventile au rythme de 40 mvts/minute pendant 1 minute puis s'arrête pour voir si l'enfant respire spontanément.					
5. S'il respire normalement et s'il ne présente pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement respiratoire, le met au contact peau-à-peau avec la mère.					
6. Si l'enfant ne respire pas, si la fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/minute ou en cas de tirage intercostal sévère, le ventile dans la mesure du possible avec de l'oxygène et prend les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié de soins spéciaux.					
7. S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, vérifie les battements cardiaques. S'il n'y a pas de battements, arrête de ventiler.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Place les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. Puis, nettoie et procède au traitement.					
2. Nettoie et décontamine le pousoir et le masque et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.					
3. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
4. Note l'information pertinente dans le dossier de la patiente/nouveau-né.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



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.					

22. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PREPARATION					
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 et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Ventile avec de l'oxygène.					
3. Positionne la tête de la femme.					
4. Administre du diazépam et de la scoline si nécessaire.					
5. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
6. Insère le laryngoscope. Aspire, le cas échéant, les sécrétions dans la gorge. Visualise la glotte.					
7. Insère le tube endotrachéal, retire le laryngoscope et retire le guide.					
8. Gonfle la sonde à ballonnet et le connecte le tube endotrachéal au masque Ambu.					
POSITIONNEMENT CORRECT DU TUBE ENDOTRACHÉAL					
1. Observe si la poitrine se gonfle et ausculte la poitrine pour vérifier que le tube endotrachéal est ajusté correctement.					
2. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, fixe le tube sur le visage de la femme.					
3. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
5. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					

22. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHÉALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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 et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
3. Retire le tube.					
4. Administre de l'oxygène en vérifiant que la respiration régulière reprend.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
7. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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 ?

CLÉS DES RÉPONSES

Questions de discussion

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

Réponses

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

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

ÉTUDE DE CAS 1 : SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE

CLÉS DES RÉPONSES

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 ?

- Salue Mme A. avec respect et amabilité.
- Explique lui les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, répond à ses questions de manière calme et rassurante.
- Fait un bilan initial rapide pour vérifier les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et nécessite un traitement d'urgence ou réanimation : pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite, respiration rapide et désorientée. Dans ce bilan, il faut également faire une observation rapide de l'état de connaissance/convulsions, de la température et des douleurs abdominales. Un examen sera fait pour voir si les saignements vaginaux ont augmenté ou si elle a perdu des produits de la conception.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?

- Fait un examen abdominal pour noter la distension et la sensibilité à la palpation, ce qui peut évoquer une grossesse ectopique et pour déterminer si l'utérus est plus mou ou plus large qu'il ne devrait l'être à ces dates, ce qui peut évoquer une grossesse molaire.
- Fait un examen bimanuel avec douceur pour vérifier la sensibilité à la mobilisation du col et sensibilité des annexes, ce qui peut évoquer une grossesse ectopique et vérifier la présence de produits de la conception à l'orifice du col, ce qui peut évoquer un avortement incomplet.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

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 ?

- Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir signes de choc, vives douleurs abdominales et pelviennes, douleurs à la palpation appuyée, léger saignement vaginal, col fermé et sensibilité à la motilité cervicale) sont ceux de la rupture d'une grossesse ectopique.

Prestation de soins (planification et intervention)

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

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

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 ?

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

Références

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

ÉTUDE DE CAS 2 : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

CLÉS DES RÉPONSES

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)

- Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?**
 - Salue Mme B. avec respect et amabilité.
 - Explique lui les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, répond à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Demander à Mme B. comment elle se sent : a-t-elle des maux de tête, une vision floue, des douleurs abdominales hautes ou a-t-elle eu d'autres problèmes depuis sa dernière visite au centre de santé ?
 - Demande-lui si l'activité fœtale a changé depuis sa dernière visite.
 - Prend sa tension artérielle et fait un test de l'urine pour détecter la présence de protéine (la protéinurie, conjuguée à une pression diastolique élevée égale à 90 mm Hg évoque la pré-éclampsie).
- 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 ?**
 - Prend sa tension artérielle.
 - Fait un examen abdominal pour contrôler la croissance du fœtus et écouter le rythme cardiaque fœtal (la pré-éclampsie/eclampsie et la fonction placentaire réduite qu'elle entraîne peut être la cause d'une insuffisance pondérale à la naissance. Il existe un risque accru d'hypoxie lors des périodes prénatales et intrapartum ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire).
- Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. ? Pourquoi ?**
 - Tel que mentionné ci-dessus, fait un test d'urine pour détecter la présence de protéine dans l'urine.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse :

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

Examen physique :

La tension artérielle de Mme B. est de 130/90 mm Hg, et elle a une protéinurie de 1+.

Le fœtus est actif et le rythme cardiaque fœtal est de 136 par minute. La taille de l'utérus correspond aux dates.

- En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problème/besoin) ? Pourquoi ?**

- Les signes et symptômes de Mme B. (tension artérielle diastolique 90-110 mm Hg après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 2+) sont ceux de la pré-éclampsie légère.

Prestation de soins (planification et intervention)

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

- Rassure Mme. B. et sa famille et leur indiquer quels sont les signes d'alerte se rapportant à la pré-éclampsie et éclampsie sévères (violents maux de tête, vision floue, douleurs abdominales hautes, convulsions ou perte de connaissance) et lui dire qu'il faut se rendre de suite au centre de santé si l'un quelconque de ces signes se présentent. Il faut lui indiquer quelles sont les conséquences possibles de l'hypertension gestationnelle.
- Encourage lui de se reposer et manger un régime alimentaire normal (décourage de limiter le sel car cela ne prévient pas l'hypertension gestationnelle).
- Demande à Mme B. de revenir deux fois par semaine au centre de santé pour faire contrôler sa tension artérielle, faire un examen d'urine et suivre l'état du fœtus.
- Il ne faut pas administrer d'anticonvulsivants, d'antihypertenseurs ou de calmants à Mme B. (ces médicaments ne seront donnés que si la tension artérielle ou le niveau de protéine dans les urines augmente).
- Prodigue, en cas de besoin, les soins prénatals fondamentaux qui s'imposent (dépistage précoce et traitement rapide des problèmes, interventions prophylactiques, mise au point/révisions des préparations à la naissance, plan d'alimentation du bébé).
- Conseille lui de prévoir d'accoucher à l'hôpital.

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 ?

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

Références

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

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

CLÉS DES RÉPONSES

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 ?

- Salue Mme C. avec respect et amabilité.
- Explique les mesures qui seront prises et l'écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ces questions de manière calme et rassurante.
- Demande-lui comment elle se sent et si elle a eu des maux de tête, des troubles de vision et des douleurs abdominales hautes depuis sa dernière visite. Contrôle sa tension artérielle et fait un test d'urine (une protéinurie de 2+ conjuguée à une tension artérielle diastolique de 90-110 mm Hg avant 20 semaines est caractéristique d'une hypertension chronique avec légère pré-éclampsie superimposée).
- Obtient le dossier médical de Mme C. pour vérifier ses antécédents d'hypertension.

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 ?

- La tension artérielle et la présence de protéine dans l'urine constituent les facteurs les plus importants de l'examen.
- Réalise un examen abdominal pour contrôler la croissance et l'état du fœtus (en cas d'hypertension chronique et pré-éclampsie/éclampsie, la fonction placentaire réduite peut mener à une insuffisance pondérale à la naissance, il existe un risque accru d'hypoxie pendant la période prénatale et intrapartum ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire).

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

- Tel que mentionné ci-dessus, il faut contrôler la présence de protéine dans l'urine.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

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'urine 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 ?

- Les symptômes et signes (à savoir, pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de grossesse et, dans le cas de Mme C., ses antécédents d'hypertension, l'absence de protéinurie) sont ceux de l'hypertension chronique.

Prestation de soins (planification et intervention)

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

- Donne des conseils Mme C. sur les signes de danger pendant la grossesse, surtout ceux qui concernent la pré-éclampsie et l'éclampsie (violents maux de tête, troubles de la vision, douleurs abdominales hautes, convulsions ou pertes de connaissance) et lui dit qu'il faut venir consulter de suite les services de santé.
- Encourage davantage de repos.
- Demande à Mme C. de revenir au centre de santé dans une semaine pour contrôler sa tension artérielle, faire un test d'urine et vérifier l'état du fœtus.
- Encourage lui à exprimer ses préoccupations, on l'écouterait attentivement et on la rassurerait.
- En attendant, on chercherait à obtenir son dossier médical.
- À ce stade dans la prise en charge de Mme C, n'administrerait pas d'antihypertenseurs. (Des niveaux élevés de tension artérielle maintiennent l'irrigation sanguine rénale ou placentaire dans l'hypertension chronique. Une tension artérielle réduite permettrait de diminuer l'irrigation sanguine - il ne faut pas faire baisser la tension artérielle en dessous du niveau préalable à la grossesse. Rien ne montre qu'un traitement agressif pour faire baisser la tension améliore le dénouement pour la mère ou le fœtus).
- Prodiges des soins prénatals fondamentaux selon le cas (dépistage précoce et traitement rapide des problèmes, interventions prophylactiques, mise au point/révision des préparations à la naissance, plan d'alimentation du bébé).

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 ?

- Demande à Mme C. de revenir au centre de santé toutes les deux semaines pour faire contrôler sa tension artérielle, les urines et l'état du fœtus.
- Donne des conseils sur les signes d'alerte, surtout en ce qui concerne ceux qui se rapportent à la pré-éclampsie/ éclampsie.
- Encourage lui à exprimer ses préoccupations, on l'écouterait attentivement et on la rassurerait.
- Si la tension artérielle diastolique augmente à 110 mm Hg ou plus ou si sa tension artérielle systolique augmente à 160 mm Hg ou plus, il faut lui administrer des antihypertenseurs.
- En cas de protéinurie, envisage la pré-éclampsie superimposée et prend la en charge en voie de conséquence.
- Continue à prodiguer des soins prénatals fondamentaux le cas échéant.
- S'il n'existe aucune autre complication, Mme C. pourra accoucher à terme.

Références

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

ÉTUDE DE CAS 4 : DÉROULEMENT DÉFAVORABLE DU TRAVAIL

CLÉS DES RÉPONSES

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 ?**
 - Salue la avec respect et amabilité.
 - Explique lui les mesures qui seront prises et l'écoute attentivement. De plus, répond à ses questions de manière calme et rassurante.
 - Demande-lui à propos de la fréquence et de la régularité des contractions et
 - des saignements, pertes des eaux (rupture des membranes), fièvre, diminution des mouvements fœtaux et autres signes d'alerte ou problèmes.
 - Prend et note sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa fréquence respiratoire. En cas de déshydratation, cétose ou choc, démarre de suite le traitement.
 - Évalue la réponse émotionnelle de Mme D. au travail pour déterminer son niveau d'angoisse et tolérance de douleurs.
- 2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?**
 - Fait un examen abdominal pour déterminer la taille de l'utérus, la présentation du fœtus et la descente de la partie qui se présente ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Palpation de l'utérus pour déterminer la fréquence et la durée des contractions utérines.
 - Fait un examen vaginal pour évaluer la dilatation du col, pour déterminer si les membranes sont encore intactes et déterminer le modelage.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Anamnèse :

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

Examen physique :

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

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

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

- Les symptômes et signes de Mme D. (dilatation du col de 4 cm et contractions utérines régulières) correspondent à la phase active du premier stade du travail.

Prestation de soins (planification et intervention)

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

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

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.

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

- Les signes et symptômes de Mme D. correspondent à présent à ceux de la phase active prolongée (arrêt de la dilatation du col) puisque la dilatation est marquée à droite de la ligne d'alerte du partogramme.

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

- Les contractions utérines sont moins de 3/10 minutes et durent moins de 40 secondes et le déroulement du travail n'étant pas favorable, le travail devrait être accéléré par perfusion d'ocytocine.
- La perfusion d'ocytocine est démarrée (2,5 unités en 500 ml). Le taux est titré pour déclencher au moins 3 contractions utérines en l'espace de 10 minutes durant au moins 40 secondes.

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

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

- Les symptômes et signes de Mme D. (arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la partie qui se présente alors qu'on assiste à de bonnes contractions) sont ceux qui entrent dans le diagnostic du travail dystocique imputable à la disproportion céphalopelvienne.

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

- Prend des dispositions pour accoucher immédiatement Mme D. par césarienne.

Références

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

ÉTUDE DE CAS 5 : FIÈVRE APRÈS L'ACCOUCHEMENT

CLÉS DES RÉPONSES

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)

- Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame E. et pourquoi ?**
 - Salue Mme E. et son mari avec respect et amabilité.
 - Explique lui les mesures qui seront prises et les écoute attentivement. De plus, il faut répondre à leurs questions de manière calme et rassurante.
 - Fait un bilan initial rapide pour déterminer la gravité de maladie, y compris température, état de connaissance, douleurs abdominales, saignement vaginal, fièvre et autres signes du choc, notamment pouls supérieur à 110, tension artérielle systolique de moins de 90 mm Hg, pâleur, transpiration, peau moite et froide, respirations rapides et désorientation. Demande-lui si elle se sent faible et léthargique ou si elle a des mictions plus fréquentes et douloureuses ou encore des pertes vaginales malodorantes. Voir si elle habite dans des régions impaludées.
 - Obtient les informations suivantes sur la naissance : à quel moment s'est faite la rupture des membranes, problèmes au niveau de la délivrance artificielle, placenta complet et saignement abondant après la naissance.
 - Il faut s'assurer que Mme E. a été vaccinée contre le tétanos surtout du fait que des herbes ont été insérées dans son vagin.
- 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 ?**
 - Contrôle l'abdomen de Mme E. pour déterminer la sensibilité ainsi que la vulve pour noter les pertes purulentes (douleurs abdominales basses, utérus sensible et lochies purulentes et malodorantes sont des symptômes et signes de métrite). Examen de ses jambes pour déterminer la sensibilité à mimoset, ce qui peut évoquer une thrombose veineuse profonde.

- Fait un examen attentif du périnée, du vagin et du col de Mme E. pour déceler toute déchirure, surtout du fait que le travail a été prolongé et que des substances étrangères ont été insérées dans le vagin.

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

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

- Traite la immédiatement pour choc :
 - L'allonger sur le côté.
 - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.

- Donner de l'oxygène à raison de 6-8 L par minute par masque ou sonde.
- La garder au chaud.
- Elever ses jambes.
- Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration.
- Démarrer une perfusion avec une aiguille de large calibre pour administration rapide de liquides (1 L de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15-20 minutes).
- Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).
- Prise de sang pour la mesure de l'hémoglobine et le test de compatibilité sanguine et transfusion de sang si c'est nécessaire.
- Administrer de la combinaison suivante d'antibiotiques : 2g d'ampicilline toutes les 6 heures plus 5mg de gentamicine par kg en IV toutes les 24 heures PLUS 500 mg de métronidazole en IV toutes les 8 heures.
- Si l'on soupçonne une rétention de fragments placentaires, explorer manuellement l'utérus pour retirer les caillots et les morceaux de tissus. Si nécessaire, on peut utiliser une curette.
- Suivre de près l'amélioration au niveau de la température, du pouls, de la tension artérielle et de la sensibilité et de l'involution utérines ainsi que des lochies.
- Vu que les bonnes conditions d'hygiène n'ont pas été respectées lors de l'accouchement, il faut lui administrer de suite un rappel antitétanique (0,5 ml en IM), la patiente ayant terminé la série initiale de trois doses et ayant eu un rappel ces 10 derniers jours. (Si elle n'a pas terminé la série de trois doses et si elle n'a pas eu de rappel ces 10 derniers jours, elle doit recevoir un sérum antitétanique, 1500 unités en IM. Ensuite, elle recevra un rappel, 0,5 ml en IM en 4 semaines).
- Explique les mesures prises pour prendre en charge la complication à Mme E. et à son mari. Encourager les également à exprimer leurs préoccupations, écoute les attentivement et on apporte leur un soutien émotionnel tout en les rassurant.

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 ?

- Continuer les antibiotiques jusqu'à ce que la fièvre cesse pendant 48 heures. Point besoin d'administrer des antibiotiques par voie orale après avoir arrêté les antibiotiques en IV.
- Continuer à suivre ses signes vitaux, apport hydrique et diurèse, sensibilité et involution de l'utérus ainsi que les lochies.
- Continuer les liquides en IV pour maintenir l'hydratation jusqu'à ce que Mme E. soit suffisamment remise pour boire et manger.
- Explique à Mme E. et à son mari les étapes prises pour continuer la prise en charge de la complication. De plus, encourage les à exprimer leurs préoccupations, écoute les attentivement tout en apportant un soutien affectif et rassure les.
- Prévoit de s'entretenir avec l'accoucheuse traditionnelle qui a assisté à l'accouchement et lui enseigner les bonnes conditions d'hygiène qui doivent accompagner une naissance.

Références

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

ÉTUDE DE CAS 6 : SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L'ACCOUCHEMENT

CLÉS DES RÉPONSES

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 ?

- Saluer Mme F. et l'accoucheuse traditionnelle avec respect et amabilité.
- Explique les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, répond à leurs questions de manière calme et rassurante.
- Fait un bilan initial rapide pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle
 - est entrée en choc et a besoin de traitement d'urgence/réanimation : pouls > 110 ;
 - tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ;
 - pâleur, transpiration ou peau
 - froide et moite ; respiration rapide et confusion. Il faut noter rapidement le niveau
 - de connaissance/convulsions et les douleurs abdominales et prendre la température
 - pour détecter une éventuelle septicémie. Demande à l'accoucheuse traditionnelle
 - si l'utérus était bien contracté après la délivrance artificielle et si le placenta et
 - les membranes étaient expulsés complètement et sans problèmes ou s'ils étaient expulsés en morceaux.

2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame F. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins ? Pourquoi ?

- Examine l'utérus de Mme F. immédiatement pour déterminer s'il est contracté. Si l'utérus est contracté et ferme, le traumatisme génital est probablement dû au saignement. Si l'utérus n'est pas bien contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l'utérus atone. Si le placenta n'est pas complet, la cause la plus probable du saignement est la rétention de fragments placentaires.
- Après, fait un examen attentif du périnée, du vagin et du col pour déceler les éventuelles déchirures.

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

- Aucun pour le moment

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 ?

- Les symptômes et signes de Mme F. (à savoir, hémorragie du post-partum immédiat, utérus mou qui n'est pas contracté, choc) sont ceux de l'utérus atone.

Prestation de soins (planification et intervention)

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

- Appele à l'aide car de nombreuses mesures doivent être prises simultanément. Ne laisse pas Mme F. toute seule sans une personne qui la surveille.
- Demande à un aide de démarrer immédiatement le massage utérin (pendant que vous faites le bilan).
- Demande à un aide d'administrer 10 unités d'ocytocine en IM jusqu'à ce qu'une voie veineuse soit installée. Continuer le massage utérin.
- **Au moment du bilan initial rapide**, dès que le choc est détecté, il faut démarrer le traitement.
 - Vérifier que ses voies aériennes sont ouvertes.
 - Démarrer une perfusion avec une aiguille de gros calibre pour administration rapide de liquides (1 L de sérum physiologique ou Ringer lactate en 15-20 minutes). Une seconde voie veineuse devrait être utilisée pour perfuser 20 unités d'ocytocine diluées dans 1 L de liquides à raison de 40 gouttes par minute. Ne pas administrer plus de
 - 3 L de liquides en IV contenant de l'ocytocine.
 - L'allonger sur le côté.
 - Donner de l'oxygène à raison de 6-8 L par minute par masque ou sonde.
 - La garder au chaud.
 - Elever ses jambes.
 - Contrôler sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa respiration.
 - Suivre l'absorption de liquide et le débit urinaire (sonde à demeure pour suivre le débit urinaire).
- Si l'utérus ne se contracte toujours pas, procède à une exploration manuelle pour retirer les éventuels fragments placentaires retenus.
- Prise de sang pour mesure de l'hémoglobine et test de compatibilité et transfusion de sang aussi rapidement que possible. Réalise un test de coagulation au lit de la patiente pour déceler la coagulopathie (la coagulopathie est aussi une cause qu'un résultat d'une grave hémorragie obstétricale).
- Explique les étapes prises pour prendre en charge la complication à Mme F. De plus, encourage la à exprimer ses préoccupations, écoute la attentivement et on apporte lui un soutien affectif tout en la rassurant.

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 ?

- Procéder tout de suite à une transfusion de sang.
- En même temps, continuer à perfuser rapidement la solution de Ringer lactate ou le sérum physiologique.
- Si disponible, donner 0,2 mg d'ergométrine/ méthylergométrine en IM ou IV lentement et/ou 15-méthyl prostaglandines en IM ou 600 mcg de misoprostol par voie rectale ou buccale.
- Faire une compression bimanuelle de l'utérus ou compression de l'aorte abdominale pour faire cesser le saignement. Maintenir la compression jusqu'à ce que s'arrêtent les saignements.
- Si les saignements continuent malgré la compression, prendre des dispositions immédiatement pour transférer Mme F. à un hôpital avec la chirurgie pour une ligature de l'artère utéro-ovarienne. En cas de graves saignements susceptibles de mettre la vie en danger après la ligature, réaliser une hystérectomie subtotale.
- Expliquer les mesures prises pour la prise en charge continue de la complication
- à Mme F. De plus, l'encourager à exprimer ses préoccupations, l'écouter attentivement et lui apporter un soutien affectif tout en la rassurant.
- Maintenir la communication à propos de l'état de Mme F. entre la structure ayant demandé le transfert et la structure de référence concernant les soins nécessaires une fois Mme A sortie de l'hôpital.

Références

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

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

But :

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

Instructions :

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

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

Matériel :

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

<p align="center">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p align="center">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>1. Mme L. est une multigeste de 36 ans qui a eu 5 enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme L. saigne « de trop » depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme L. avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner « de trop. »</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Que faites-vous ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. ■ Évaluer immédiatement Mme L. pour déterminer s'il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau. ■ Expliquer à Mme L. (et à son mari) ce que vous allez faire. L'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. ■ Tourner Mme L. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.
<p>2. À l'examen, vous constatez que Mme L. a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 84/50 mm Hg et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme L. ? ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer que Madame L. est en état de choc. ■ Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer une voie veineuse en utilisant une aiguille de gros calibre et perfuser rapidement une solution intraveineuse (sérum physiologique, Ringer lactate) à raison d'1 l en 15 à 20 minutes. ■ Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation pour la coagulopathie). ■ Démarrer l'oxygène à 6-8 L/minute. ■ Sonder la vessie. ■ Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l'utérus pour voir s'il est ferme et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. ■ Couvrir Mme L. pour la garder au chaud. ■ Elever ses jambes.
<p><i>Question 1 de discussion : Comment savez-vous qu'une femme se trouve dans un état de choc ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements minute ; tension artérielle moins de 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxiété et confusion ou perte de connaissance.</i></p>
<p><i>Question 2 de discussion : S'il est impossible de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues : Pratiquer une dénudation veineuse ?</i></p>
<p>3. À l'examen supplémentaire, vous constatez que l'utérus de Mme L. est mou et qu'il n'est pas contracté mais qu'il n'est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quels sont les principaux problèmes de Mme L. ? ■ Quelles sont les causes de son choc et saignement ? ■ Qu'allez-vous faire ensuite ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer que Mme L. a perdu « trop » de sang depuis l'accouchement et qu'on constate une perte considérable de sang sur ses habits. ■ Indiquer que l'utérus de Mme L. est mou et qu'il n'est pas contracté, mais qu'il n'est pas sensible ; elle n'a pas de fièvre. ■ Déterminer que le choc de Mme L. est imputable à l'hémorragie du post-partum, utérus atone. ■ Masser l'utérus de Mme L. pour stimuler une contraction. ■ Installer une deuxième voie veineuse et administrer 20 unités d'ocytocine dans un litre de liquide à 60 gouttes/minute.
<p>4. Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame L. est encore à 116 battements/ minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 L sont infusés dans l'heure qui suit le début du traitement. ■ Continuer à administrer de l'oxygène à 6-8 L/minute. ■ Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. ■ Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.

<p align="center">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p align="center">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>5. Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements ont cessé. Le pouls de Mme L. est de 90 battements/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ajuster le taux de perfusion IV à 1 L en 6 heures. ■ Continuer à vérifier que l'utérus reste contracté. ■ Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. ■ Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus.
<p>6. L'état de Mme L. s'est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Commencer à administrer 120 mg de fumérate ferreux par voie buccale PLUS 400 mcg d'acide folique par voie buccale tous les jours et dire à Mme L. qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.

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

SIMULATION CLINIQUE

POUR LA PRISE EN CHARGE DES CÉPHALÉES, DE LA VISION FLOUE, DES CONVULSIONS, DE LA PERTE DE CONNAISSANCE OU DE LA TENSION ARTÉRIELLE ÉLEVÉE

But :

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

Instructions :

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

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

Matériel :

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

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

SCÉNARIO 1 (suite)

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

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

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

But :

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

Instructions :

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

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

Matériel :

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

<p style="text-align: center;">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p style="text-align: center;">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>1. Mme A. a 20 ans. C'est sa première grossesse. Sa famille l'emmène au centre de santé. Mme A. peut marcher avec l'aide de sa sœur et de son mari. Elle indique qu'elle est enceinte de 14 ou 15 semaines et qu'elle a eu des crampes et saignements pendant plusieurs semaines. Mais ces 6 à 8 dernières heures, elle a des saignements abondants et de fortes crampes. Elle ne s'est pas rendu à une consultation prénatale et n'a reçu aucun traitement pour maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quelle est votre première préoccupation ? ■ Qu'allez-vous faire en premier ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer qu'il faut s'assurer de suite si Mme A. est en choc. ■ Faire une évaluation rapide de l'état général de Mme A., y compris les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et fréquence respiratoire), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. ■ Indiquer à Mme A. (et à sa famille) ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
<p>2. À l'examen, vous constatez que le pouls de Mme A. est de 100 battements/minute, la tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle est consciente. Sa peau n'est ni froide ni moite. Vous remarquez que ses habits sont trempés d'un sang rouge vif.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Est-ce que Mme A. est en choc ? ■ Qu'allez-vous faire ensuite ? ■ Quelles sont les questions que vous poserez ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer que Mme A. n'est pas en état de choc. ■ Poser une voie veineuse avec un sérum normal ou Ringer lactate. ■ Demander à Mme A. s'il lui est arrivé quelque chose ou si quelqu'un a fait quelque chose qui aurait pu causer le saignement. ■ Lui demander en combien de temps elle remplit une serviette hygiénique. ■ Demander à Mme A. si elle a perdu des tissus. ■ Lui demander si elle s'est évanouie.
<p>3. Mme A. se portait jusqu'au moment où les saignements ont commencé. Vous voyez bien à partir de ses réponses qu'elle souhaitait cette grossesse. Vous ne voyez aucun signe de violence physique. Elle remplit une serviette hygiénique toutes les 4 à 5 minutes. Elle ne s'est pas évanouie mais elle se sent étourdie. Elle a perdu des caillots et pense qu'elle a pu perdre également des tissus.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire ensuite et pourquoi ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palper l'abdomen de Mme A. pour déterminer la taille, la sensibilité et la consistance de l'utérus ; voir s'il existe une masse annexielle sensible pour exclure la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; examiner pour voir si l'utérus est œdémateux afin d'exclure l'éventualité d'une grossesse molaire. ■ Faire un examen bimanuel pour exclure l'avortement inévitable ou incomplet. ■ Prendre la température de Mme A. pour exclure la possibilité d'une septicémie.
<p>4. À l'examen, vous constatez que l'utérus est ferme, légèrement sensible et palpable juste au-dessus du niveau de la symphyse pubienne. Il n'existe pas de masses annexielles. L'examen bimanuel indique que le col est dilaté à 1-2 cm, que la taille de l'utérus est inférieure à 12 semaines et aucun tissu n'est palpable au col. Il n'existe pas de sensibilité à la mobilisation du col.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est votre diagnostic ? ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer que Mme A. a un avortement incomplet. ■ Expliquer les résultats à Mme A. (et à sa famille). ■ Préparer Mme A. pour une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU).
<p>Question 1 de discussion : Pourquoi avez-vous écarté la possibilité d'une grossesse extra-utérine ?</p>	<p>Réponses attendues : Le saignement est plus abondant que lors d'une grossesse extra-utérine, aucune masse annexielle n'était palpable dans l'abdomen ou le vagin, il n'existait pas de sensibilité à la mobilisation du col, le col était dilaté, pas d'antécédent d'évanouissement.</p>
<p>5. La salle de traitement est occupée pour le moment car une autre cliente ayant un avortement incomplet est en train de recevoir une AMIU. La pièce sera disponible dans 30 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expliquer la situation à Mme A. (et à sa famille) et les rassurer. ■ Maintenir la perfusion. ■ Administrer 0,2 mg d'ergométrine en IM OU 400 mcg de misoprostol par voie buccale. ■ Continuer à suivre les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.

SCÉNARIO 1 (suite)

<p align="center">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p align="center">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>6. Quinze minutes sont passées depuis l'administration de l'ergométrine, mais Mme A. perd encore du sang à raison d'une serviette hygiénique trempée toutes les 5 minutes. Son pouls est de 104 battements/minute et sa tension artérielle de 98/60 mm Hg.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Répéter 0,2 mg d'ergométrine en IM. ■ Continuer la perfusion en IV. ■ Continuer à suivre les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle. ■ Prélever du sang pour déterminer le type et vérifier la compatibilité sanguine pour qu'il soit disponible si nécessaire.
<p>7. Les saignements ont diminué depuis la seconde dose d'ergométrine. L'AMIU a été effectuée 30 minutes plus tard et on s'est assuré de l'évacuation complète des produits de la conception.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Suivre les signes vitaux et les pertes de sang de Mme A. ■ Vérifier que Mme A. est propre, au chaud et à l'aise. ■ L'encourager à manger et à boire si elle le souhaite.
<p>8. Après 6 heures, les signes vitaux de Mme A. sont stables et il n'existe pratiquement aucune perte de sang. Elle insiste pour rentrer chez elle.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire avant de la laisser partir ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parler à Mme A. si elle souhaite tomber enceinte et quand ; lui fournir, si nécessaire, des conseils de planification familiale et une méthode de planification familiale. ■ La rassurer quant à ses chances d'une autre grossesse à issue favorable. ■ Indiquer à Mme A. de consulter immédiatement les services de santé si elle a des crampes prolongées, un saignement prolongé, des saignements plus abondants qu'une menstruation normale, une douleur sévère ou croissante, de la fièvre, des frissons ou des malaises, des pertes malodorantes, des évanouissements. ■ Lui parler, à elle et à son mari, des pratiques sexuelles sans risques. ■ Lui demander si elle a reçu sa vaccination antitétanique et fournir celle-ci, le cas échéant.

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

But :

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

Instructions :

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

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

Matériel :

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

<p align="center">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p align="center">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>1. Mme B. a 24 ans et elle vient juste de donner naissance à une petite fille en bonne santé après 7 heures de travail. Une prise en charge active a été faite du troisième stade et le placenta et les membranes étaient complets. La sage-femme qui a assisté à l'accouchement a quitté l'hôpital à la fin de son service. Environ 30 minutes plus tard, une infirmière arrive en courant pour dire que Mme B. saigne abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. ■ Évaluer immédiatement Mme B. pour déterminer l'état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. ■ Indiquer à Mme B. ce que vous êtes en train de faire, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.
<p>2. À l'examen, vous constatez que Mme B. a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n'est ni froide ni moite.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quel est le problème de Mme B. ? ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Indiquer que Mme B. est en état de choc suite au saignement du post-partum. ■ Palper l'utérus pour voir s'il est ferme. ■ Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l'appel d'installer voie veineuse et de perfuser, en utilisant une aiguille de gros calibre, du sérum physiologique ou Ringer lactate, à raison d'1 L en 15 à 20 minutes avec 10 unités d'ocytocine. ■ Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation au lit de la cliente pour la coagulopathie).
<p><i>Question 1 de discussion : Comment savez-vous que cette cliente est entrée en choc ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements /minute ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxieuse et confuse ou perte de connaissance.</i></p>
<p>3. Vous constatez que l'utérus de Mme B. est mou et n'est pas contracté.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Masser l'utérus pour expulser le sang et les caillots sanguins et stimuler une contraction. ■ Démarrer l'oxygène à 6-8 L/minute. ■ Sonder la vessie. ■ Couvrir Mme B. pour la garder au chaud. ■ Elever ses jambes. ■ Continuer à suivre (ou demander à l'assistant de suivre) les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle.
<p>4. Après 5 minutes, l'utérus de Mme B. est bien contracté, mais elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Examiner le col, le vagin et le périnée pour voir s'il existe des déchirures. ■ Demander à des membres du personnel de vous aider à trouver le placenta et examiner pour voir s'il y a des morceaux qui manquent.
<p>5. À l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le col, le vagin et le périnée de Mme B., vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales. ■ Indiquer à Mme B. ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer. ■ Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme B.
<p><i>Question 2 de discussion : Qu'auriez-vous faire si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?</i></p>	<p><i>Réponses attendues :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Expliquer le problème à Mme B. et la rassurer. ■ Administrer de la péthédine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine. ■ Administrer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV OU 1 g de céfazoline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV). ■ Utiliser des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour toucher à sentir, à l'intérieure de l'utérus, les fragments du placenta et les retirer avec la main, avec une pince en cœur ou une grande curette.
<p>6. Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme B. Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme B. Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ajuster le taux de perfusion IV à 1 L en 6 heures. ■ Continuer à vérifier les pertes de sang vaginal. ■ Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. ■ Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. ■ Continuer les soins routiniers du post-partum, y compris l'allaitement maternel du nouveau-né.

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

But :

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

Instructions :

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

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

Matériel :

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

<p align="center">SCÉNARIO 1 <i>(Information fournie et questions posées par le formateur)</i></p>	<p align="center">RÉACTIONS/RÉPONSES CLÉS <i>(Attendues du participant)</i></p>
<p>1. Mme C. vient d'accoucher d'un garçon de 2,8 kg après un second stade prolongé du travail. C'est sa seconde grossesse. Son premier bébé est vivant. À la naissance, le bébé est cyanosé et flasque et il ne respire pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sécher rapidement le nouveau-né, l'envelopper dans un linge sec et chaud et l'installer sur une surface ferme et chaude. ■ Placer le nouveau-né sur son dos et positionner la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes. ■ Veiller à qu'il reste bien enveloppé ou couvert, à l'exception du visage et du haut du torse. ■ Aspirer les mucosités dans la bouche puis dans les fosses nasales. ■ Réexaminer le nouveau-né et, s'il ne respire pas, commencer à ventiler. ■ Appliquer le masque sur le visage du nouveau-né de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez. ■ Créer une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant. ■ Presser le ballon et vérifier l'étanchéité du masque en ventilant à deux reprises et en regardant si la poitrine se soulève. ■ Indiquer simultanément à la mère ce qui se passe et la rassurer. ■ Si la poitrine de l'enfant se soulève, ventiler à 40 mvts/minute pendant 20 minutes ou jusqu'à ce que le nouveau-né commence à respirer.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Quelles sont les précautions quand vous aspirez et pourquoi ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne pas aspirer les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d'entamer un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire.
<p>2. Vous avez commencé à ventiler mais la poitrine de l'enfant ne se soulève pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Recontrôler et corriger la position de l'enfant. ■ Réajuster le masque afin d'en améliorer l'étanchéité. ■ Presser le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation.
<p>3. Après avoir réajuster le masque, la poitrine de l'enfant se soulève avec la ventilation.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ventiler pendant 1 minute et ensuite, arrêter pour évaluer rapidement si l'enfant respire.
<p>4. Après une minute de ventilation, le nouveau-né ne respire toujours pas. Vous vous rappelez que Mme C. a reçu 100 mg de péthédine 40 minutes avant l'accouchement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Continuer de ventiler jusqu'à ce que l'enfant respire spontanément. ■ Une fois que les signes vitaux sont établis, lui injecter 0,1 mg de naloxone par kg, en IV.
<p>Question 1 de discussion : <i>Quels sont les nouveau-nés auxquels ils ne faut pas donner du naloxone ?</i></p>	<p>Réponse attendue : <i>Les nouveau-nés dont les mères pourraient avoir pris des médicaments narcotiques récemment.</i></p>
<p>5. Après 2 minutes de ventilation en plus, le nouveau-né commence à crier.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Qu'allez-vous faire à présent ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arrêter de ventiler et observer pendant 5 minutes lorsque les cris cessent. ■ Déterminer que la respiration est normale (30-60 mvts/minute) et qu'il n'y a pas de tirage intercostal ni de geignements respiratoires pendant 1 minute.
<p>Question 2 de discussion : <i>Que feriez-vous si le nouveau-né respire mais s'il présente un tirage intercostal sévère ?</i></p>	<p>Réponse attendue : <i>Administrez de l'oxygène par sonde nasale ou canule et prenez les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié pour les nouveau-nés malades.</i></p>
<p>6. Le nouveau-né respire à présent normalement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Quels sont les soins continus dont a besoin le nouveau-né ? 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prévenir la déperdition de chaleur en mettant l'enfant sur la poitrine de sa mère, peau contre peau ou l'installer sous une lampe chauffante. ■ Examiner l'enfant et compter le nombre de mouvements respiratoires par minute. ■ Prendre la température axillaire de l'enfant. ■ Encourager la mère à allaiter et la rassurer (un nouveau-né qui a besoin d'être réanimé court un risque plus élevé d'hypoglycémie). ■ Le suivre de près pendant 24 heures.



**CONSEILS POUR
LES FORMATEURS**

ÊTRE UN FORMATEUR EFFICACE

Les professionnels de la santé qui réalisent des formations cliniques changent continuellement de rôle. **Formateurs** ou **professeurs** lorsqu'ils font des exposés et des démonstrations en salle de classe, ils deviennent facilitateurs en menant des discussions en petits groupes et en utilisant les jeux de rôle, les études de cas et les simulations cliniques. Une fois qu'ils ont démontré une procédure clinique, ils peuvent ensuite prendre le rôle du **moniteur** et encadrer les participants qui s'exercent à exécuter telle ou telle technique.

CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE

L'**encadrement** est une technique pédagogique dans le cadre de laquelle le formateur clinique :

- **Décrit** les compétences et contacts avec les patientes que devra acquérir le participant
- **Démontre** (modélise) la compétence de manière claire et efficace en utilisant des aides pédagogiques, telles que les diapositives, les bandes vidéos et les modèles anatomiques.
- Apporte un **feed-back** détaillé et spécifique aux participants alors qu'ils pratiquent la compétence et s'exercent à interagir avec les patients en utilisant le modèle anatomique et des instruments effectifs dans le cadre d'un contexte clinique simulé et alors qu'ils dispensent des services aux patients.

Un **formateur clinique** efficace :

- **Maîtrise parfaitement** les compétences qu'il enseigne
- **Encourage** les participants à acquérir de nouvelles compétences
- Encourage une **communication ouverte** (dans les deux sens)
- Apporte un **feed-back immédiat** :
 - Informe les participants, leur indiquant s'ils sont en train d'atteindre les objectifs
 - Ne permet pas qu'une compétence ou activité soit exécutée de manière incorrecte

- Apporte un **feed-back** positif aussi souvent que possible
- Évite le **feed-back** négatif et offre à la place des suggestions particulières aux fins d'amélioration

Est capable de recevoir du **feed-back** :

- **Le demande.** Trouvez des formateurs cliniques qui seront directs avec vous. Demandez-leur d'être spécifiques et descriptifs.
- **Le dirige.** Si vous avez besoin d'information pour répondre à une question ou pour atteindre un but, demandez cette information.
- **L'accepte.** N'essayez pas de défendre ou de justifier votre comportement. Écoutez ce que les gens ont à vous dire et remerciez-les. Utilisez ce qui est utile ; écarter le reste.
- Reconnaît que la formation peut être stressante et sait comment **gérer le stress du participant et du formateur** :
 - Fait appel à l'humour
 - Observe les participants et note les signes de stress
 - Fait des pauses régulièrement
 - Change la routine de la formation
 - Se concentre sur les réussites du participant et non pas sur les échecs

Les caractéristiques d'un **bon moniteur** sont analogues à celles d'un **formateur clinique efficace**. Il existe d'autres caractéristiques supplémentaires qui sont particulièrement importantes pour le moniteur, notamment :

- Être patient et constructif
- Féliciter et appuyer positivement
- Corriger les erreurs des participants tout en maintenant l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes
- Écouter et observer

TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT

L'acquisition d'une compétence clinique avec encadrement se fait le long de trois phases fondamentales : démonstration, pratique et évaluation. Ces trois phases peuvent être réparties en étapes plus petites :

- D'abord, lors des présentations interactives en salle de classe, **expliquer** la compétence ou la technique qui doit être apprise
- Ensuite, à l'aide d'une bande vidéo ou d'un jeu de diapositives, **montrer** la compétence ou la technique qui doit être apprise
- Ensuite, **démontrer** la compétence ou la technique en utilisant un modèle anatomique (le cas échéant), un jeu de rôle (par exemple, démonstration des conseils) ou une simulation clinique
- Ensuite, laisser les participants **pratiquer** la compétence ou technique démontrée sur un **modèle anatomique** ou dans un contexte simulé (par exemple, jeu de rôle, simulation clinique) alors que le formateur encadre
- Après cela, **revoir** la séance de pratique et donner un feed-back constructif
- Après suffisamment de pratique, **évaluer** la performance de chaque participant concernant l'exécution de la technique ou de la compétence sur des modèles ou dans une **situation simulée**, en utilisant la liste de vérification axée sur la compétence
- Une fois que les participants maîtrisent la compétence sur des modèles ou dans un cadre simulé, leur demander de **s'exercer** avec des patientes sous la directive du formateur clinique
- Enfin, **évaluer** la capacité du participant à exécuter la technique/compétence en fonction d'une procédure standardisée, telle que donnée dans la liste de vérification axée sur la compétence

Lors de l'acquisition initiale de la compétence, le formateur démontre la compétence alors que le participant observe. Pendant que le participant met en pratique la compétence, le formateur encadre, observe et évalue la performance. Lorsqu'il démontre la maîtrise de la compétence, le formateur devient à présent la personne qui exécute la technique alors que le formateur évalue sa performance.

CRÉER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF

Une formation réussie n'est pas quelque chose qui arrive tout seul, il faut la planifier attentivement. Réflexion, temps et préparation sont nécessaires pour cette planification, ainsi qu'une certaine étude de la part du formateur clinique. Celui-ci doit vérifier que le stage est exécuté essentiellement comme il a été conçu. Le formateur doit s'assurer que les séances de pratique clinique, qui font partie intégrante du stage clinique, ainsi que les séances théoriques, sont réalisées de manière adéquate. Non seulement responsable de l'organisation du stage en général, le formateur doit également donner des présentations, faire des démonstrations et diriger d'autres activités, qui toutes exigent une planification préalable. Des séances théoriques et cliniques bien planifiées et bien exécutées aideront à créer un contexte d'apprentissage positif.

SE PRÉPARER À LA FORMATION

Les mesures suivantes sont recommandées pour préparer la formation :

- **Revoir le sommaire du stage**, dont la description, les buts, les méthodes pédagogiques, le matériel didactique, les méthodes d'évaluation, la durée de la formation et la composition du cours proposée.
- **Revoir le calendrier de la formation.**
- **Étudier le programme du stage.** Le programme fournit des suggestions détaillées concernant la formation liée à chaque objectif et la facilitation de chaque activité. En fonction des suggestions faites dans le programme et des propres idées du formateur, celui-ci réunira le matériel, les fournitures et l'équipement nécessaires. Le formateur doit également vérifier la durée précisée dans le calendrier pour vérifier qu'un temps suffisant est octroyé pour toutes les séances et activités.
- **Lire et étudier le manuel de référence** pour vérifier une bonne connaissance du contenu qui sera présenté lors de la formation.
- **Revoir les questionnaires préalable et à mi-stage** et faire des copies des questionnaires, de la matrice et des fiches de réponses si nécessaire.
- **Vérifier le fonctionnement de tout l'équipement audiovisuel** (par exemple, rétroprojecteur, magnétoscope, chevalet pour tableau à feuilles mobiles).
- **Vérifier tous les modèles anatomiques** (sont-ils propres et en bon état ? Toutes les pièces sont-elles en place ?).
 - **Pratiquer toutes les techniques cliniques** en utilisant le ou les modèle(s) anatomique(s) et les fiches d'apprentissage et listes de vérification trouvées dans le cahier du formateur et le carnet de stage des participants.

- **Obtenir des informations sur les participants qui assisteront à la formation.** Il est important que le formateur clinique dispose de l'information suivante sur les participants :
 - **Expérience et formation** des participants. Le formateur clinique devra chercher à obtenir autant d'information que possible sur les participants avant la formation. Si ce n'est pas possible, le formateur posera des questions sur leurs formateurs/expériences et attentes lors de la première journée de la formation.
 - Les types d'**activités cliniques** que les participants exécuteront lors de leur travail quotidien après la formation. Il est essentiel que le formateur clinique connaisse la nature exacte du travail que les participants exécuteront après la formation. Le formateur doit utiliser des exemples se rapportant au travail pour que les participants puissent faire le rapprochement entre ce qui est enseigné et ce qu'ils devront faire. C'est là une manière excellente de renforcer l'importance de ce qui est appris.
- Il y aura du courant électrique tout au long de la formation et il existe des plans d'urgence en cas de panne d'électricité.
- Meubles tels que tables, chaises et bureaux. Les chaises sont confortables et des nappes sont disponibles.
- Tableau avec craie ou feutres, ainsi que panneau d'information pour afficher les notes et messages pour les participants.
- Equipement audiovisuel qui fonctionne bien avec pièces de rechange, par exemple, ampoules. L'écran vidéo est suffisamment grand pour que tous les participants le voient bien. Il existe suffisamment de branchements électriques, des rallonges, adaptateurs électriques et prises multiprises, si nécessaire.
- Toilettes bien entretenues.
- Téléphones accessibles et qui fonctionnent bien et possibilité de prendre les messages d'urgence.

Préparer la salle de classe et vérifier la présence de :

- Tables disposées en forme de U ou autre disposition qui permet à un nombre maximum de participants de se voir les uns les autres ainsi que le formateur (c'est parfois difficile dans un amphithéâtre/une salle de cours où les chaises sont fixées solidement au plancher).
- Table au devant de la salle où les formateurs peuvent poser le matériel pédagogique.
- Espace pour l'équipement audiovisuel (tableau à feuilles mobiles, écran, rétroprojecteur, magnétoscope, moniteur) ; le formateur devra vérifier que les participants sont en mesure de voir l'écran de projection et autres audiovisuels.
- Espace pour les participants pour qu'ils puissent travailler en petits groupes (soit disposer les chaises en petits cercles, soit travailler autour des tables), à moins que des salles supplémentaires pour les petits groupes ne soient disponibles (voir ci-après).
- Espace pour organiser les contextes/services simulés (par exemple, pour les activités avec des modèles anatomiques ou la pratique des conseils).
- Salles pour le travail en petits groupes (par exemple, études de cas, jeux de rôle, simulations cliniques, résolution de problème) sont disponibles, si nécessaire. Elles comptent les tables, les chaises et tout autre matériel dont peuvent avoir besoin les participants.
- La salle est bien chauffée ou climatisée et ventilée.
- L'éclairage est adéquat et on peut fermer les rideaux pour montrer l'audiovisuel tout en laissant suffisamment de lumière pour que les participants puissent prendre des notes ou suivre avec leur documentation.
- La formation doit être **pertinente**. Le formateur clinique doit être en mesure d'offrir aux participants une expérience pédagogique qui **se rapporte directement à leurs responsabilités professionnelles actuelles ou futures**. Au début de la formation, les objectifs doivent être expliqués clairement et reliés à la performance professionnelle. Le formateur clinique prendra le temps d'expliquer comment chaque expérience pédagogique se rapporte à la réalisation des objectifs de la formation.
- Ils sont très **motivés** car ils savent que la formation est pertinente. Les personnes viennent **hautement motivées et intéressées**. La motivation peut encore être renforcée et exploitée par le formateur clinique qui présente des buts et objectifs clairs. Afin d'utiliser au maximum un niveau élevé d'intérêt chez le participant, le formateur clinique doit trouver des manières d'intégrer les besoins de chaque participant aux séances de formation. Cela signifie que le formateur doit bien connaître les participant, soit en étudiant l'information sur leur formation et expérience ou en leur permettant de s'exprimer dès le début du cours quant à leur expérience et à leurs besoins d'apprentissage.
- Ils ont besoin de **participer et d'être engagés activement** tout au long de la formation.

COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT

Pour créer un climat d'apprentissage positif, il faut comprendre comment l'adulte apprend. En effet, le formateur clinique devra savoir exactement ce dont les participants ont besoin, ce à quoi ils s'attendent, et les participants, quant à eux, doivent comprendre clairement pourquoi ils assistent à cette formation. Des adultes qui viennent à une formation pour acquérir de nouvelles connaissances, attitudes et compétences ont généralement les caractéristiques communes suivantes :

- Peu de personnes aiment simplement s'asseoir et écouter. Le formateur clinique efficace doit concevoir l'expérience pédagogique en **engageant activement les participants dans la formation.**
- Ils veulent donner leur avis concernant le programme du stage, les activités et autres événements
- Ils ont besoin de poser des questions et donner du feedback
- Ils aiment :
 - Remue-méninges et discussions
 - Travail pratique
 - Projets en groupe et individuels
 - Activités en salle de classe
 - Une **variété** d'expériences pédagogiques

Le formateur clinique devra utiliser toute une gamme d'aides pédagogiques, notamment :

- Aides audiovisuelles
- Exposés avec exemples
- Démonstrations
- Remue-méninges
- Activités en petits groupes
- Discussions en groupe y compris les jeux de rôle, études de cas et simulations cliniques

Les participants souhaitent un **feedback positif**. Ils doivent savoir **ce qu'ils font**, surtout au regard des objectifs et des attentes du stage. Est-ce que leur progression au niveau de l'acquisition des compétences clinique répond aux attentes du formateur ? Est-ce que leur niveau de performance clinique répond aux normes établies pour la technique ou la compétence en question ? **Un feedback positif permet d'apporter cette information.** Des expériences pédagogiques sont conçues pour passer du connu à l'inconnu ou d'activités simples à celles plus complexes. Cette progression s'accompagne d'expériences et de feedback positif pour le participant. Cherchant à maintenir le feedback positif, le formateur clinique peut :

- Féliciter soit devant les autres participants, soit en privé
- Utiliser des réponses positives en posant des questions
- Reconnaître les compétences correctes en encadrant dans un contexte clinique
- Faire savoir aux participants comment ils progressent vers la réalisation des objectifs

Les participants ont des **préoccupations personnelles**. Le formateur clinique doit reconnaître qu'un grand nombre de participants craignent d'échouer et sont embarrassés devant leurs collègues. Souvent, les participants se préoccupent car ils ne savent pas s'ils :

- Sont du même niveau que les autres participants
- Vont bien s'entendre avec le formateur
- Vont comprendre le contenu de la formation
- Sauront exécuter les techniques enseignées

Les participants ont besoin d'une **atmosphère rassurante**. Le formateur clinique doit commencer par une activité d'introduction qui aide les participants à être à l'aise. Cette activité devra communiquer une atmosphère détendue de façon à ce que les participants ne se jugent pas, ni eux-mêmes ni les autres. Par exemple, une bonne activité d'introduction est celle qui permet aux participants de faire connaissance et de mettre un nom sur le visage de leurs collègues. Une telle activité sera suivie par une expérience pédagogique qui soutient et encourage les participants.

Les gens souhaitent **être traités comme des individus**, chacun possédant une formation et une expérience unique. Les expériences d'une personne constituent un bon point de départ que le formateur clinique peut utiliser avant de passer à un nouvel apprentissage. Cherchant à vérifier ainsi que les participants se sentent respectés en tant qu'individus, le formateur clinique pourra :

- Utiliser les noms des participants aussi souvent que possible
- Engager tous les participants aussi souvent que possible
- Traiter les participants avec respect
- Permettre aux participants de partager l'information avec d'autres pendant la formation théorique et clinique

Il est très important que les participants **gardent une bonne estime d'eux-mêmes** lorsqu'ils font face aux demandes d'une formation clinique. Souvent, les méthodes cliniques utilisées pendant une formation sont différentes des techniques qu'utilisent les participants dans leurs services. Il est essentiel que le formateur clinique fasse preuve de respect vis-à-vis des participants, quelles que soient les techniques et les opinions qu'ils jugent correctes et qu'il les soutienne et les pousse continuellement. Aussi, le formateur devra-t-il :

- Renforcer les techniques et les principes faisant partie du contenu de la formation
- Apporter un feedback correcteur, le cas échéant, de manière à ce que le participant puisse l'accepter et l'utiliser avec confiance et satisfaction
- Fournir une formation qui vient renforcer et non pas saper leur sentiment de compétence et d'estime d'eux-mêmes
- Reconnaître les propres accomplissements dans la carrière des participants

Les personnes qui assistent à un stage de formation ont tendance à avoir **des attentes élevées, tant pour les formateurs que pour elles-mêmes**. Il est très important pour elles d'apprendre à connaître leurs formateurs cliniques. Ces derniers devraient être prêts à parler d'eux-mêmes, de leurs compétences et de leurs expériences modestement et avec limites. Tous les participants ont **des besoins personnels** pendant la formation. En faisant des pauses régulières et en fournissant les meilleures conditions du point de vue ventilation et éclairage et un environnement où ils peuvent se concentrer autant que possible, on arrive à diminuer les tensions et à créer une atmosphère positive.

UTILISER DES COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES

Il est également important de faire appel à de bonnes compétences de présentation. En effet, c'est la manière dont le formateur clinique apporte l'information qui permettra de créer et de maintenir un contexte positif car c'est **le formateur qui donne le ton de la formation**. Bien des fois, **la manière** dont quelque chose est dit est tout aussi important que **ce qui** est dit. Voici certaines techniques communes de présentation efficaces :

- **Suivre un plan et utiliser les notes du formateur**, avec les objectifs de la séance, l'introduction, le corps, l'activité, les rappels audiovisuels, le récapitulatif et l'évaluation.
- **Communiquer de manière facile à comprendre**. Bien des participants ne connaissent pas les termes, le jargon et les sigles d'un nouveau sujet. Le formateur clinique vérifiera qu'il utilise des mots et expressions connus de tous, expliquant les nouveaux termes et cherchant à interagir avec les participants tout au long de la présentation.
- **Maintenir un contact visuel avec les participants**. Utiliser le contact visuel pour « lire » le visage. C'est une excellente technique pour créer le rapport et obtenir un feed-back sur la manière dont les participants comprennent le contenu.
- **Projeter sa voix** de sorte à ce que ceux au fond de la salle vous entendent clairement. Il est bon de varier le volume, le ton et l'inflexion de la voix pour maintenir l'attention des participants. Il faut éviter d'utiliser un ton monotone. Rien de tel pour que tout le monde s'endorme !
- **Éviter l'utilisation d'argot ou de phrases et mots ou gestes répétitifs**. Ils détournent l'attention des participants s'ils sont trop utilisés.
- **Faire preuve d'enthousiasme face au thème et à son importance**. Sourire, se déplacer de manière dynamique et rester en contact avec les participants. En effet, l'enthousiasme et l'énergie du formateur sont contagieux et se répercutent directement sur le moral des participants.
- **Se déplacer dans la pièce**. En se déplaçant dans la pièce, le formateur reste proche de chaque participant à un moment ou à un autre de la séance. Les participants sont stimulés quand le formateur clinique se dirige vers eux et maintient le contact visuel.
- **Utiliser des aides audiovisuelles adéquates** lors de la présentation pour renforcer les points saillants du contenu ou aider à simplifier des concepts complexes.
- Poser à la fois **des questions simples et des questions plus complexes**.
- **Fournir un feed-back positif** aux participants pendant la présentation.
- **Utiliser les noms des participants aussi souvent que possible**. Cela encourage un climat d'apprentissage positif et permet aux participants de se concentrer sur ce que dit le présentateur.
- **Faire preuve d'humour** par rapport au sujet (histoires drôles, bandes dessinées sur transparents ou tableaux à feuilles mobiles, les participants doivent écrire le texte d'une bande dessinée).
- **Veiller à une transition harmonieuse entre les thèmes**. Tout au long d'une présentation, on discutera d'un certain nombre de thèmes connexes et pourtant distincts. Lorsqu'on coupe abruptement entre les thèmes, les participants risquent d'être perdus et ne verront plus comment les différents morceaux s'assemblent pour créer l'image complète. Avant de passer au thème suivant, le formateur clinique vérifie une transition harmonieuse, d'un sujet à l'autre grâce aux moyens suivants :
 - bref récapitulatif,
 - poser une série de questions,
 - faire le rapprochement entre le contenu et la pratique, ou
 - utiliser un exercice d'application (étude de cas, jeu de rôle, etc.)
- **Être un modèle qui inspire**. Le formateur clinique devra être un modèle positif du point de vue apparence (vêtements adéquats) et attitude (enthousiasme) et en commençant et en terminant la séance aux heures indiquées.

RÉALISER DES ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES

Chaque présentation (séance de formation) devrait démarrer par une **introduction** qui éveille l'intérêt du participant et le prépare à l'apprentissage. Après l'introduction, le formateur clinique doit présenter le contenu en utilisant un **exposé, une démonstration, une activité en petits groupes ou toute autre activité pédagogique**. Tout au long de la présentation, on fera appel à des techniques de **questions** pour encourager la participant et maintenir l'intérêt. Enfin, le formateur clinique doit conclure la présentation par un **récapitulatif** des points ou étapes clés.

FAIRE DES PRÉSENTATIONS INTERACTIVES

Introduire les présentations

Les quelques premières minutes d'une présentation revêtent une grande importance. En effet, les participants risquent de penser à autre chose, se demandent peut-être à quoi ressemblera la séance ou ne sont guère intéressés par le thème. L'**introduction** devrait donc :

- Éveiller l'intérêt du groupe entier et préparer les participants à recevoir l'information qui suit
- Faire connaître aux participants les attentes du formateur
- Aider à créer un climat d'apprentissage positif

Le formateur clinique peut choisir un certain nombre de techniques pour varier et vérifier que les participants ne s'ennuient pas. Il existe moult techniques d'introduction, dont :

- **Passer en revue les objectifs de la séance.** Introduire le thème en répétant simplement les objectifs maintient le participant au courant de ce qu'on attend de lui.
- **Poser une série de questions sur le thème.** Le formateur clinique compétent sait que les participants ont déjà des connaissances concernant le contenu et encourage ainsi leurs contributions. Le formateur peut poser quelques questions essentielles, laisser les participants répondre, discuter des réponses et des commentaires et ensuite, passer au corps même de la présentation.
- **Faire le rapprochement entre le thème et le contenu couverts auparavant.** Quand un certain nombre de séances sont nécessaires pour couvrir un seul sujet, il est bon de faire le rapprochement avec le contenu couvert auparavant. Ainsi, les participants saisissent bien la continuité des séances et la manière dont elles se rapportent au thème d'ensemble. On peut relier, si possible, les thèmes de sorte à ce que la conclusion ou le récapitulatif d'une présentation serve d'introduction au thème suivant.

- **Partager une expérience personnelle.** À certains moments, il est opportun que le formateur clinique partage une expérience personnelle pour créer un intérêt, souligner tel ou tel point ou relier davantage le thème au travail. Les participants aiment bien entendre ces histoires du moment qu'elles se rapportent au thème et qu'elles sont utilisées uniquement quand c'est approprié.
- **Relier le thème à des expériences réelles.** Un grand nombre de thèmes de formation peuvent être reliés à des situations dont la plupart des participants ont fait l'expérience. La technique non seulement attire l'attention, mais elle facilite l'apprentissage car les gens apprennent bien en « attachant » la nouvelle information à du connu. L'expérience peut être tirée de la vie de tous les jours ou se rapporter à telle technique ou tel équipement.
- **Utiliser l'étude de cas, la simulation clinique ou autre activité de résolution de problèmes.** Les activités de résolution de problème attirent l'attention sur telle situation se rapportant au thème de formation. La formule du travail en petits groupes suscite davantage d'intérêt face au thème.
- **Utiliser une bande vidéo ou autre aide audiovisuelle.** L'utilisation d'un audiovisuel peut être stimulante et créer de l'intérêt face au thème.
- **Faire une démonstration en salle de classe.** Dans le cadre de la plupart des formations cliniques, on utilise un équipement, des instruments et des techniques qui se prêtent bien aux démonstrations, et celles-ci soulèvent généralement l'intérêt des participants.
- **Utiliser un jeu, un jeu de rôle ou une simulation.** Les jeux, les jeux de rôle et les simulations suscitent un vif intérêt grâce à la participation directe et, partant, ils sont utiles pour introduire les thèmes.
- **Relier le thème aux futures expériences professionnelles.** Les participants seront davantage intéressés par un thème s'ils voient la relation entre la formation et leur travail. Le formateur clinique peut exploiter cela en rapprochant les objectifs, le contenu et les activités du stage aux situations professionnelles.

Utiliser les techniques de questions

Les questions peuvent être utilisées à n'importe quel moment pour :

- Introduire un thème
- Renforcer l'efficacité de l'exposé illustré
- Encourager le remue-ménages
- Compléter la discussion

Il est bon d'utiliser toute une variété de techniques pour poser les questions afin de maintenir l'intérêt et d'éviter le style répétitif.

- **Poser une question au groupe entier.** L'avantage de cette technique est que ceux qui veulent se porter volontaires peuvent le faire ; le risque toutefois, est que certains participants peuvent dominer la discussion.
- **Diriger la question vers un participant en utilisant son nom avant de poser la question.** Le participant sait donc que la question va venir, il peut se concentrer sur celle-ci et répondre en conséquence. L'inconvénient, c'est qu'une fois qu'un participant a été appelé, les autres risquent de ne pas se concentrer sur la question.
- **Formuler la question, faire une pause et ensuite, diriger la question vers un participant donné.** Tous les participants doivent écouter la question dans le cas où on leur demanderait à eux d'y répondre. Le grand inconvénient, c'est que le participant auquel on pose la question risque d'être pris au dépourvu et le formateur devra peut-être répéter la question.

L'essentiel, lorsqu'on pose des questions, c'est d'éviter de répéter la même formule. Le formateur clinique compétent utilisera une combinaison des trois techniques susmentionnées pour varier et maintenir ainsi l'attention des participants. Voici d'autres techniques :

- **Utiliser les noms des participants** lorsqu'on pose des questions. Cela motive et permet de vérifier que tous les participants sont impliqués.
- **Répéter une réponse correcte d'un participant.** C'est une technique constructive pour le participant qui vérifie par ailleurs que le reste du groupe a écouté la réponse.
- **Reconnaître de manière positive les réponses correctes** pour que le participant reste engagé. À cette fin, on peut féliciter le participant, afficher son travail, faire appel au participant comme aide ou encore avoir des expressions positives du visage, hochements de la tête ou actions non verbales.
- **Quand la réponse d'un participant est partiellement correcte**, le formateur clinique reconnaîtra la partie correcte et ensuite, améliorera la partie incorrecte ou posera une question connexe à ce participant ou à un autre participant.
- **Lorsque la réponse du participant est incorrecte**, le formateur clinique doit répondre de manière non critique et reformuler la question de sorte à diriger le participant vers la réponse correcte.
- **Lorsqu'un participant n'essaie pas de répondre**, le formateur peut utiliser la technique susmentionnée ou poser la question à un autre participant. On peut revenir au premier participant une fois reçue la réponse souhaitée et le faire participer à la discussion.

- **Quand les participants posent des questions**, le formateur clinique doit trouver une bonne réponse en faisant appel à son expérience personnelle et en voyant ce dont a besoin l'individu par rapport au groupe. Si la question traite d'un aspect pertinent, mais qui n'a pas encore été discuté, le formateur peut soit :
 - répondre et continuer, ou
 - répondre par une autre question, commençant ainsi une discussion sur le thème.

Récapituler les présentations

Un **récapitulatif** permet de renforcer le contenu d'une présentation et de passer en revue les points saillants. Le récapitulatif doit avoir les caractéristiques suivantes :

- Être **bref**
- Rassembler les **points saillants**
- **Engager** les participants

Moult techniques récapitulatives sont disponibles pour le formateur clinique :

- **Le fait de demander aux participants s'ils ont des questions** leur donne l'occasion de clarifier leur compréhension du contenu pédagogique. Souvent, cela suscite une discussion animée qui se concentre sur les domaines qui semblent les plus difficiles ou incompréhensibles.
- **Poser des questions aux participants** qui se concentrent sur les points saillants de la présentation.
- **Un exercice pratique ou un test** donne aux participants l'occasion de démontrer s'ils ont compris le contenu. Après l'exercice ou le test, on peut utiliser les questions comme base de la discussion en demandant les réponses correctes et en expliquant pourquoi chaque réponse est correcte.
- **L'utilisation d'un jeu pour passer en revue les points saillants** est source de variété, si on a le temps. Un des exercices souvent utilisé à cet effet consiste à répartir les participants en deux équipes, à donner à chaque équipe le temps nécessaire pour formuler des questions et ensuite, à demander à chaque équipe de poser les questions aux autres. Le formateur clinique est un animateur qui juge l'acceptabilité des questions, clarifie les réponses et marque les points. Ce jeu est très motivant et parallèlement, c'est une excellente formule de récapitulatif.

FACILITER LES DISCUSSIONS EN GROUPE

La **discussion en groupe** est une méthode d'apprentissage où la plupart des idées, des réflexions, des questions et des réponses sont développées par les participants. C'est le formateur clinique qui sert de **facilitateur** et qui guide les participants au fur et à mesure de la discussion.

La discussion en groupe est utile :

- À la conclusion d'une présentation
- Après avoir vu une bande vidéo
- Suivant une démonstration clinique ou une séance de pratique des compétences
- Après avoir examiné une étude de cas ou une simulation clinique
- Après un jeu de rôle
- À n'importe quel autre moment lorsque les participants ont déjà des connaissances ou une expérience se rapportant au thème

Si l'on cherche à organiser une discussion en groupe alors que les participants n'ont que peu de connaissance ou d'expérience face au sujet, résultera en peu ou pas d'interaction et, par conséquent, la discussion ne sera pas très efficace. Par contre, quand les participants connaissent déjà le thème, la discussion qui s'ensuit **stimulera probablement l'intérêt du participant, la réflexion et encouragera la participation active**. Un tel engagement est, pour le formateur, l'occasion de :

- Apporter un feed-back positif
- Souligner les points saillants
- Développer l'aptitude à la réflexion critique
- Créer un contexte d'apprentissage positif

Le facilitateur doit envisager un certain nombre de facteurs lorsqu'il choisit la discussion en groupe comme stratégie pédagogique :

- Les discussions avec **plus de 15 à 20 participants** sont souvent difficiles à diriger et ne donnent pas à chacun l'occasion de participer.
- La discussion prend **plus de temps** qu'un exposé avec exemples à cause de l'engagement des participants.
- **Une discussion mal dirigée peut s'écarter du sujet** et ne pas arriver à atteindre les objectifs fixés par le facilitateur.
- **Si on ne la contrôle pas bien**, quelques participants vont dominer la discussion et les autres relâchent leur intérêt.

Outre la **discussion de groupe** qui se concentre sur les objectifs de la séance, il existe deux autres types de discussions qui peuvent être utilisés lors d'une situation de formation :

- La **discussion générale**, qui traite les questions des participants à propos de l'information (par exemple, pourquoi préfère-t-on tel type d'épisiotomie par rapport à une autre).
- La **discussion en panel** où un modérateur anime une séance de questions et réponses entre les membres du panel et les participants.

Directives pour une discussion réussie en groupe :

- **Disposer les chaises de sorte à encourager l'interaction** (les tables et les chaises sont disposées en forme de U ou en carré ou en cercle pour que les participants se voient mutuellement).
- **Enoncer le thème** dans l'introduction.
- **Faire passer la conversation** du facilitateur aux participants.
- **Faire fonction d'arbitre** et intervenir uniquement quand c'est nécessaire.
Exemple :
« Il est évident qu'Alain et Ilka ont des avis partagés. Alain, voyons si je peux clarifier votre position ? Vous semblez dire que... »
- **Récapituler** périodiquement **les points saillants** de la discussion.
Exemple :
« Arrêtons pendant une minute et récapitulons les points saillants de notre discussion. »
- **Vérifier que la discussion ne s'écarte pas du sujet.**
- **Utiliser les opinions de chaque participant** et les reconnaître de manière positive.
Exemple :
« C'est une excellente idée, Rosminah. Merci de l'avoir partagée avec le groupe. »
- **Minimiser les argumentations** entre les participants.
- **Encourager tous les participants à s'engager.**
- **S'assurer qu'aucun participant ne domine la discussion.**
- **Conclure la discussion par un récapitulatif** des principales idées. Le facilitateur doit faire le rapprochement entre le récapitulatif et l'objectif présentés pendant l'introduction.

FACILITER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES (BRAINSTORMING)

Le remue-méninges est une stratégie pédagogique qui **stimule la réflexion et la créativité** et qui est souvent utilisée conjointement avec les discussions de groupe. Le remue-méninges vise essentiellement à susciter une liste d'idées, de réflexions ou d'autres solutions qui se concentrent sur un thème ou un problème spécifique. La liste peut être utilisée comme introduction au thème ou alors être le point de départ d'une discussion en groupe. Pour le remue-méninges, il faut que les participants aient déjà des connaissances concernant le thème.

Les directives suivantes faciliteront l'utilisation du remue-méninges :

- **Fixer des règles de base.**
Exemple :
« Lors de cette séance de remue-méninges, nous allons suivre deux grandes règles. Toutes les idées seront acceptées et Alain les marquera sur le tableau à feuilles mobiles. De plus, à aucun moment, nous allons discuter des idées ou les critiquer. Ensuite, une fois que nous aurons votre liste de suggestions, nous reviendrons sur chacune d'entre elles et en discuterons. Avez-vous des questions... ? Sinon... »
- **Annoncer le thème ou le problème.**
Exemple :
« Pendant quelques minutes, nous allons faire un remue-méninges et suivre nos règles habituelles. Notre thème d'aujourd'hui est le suivant 'Indications pour la césarienne.' J'aimerais bien que chacun d'entre vous réfléchisse à au moins une indication. Maria marquera ces indications sur le tableau et ensuite, nous pourrions discuter. Qui commence ? Oui, Ilka... »
- **Maintenir un compte rendu écrit** des idées ou des suggestions sur un tableau ou tableau à feuilles mobiles. Cela évite les répétitions et permet aux participants de rester concentrés sur le thème. De plus, le compte rendu écrit est utile par la suite lorsqu'on discute de chaque élément.
- **Engager les participants et fournir un feed-back positif** pour encourager davantage de participation.
- **Revoir périodiquement les idées et suggestions écrites** pour stimuler d'autres réflexions.
- **Conclure le remue-méninges en revoyant toutes les suggestions** et en mettant au clair celles qui sont acceptables.

FACILITER LES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES

Souvent, lors de la formation, les participants seront divisés en plusieurs **petits groupes**, généralement de quatre à six participants. Voici des exemples d'activités en petits groupes :

- **Réaction à une étude de cas**, qui peut être présentée par écrit, oralement par le formateur clinique ou introduite par des bandes vidéo ou des diapositives.
- **Préparer un jeu de rôle** dans le petit groupe et le présenter au groupe entier par la suite.
- **Traiter d'une situation/scénario clinique**, par exemple, une **simulation clinique**, qui a été présentée par le formateur clinique ou autre participant.
- **Pratiquer une compétence** qui a été démontrée par le formateur clinique en utilisant des modèles anatomiques.

Les activités en petits groupes offrent bien des avantages, notamment :

- Donnent aux participants l'occasion **d'apprendre les uns des autres**
- **Engagent** tous les participants
- Créent un esprit **d'équipe** entre les membres alors qu'ils apprennent à se connaître
- Permettent d'avoir toute une **variété de points de vue**

Quand les activités en petits groupes sont réalisées, il est important que les participants ne soient pas toujours dans le même groupe. Voici différentes manières dont le formateur clinique peut former des petits groupes :

- **Assigner** les participants aux groupes.
- Demander aux participants de **compter** « 1, 2, 3, » etc. et d'avoir tous les « 1 » ensemble, tous les « 2 » ensemble, etc.
- Demander aux participants de **former leurs propres groupes**.
- Demander aux participants de **tirer un numéro de groupe** (ou un nom de groupe).

Les pièces utilisées pour les activités en petits groupes doivent être suffisamment grandes pour permettre une disposition différente des tables, des chaises et des aides pédagogiques (modèles, équipement) pour que les groupes individuels puissent travailler sans se déranger. Le formateur clinique doit pouvoir se déplacer aisément dans la pièce pour visiter chaque groupe. Si c'est possible, on peut utiliser des pièces plus petites près de la salle principale de formation ou de petits groupes peuvent travailler sur leur activité de résolution de problème, leurs études de cas, simulations cliniques ou jeux de rôle. Il est difficile de réaliser plus d'une simulation clinique en même temps dans la même pièce/zone.

Les activités confiées aux petits groupes doivent être **stimulantes, intéressantes, pertinentes** ; elles doivent pouvoir être **exécutées en peu de temps** et devraient **se rapporter à l'expérience des participants**. Chaque petit groupe collaborera à la même activité ou chaque groupe peut se charger d'un problème différent, d'une étude de cas, d'une simulation clinique ou d'un jeu de rôle différent. Quel que soit le type d'activité, le temps est généralement limité. Si tel est le cas, informer les groupes quand il ne reste que 5 minutes et qu'ils doivent terminer.

Les instructions pour les groupes peuvent être présentées :

- Sur un **document à distribuer**
- Sur un **tableau à feuilles mobiles**
- Sur un **transparent**
- **Oralement** par le formateur clinique

Instructions pour les activités en petits groupes :

- **Directives**
- **Durée**
- **Situation ou problème** dont il faut discuter, résoudre ou jouer dans un jeu de rôle
- **Rôles** des participant (si c'est un jeu de rôle)
- **Questions** pour une discussion en groupe

Une fois que les groupes ont achevé leur activité, le facilitateur leur demande de **revenir** comme groupe entier pour discuter de l'activité. La discussion porte sur les aspects suivants :

- **Comptes rendus** de chaque groupe
- **Réponses** aux questions
- **Jeux de rôle** développés dans chaque groupe et présentés par les participants dans les petits groupes
- **Recommandations** de chaque groupe
- **Discussion de l'expérience** (dans le cas d'une simulation clinique)

Il est important que le formateur clinique fasse un bon récapitulatif de la discussion suivant les activités en petits groupes. Ainsi, on clôt l'activité et on vérifie que les participants ont compris.

DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE

On peut utiliser toute une variété de méthodes pour introduire une nouvelle compétence clinique. Par exemple :

- Montrer des **diapositives** ou une **bande vidéo** qui démontre les étapes et leur séquence conformément aux normes de performance acceptées.
- Utiliser des **modèles anatomiques** tels que le simulateur d'accouchement pour démontrer la technique et les compétences.
- Jouer des **jeux de rôle** où un participant simule une patiente et réagit comme le ferait une véritable patiente.
- Démontrer la technique avec **les patientes** dans le contexte clinique (clinique ou hôpital).

Quelles que soient les méthodes utilisées pour démontrer la technique, le formateur clinique devrait organiser les activités en utilisant l'approche « **entière-partie-entière**. »

- Démontrer **la technique entière** du début à la fin pour donner au participant une image de la technique ou de l'activité entière.
- **Isoler ou diviser l'intervention** en activités (conseils préopératoires, préparer la patiente, tâches préopératoires, réaliser l'intervention, etc.) et permettre la pratique des activités individuelles de la technique ou intervention.
- Démontrer à nouveau **l'intervention entière** et ensuite, laisser les participants pratiquer l'intervention du début à la fin.

En planifiant et en donnant une démonstration de l'intervention clinique, en utilisant des modèles anatomiques (ou avec des patientes, si c'est possible), le formateur clinique devrait utiliser les directives suivantes :

- Avant de commencer, **indiquer les objectifs** de la démonstration et montrer ce que les participants devraient faire (par exemple, s'arrêter avec des questions, observer attentivement, etc.).
- Vérifier que **tout le monde peut voir** les étapes à suivre.
- Ne **jamais** démontrer incorrectement la compétence ou l'activité.

- Démontrer la technique de manière aussi **réaliste** que possible en utilisant les instruments et le matériel dans un contexte clinique simulé.
- Inclure **toutes les étapes** de la technique dans la **séquence correcte** en fonction des normes de performance approuvées. À cet effet, on démontre des étapes « non cliniques » telles que les conseils pré et postopératoires et la communication avec la patiente pendant l'intervention chirurgicale, l'utilisation des pratiques recommandées de prévention des infections, etc.
- Pendant la démonstration, **expliquer aux participants ce qui est en train d'être fait**, surtout les étapes difficiles ou qu'on a du mal à observer.
- **Poser des questions** aux participants pour qu'ils restent actifs.
Exemple :
« Que devrais-je faire ensuite ? » « Que se passerait-il si... ? »
- **Encourager** les questions et les suggestions.
- **Prendre suffisamment de temps** pour que chaque étape puisse être observée et comprise. Se rappeler que la démonstration a pour but d'apprendre les compétences et **non pas** pour le formateur clinique de montrer sa dextérité et rapidité.
- **Utiliser correctement l'équipement et les instruments** et vérifier que les participants voient clairement comment ils sont utilisés.

En outre, les participants utiliseront **une fiche d'apprentissage** des compétences cliniques mise au point tout spécifiquement pour la technique clinique afin d'observer la performance du formateur clinique pendant la démonstration initiale. L'utilisation de la fiche :

- Permet au participant d'apprendre à utiliser les fiches d'apprentissage axées sur les compétences.
- Renforce l'exécution standardisée de la technique.
- Montre aux participants que le formateur clinique, même s'il est chevronné, n'est pas absolument parfait et peut accepter un feedback constructif sur sa performance.

En tant que modèle qui inspire les participants, le formateur clinique doit mettre en pratique ce qu'il **démontre** (à savoir, la **méthode standard** approuvée, telle que détaillée dans la fiche d'apprentissage). Aussi, est-il important que le formateur clinique utilise la méthode standard. Lors de la démonstration, le formateur clinique doit également avoir un comportement constructif et une communication cordiale avec **la patiente et le personnel** pour renforcer le déroulement souhaité.

ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES

La prise de décisions cliniques est le déroulement systématique permettant à des prestataires qualifiés de juger de l'état d'une patiente, d'établir le diagnostic et le traitement. Si l'on reconnaît qu'il est important de prendre de bonnes décisions cliniques pour une prestation de services de haute qualité, cette compétence n'est pourtant pas très enseignée, ni lors de la formation avant l'emploi ni de la formation en cours d'emploi. Tant de connaissances fondamentales doivent être acquises qu'il reste peu de temps pour des aptitudes complexes, telles que la prise de décisions cliniques. Et même s'il y avait suffisamment de temps, il est difficile d'enseigner et d'apprendre la prise de décisions.

Jusqu'à récemment, on ne connaissait que peu de choses sur la manière dont les décisions sont prises. Pour le prestataire qui a de l'expérience, la prise de décisions est un processus intuitif reposant sur la connaissance et l'expérience. Un grand nombre des étapes qui permettent d'arriver à une décision sont prises rapidement et sans y prêter attention. De tels prestataires sont dans l'incapacité d'expliquer comment ils prennent les décisions et, par conséquent, il devient difficile d'enseigner cette compétence à d'autres. Pas facile non plus pour celui qui apprend de cerner comment une décision est prise en observant simplement d'autres prestataires passer à l'action. Par conséquent, il n'existe rien de concret dont ils peuvent s'inspirer pour développer leur propre compétence.

Toutefois, on sait qu'il existe un déroulement pour arriver à la prise de décisions cliniques qui peut être réparti en une série d'étapes qui aident le prestataire à recueillir l'information nécessaire pour arriver à un jugement exact, fournir les soins indiqués et évaluer l'efficacité de ces soins. Il existe différentes manières de nommer ces étapes, mais elles n'en décrivent pas moins le même processus. Deux de ces approches sont expliquées ci-après.

- **Bilan**, ou collecte de l'information
- **Diagnostic**, ou interprétation de l'information
- **Planification**, ou formulation du plan de soins
- **Intervention**, ou exécution du plan de soins
- **Évaluation**, ou évaluation du plan de soins

En enseignant la prise de décisions cliniques, il est important de vérifier que les participants connaissent ce déroulement étape par étape et ce qui se passe lors de chaque étape. Ils doivent également comprendre que s'il existe une séquence d'étapes de la prise de décisions cliniques, le fait de passer d'une étape à l'autre est rarement linéaire ou séquentiel. Il s'agit davantage d'un processus continu circulaire où le prestataire va de l'avant et revient en arrière d'une étape à l'autre alors que la situation clinique change et que se présentent différents besoins ou problèmes.

L'apprenant doit prendre connaissance, dès le début de sa formation, des étapes de la prise de décisions cliniques. Par la suite, ces étapes seront soulignées continuellement et utilisées dans diverses situations. Tout au long de la formation, l'apprenant aura l'occasion d'appliquer ces étapes et d'exercer ses compétences de prise de décisions. Qu'ils pratiquent activement leurs propres compétences ou observent d'autres prestataires qui ont plus d'expérience, les apprenants devraient chercher à comprendre le raisonnement et le jugement qui forment la base et le fondement de chaque étape du processus. Il est tout aussi important de voir **comment** une décision est prise que de savoir quelle décision est prise. Le formateur doit s'engager activement pour expliquer comment une décision est généralement prise car le **processus** de la prise de décisions n'est pas facile à observer ou à cerner.

Il est tout aussi important, lorsqu'on enseigne la prise de décisions cliniques, de fournir autant d'expérience et de pratique que possible en ce qui concerne la prise de décisions. Cette expérience, conjuguée à la connaissance clinique, est un volet essentiel d'une prise de décisions réussie. Les enseignants devraient :

- Mettre en contact les participants avec autant de **patients différents** que possible.
- Placer les participants dans le **contexte clinique** aussitôt que possible et les guider au fur et à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience.
- Conférer aux participants autant d'**indépendance structurée** que possible. Ils doivent avoir l'occasion et le temps d'arriver à leurs propres conclusions et d'envisager leurs propres décisions.
- Fournir aux participants un forum, par exemple, examens de cas ou conférences cliniques, pour **qu'ils puissent comparer leurs décisions** et celles prises par des prestataires qui ont plus d'expérience.

Il est important que l'enseignant discute du processus de prise de décisions avec chaque participant et que ces derniers partagent leurs expériences entre eux. C'est en partageant leurs expériences que les participants font le tour des approches possibles face au même cas et ils les « emmagasineront » pour les utiliser à l'avenir, même s'ils n'ont pas été impliqués directement dans la résolution du cas.

Enfin, l'enseignant donne un feedback aux participants sur la manière dont a été appliquée la prise de décisions cliniques dans une situation donnée. Cette approche permet de renforcer sur la performance future plutôt que de se concentrer sur le fait que la « réponse correcte » a été identifiée ou non. De fait, une réponse incorrecte pour la bonne raison devrait recevoir un feedback plus positif qu'une réponse correcte pour la mauvaise raison.

Souvent, il n'est pas possible d'exposer les apprenants à tous les types de situations qu'ils risquent de

rencontrer en tant que praticiens indépendants. Par contre, on peut développer leurs « fichiers de mémoire » d'autres manières. L'utilisation d'études de cas, de jeux de rôle et de simulations, où sont interprétées diverses situations cliniques, vient élargir très nettement l'expérience des participants. Par exemple, la véritable dystocie d'épaule pendant l'accouchement est chose rare, mais l'exercice répété sur des modèles de manœuvres correctives pour la dystocie d'épaule aidera les participants à répondre à cette urgence quand elle se présentera.

Des outils pour enseigner la prise de décisions cliniques sont présentés tout au long de ce jeu pédagogique. Les études de cas et les simulations cliniques facilitent l'enseignement de la prise de décisions en renforçant les étapes comprises dans le processus. Les exercices du partogramme sont également des outils efficaces pour la prise de décisions. Ils ne cherchent pas simplement à aider les participants à marquer les données sur le partogramme, mais plutôt à utiliser ces données pour cerner et répondre au problème, dès qu'il se présente ou même avant. Toutefois, les outils à eux seuls ne permettront pas d'enseigner efficacement la prise de décisions cliniques. En effet, l'enseignant doit prendre une part active à la discussion, aux questions, expliquant et demandant aux participants **comment** les décisions ont été prises chaque fois qu'un de ces outils est utilisé. Et cet échange doit continuer alors que les participants pénètrent dans la zone clinique et travaillent avec des patientes.

Il n'en reste pas moins que la prise de décisions cliniques est une compétence difficile à enseigner. Toutefois, si l'on commence dès le début de la formation et si l'on continue à donner des directives et à fournir des occasions de s'exercer—que ce soit en utilisant les outils inclus dans ce kit pédagogique ou par l'expérience avec des patientes—les enseignants aideront les participants à mieux comprendre le processus de prise de décisions et à acquérir leurs propres compétences décisionnelles. Aussi, la qualité des soins reçus par les patientes sera-t-elle améliorée.

GÉRER LA PRATIQUE CLINIQUE

Le formateur doit bien connaître les sites de la pratique clinique s'il veut tirer le maximum de cette pratique. En se familiarisant avec l'établissement de santé avant que ne commence la formation, le formateur connaîtra déjà le personnel, verra quelles sont les inadéquations de la situation et procédera aux préparations pour la meilleure expérience d'apprentissage possible pour les participants. Toutefois, une planification, aussi bonne soit-elle, ne garantit pas forcément une expérience réussie de la pratique clinique. Dans la salle de classe, le formateur est en mesure de contrôler l'emploi du temps et les activités, du moins dans une grande mesure mais, dans le centre de santé, le formateur doit toujours être prêt à des possibilités d'apprentissage imprévues qui peuvent se présenter et savoir modifier le programme en conséquence.

INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC DES PATIENTES

L'étape finale de l'acquisition des compétences cliniques concerne les interventions avec les patientes. En effet, les modèles anatomiques, aussi réalistes soient-ils, ne peuvent pas entièrement se substituer à la réalité de l'exécution d'une intervention avec une personne vivante, qui respire, qui ressent et qui réagit. **Les inconvénients** du travail avec de véritables patientes lors de la formation en matière de compétences cliniques sont évidents. En effet, les patientes peuvent être exposées à un risque accru de complications lorsque les techniques sont exécutées par des cliniciens qui ne disposent pas de toutes les compétences nécessaires. Aussi, chaque fois que c'est possible, on ne permettra aux participants de travailler avec des patientes que lorsqu'ils auront **démonstré la maîtrise de la compétence** et une certaine mesure de **la maîtrise parfaite de la compétence** sur un modèle anatomique ou dans le cadre d'une situation simulée.

Il est important de tenir compte **des droits des patientes** lors de la formation clinique. Les méthodes suivantes vérifient que les droits des patientes sont toujours protégés lors de la formation clinique.

- Le droit à **l'intimité corporelle** doit être respecté chaque fois qu'une patiente subit un examen physique.
- Le **caractère confidentiel** de l'information sur une patiente obtenue lors des conseils, de l'anamnèse, des examens physiques doit être strictement respecté. On assurera la patiente de ce caractère confidentiel. Le caractère confidentiel est parfois difficile à garder lorsque des cas spécifiques sont utilisés lors des exercices de formation, tels que les études de cas et les réunions cliniques. De telles discussions devront toujours avoir lieu dans un endroit privé où les autres membres du personnel et autres patientes ne peuvent pas écouter et devraient être faites sans mentionner le nom de la patiente.
- Chaque fois qu'elle reçoit des conseils, subit un examen physique ou reçoit des services de santé maternelle et néonatale, **la patiente doit être informée du rôle de chaque personne présente** (formateurs cliniques, personnes en formation, personnel de soutien, chercheurs).
- La **permission de la patiente doit être obtenue** avant qu'un clinicien en formation n'observe, n'aide ou n'exécute une procédure. Il est important que chaque patiente sache qu'elle a le droit de refuser des soins d'un clinicien en formation. De plus, les soins ne devraient pas être reportés à plus tard ou refusés si la patiente ne permet pas qu'un clinicien en formation ne soit présent ou qu'il ne lui dispense des services. Dans un tel cas, c'est le formateur clinique ou un autre membre du personnel qui doit exécuter l'intervention.
- Le **formateur clinique devrait être présent lors de tout contact avec la patiente** dans une situation de formation et la patiente doit connaître le rôle du formateur. De plus, le formateur clinique doit être prêt à intervenir si des risques se présentent pour la patiente ou si celle-ci ressent beaucoup de gêne.
- Le **formateur doit vérifier la manière dont sont données l'encadrement et le feed-back** lors de la pratique avec des patientes. En effet, un feed-back correcteur en présence d'une patiente doit se limiter aux erreurs qui peuvent lui nuire ou la mettre mal à l'aise. Un feed-back trop négatif peut angoisser à la fois la patiente et le clinicien en formation.
- Les **patientes doivent être choisies attentivement** pour vérifier que leur cas convient aux fins de la formation clinique. Par exemple, les participants ne doivent **pas** s'exercer avec des patientes « difficiles » tant qu'ils ne maîtrisent pas parfaitement la technique.

CRÉER DES POSSIBILITÉS D'APPRENTISSAGE

Planifier l'apprentissage

Le formateur clinique doit **formuler un plan pour chaque journée passée dans l'établissement de santé**. Le plan donne une orientation quotidienne conforme aux objectifs de formation et aide à vérifier que toutes les compétences nécessaires seront prises en charge. Lorsqu'il prépare le plan, le formateur devrait envisager les points suivants.

- La pratique clinique doit évoluer de **compétences fondamentales vers des compétences plus complexes**. Cela aide non seulement à garantir la sécurité et la qualité des soins fournis par les participants mais leur permet par ailleurs de prendre confiance en eux-mêmes alors qu'ils démontrent qu'ils maîtrisent les compétences fondamentales.
- **Parfois, le nombre de participants est trop grand pour qu'ils puissent travailler en même temps** dans tel service ou zone de l'établissement. Généralement, trois ou quatre participants est un nombre maximum qu'une zone spécifique d'un établissement sanitaire peut absorber sans que cela ne se répercute sur la prestation des soins. Si le nombre est supérieur, le formateur devra prévoir un système de rotation qui permet à chaque participant d'avoir le même temps et la même chance de s'exercer.
- Certaines expériences cliniques, telles que **les urgences obstétricales (éclampsie, hémorragie du post-partum, travail dystocique), ne peuvent pas être planifiées ou prévues**. Le formateur doit être vigilant pour identifier les situations cliniques appropriées et les distribuer également entre les participants. Avant la pratique quotidienne, le formateur devrait demander au personnel de le

notifier si un cas d'un intérêt particulier se présente pour que les participants puissent être assignés à la résolution du problème.

- Outre l'exercice quotidien de compétences cliniques particulières, **le plan du formateur doit traiter d'autres domaines prioritaires**, tels que la prévention des infections, la logistique ou la circulation des clients. Ces thèmes ne sont pas directement évalués avec une liste de vérification ou autre outil d'évaluation basée sur la compétence, mais ils n'en jouent pas moins un rôle important au niveau de la prestation de services de santé maternelle et néonatale de haute qualité. Cherchant à vérifier que les participants accordant une attention suffisante à ces thèmes, le formateur devrait formuler des activités à cet effet, par exemple :
- Observer les pratiques de prévention des infections utilisées dans l'établissement. Quelles sont les pratiques recommandées qui sont utilisées et lesquelles ne le sont pas ? Sont-elles utilisées régulièrement et correctement ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
- Revoir les dossiers des patientes de ces derniers mois pour noter le type de patiente des services obstétricaux. Une information supplémentaire pourrait être obtenue, par exemple, les plaintes les plus courantes et, dans les cas pris individuellement, le déroulement du travail (examen du partogramme), l'évolution d'une infection spécifique, le traitement fourni, la réponse au traitement, etc.
- Faire un inventaire des fournitures, du matériel et des médicaments disponibles dans la zone de prestation de services pour garantir un accès rapide, si nécessaire.
- Il arrive toujours **qu'à certains moments, il n'y ait que peu, voire aucune patiente dans l'établissement**. Le formateur devra avoir d'autres activités prêtes, telles que celles décrites ci-dessus, pour les participants. Études de cas et jeux de rôle sont très utiles à de tels moments. **Même sans patiente, la formation doit continuer**. Il n'est pas acceptable, dans de tels cas, de prendre des pauses prolongées ou de quitter le site clinique plus tôt.

Dans l'établissement de soins de santé

Tel que susmentionné, la planification à elle seule ne suffit pas pour garantir une pratique clinique réussie. Un formateur clinique peut faire appel à plusieurs stratégies essentielles dans l'établissement de soins de santé pour augmenter les chances de succès.

- Le formateur doit **suivre activement** les compétences que chaque participant est en mesure d'utiliser, et avec quelle fréquence, de sorte à ce que chaque participant ait d'amples possibilités d'arriver à la maîtrise de la compétence. Un participant qui a montré qu'il maîtrisait la césarienne ou l'administration de la rachianesthésie ne devrait pas recevoir d'autres patientes exigeant cette opération ou intervention tant que d'autres participants n'ont pas eu l'occasion d'arriver à cette maîtrise.
- Il est essentiel que le formateur **soit souple et conscient constamment** des possibilités de formation au fur et à mesure qu'elles se présentent. Aussi, doit-il bien connaître l'établissement de soins de santé—comment il est organisé, ses fonctions, la population de patientes, etc.—et doit-il avoir de bonnes relations de travail avec le personnel. Le formateur dépend de la collaboration du personnel pour qu'on lui fasse part des patientes aux cas uniques ou inhabituels et qu'on permette aux participants de fournir des services à ces patientes. C'est surtout avant la formation que l'on peut forger de telles relations, lors de la préparation du site et d'autres visites faites par le formateur.
- Les **participants devraient eux aussi être vigilants pour déceler** de telles possibilités d'apprentissage. Le formateur peut ensuite décider du nombre de participants qui seront assignés à une patiente en particulier. Le formateur et les participants doivent se rappeler que les expériences cliniques doivent être partagées de manière égale. Aussi, le participant qui identifie un cas ne sera pas forcément assigné à ce cas s'il a déjà eu un cas analogue auparavant. Il n'est pas correct de soumettre la patiente à une intervention à plusieurs reprises, tout simplement pour que tous les participants puissent s'exercer.
- S'il veut saisir les possibilités alors qu'elles se présentent, le formateur **devra peut-être modifier le plan pour cette journée et les journées à venir**, mais en dérangeant aussi peu que possible la prestation de services. Les participants devraient être mis au courant de tout changement aussi vite que possible pour qu'ils soient bien préparés pour chaque journée clinique.

- Il est rare que tous les participants aient l'occasion de travailler avec tous les types de patientes. Le formateur clinique **devra compléter, à l'aide d'études de cas et de jeux de rôle, le travail effectué avec des patientes**. Le formateur devra cerner rapidement des affections importantes, mais rares, telles que la prééclampsie sévère et préparer à l'avance les activités. Les cas réels rencontrés dans l'établissement de santé peuvent également servir de fondement pour de telles activités. Ils peuvent ensuite être utilisés lors de séances cliniques pour élargir la gamme d'expériences des patientes.

RÉUNIONS PRÉ ET POST-PRATIQUE CLINIQUE

Chaque établissement de soins de santé ne disposera pas d'une salle de réunions, mais le formateur clinique peut trouver un espace qui :

- Permet **une discussion libre**, un travail en petits groupes et la pratique sur modèles
- Se trouve **à l'écart des services aux patientes** si c'est possible, de sorte à ne pas interférer avec les soins ou autres responsabilités du personnel

Réunions préalables à la pratique clinique

Le formateur et les participants se rencontreront au début de chaque séance de pratique clinique. La réunion sera brève et traitera des aspects suivants :

- Les objectifs de formation pour cette journée
- Tout changement dans le calendrier
- Les rôles et responsabilités des participants pour ce jour, dont les tâches qui leur seront confiées et le plan de rotation, le cas échéant
- Les tâches spéciales qui doivent être réalisées ce jour
- Le thème de la réunion après la pratique clinique pour que les participants prennent note de tout ce qui se passe lors de la journée qui pourrait contribuer à la discussion
- Les questions concernant les activités de cette journée ou des journées précédentes si on peut y répondre de manière concise. Dans la négative, elles seront remises jusqu'à la réunion après la pratique clinique

Réunions après la pratique clinique

Le formateur clinique doit terminer chaque journée clinique par une réunion pour revoir les événements de la journée et les utiliser comme expériences d'apprentissage. L'on recommande au minimum une heure. Ces réunions sont utilisées aux fins suivantes :

- Revoir les objectifs de formation de la journée et évaluer les progrès en vue de les atteindre
- Présenter les cas vus cette journée, surtout ceux qui étaient intéressants, rares ou difficiles
- Répondre aux questions cliniques concernant les situations et les patientes dans l'établissement de santé ou l'information du manuel de référence
- Planifier la prochaine séance clinique en faisant des changements dans le calendrier, si nécessaire
- S'exercer davantage avec les modèles, si nécessaire
- Revoir et discuter des études de cas, des jeux de rôle ou tâches qui ont été préparés à l'avance par les participants. Ces activités devraient compléter les séances réalisées pendant la partie théorique de la formation, surtout si le temps en salle de classe est limité et si l'expérience clinique est nécessaire pour mieux comprendre les questions discutées. Voici des thèmes pour les études de cas, les jeux de rôle et les tâches :
 - Qualité des soins
 - Services cliniques dispensés
 - Soins préventifs
 - Barrières médicales entravant les services de haute qualité
 - Suivi recommandé

LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR

Dans son rôle de superviseur, le formateur doit suivre les activités des participants dans l'établissement de santé, de façon à ce que :

- Chaque participant bénéficie d'occasions adéquates pour s'exercer,
- Les participants ne dérangent pas la prestation efficace des services dans l'établissement ou n'interfèrent pas avec le personnel et ses fonctions, et
- Les soins fournis par chaque participant ne nuisent pas aux patientes et ne les placent pas dans une situation à risque.

Le formateur doit toujours se trouver avec les participants lorsqu'ils travaillent avec des patientes, surtout lorsqu'ils exécutent des interventions cliniques. Les formateurs doivent parfois superviser plus d'un ou deux participants. Le formateur ne pouvant pas se trouver avec tous en même temps, il doit avoir recours à d'autres méthodes de supervision.

- Les participants doivent comprendre ce qu'ils peuvent exécuter indépendamment et ce qui exige la supervision du formateur pour qu'ils puissent continuer à travailler lorsque le formateur est occupé avec un autre participant. Les participants sont responsables de vérifier qu'ils sont supervisés quand c'est nécessaire. Toutefois, la responsabilité en incombe en dernier lieu au formateur.
- Des activités supplémentaires qui ne demandent pas de supervision directe donneront aux participants l'occasion d'être activement engagés dans la formation, même s'ils ne sont pas avec des patientes.
- Le personnel clinique peut également faire fonction de superviseur si le formateur a confiance en ses compétences cliniques et sa capacité à fournir un feedback adéquat. La possibilité d'avoir ainsi le personnel clinique superviser les participants est une autre raison faisant que le formateur devrait connaître le personnel avant que ne commence la formation. Lors de la préparation du site clinique, le formateur peut observer les compétences du personnel et vérifier qu'il est compétent. Le formateur aura également l'occasion d'évaluer ses aptitudes à l'encadrement. Peut-être pourra-t-il même travailler avec certains membres du personnel pour améliorer leurs compétences pour qu'ils soient des modèles et soutiennent la formation des participants.
- Plus on a de participants dans l'établissement, plus le formateur dépend du personnel pour qu'il lui prête main forte. Toutefois, la responsabilité finale pour chaque participant, y compris celle de l'évaluation finale de la maîtrise de la compétence, incombe au formateur. C'est la raison pour laquelle, si plusieurs établissements sont utilisés pendant la formation, il faut un formateur nommé dans chaque site.
- Vu que le personnel clinique ne participe généralement pas à la partie théorique de la formation, il ne peut pas connaître les participants ou leurs compétences avant que ces derniers n'arrivent à l'établissement. Aussi, est-il bon de partager une telle information avec le personnel clinique chaque fois qu'il participe à la supervision des participants. On demandera également au personnel clinique de bien vouloir faire une évaluation initiale des compétences des participants avant de leur permettre de travailler avec des patientes, pour qu'il sache en toute confiance que ces derniers sont bien préparés.

- Le personnel clinique devrait également être conscient du feedback que le formateur aimerait bien recevoir de sa part à propos des participants.
- S'agira-t-il d'un feedback oral, écrit ou les deux ? Si un feedback écrit est nécessaire, le formateur devrait donner un instrument ou un formulaire pour guider le personnel clinique.
- Le formateur distribuera un nombre suffisant d'exemplaires du formulaire et indiquera au personnel comment le remplir.
- Le formateur devrait concevoir un formulaire que les membres du personnel peuvent remplir rapidement et facilement.
- Quelle sera la fréquence du feedback ? Tous les jours ? Toutes les semaines ? Uniquement à la fin de la formation ?
- Donnera-t-on un feedback positif et correctif ?
- Existe-t-il des circuits administratifs par le biais desquels le feedback sera transmis ? Dans certains centres, les membres du personnel apportent leur feedback à la personne qui est responsable de l'établissement de santé et qui prépare ensuite un rapport pour le formateur.
- Lorsqu'il met en place le système de feedback, le formateur devra se rappeler le temps nécessaire pour préparer et donner le feedback. Il s'agit en effet d'un surcroît de travail pour le personnel clinique, qui est déjà très occupé. Il vaut mieux que le système soit aussi simple et facile à utiliser que possible.

LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR

Une des tâches les plus difficiles pour le formateur et qui donne du mal même aux plus chevronnés, consiste à être un bon moniteur et à fournir un feedback dans le contexte clinique. Même si le formateur est tout à fait à l'aise pour apporter un feedback dans la salle de classe ou lors du travail avec les modèles, la situation n'est pas la même dans l'établissement de santé. Les patientes, le personnel et d'autres participants sont présents et les services d'urgence doivent fonctionner harmonieusement et efficacement. Le formateur se sent souvent poussé à terminer car d'autres patientes attendent et qu'il doit également être disponible pour tous les participants. S'il passe « trop de temps » avec une patiente ou un participant, cela aura des répercussions sur tout le monde.

Séances de feedback

On saute souvent les séances de feedback avant et après la pratique pour économiser sur le temps. Et pourtant, ces séances sont très importantes pour le développement continu des compétences psychomotrices ou décisionnelles du participant. Sans feedback et encadrement adéquats, le participant risque de rater une occasion importante d'apprentissage et il lui faudra plus longtemps pour arriver à la maîtrise de la

compétence. Il faut s'en rappeler lorsque le participant a déjà démontré la maîtrise de la compétence sur le modèle et n'a pas besoin de feed-back détaillé. Afin de déranger les services au minimum, les séances de feed-back avant et après la pratique peuvent se dérouler en l'espace de quelques minutes dans un endroit éloigné des zones de soins aux patientes.

La structure de la séance est essentiellement la même, que la séance se fasse avant ou après la pratique et qu'il s'agisse de l'exécution de la compétence du participant avec des modèles ou avec des patientes.

- Le participant devrait d'abord cerner les points forts personnels et les domaines où des améliorations doivent être portées.
- Ensuite, le formateur apportera un feed-back spécifique et descriptif, avec des suggestions de ce qu'il faut améliorer et de la manière de le faire.
- Enfin, le participant et le formateur devraient se mettre d'accord sur l'orientation de la séance de pratique, notamment leur interaction alors qu'ils se trouvent avec la patiente. Par exemple, ils peuvent convenir que lorsque le formateur met une main sur l'épaule du participant, cela signifiera que celui-ci doit s'arrêter et attendre d'autres instructions.

La séance de feed-back avant la pratique doit être réalisée avant d'entrer dans la pièce où se trouve la patiente. La séance de feed-back après la pratique peut être remise jusqu'à ce que les soins à la patiente soient terminés ou quand celle-ci est en condition stable et n'a plus besoin de soins continus. Le formateur devrait essayer de fournir le feed-back sans trop tarder. Le feed-back est surtout efficace quand il est donné aussi rapidement que possible après les soins. Cela permet au participant d'utiliser le feed-back avec la prochaine patiente à laquelle des services sont fournis.

Feed-back lors d'une intervention

Il faut vérifier que la patiente sait que le participant, bien qu'il soit déjà un praticien, est également quelqu'un qui apprend. Il faut rassurer la patiente en lui indiquant que le participant a déjà maîtrisé la compétence sur des modèles. La patiente doit entendre le formateur parler au participant et comprendre que cela ne signifie pas que quelque chose va de travers. Enfin, la patiente devrait comprendre clairement que le formateur est un prestataire chevronné et qu'il vérifie que la technique est exécutée sans risques et sans retard.

1. Feed-back positif

Le feed-back positif est souvent facile à donner et peut l'être en présence de la patiente. Les formateurs pensent souvent qu'en entendant le feed-back, même un feed-back positif, on déränge la patiente. Et pourtant, un grand nombre de patientes trouvent qu'il est réconfortant d'écouter le prestataire de services donner un feed-back positif.

- Le feed-back doit être limité et neutre dans la mesure du possible, car un éloge trop exubérant peut être tout aussi préoccupant pour la patiente que le fait d'entendre un commentaire négatif. En effet, la cliente, devant de tels éloges, peut se demander, « Qu'est-ce qu'on me cache ? » « Pourquoi est-il aussi surprenant que cette personne fasse un bon travail ? »
- Le feed-back positif peut être communiqué par l'expression du visage et le ton de la voix plutôt que par des mots et il n'en reste pas moins très efficace.

Parallèlement, l'**absence** de feed-back peut préoccuper le participant. À ce stade de l'acquisition de la compétence, le participant devrait en principe faire un bon travail, même avec la première patiente, et il a l'habitude d'entendre un commentaire positif. Aussi, si l'on veut qu'il garde confiance en lui, il est important de lui donner un feed-back positif.

2. Feed-back correcteur

Le feed-back correcteur est difficile à donner, quelles que soient les circonstances, mais surtout lorsqu'une patiente est présente. Il est important de garder un tel feed-back contrôlé et neutre et, à cet effet, on utilisera un certain nombre de techniques, dont les suivantes :

- Souvent, un regard ou un geste de la main (toucher l'épaule) peut être aussi efficace que les mots et moins préoccupant pour la patiente.
- De simples suggestions pour faciliter l'intervention peuvent être faites de manière tranquille et directe. Il ne faut pas se perdre dans de longues explications sur les raisons pour lesquelles vous faites la suggestion ou l'observation—il faut garder cela pour la séance de feed-back après la pratique.
- Pour aider un participant à éviter de faire une erreur, le formateur peut calmement poser une simple question directe sur la technique elle-même. Par exemple, si une étape d'une technique est sur le point d'être omise, le fait de demander au participant de nommer la prochaine étape, **avant** de faire quoi que soit, peut l'aider à éviter de faire l'erreur. Ce n'est **pas** le moment de poser des questions hypothétiques sur les éventuels effets secondaires et éventuelles complications car cela peut détourner l'attention du participant et angoisser la patiente.
- Parfois, alors même qu'ils se sont exercés longuement sur des modèles, les participants font des erreurs qui peuvent avoir des conséquences négatives pour la patiente. Dans de tels cas, le formateur doit être prêt à intervenir et à terminer de suite l'intervention. Il doit le faire calmement et avec contrôle complet pour éviter d'angoisser inutilement la patiente.



Columbia University
MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH



MARIE STOPES
INTERNATIONAL

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.