REPUBLIQUE DE GUINEE

***Travail - Justice – Solidarité***

\*\*\*\*

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L’HYGIENE PUBLIQUE**

\*\*\*\*

**DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE**



**FORMATION EN SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS :**

**-ESSENTIELS**

**- D’URGENCE DE BASE**

**- D’URGENCE COMPLETS**

**GUIDE DU FORMATEUR**



**PREFACE**

**TABLE DES MATIERES**

**INTRODUCTION**

**VUE D’ENSEMBLE DU STAGE**

**SOMMAIRE DU STAGE**

**RESPONSABILITES DU FACILITATEUR**

**SOINS OBSTETRICAUX ESSENTIELS**

**CALENDRIER DE LA FORMATION**

**PROGRAMME DE LA FORMATION**

**QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**MATRICE DE REPONSE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

**QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**ETUDES DE CAS ET REPONSES**

**JEUX DE ROLE**

**SIMULATIONS CLINIQUES**

**LISTES DE VERIFICATION**

**SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D’URGENCE DE BASE**

**CALENDRIER DE LA FORMATION**

**PROGRAMME DE LA FORMATION**

**QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**MATRICE DE REPONSE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

**QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**ETUDES DE CAS ET REPONSES**

**JEUX DE ROLE**

**SIMULATIONS CLINIQUES**

**LISTES DE VERIFICATION**

**SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D’URGENCE COMPLETS**

**CALENDRIER DE LA FORMATION**

**PROGRAMME DE LA FORMATION**

**QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE PREALABLE**

**MATRICE DE REPONSE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

**QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**REPONSE AU QUESTIONNAIRE MI-STAGE**

**ETUDES DE CAS ET REPONSES**

**JEUX DE ROLE**

**SIMULATIONS CLINIQUES**

**LISTES DE VERIFICATION**

**FORMULAIRE DE PLAN D’ACTION**

**QUESTIONNAIRE D’EVALUATION DU STAGE**

**INTRODUCTION**

La morbidité maternelle et néonatale en Guinée reste à un niveau inacceptable. Le ratio de mortalité maternelle est de 980 pour 100 milles naissances vivantes (EDS 2005), soit :

* soit 3924 décès maternels chaque année,
* 327 décès par mois.

La mortalité néonatale est de 39 pour 1000.

Les soins maternels et néonatals de haute qualité exigent que chaque femme et chaque nouveau-né reçoivent des soins basés sur l’évidence pendant la grossesse normale (sans complication), le travail, l'accouchement, et la période du post-partum. Les soins «normaux», la détection précoce et la prise en charge des complications à tous les niveaux et un système de référence et contre référence efficace sont essentiels pour réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Les services essentiels qu'un personnel qualifié devrait être capable de fournir à la mère ou au nouveau-né présentant des problèmes comprennent les soins obstétricaux et néonatals d'urgence de base(SONUB) suivants :  
  
• Antibiotiques par voie parentérale  
• Utéro toniques par voie parentérale  
• Anticonvulsivants par voie parentérale  
• Délivrance artificielle( manuelle) du placenta  
• Évacuation utérine  
• Accouchement assisté par voie vaginale  
• Réanimation du nouveau-né

Au niveau des centres des références les soins obstétricaux et néonatals d’urgence complets (SONUC) doivent être disponibles :

* Les services pour le SONUB et
* Transfusion sanguine
* Chirurgie obstétricale

Pour avoir un impact sur la mortalité maternelle et néonatale et la morbidité, le personnel impliqué dans la santé maternelle et néonatale doit avoir les compétences pour offrir ces services.

**Organisation du matériel d'apprentissage**Ce kit de formation est organisé sous forme modulaire, afin de permettre de mener les différentes formations en fonction des besoins identifiés sur le terrain. Les formateurs n'ont pas à utiliser tous les modules en même temps, mais ils peuvent cibler le module selon les besoins de leurs apprenants, ainsi que le temps et les ressources disponibles.

Selon les modules, la formation pourrait être d’une durée d’une semaine, deux semaines ou de 3 semaines.   
Le module d’une semaine concerne les Soins Obstétricaux et Néonatals Essentiels (SONE); celui de deux semaines comprend les thèmes relatifs aux SONUB et le module de 3 semaines couvre un ensemble plus complet de sujets liés aux meilleures pratiques en matière de SONUC**.**

Chacun des modules cliniques contient les informations clés (manuel de référence), un programme accompagnés d’une série de présentations, d’une variété de jeux de rôles, d’études de cas et d'autres exercices. Pour les sessions concernant les aspects psychomoteurs des listes de vérification pertinentes sont également incluses. Certaines listes de vérification incorporent un certain nombre de compétences. Par exemple, liste de vérification de l’accouchement normal comprenant la gestion active de la troisième phase de l’accouchement ainsi que des soins du nouveau-né normal.

Des simulations cliniques sont incluses pour certaines des pathologies d'urgence. Ces exercices aident à développer des processus de décision clinique et la résolution de problèmes dans des conditions d'urgence clinique.

Ce paquet devrait être un outil qui facilite l'enseignement et l'apprentissage. La flexibilité sera essentielle pour une efficacité maximale.

**VUE D’ENSEMBLE DU STAGE**

**SOMMAIRE DU STAGE**

**Description du stage.**

Ce stage de formation vise à préparer les participants à fournir des soins obstétricaux et  **néonatals** (essentiels, d’urgence de base et complets) de qualité.

Chaque stage comporte une mise à jour des connaissances (en classe ou en auto-apprentissage (via Internet, CD ROM ou matériel imprimé)) et une standardisation des compétences avec pratique avec des clientes/patientes. La durée de la formation est deux semaines pour les SOE et les SONUB et de trois semaines pour les SONUC.

Après la formation les apprenants retournent dans leurs lieux de travail et pratiquent selon les nouvelles connaissances, compétences et attitudes acquises. Trois mois après la formation, les apprenants reçoivent la visite d’un ou de plusieurs facilitateurs pour les aider du mieux possible à assurer le transfert des acquis de la formation sur leurs lieux de travail.

**Buts du stage**

* Influencer de manière positive les attitudes des prestataires sur le bien-fondé des soins obstétricaux et néonatals
* Apporter aux prestataires les connaissances, compétences et attitudes nécessaires aux prestations de soins obstétricaux et néonatals
* Renforcer l’esprit de travail en équipe dans les prestations de soins obstétricaux et néonatals

**Objectifs spécifiques**

1. **Soins Obstétricaux et néonatals essentiels**
2. Décrire les Soins obstétricaux essentiels
3. Conduire une consultation prénatale recentrée initiale et de suivi
4. Utiliser le partogramme modifié de l’OMS
5. Conduire un accouchement normal
6. Réaliser une épisiotomie
7. Assurer les soins essentiels du nouveau-né
8. Assurer les soins du post partum y compris la planification familiale
9. Référer les femmes enceintes ou accouchées récentes présentant une complication
10. **SONU de Base**
11. Décrire les Soins obstétricaux et néonatals d’urgence de base
12. Faire le bilan initial rapide d’une femme enceinte qui présente une complication
13. Utiliser le partogramme modifie de l’OMS
14. Conduire un accouchement normal
15. Assurer la réanimation du nouveau-né
16. Conseiller une mère sur les soins Kangourou
17. Réaliser une application de ventouse
18. Réaliser une Aspiration manuelle intra-utérine
19. Réaliser une compression bi manuelle de l’utérus.
20. Réaliser une compression de l’aorte abdominale.
21. Procéder à la délivrance artificielle.
22. Référer les femmes enceintes ou accouchées récentes présentant une complication
23. **SONU Complets**
24. Décrire les SONU fondamentaux et complets et l’approche d’équipe à la prestation de soins pour réduire la mortalité maternelle.
25. Utiliser des pratiques de PI recommandées pour tous les aspects des SONU.
26. Décrire le processus du bilan initial et de la prise en charge rapides d’une femme qui présente un problème.
27. Identifier les symptômes et signes de choc et décrire la prise en charge immédiate et spécifique.
28. Décrire les principes et procédures de la transfusion de sang, y compris la reconnaissance et la prise en charge des réactions à la transfusion.
29. Réaliser les procédures de réanimation des adultes.
30. 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.
31. Réaliser l’AMIU pour avortement incomplet.
32. Identifier les symptômes et signes, déterminer le diagnostic probable et utiliser des protocoles simplifiés de prise en charge pour l’hypertension gestationnelle.
33. Identifier et traiter la procidence du cordon.
34. Fournir les soins lors du travail, de l’accouchement et de la période du post-partum.
35. 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.
36. 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.
37. Réaliser l’épisiotomie et procéder à la réfection.
38. Identifier et procéder à la réfection des déchirures cervicales.
39. Réaliser un accouchement par le siège.
40. Réaliser une extraction par ventouse obstétricale.
41. 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.
42. Réaliser une compression bi manuelle de l’utérus.
43. Réaliser une compression de l’aorte abdominale.
44. Procéder à la délivrance artificielle.
45. 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.
46. Réaliser la réanimation néonatale en utilisant un ballon auto gonflable et un masque.
47. Décrire l’anesthésie et le traitement de la douleur liés aux urgences obstétricales.
48. Décrire les soins préopératoires et post-opératoires pour les femmes qui ont besoin d’une intervention chirurgicale obstétricale.
49. Réaliser l’intubation endotrachéale.\*
50. Réaliser une césarienne.\*
51. Réaliser une laparotomie pour une grossesse extra-utérine et une rupture utérine.\*
52. Réaliser une hystérectomie post-partum.\*
53. Décrire la procédure pour réaliser une craniotomie.\*

\*S’applique uniquement aux médecins

**Méthodes de formation/d’apprentissage**

* Exposés illustrés
* Travaux de groupes
* Discussion de groupe
* Etudes de cas
* Jeux de rôle
* Démonstration
* Encadrement
* Simulations cliniques

**Matériel pédagogique**

Ce guide de l’apprenant fait partie d’un kit pour l’apprentissage des compétences cliniques en SOE, SONUB et SONUC. Il est conçu pour être utilisé en conjonction avec le matériel suivant :

* Un manuel de référence : Manuel de référence pour la formation continue en SOE, SONUB et SONUC (Ministère de la Sante et de l’hygiène Publique de Guinée).

D’autres documents de référence sont disponibles :

* Prise en charge des complications de la grossesse et de l’accouchement. Un guide à l’ intention des médecins et sages-femmes. OMS 2003
* Soins liés à la grossesse et à l’accouchement. OMS 2009 2eme édition
* Des modèles anatomiques (Mama Natalie, Néo-natale, modèle pour AMIU)
* Des cassettes vidéo présentant des séquences de compétences cliniques ;
* Un guide du facilitateur : Guide du Facilitateur pour la formation continue en SOE, SONUB et SONUC (Ministère de la Sante et de l’hygiène Publique de Guinée).

**Critères de sélection des participants**

Les participants à ce stage doivent être des prestataires (obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes, infirmiers, ATS, anesthésistes (médecins et infirmiers) qui ont une formation initiale en obstétrique et pédiatrie ou en anesthésie et qui exercent dans les services de SMI, de maternité et de blocs opératoires des structures de santé (centres de santé, hôpitaux, Structures privées et structures parapubliques).

**Composition proposée du stage**

1. SOE

* 16 apprenants (médecins, SFE, Infirmiers et ATS)
* 4 facilitateurs formés en SOE et ayant des compétences en formation clinique

1. SONU de base

- 16-20 apprenants comprenant des médecins, des sages-femmes, des infirmiers et des ATS

- 4-6 facilitateurs formés en SONU de base et ayant des compétences en formation clinique

1. SONU complets

* 16-20 apprenants, de préférence des équipes provenant de la même structure de soins et comprenant: un médecin (généraliste ou obstétricien), une sage-femme, un pédiatre et un anesthésiste (médecin ou infirmier) ;
* 4-6 facilitateurs formés en SONU complets et ayant des compétences en formation clinique

**Méthodes d’évaluation :**

1. **Evaluation des participants par les formateurs**

* Questionnaire préalable (à remplir par les participants)
* Questionnaire à mi- stage (à remplir par les participants)
* Listes de vérification pour évaluer les compétences et attitudes

1. **Evaluation du stage par les participants**

* Evaluation quotidienne tout au long de la formation
* Questionnaire d’évaluation de la formation (à remplir par les participants)

*Qualification*

Malgré que la qualification soit une affirmation du formateur que le participant a atteint le niveau requis de la formation, mais la responsabilité d’être qualifié est partagée entre le formateur et le participant. La qualification est basée sur la démonstration de la maîtrise ou de la compétence dans les domaines suivants :

* Connaissances – Un score d’au moins 85% sur le Questionnaire à mi- stage.
* Compétences – Exécution satisfaisante des compétences cliniques lors des urgences obstétricales.
* Pratique – Capacité démontrée à fournir des soins liés à l’anesthésie dans le contexte clinique pour les femmes qui ont des urgences obstétricales.

Une confirmation réelle de la compétence du participant peut être faite à travers l’observation comment le participant applique tout ce qu’il/elle a appris en situation réelle.

RESPONSABILITES DU FACILITATEUR

Avant la formation

Au cours de la formation

Après la formation

**SOINS OBSTETRICAUX ESSENTIELS**

**REPONSES AU QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **SOINS PRENATALS RECENTRES**  1. Un des objectifs principaux des soins prénatals est de dépister les grossesses à risque  2. Reconnaître les signes précoces de problèmes ou de maladies est une part essentielle des consultations prénatales  3. Le fait de développer un plan individualisé d’accouchement aide à identifier le lieu d’accouchement, l’accoucheur, le soutien familial et social et les mesures à prendre en cas de complications et/ou urgences.  4. Lorsqu’on fournit une éducation sanitaire il faut d’abord répondre aux questions, problèmes ou préoccupations spécifiques de la femme  5. Lors d’une consultation prénatale, il faut d’abord s’assurer qu’il n’y pas une urgence menaçant la vie de la femme avant de mener un interrogatoire complet  6. On recommande un minimum de quatre consultations prénatales pour les femmes qui s’inscrivent pour des soins tard dans leur grossesse. | Faux  Vrai  Vrai  Vrai  Vrai  \_\_\_\_\_Faux\_\_\_ |
| **ANEMIE AU COURS DE LA GROSSESSE**  7. Le paludisme est une cause fréquente d’anémie chez la femme enceinte dans nos régions  8. Au moins 50% des femmes enceintes en Afrique présentent une anémie  9. IL ne faudrait donner des comprimés de fer+ acide  folique pendant la grossesse qu’aux femmes qui présentent  une anémie. | Vrai  Vrai  \_Faux\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **PALUDISME AU COURS DE LA GROSSESSE**  10. Les parasites du paludisme peuvent attaquer le placenta du bébé et interférer avec ses fonctions, entraînant une faible croissance du bébé.  11. Les femmes au cours de leur première grossesse courent un risque plus élevé de développer des complications du paludisme pendant la grossesse comparées aux femmes ayant eu plusieurs grossesses  12. Il faut donner le traitement préventif à toutes les femmes enceintes, qu'elles aient ou non des symptômes du paludisme.  13. Les moustiquaires imprégnées d’insecticide réduisent le nombre de moustiques dans la maison, à la fois dans la moustiquaire et en dehors  14. Il n’existe pas d’influence réciproque du paludisme et du VIH chez la femme enceinte  15. Une femme enceinte souffrant d’un paludisme grave devrait être traité dans un centre de référence. | Vrai  Vrai  Vrai  Vrai  Faux  Vrai |
| **PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH**  16. Au cours du counseling pré test du VIH, il faut évaluer les risques individuels, informer sur le VIH notamment les modes de transmission et de prévention et discuter du test.  17. Le VIH peut être responsable d’un faible poids de naissance  18. Une femme séropositive doit allaiter sauf si une alimentation de substitution est disponible, accessible financièrement et culturellement acceptable  19. Une femme sous ARV doit arrêter son traitement pendant la grossesse | Vrai  Vrai  Vrai  Faux |

|  |  |
| --- | --- |
| **NUTRITION PENDANT LA GROSSESSE**  20. Les conseils nutritionnels font partie de toute séance d’éducation \_Vrai\_\_\_\_\_\_  de la femme enceinte  21. Dans les régions de faible consommation de calcium, la supplémentation Vrai\_\_\_\_\_  en calcium prévient la pré-éclampsie  **PARTOGRAMME** | |
| 1. Si une femme est admise avec un col à 5 cm on doit porter la dilatation du col sur la ligne d’alerte 2. La dilatation du col portée à droite de la ligne d’alerte du partogramme indique un déroulement défavorable du travail. 3. Les bruits du cœur du fœtus entre 120 et 160 battements par minute se situent dans les limites de la normale 4. Des contractions utérines qui durent 45 secondes doivent être notées par des pointilles sur le partogramme | **\_Vrai\_\_\_\_**  **Vrai**  **Vrai**  **Faux** |
| **TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES** | |
| 1. La phase active du travail d’accouchement commence lorsque la dilatation du col a atteint 5 cm | **\_\_Faux\_\_\_** |
|  |  |
|  |  |
| 1. 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\_\_\_\_** |
| 1. L’épisiotomie devrait être pratiquée systématiquement chez les primipares | **\_Faux\_\_\_\_** |
|  |  |
| 1. Pendant le travail on ne devrait pas autoriser les femmes à boire et à manger | **\_Faux\_\_\_\_** |
| 1. La présence d’une accompagnante au cours du travail est bénéfique aussi bien pour la mère que pour le fœtus | **\_Vrai\_\_\_\_** |
| 1. Pendant l’accouchement la femme devrait être autorisée à adopter la position dans laquelle elle est le plus à l’aise | **Vrai\_\_\_\_\_** |
|  |  |
| **PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL** | |
| 1. 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\_\_\_** |
| 1. 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\_\_\_\_** |

**SOINS ESSENTIELS AU NOUVEAU-NE**

1. Essuyer, sécher et envelopper dans un linge sec et propre fait partie des soins \_\_Vrai\_\_\_\_

essentiels du nouveau-né

1. Tout nouveau-né doit être immédiatement baigné après la naissance \_\_\_Faux\_\_\_\_
2. Il n’est pas nécessaire de protéger le cordon avec un pansement après \_\_Vrai\_\_\_\_\_\_

l’avoir sectionné

1. Le nouveau-né doit être mis au sein dans les 2 heures qui suivent la naissance \_Faux\_\_\_\_\_

**SOINS POST PARTUM**

1. Dans le post partum immédiat la femme et son nouveau-né doivent faire l’objet d’une surveillance attentive pendant au moins 2 heures en salle d’accouchement avant le transfert en suites de couches. \_\_\_Vrai\_\_\_\_\_
2. Les soins du post partum doivent inclure le counseling sur la planification familiale \_Vrai\_\_
3. On peut insérer un DIU immédiatement après l’accouchement \_Vrai\_\_\_\_

**Questionnaire DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

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

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE**

1. Un bilan initial rapide est fait
2. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
3. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
4. uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
5. chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème
6. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
7. un pouls rapide et filant
8. une tension artérielle basse
9. une respiration rapide
10. tous les éléments susmentionnés

**SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL**

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose

1. que l’on fasse un test de compatibilité sanguine et que l’on prenne les dispositions en vue d’une laparotomie immédiate
2. que l’on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d’exécuter l’intervention chirurgicale
3. que l’on observe la femme pour détecter tout signe d’amélioration
4. tous les éléments susmentionnés

4. Lorsqu’on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si

1. on imprime une rotation à la seringue d’un côté à l’autre avec la canule à l’intérieur de la cavité utérine
2. la canule est trop tirée vers l’arrière
3. la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
4. tous les éléments susmentionnés

5. La procédure AMIU est complète lorsque

1. la paroi de l’utérus est lisse
2. le vide diminue dans la seringue
3. une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule
4. l’utérus se relache

6. Le résultat d’un test de coagulation au lit de la patiente évoque une coagulopathie si

1. 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
2. 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
3. un caillot se forme dans les 7 minutes
4. 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

1. avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
2. avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion
3. toutes les 15 minutes pendant la transfusion
4. pendant la transfusion mais pas après la transfusion

**SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT**

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à

1. une atonie utérine
2. un traumatisme du tractus génital
3. une rétention placentaire
4. tous les éléments susmentionnés

9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d’hémorragie immédiate du post-partum si

1. placenta complet et utérus contracté
2. placenta incomplet et utérus contracté
3. placenta complet et utérus atone
4. placenta incomplet et utérus atone

10. En cas d’inversion de l’utérus après l’accouchement

1. on ne sent pas le fond de l’utérus à la palpation abdominale
2. il peut exister une douleur légère ou intense
3. l’utérus inversé peut être apparent à la vulve
4. tous les éléments susmentionnés

11. Pour la délivrance artificielle

1. administrer de l’ergométrine avant la procédure
2. donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
3. placer une main sur l’utérus et utiliser l’autre main pour appliquer une traction sur le cordon
4. introduire une main dans l’utérus et de l’autre empaumer le fond utérin à travers l’abdomen

12. Lorsqu’on exécute une compression de l’aorte abdominale pour contrôler l’hémorragie du post-partum, le point de la compression est

1. juste en dessous et légèrement à droite de l’ombilic
2. juste en dessous et légèrement à gauche de l’ombilic
3. juste au-dessus et légèrement à droite de l’ombilic
4. juste au-dessus et légèrement à gauche de l’ombilic

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

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d’une

1. légère pré éclampsie
2. hypertension chronique
3. pré éclampsie légère surajoutée
4. hypertension gestationnelle

14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent

* 1. la pré éclampsie
  2. l’hypertension chronique
  3. la pyélonéphrite
  4. aucun des éléments susmentionnés

15. Chez une patiente à terme avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de

a) légère pré éclampsie

b) pré éclampsie modérée

c) pré éclampsie sévère

d) hypertension chronique

16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l’entremise

1. d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
2. d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
3. d’injections simultanées IV et IM
4. bolus 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 pré éclampsie ou pré éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est

1. supérieure à 90 mm Hg ou plus
2. entre 100 et 110 mm Hg
3. 110 mm Hg ou plus
4. 120 mm Hg ou plus

**PARTOGRAMME**

18. La progression du travail est probablement défavorable si

1. la phase de latence dure plus de 8 heures
2. la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d’alerte du partogramme
3. la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
4. tous les éléments susmentionnés

19. Un partogramme note

* + 1. la dilatation et l’effacement de 4 cm jusqu’à 10 cm
    2. la dilatation et l’effacement de 3 cm jusqu’à 10 cm
    3. la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu’à 10 cm
    4. tous les éléments susmentionnés

**TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; URGENCE OBSTETRICALE**

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

1. procéder à l’accouchement avec une symphisiotomie
2. procéder à l’accouchement par extraction par ventouse obstétricale
3. tenter l’accouchement par forceps
4. accélérer le travail avec de l’ocytocine

21. La perfusion d’ocytocine peut être utilisée

1. pour accélérer le travail
2. chez les multipares
3. en cas de grossesses multiples sur 2eme jumeau
4. touts les éléments susmentionnés

22. La cupule de la ventouse devrait être placée

1. au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
2. en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
3. sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
4. sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

23. Dans la position occipitale postérieure

1. l’extraction par ventouse obstétricale ne devrait pas être faite
2. l’accouchement par voie basse n’est pas possible
3. la phase d’expulsion peut être prolongée
4. la femme devrait accoucher en position accroupie

24. En cas de signes d’obstruction et si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure

1. l’accouchement devrait se faire par césarienne
2. il faut procéder à la rupture des membranes
3. le travail peut être accéléré à l’aide d’ocytocine
4. il faut encourager la patiente à pousser spontanément

25. Lors des présentations de la face, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté

1. l’accouchement devrait se faire par césarienne
2. on peut prévoir un accouchement normal
3. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
4. aucun des éléments susmentionnés

26. La présence de méconium est courante lors de l’accouchement par le siège et

1. est toujours un signe de détresse fœtale
2. n’est pas un signe de détresse fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal
3. est une indication pour une césarienne
4. est une indication pour l’accouchement par le siège

27. Avant de faire une craniotomie, il faut s’assurer que

1. la dilatation du col est complète
2. la vessie est pleine pour détecter une blessure de celle-ci après
3. le fœtus est mort
4. les réponses a et c sont correctes

28. Si le premier bébé d’une grossesse multiple est en position transverse

1. on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
2. le travail doit être accéléré
3. l’accouchement doit se faire par césarienne
4. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale

29. En cas d’utérus cicatriciel, quand la dilatation du col traverse la ligne d’alerte sur le partogramme lors de l’épreuve du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes

1. il faut procéder immédiatement à une césarienne
2. aucune intervention n’est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
3. il faut procéder à la rupture des membres et accélérer le travail à l’aide d’ocytocine
4. il faut procéder à la rupture des membranes mais ne jamais donner d’ocytocine

30. En cas de souffrance fœtale pendant le travail

1. l’ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée
2. le taux d’ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
3. le taux d’ocytocine doit être diminué si elle est administrée
4. aucun des éléments susmentionnés

31. 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

1. il faut procéder à une césarienne
2. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
3. le travail doit être accéléré avec de l’ocytocine
4. un bilan complet doit être fait pour prendre une décision

32. En cas de procidence du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon

1. si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
2. 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
3. une césarienne doit être exécutée immédiatement
4. tous les éléments susmentionnés

**FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT**

33. Si une femme souffre de mastite, elle devrait

1. arrêter d’allaiter uniquement du sein touché
2. appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
3. soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
4. éviter d’utiliser des antibiotiques

34. L’amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants

1. fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
2. fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse
3. tachycardie maternelle
4. fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse
5. Dans la prise en charge de l’amniotite, toutes les propositions suivantes sont vraies sauf :
   * 1. Il faut associer ampicilline et gentamycine
     2. l’ampicilline et la gentamycine traversent la barrière placentaire et ont une bonne concentration chez le fœtus
     3. si la patiente accouche par voie basse, il faut arrêter les antibiotiques dans le post partum
     4. l’association de métronidazole à l’ampicilline et à la gentamycine n’est pas nécessaire si la femme accouche par césarienne

36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection

1. lors du premier trimestre de la grossesse
2. lors du second trimestre de la grossesse
3. lors du troisième trimestre de la grossesse
4. immédiatement après la grossesse

37. Lorsqu’on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse

1. le choc est rare et doit être pris comme le signe d’une autre infection très grave
2. le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu’on ne dispose pas des résultats de la culture d’urine
3. la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures
4. 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

1. d’un abcès au sein
2. d’une mastite
3. d’un engorgement des seins
4. aucun des éléments susmentionnés

39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner

1. une combinaison d’antibiotiques en IV
2. une combinaison d’antibiotiques par voie buccale
3. des antibiotiques polyvalents par voie buccale
4. des antibiotiques polyvalents en IV

40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à

1. allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
2. allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
3. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
4. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée

41. Pour l’utilisation prophylactique des antibiotiques au cours de la chirurgie obstétricale

1. il faut administrer 30 minutes avant l’intervention
2. une dose unique est habituellement suffisante
3. une seconde dose est nécessaire si l’intervention dure plus de 6 heures ou si les pertes sanguines sont ≥ 1500 ml
4. toutes les réponses ci-dessus sont vraies

42. L’utilisation prophylactique des antibiotiques est indiquée

1. avant toute césarienne
2. avant la prise en charge active du 3ème stade du travail
3. avant toute délivrance artificielle
4. les réponses a et c sont vraies

43. L’arrêt du traitement antibiotique (grossesse, accouchement) se base sur les critères suivants :

1. la patiente s’améliore sur le plan clinique
2. la patiente est apyrétique depuis 48 heures
3. la durée du traitement a été d’au moins 7 jours
4. les réponses a et b sont vraies

44. En cas de métrite

1. le traitement associe toujours 3 antibiotiques ( ampicilline, gentamycine, métronidazole)
2. il n’est pas nécessaire de poursuivre le traitement par voie orale après 48 heures d’apyrexie
3. la gentamycine peut être administrée une fois par jour
4. toutes les réponses susmentionnées sont vraies

45. Pour prévenir l’endométrite suite à la césarienne

1. administrer un traitement complet d’antibiotiques pendant 7 jours
2. le métronidazole est le médicament de premier choix
3. le médicament devrait être démarré 24 heures avant l’intervention chirurgicale
4. aucun des éléments susmentionnés

**REANIMATION NEONATALE**

46. La réanimation du nouveau-né doit se baser sur le fait que :

a. l’enfant ne respire pas à la naissance

b. l’enfant a une coloration bleutée

c. Les battements cardiaques sont absents à la naissance

d. a et c

47. Le matériel de réanimation du nouveau né dans toute salle d’accouchement comporte nécessairement :

a. un Ambu plus un masque

b. de l’oxygène

c. un aspirateur de mucosités

d. a et c

48. Le rythme de ventilation d’un nouveau né en détresse respiratoire est de

a. 30 cycles/minute

b. 40 cycles /minute

c. 45 cycles/minute

d. 60 cycles/minute

49. On doit arrêter la réanimation du nouveau né si il n’y a pas de respiration spontanée au bout de :

a. 10 minutes

b. 20 minutes

c. 25 minutes

d. 30 minutes

50. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en

1. 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
2. enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
3. en enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
4. en baignant le bébé dans de l’eau chaude

**ETUDES DE CAS**

**EXERCICE 1.1: CALCUL DE LA DATE PRESUMEE DE L’ACCOUCHEMENT**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OBJECTIF** | **INSTRUCTIONS** | **RESSOURCES** |
| L’objet de cet exercice est de permettre aux participants de s’exercer à calculer la date présumée de l’accouchement (DPA) | L’exercice peut se faire en petits groupes ou individuellement. |  |
|  | Le formateur clinique doit revoir la méthode pour calculer la DPA avec les participants. | Directives pour calculer la DPA (ci-jointe). |
|  | Les participants doivent répondre aux questions 1 à 5. | Questions 1 à 5 (ci-jointes). |
|  | Le formateur clinique doit distribuer des Calculateurs de grossesse aux participants et leur montrer comment les utiliser. | Calculateurs de grossesse |
|  | Les participants doivent répondre de nouveau aux questions 1 à 5 en utilisant cette fois-ci les calculateurs de grossesse. Ils doivent ensuite comparer les résultats avec leurs calculs originels. |  |
|  | Si les calculateurs de grossesse ne sont pas disponibles, il faut que le formateur clinique revoie les calculs originels des participants pour voir s’ils sont exacts. | Clés aux réponses aux Questions. |

**Calculer la date présumée de l’accouchement**

1. **Date prévue – Méthode du calendrier**
2. Ajouter sept jours à la date du premier jour des dernières règles normales.
3. Soustraire trois mois
4. **Gestation et date prévue – Méthode utilisant le calculateur de grossesse**
5. Calculer à l’aide du calculateur de grossesse (s’il est disponible)

**Questions**

1. Madame A vient à la clinique prénatale le 3 janvier. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 octobre. Quelle est sa DPA ?
2. Madame B vient à la clinique prénatale le 15 mai. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 mars. Quelle est sa DPA ?
3. Madame C vient à la clinique prénatale le 11 juillet. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 mars. Quelle est sa DPA ?
4. Madame D vient à la clinique prénatale le 15 mai. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 1er janvier. Quelle est sa DPA ?
5. Madame E vient à la clinique prénatale le 30 avril. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 15 décembre. Quelle est sa DPA ?

**EXERCICE 1.1: CALCUL DE LA DATE PRESUMEE DE L’ACCOUCHEMENT**

**CLE AUX REPONSES**

**Questions**

1. Madame A vient à la clinique prénatale le 3 janvier. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 octobre. Quelle est sa DPA ?
2. Madame B vient à la clinique prénatale le 15 mai. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 mars. Quelle est sa DPA ?
3. Madame C vient à la clinique prénatale le 11 juillet. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 10 mars. Quelle est sa DPA ?
4. Madame D vient à la clinique prénatale le 15 mai. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 1er janvier. Quelle est sa DPA ?
5. Madame E vient à la clinique prénatale le 30 avril. Elle vous dit que ses dernières règles normales ont commencé le 15 décembre. Quelle est sa DPA ?

**Answers**

1. La DPA de Madame A est le 17 juillet.
2. La DPA de Madame B est le 17 décembre.
3. La DPA de Madame C est le 17 décembre.
4. La DPA de Madame D est le 8 octobre.
5. La DPA de Madame E est le 22 septembre.

**JEUX DE ROLE**

**JEU DE ROLE 1.1: ECOUTER LA CLIENTE LORS DE LA VISITE PRENATALE**

**Instructions**

Le formateur clinique va sélectionner deux participants pour jouer les rôles suivants : le prestataire de soins et la cliente en visite prénatale. Les deux participants prenant part au jeu de rôle doivent consacrer quelques minutes à la préparation de l’activité en lisant les informations générales fournies ci-dessous. Les autres participants, qui observeront le jeu de rôle, doivent lire les informations générales en même temps.

L’objet de ce jeu de rôle est de fournir l’occasion aux participants d’apprécier combien il est important d’avoir de bonnes compétences en matière d’écoute dans le contexte de soins prénatals.

**Rôles des participants**

Prestataire de soins: La prestataire de soins est une sage-femme expérimentée ayant de bonnes compétences en matière d’écoute.

Cliente: Madame A est âgée de 19 ans. Ceci est sa deuxième grossesse.

**Situation**

Madame A est enceinte de 20 semaines et son état général est bon. Cette visite est sa première visite prénatale pour cette grossesse. Jusqu’ici, elle n’a pas eu de problèmes liés à la grossesse. Sa première grossesse n’a pas présenté de complications. Elle se sent mal à l’aise d’être à la clinique car durant sa première grossesse, elle s’est rendue dans une clinique prénatale où elle a eu l’impression que la sage-femme ne s’intéressait pas à ce qu’elle voulait lui dire. Cependant, aujourd’hui, sa belle-mère l’a envoyée à la clinique. La sage-femme ressent que la cliente est gênée alors qu’elle commence à prendre les antécédents lors de la visite prénatale ; son but est de mettre la cliente à l’aise en l’écoutant.

**Point focal du jeu de rôle**

Le point focal du jeu de rôle est l’interaction entre la sage-femme et la cliente et l’adéquation de ses compétences d’écoute.

**Questions à discuter**

Il faut que le formateur clinique utilise les questions suivantes pour faciliter les discussions après le jeu de rôle.

1. Comment la sage-femme a-t-elle fait savoir à la cliente qu’elle était prête à l’écouter ?
2. Comment la sage-femme a-t-elle fait savoir à la cliente que ce que celle-ci veut lui dire est important ?
3. Comment la sage-femme a-t-elle encouragé l’entente entre elle et la cliente ?
4. Quels types de comportements non verbaux la sage-femme a-t-elle utilisés pour encourager l’entente entre elle et la cliente ?

**JEU DE ROLE 1.1: ECOUTER LA CLIENTE LORS DE LA VISITE PRENATALE**

**CLE AUX REPONSES**

**Questions à discuter**

1. Comment la sage-femme a-t-elle fait savoir à la cliente qu’elle était prête à l’écouter ?
2. Comment la sage-femme a-t-elle fait savoir à la cliente que ce que celle-ci veut lui dire est important ?
3. Comment la sage-femme a-t-elle encouragé l’entente entre elle et la cliente ?
4. Quels types de comportements non verbaux la sage-femme a-t-elle utilisés pour encourager l’entente entre elle et la cliente ?

**Réponses**

Il faudrait que les réponses suivantes soient utilisées par le formateur clinique pour guider les discussions après le jeu de rôle. Si les comportements d’écoute décrits ci-dessous n’ont pas été démontrés au cours du jeu de rôle, discuter des raisons possibles.

1. Il faudrait que la sage-femme accueille la femme avec respect et amabilité. Elle devrait ensuite prêter complète attention à la cliente en étant détendue et en ne donnant pas l’impression qu’elle a d’autre travail à faire. Le fait de transmettre le message que vous êtes disponible et que vous avez le temps d’écouter sont des caractéristiques importantes d’une bonne écoute.
2. Il ne faudrait pas que la sage-femme sélectionne ce qu’elle veut entendre (elle devrait écouter tout ce que la cliente dit et pas seulement ce qu’elle veut que la cliente dise). De plus, il ne faut pas qu’elle interrompe la cliente inutilement ni qu’elle impose ses idées. Ce type de comportement d’écoute reconnaît les clientes en tant que personnes ayant des choses importantes à dire.
3. Il faut que la sage-femme soit ouverte et qu’elle ne porte pas de jugements catégoriques au sujet de ce que la cliente dit. Le fait de voir les choses avec l’optique de la cliente encourage la prestataire de services et la cliente à se comprendre.
4. Il faut que la sage-femme s’assoie en face de la cliente, en se penchant légèrement en avant pour montrer son intérêt. Il faut qu’elle maintienne le contact visuel et qu’elle semble détendue et à l’aise en ce qui concerne l’interaction. Ces comportements non-verbaux ou attentifs montrent à la cliente que la sage-femme est prête à l’écouter et qu’elle s’intéresse à elle.

**JEU DE ROLE 2.1: RASSURER LA FEMME EN TRAVAIL**

**Instructions**

Le formateur clinique va sélectionner trois participants pour jouer les rôles suivants : le prestataire de soins, la femme en travail et la personne de soutien de la femme en travail. Les trois participants prenant part au jeu de rôle doivent consacrer quelques minutes à la préparation de l’activité en lisant les informations générales fournies ci-dessous. Les autres participants, qui observeront le jeu de rôle, doivent lire les informations générales en même temps.

L’objet de ce jeu de rôle est de fournir l’occasion aux participants d’apprécier combien il est important d’avoir de bonnes compétences interpersonnelles dans le contexte des soins pendant le travail et l’accouchement.

**Rôles des participants**

Prestataire de soins: Le prestataire de soins est une sage-femme expérimentée ayant de bonnes compétences interpersonnelles et qui est particulièrement bonne pour répondre aux signes non verbaux (langage du corps).

Femme en travail: Madame A est âgée de 16 ans. C’est sa première grossesse. Elle est très timide et silencieuse.

Personne qui l’accompagne: La personne de soutien de Madame A est son mari qui est âgé de 20 ans. Il est également très timide et silencieux.

**Situation**

Madame A s’est rendue à la clinique anténatale à trois reprises pendant sa grossesse qui n’a pas présenté de complications. Elle est venue à l’hôpital car les douleurs de travail ont commencé il y a trois heures. La sage-femme accueille Madame A et son mari avec respect et amabilité et leur donne à chacun une chaise. Madame A et son mari baissent légèrement la tête et ils ne regardent pas la sage-femme et ne lui parlent pas. Lorsque la sage-femme demande à Madame A comment elle se sent, Madame A lui donne son dossier prénatal sans lui donner de contact visuel. Madame A saisi son abdomen avec les deux mains alors qu’une contraction commence. Elle ferme ses yeux très fortement et grimace. Le mari de Madame A presse ses mains fermement sur ses genoux et se mord la lèvre. La sage-femme place sa main sur l’une des mains de Madame A et lui dit doucement « vous êtes très courageuse Madame A. » La sage-femme sent l’anxiété de Madame A et de son mari et quand la contraction est passée, elle demande gentiment à Madame A comment elle se sent. Madame A hoche un peu la tête pour répondre et, avec une expression de soulagement sur son visage, lance un bref regard à la sage-femme.

**Point focal du jeu de rôle**

Le point focal du jeu de rôle est l’interaction interpersonnelle entre la sage-femme et Madame A et son mari et l’adéquation de ses réponses aux signes non verbaux (langage du corps).

**Questions à discuter**

Il faut que le formateur clinique utilise les questions suivantes pour faciliter les discussions après le jeu de rôle.

1. Quels signes non-verbaux Madame A et son mari ont-ils utilisé ?
2. Quel(s) message(s) ces signes non-verbaux transmettent-ils à la sage-femme ?
3. Comment la sage-femme a-t-elle répondu aux signes non-verbaux de Madame A et de son mari ?
4. Quel effet les réponses de la sage-femme ont-elles eu concernant sa relation avec Madame A et son mari ?

**JEU DE ROLE 2.1: RASSURER LA FEMME EN TRAVAIL**

**CLE AUX REPONSES**

**Questions à discuter**

1. Quels signes non verbaux Madame A et son mari ont-ils utilisé ?
2. Quel(s) message(s) ces signes non-verbaux transmettent-ils à la sage-femme ?
3. Comment la sage-femme a-t-elle répondu aux signes non-verbaux de Madame A et de son mari ?
4. Quel effet les réponses de la sage-femme ont-elles eu concernant sa relation avec Madame A et son mari ?

**Réponses**

Il faudrait que les réponses suivantes soient utilisées par le formateur clinique pour guider les discussions après le jeu de rôle.

1. Madame A et son mari gardent leurs têtes baissées pour ne pas avoir de contact visuel avec la sage-femme. Madame A donne son dossier anténatal à la sage-femme au lieu de répondre verbalement à la question de la sage-femme. Quand elle a une contraction, Madame A ne dit rien, mais elle saisit son abdomen avec les deux mains, ferme les yeux très fortement et grimace. En même temps, son mari presse ses mains fermement sur ses genoux et se mord la lèvre.
2. Les têtes baissées et le manque de contact visuel communiquent de la timidité de la part de Madame A et de son mari. Lorsque Madame A a des contractions, son comportement non-verbal ainsi que celui de son mari communiquent très probablement leur peur, particulièrement du fait que c’est la première grossesse de Madame A et la première fois qu’elle est en travail.
3. La sage-femme rassure Madame A et son mari en plaçant une main sur l’une des mains de Madame A et en lui disant doucement qu’elle est courageuse. Après que la contraction soit passée, la sage-femme demande gentiment à Madame A comment elle se sent.
4. La capacité de la sage-femme de reconnaître les signes non verbaux de Madame A et de son mari l’aide à comprendre comment ils ressentent l’expérience du travail et les aide à développer de la confiance en la personne qui les soigne.

**SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D’URGENCE DE BASE**

**SOINS OBSTETRICAUX ET NEONATALS D’URGENCE COMPLETS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jour 1** | **Jour 2** | **Jour 3** | **Jour 4** | **Jour 5** | **Jour 6** |
| **Ouverture**  Bienvenue  Présentations et définitions d’attentes ; Vue générale du stage (buts, objectifs, calendrier, matériel pédagogique) Questionnaire préalable  **Présentation et discussion** : Eviter le décès et l’incapacité maternels, SONU fondamentaux et complets  **Présentation et discussion :**  Changer la pratique obstétricale  Définitions des besoins d’apprentissage individuels et en groupe en utilisant la matrice | Mise en train et Agenda  **Présentation et discussion :** Evaluation initiale rapide, reconnaissance et traitement du choc, réanimation de l’adulte, suivi de la transfusion de sang  **Démonstration de la compétence** : Réanimation de l’adulte en utilisant le modèle  Simulation clinique : Exercice **d’alerte ; les participants choisis prennent part, les restants** **observent**  **Discussion : Etre** préparé en cas d’urgence | Mise en train et Agenda  **Présentation et discussion :** Maux de tête, vision floue, convulsions, perte de connaissance, TA élevée  **Etude de cas :** Hypertension gestationnelle  **Présentation et discussion :** Travail et accouchement eutociques  **Exercice :** Remplir et interpréter le partogramme  **Travaux en groupe :** Utilisation du partogramme | Mise en train et Agenda  **Présentation et discussion :** Saignement vaginal après l’accouchement  **Démonstration de la compétence : Compression** bi-  manuelle de l’utérus, compression de l’aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle  **Etude de cas : Saignement** vaginal après l’accouchement  **Présentation et discussion :**  Fièvre pendant et après l’accouchement  **Présentation et discussion :** Soins normaux au nouveau-né : Prévention de l’infection, protection thermique, réanimation du nouveau-né, allaitement maternel, pratiques optimales | Mise en train et Agenda  **Présentation et discussion : Chirurgie** obstétricale : Césarienne, laparotomie, hystérectomie  **Bande vidéo : Césarienne**  **Présentation et Démonstration de la compétence : Craniotomie**  **Démonstration de la compétence avec modèle et bande vidéo : Accouchement** par le siège  **Démonstration de la compétence avec le modèle et bande vidéo : Extraction** par ventouse obstétricale | Mise en train et Agenda  **Pratiques des compétences avec modèles : Accouchement** normal, et accouchement par le siège ; réanimation de l’adulte et du nouveau-né ; intubation endotrachéale de l’adulte ; AMIU ; réfection des épisiotomies et déchirures cervicale ; extraction par ventouse obstétrical ; compression bi manuelle de l’utérus, compression de l’aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle |
| **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | Déjeuner |
| **Présentation et discussion** :  Droits humains et SONU  **Présentation et discussion :** Pratiques de Prévention des Infections  **Bande Vidéo :** Lavage des mains ; décontamination ; manipulation des objets coupants et pointus ; éliminations des déchets ; manutention préparation  des instruments  Récapitulatif | **Présentation et discussion : Saignement** vaginal en début et en fin de grossesse et lors du travail  **Etude de cas : Saignement** vaginal au début de grossesse  **Présentation et discussion : Soins** après avortement  **Bande vidéo : Soins** après avortement  Démonstration de la compétence : **AMIU en utilisant le modèle**  Discussion : Changement **d’attitude face aux SAA**  Récapitulatif | **Présentation et discussion : Travail et accouchement eutociques :** évaluation de la descente, dilatation, position ; seconde stade ; prise en charge active du troisième stade ; épisiotomie ; soins immédiats du postpartum  **Démonstration de la compétence : Accouchement** propre et sûr en utilisant le modèle  **Présentation et discussion : Soins** de la femme lors du post-partum  Récapitulatif | **Démonstration de la compétence : Réanimation** du nouveau-né en utilisant le modèle  **Présentation et discussion : Intubation** endotrachéale de l’adulte  **Démonstration de la compétence : Intubation** endotrachéale de l’adulte en utilisant le modèle  **Présentation et discussion : A**nalgésie et anesthésie des SOU  **Présentation et discussion : Principes** des soins préopératoires et postopératoires  Récapitulatif | **Démonstration de la compétence : Réfection** de l’épisiotomie et des déchirures cervicales avec modèles  **Présentation et Discussion :** Prise en charge de la procidence du cordon  **Présentation et Discussion :** Soins au nouveau-né malade  Récapitulatif | **Pratiques des compétences avec modèles : Accouchement** normal, et accouchement par le siège ; réanimation de l’adulte et du nouveau-né ; intubation endotrachéale de l’adulte ; AMIU ; réfection des épisiotomies et déchirures cervicale ; extraction par ventouse obstétrical ; compression bi manuelle de l’utérus, compression de l’aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jour 7** | **Jour 8** | **Jour 9** | **Jour 10** | **Jour 11** | **Jour 12** |
| Mise en train et Agenda  **Pratiques des compétences avec modèles :** Accouchement normal, et accouchement par le siège ; réanimation de l’adulte et du nouveau-né ; intubation endotrachéale de l’adulte ; AMIU ; réfection des épisiotomies et déchirures cervicale ; extraction par ventouse obstétrical ; compression bimanuelle de l’utérus, compression de l’aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle | Mise en train et Agenda  Questionnaire des connaissances à mi- stage  Examen de l’expérience clinique  **Instructions pour la pratique clinique**  **Journal de l’expérience clinique** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les** **modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les** **modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** |
| Déjeuner | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** |
| **Pratiques des compétences avec modèles :** Accouchement normal, et accouchement par le siège ; réanimation de l’adulte et du nouveau-né ; intubation endotrachéale de l’adulte ; AMIU ; réfection des épisiotomies et déchirures cervicale ; extraction par ventouse obstétrical ; compression bi manuelle de l’utérus, compression de l’aorte abdominale, délivrance artificielle en utilisant le modèle | Visite aux sites cliniques  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Pratique clinique dans les sites**  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jour 13** | **Jour 14** | **Jour 15** | **Jour 16** | **Jour 17** | **Juillet 18** |
| Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Mise en train et Agenda  **Présentation**: Indicateurs des NU  **Présentation et discussion :**  Audit basé sur les critères  Discussion : **Leçons de l’expérience clinique**  **Présentations :** Plans d’action  **Etapes suivantes** |
| Déjeuner | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** | **Déjeuner** |
| Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Pratique clinique dans les sites  **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations cliniques**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations**  **Continuer la pratique sur les modèles** | **Visites dans les salles, discussion des cas**  **Utilisation des études de cas et simulations**  **Continuer la pratique sur les modèles** | Récapitulatif du stage  **Evaluation du stage**  **Cérémonie de Clôture** |

| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (3 semaines)** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** | |
| **PREMIERE SEANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Bienvenue aux participants | **Bienvenue de la part des représentants de l’organisation qui parrainent le stage de formation.** | | **Matériel du stage :** Rétroprojecteur, écran, tableau à feuilles mobiles (grandes fiches) avec feutres, magnétoscope et écran, modèles anatomiques, instruments et fournitures (se rapporter pour plus de détails au Sommaire du stage dans le Cahier du formateur sur les SOU) |
| 20 minutes | **Activité :** Faciliter les présentations des participants | Demander aux participants de se diviser en paires, d’interviewer et ensuite, de se présenter mutuellement par nom, position et caractéristiques uniques. Les formateurs devraient également participer à cette activité. | |  |
| 10 minutes | **Activité :** Vue d’ensemble du stage | Revoir le sommaire et le programme du stage. Discuter des buts du stage et des objectifs d’apprentissage des participants. | | **Carnet de Stage des participants :** sommaire et programme |
| 10 minutes | **Activité :** Revoir le matériel du stage | Distribuer, revoir et discuter du matériel utilisé pendant ce stage. | | **Manuel PCCGA**  **Manuel de référence et supplément pour la prévention des infections**  **Carnet de stage des participants sur les SOU** et tout matériel de soutien pertinent au stage |
| 10 minutes | **Activité :** Définir les attentes des participants | Demander aux participants de partager leurs attentes du stage et marquer leurs réponses sur une grande fiche. Attacher la grande fiche au mur pour pouvoir s’y rapporter tout au long du stage. | |  |
| 40 minutes | **Activité :** Evaluer les connaissances préalables des participants | Demander aux participants de se rapporter au Questionnaire des connaissances préalables au stage, dans leur carnet et répondre à chacune des questions. | | **Carnet de Stage des participants :** Questionnaire préalable des connaissances |
| 10 minutes | **Activité :** Revoir l’expérience clinique | Demander aux participants de remplir le Questionnaire confidentiel de l’expérience clinique. Les formateurs utiliseront cette information pour suivre les progrès tout au long de la formation. | | **Carnet de Stage des participants :** Questionnaire confidentiel de l’expérience clinique |
| 15 minutes | **Pause** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU ( 3 semaines)** | | | |
| ***DUREE*** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SUITE DE LA PREMIERE SÉANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 20 minutes | **Activité :** Cerner les besoins d’apprentissage individuels et collectifs | Demander aux participants de noter les questionnaires et de remplir la Matrice d’évaluation individuelle et collective. Suivre les instructions dans le Cahier du formateur sur les SOU. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Clés aux réponses du Questionnaire préalable des connaissances et Directives pour utiliser la matrice d’évaluation individuelle et collective |
| 75 minutes | **Activité :** Présenter et discuter les résultats de l’évaluation sur le site | Demander à chaque personne d’une équipe de participants (chaque équipe devrait comprendre une ou deux infirmières/sages-femmes avec des compétences obstétricales et un médecin par hôpital de district) de présenter les résultats de l’évaluation du site en fonction du Formulaire d’évaluation du site préalable à la formation. Octroyer 10 minutes à chaque équipe de participants pour la présentation. Lors de chaque présentation, le formateur devrait noter les principaux résultats sur une grande fiche et ensuite, discuter de ces résultats immédiatement après la présentation. Laisser environ 10 minutes pour la discussion suivant chaque présentation. Les résultats devraient être discutés sous l’angle de l’amélioration de la performance et de la qualité des soins et de l’utilisation de l’approche équipe aux SOU. |  |
| 45 minutes | **Objectif :** Décrire le but et les principes fondamentaux du programme de Prévention de la mortalité et morbidité maternelles et l’impact éventuel sur la mortalité maternelle  **Objectif :** Définir les SOU fondamentaux et complets | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents pour expliquer les origines, le but et le principe fondamental du programme AMDD et définir les SOU fondamentaux et les SOU complets. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion.  **Noter qu’un choix de transparents du jeu des graphiques de présentation peut être utilisé plutôt que l’ensemble complet. Cela s’applique chaque fois que les graphiques sont utilisés lors de ce stage.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles, Orientation de programme |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| ***DUREE*** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **DEUXIEME SÉANCE : PREMIER JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 75 minutes | **Objectif :** Décrire les changements récents dans les soins obstétricaux et infirmiers ainsi que la raison et les conséquences de ces changements. | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents pour souligner les changements récents dans les soins obstétricaux. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants d’envisager ces changements dans le cadre de leur propre travail et de partager leurs expériences concernant la nécessité et l’introduction du changement, surtout  en ce qui concerne les SOU. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Changer les soins obstétricaux |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 70 minutes | **Objectif :** Décrire les droits humains et les SOU | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour donner une vue d’ensemble des droits humains et des SOU :   * Etre animé du sentiment d’urgence * Etre responsable de ses propres actes médicaux * Respecter la vie humaine * Reconnaître le droit de la femme à la vie, à la santé, à l’intimité et à la dignité   Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers. Par exemple, lorsqu’on prodigue des SOU, quelle est la quantité d’information que les participants donnent à la femme quant à son état ? Prêtent-ils attention aux préoccupations de la femme ? Lui assurent-ils le droit à l’intimité et au confort ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Droits humains et soins obstétricaux d’urgence  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-5 à C-8 |
| 30 minutes | **Activité :** Jeu de rôle pour démontrer l’utilisation des compétences interpersonnelles appropriées lors des soins SOU | **Jeu de rôle :** L’objet du jeu de rôle est de démontrer l’utilisation des compétences interpersonnelles appropriées dans le cadre des SOU. Suivre les instructions données dans le jeu de rôle : Communication interpersonnelle lors des SOU et utilisation des Clés de réponses pour guider la discussion après le jeu de rôle. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Jeux de rôle  **Jeu de rôle :** Communication interpersonnelle lors des SOU et Clés des réponses |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de Stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Lecture recommandée :** Manuel sur la Prévention des Infections : Sections 1 à 6 ; Supplément sur la Prévention des Infections : 1–12 ; Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **TROISIEME SÉANCE : DEUXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 60 minutes | **Objectif :** Décrire les principes et pratiques de la prévention des infections | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents pour expliquer et discuter des principes et des pratiques de la prévention des infections ainsi que de leur application, en insistant particulièrement sur les SOU. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de comparer  les pratiques et principes présentés avec ceux utilisés actuellement  sur les lieux de leur travail. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Précautions universelles lors de la prévention des infections  **Manuel sur la Prévention des infections :** Sections 1 à 6 ; **Supplément sur la Prévention des infections :** 1–12 |
| 100 minutes | **Activité :** Appliquer les pratiques de prévention des infections lors des soins pour la grossesse et l’accouchement | **Démonstration :** La démonstration devrait être réalisée dans la salle  de classe en utilisant le matériel approprié. On peut dessiner un robinet sur une grande fiche pour imiter l’eau courante. Démontrer chacune  des pratiques suivantes en donnant une explication des étapes suivies  et encourager les participants à n’importe quel moment de la démonstration :   * Lavage des mains * Décontamination * Utilisation d’instruments piquants et tranchants * Elimination des déchets * Utilisation et préparation des instruments | Grande fiche et feutre  Savon/produit antiseptique pour nettoyer les mains  Brosse à ongles  Gants  Tablier en plastique  Instruments  Aiguilles et seringues  Récipients en plastique  Solution chlorée |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 80 minutes | **Objectif :** Décrire le déroulement du bilan initial rapide de la femme qui présente une complication lors de la grossesse  **Objectif :** Décrire les symptômes et la prise en charge du choc  **Objectif :** Décrire les principes de la réanimation de l’adulte  **Objectif :** Décrire comment est suivie une transfusion sanguine | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation aux fins suivantes :   * Revoir et discuter du déroulement de l’évaluation rapide * Revoir et discuter les symptômes et la prise en charge du choc * Expliquer les principes de la réanimation de l’adulte * Décrire les principes/processus du suivi d’une transfusion sanguine.   Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir tel ou tel aspect et encourager la discussion et faire un bref récapitulatif à la fin de chacun des thèmes susmentionnés. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Evaluation initiale rapide et prise en charge du choc  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-1 à  C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| ***DUREE*** | ***OBJECTIFS/ACTIVITES*** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **QUATRIEME SÉANCE : DEUXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 100 minutes | **Activité :** S’exercer aux techniques de réanimation de l’adulte | **Démonstration et pratique de la compétence :** La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d’un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d’apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Réanimation de l’adulte.  Avant de démarrer la démonstration de la compétence, expliquer aux participants comment les fiches d’apprentissage et les listes de vérification seront utilisées pour cette technique, ainsi que les autres techniques/compétences couvertes par le stage.  **Les participants qui n’ont pas eu l’occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d’une séance ultérieure (Séance  12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Techniques de Formation humanistes ; Fiches d’Apprentissage et Listes de vérification ; Séances de Pratique des compétences  **Démonstration et pratique de la compétence :** Réanimation de l’adulte et Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation de l’adulte |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 40 minutes | **Activité :** Exercices d’alerte | **Simulation clinique :** L’objet de cette activité est de donner aux participants l’occasion d’observer et de participer à un exercice d’alerte. La simulation peut se faire en salle de classe en utilisant les directives de la réalisation d’un exercice d’alerte. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exercices d’alerte |
| 35 minutes | **Activité :** Points de vue sur la réponse adéquate aux situations d’alerte | **Discussion**: Discuter des aspects suivants pour encourager les participants à donner leurs points de vue quant aux préparations pour une urgence obstétricale :   * Rôles et responsabilités des membres de l’équipe et travailler ensemble comme équipe * Maintenir à jour les compétences de réanimation en cas d’urgence * Inculquer la notion et la nécessité de la réponse “en cas d’urgence” * Contrôler quotidiennement l’équipement et les fournitures et vérifier une disponibilité constante * Vérifier que les services des traumatismes, la salle du travail et la salle d’opération sont prêts pour les urgences obstétricales |  |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SUITE DE LA CINQUIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 30 minutes | **Objectif :** Décrire les éléments des soins après avortement | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants :   * Traitement d’urgence de l’avortement incomplet et complications pouvant mettre la vie en danger * Conseils et services de planification familiale après avortement * Liens entre les services d’urgence après avortement et autres services de santé de la reproduction   **Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :**  Soins après avortement |
| 110 minutes | **Activité :** Aspiration manuelle intra-utérine | **Démonstration et pratique de la compétence :** La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans un contexte simulé en utilisant le modèle adéquat, les fiches d’apprentissage et les listes de vérification, tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Soins après avortement (Aspiration manuelle intra-utérine [AMIU]) et Conseils en planification familiale après avortement et Vidéo sur les Soins après avortement.  **Les participants qui n’ont pas eu l’occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d’une séance ultérieure (Séance 12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Techniques de formation humanistes ; Fiches d’apprentissage et Listes de vérification ; Séances de Pratique des Compétences  **Démonstration et pratique de la compétence :** Soins après avortement et Fiches d’apprentissage et Listes de vérification pour les Soins après avortement (Aspiration manuelle  intra-utérine [AMIU]) et Conseils en Planification familiale après avortement, vidéo pour les soins après avortement  **Manuel PCCGA :** Section 3, P-65 à  P-68 |
| **SIXIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 20 minutes | **Activité :** Discuter des attitudes et des opinions concernant les soins après avortement | **Discussion**: Utiliser les aspects suivants pour encourager les participants à faire part de leurs attitudes et opinions sur les soins après avortement :   * Rendre les soins après avortement disponibles et accessibles à toutes les femmes * Faire des conseils et des services de planification familiale après avortement une partie intégrante des soins après avortement * Lois et politiques nationales sur l’avortement * Médecins et sages-femmes/infirmières en tant que prestataires des soins après avortement * Changer les attitudes et les pratiques sur les lieux de travail des participants |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SUITE DE LA SIXIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 75 minutes | **Objectif :** Décrire les meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l’hypertension gestationnelle | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants :   * Meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l’hypertension gestationnelle, la pré éclampsie et l’éclampsie * Stratégies pour prendre en charge l’hypertension * Stratégies pour prévenir et traiter les convulsions, en insistant notamment sur l’utilisation du sulfate de magnésium   Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s’il existe des différences entre la prise en charge décrite et les pratiques actuelles. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle élevée  **Manuel PCCGA :** Section 1, S-35 à  S-50 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 60 minutes | **Activité :** Etude de cas sur l’hypertension gestationnelle | **Etude de cas :** Utiliser l’étude de cas sur l’hypertension gestationnelle (pré éclampsie sévère). Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu’un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l’étude de cas pour guider la discussion. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Etudes de cas  **Conseils aux formateurs :** Enseigner la prise de décisions cliniques  **Etude de cas :** Hypertension gestationnelle (pré éclampsie sévère) et clés des réponses  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-35 à  S-50 |
| 20 minutes | **Objectif :** Décrire la prise en charge de la procidence du cordon | **Exposés avec exemples et discussion :** Revoir et discuter la prise en charge de la procidence du cordon. Demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne la prise en charge de la procidence du cordon ? Comment sont-ils intervenus ? Quel était le dénouement ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-97 à  S-98 |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Lecture recommandée :** Manuel PCCGA : Section 1, C-57 à C-76 ; Section 2, S-57 à S-67 | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| ***DUREE*** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SEPTIEME SÉANCE : QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 30 minutes | **Objectif :** Décrire les meilleures pratiques de soins pendant le travail et l’accouchement | **Exposés avec exemples et discussion :** Choisir les graphiques pertinents de la présentation sur le travail et l’accouchement normaux et les utiliser pour revoir et discuter des meilleures pratiques de soins pendant le travail, en insistant tout particulièrement sur les soins de soutien. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants à propos du soutien qu’ils apportent aux femmes pendant le travail. Faut-il changer ? Si oui, pourquoi et comment ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Travail et accouchements normaux  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-57  à C-59 |
| 90 minutes | **Objectif :** Décrire l’utilisation du partogramme | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants :   * Les composantes du partogramme * Comment porter sur la courbe l’évolution du travail * Comment détecter un travail normal * Comment détecter une évolution défavorable du travail, la phase active prolongée et le travail dystocique   **Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s’ils utilisent le partogramme. Comment cela a-t-il modifié les soins pendant le travail ? Ont-ils eu des problèmes en l’utilisant ? Comment ont-ils résolu les problèmes ?** | **Cahier du Formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de Présentation :** Prise en charge du travail en utilisant le partogramme  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-65 à  C-70 ; Section 2, S-57 à S-67 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 120 minutes | **Activité :** S’exercer à utiliser le partogramme | **Exercice :** Suivre les instructions de l’Exercice, Utilisation du partogramme. Les formateurs devraient se rappeler que certains participants savent mieux utiliser le partogramme que d’autres. Aussi, faudrait-il suivre de près les progrès pour vérifier que les participants sont en mesure d’accomplir les différentes étapes de l’exercice. Les participants qui ont eu des difficultés devraient recevoir une aide supplémentaire pendant l’exercice. | **Exercice :** Utiliser le partogramme et les Clés des réponses  Formulaires du partogramme  Partogramme laminé taille affiche et feutres |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **HUITIEME SEANCE : QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 75 minutes | **Objectif :** Décrire les meilleures pratiques pour les soins lors du second stade du travail, prise en charge active du troisième stade et soins immédiats du post-partum | **Exposés avec exemples et discussion :** Choisir les graphiques pertinents de la présentation sur le travail et l’accouchement normaux pour revoir et discuter des aspects suivants :   * Evaluer la descente, la dilatation, la position * Prise en charge du second stade * Prise en charge active du troisième stade * Episiotomie et réfection * Soins immédiats du post-partum   Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, poser des questions aux participants sur la prise en charge du troisième stade.  Est-ce qu’ils utilisent la prise en charge active ? Si non, pourquoi ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Travail et accouchement normaux  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-60  à C-65 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 100 minutes | **Activité :** Réaliser un accouchement sans risques dans les bonnes conditions d’hygiène | **Démonstration et Pratique de la Compétence :** La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d’un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d’Apprentissage et la Liste de Vérification tel que décrit dans la Séance de Pratique des Compétences : Réalisation d’un Accouchement.  **Les participants qui n’ont pas eu l’occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d’une séance ultérieure (Séance  12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Techniques de formation humanistes ; Fiches d’apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences  **Démonstration et pratique de la compétence :** Réalisation d’un accouchement et Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réalisation d’un accouchement  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-57 à  C-76 |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Lecture recommandée :** Manuel PCCGA : Section 1, C-13 à C-14 ; Section 2, S-74, S-79 à S-80 ; Section 3, P-27 à P-31, P-37 à P-42, P-71 à P-75, P-81 | | | |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **NEUVIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 40 minutes | **Objectif :** Décrire les éléments essentiels et les meilleures pratiques des soins du post-partum | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les éléments essentiels et les meilleures pratiques des soins du post-partum. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s’il existe des différences entre la prise en charge décrite et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Soins du post-partum |
| 110 minutes | **Activité :** Pratiquer l’épisiotomie et la réfection et la réfection des déchirures cervicales | **Démonstration et Pratique de la Compétence :** La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d’un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d’apprentissage et la Liste de vérification, tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Episiotomie et réfection et Réfection des déchirures cervicales.  **Les participants qui n’ont pas eu l’occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d’une séance ultérieure (Séance  12 le sixième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Techniques de Formation humanistes ; Fiches d’apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences  **Démonstration et pratique de la compétence :** Episiotomie et réfection et Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour l’épisiotomie et la réfection  **Démonstration et pratique de la compétence :** Réfection des déchirures cervicales et Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réfection des déchirures cervicales  **Manuel PCCGA :** Section 3, P-71 à  P-75 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 30 minutes | **Objectif :** Décrire le diagnostic et la prise en charge de la présentation par le siège | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser la vidéo sur l’accouchement par le siège pour présenter et discuter le diagnostic  et la prise en charge de la présentation par le siège. Demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne l’accouchement par le siège. Comment l’ont-ils pris en charge ?  Quel était le résultat pour la mère et le nouveau-né ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Bande vidéo :** *Mauvaise présentation* et a*ccouchement par le siège*  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-74,  S-79 à S-80 |

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

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SUITE DE LA ONZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 60 minutes | **Activité :** Etudes de cas sur le saignement vaginal après l’accouchement | **Etudes de cas :** Utiliser les études de cas sur le saignement vaginal après l’accouchement. Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu’un participant de chaque groupe fasse  le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses  à l’étude de cas pour guider la discussion. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Etudes de cas  **Conseils aux formateurs :** Enseigner  la prise de décisions cliniques  **Etudes de cas :** Saignement vaginal après l’accouchement (traumatisme génital) ; Saignement vaginal après l’accouchement (hémorragie retardée  du post-partum) et Clés des réponses  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-25  à S-34 |
| **DOUZIEME SÉANCE : SIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 65 minutes | **Objectif :** Décrire les meilleures pratiques pour prendre en charge la fièvre pendant et après l’accouchement | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les meilleures pratiques pour prendre en charge la fièvre pendant et après l’accouchement, les stratégies pour prévenir l’infection et l’utilisation prophylactique et thérapeutique des antibiotiques. Faire une pause à  des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers  et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants  de citer les causes possibles de la fièvre pendant et après l’accouchement  et les facteurs des services obstétricaux, médicaux et sanitaire affectant la septicémie du post-partum. Que font-ils pour prévenir la septicémie du post-partum ? S’il existe des différences entre les “meilleures pratiques” recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Fièvre pendant et après l’accouchement **Manuel PCCGA :** Section 2, S-107  à S-114 |
| 60 minutes | **Activité :** Etudes de cas sur la fièvre après l’accouchement | **Etudes de cas :** Utiliser les études de cas sur la fièvre après l’accouchement. Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser  5 à 10 minutes pour qu’un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l’étude  de cas pour guider la discussion. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Etudes de cas  **Conseils aux formateurs :** Enseigner  la prise de décisions cliniques  **Etudes de cas :** Fièvre après l’accouchement (Abcès de la plaie) ; Fièvre après l’accouchement (Mastite) et Clés des réponses  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-107  à S-114 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **SUITE DE LA DOUZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 50 minutes | **Activité :** Pratique des compétences avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 11.** |  |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Lecture recommandée :** Manuel PCCGA : Section 1, C-75 à C-80 ; Section 2, S-141 à S-150 ; Section 1, C-37 à C-55 ; Section 3, P-7 à P-14 | | | |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **TREIZIEME SEANCE : SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 60 minutes | **Objectif :** Définir les éléments essentiels des soins précoces du nouveau-né et décrire les meilleures pratiques d’encourager la santé du nouveau-né | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter de la prévention de l’infection, de la protection thermique, de la réanimation du nouveau-né, de l’allaitement maternel et des meilleures pratiques pour encourager la santé du nouveau-né. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né. S’il existe des différences entre les « meilleures pratiques » recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Soins normaux du nouveau-né  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-75 à  C-80 ; Section 2, S-141 à S-150 |
| 80 minutes | **Activité :** Réanimation pratique du nouveau-né | **Démonstration et Pratique de la Compétence :** La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d’un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d’apprentissage et la Liste de vérification tel que  décrit dans la Séance de pratique des compétences : Réanimation du nouveau-né.  **Les participants qui n’ont pas eu l’occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront après la pause ou durant la Séance 17  ou 18 le neuvième jour ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Techniques de formation humanistes ; Fiches d’apprentissage et Listes de vérification ; Séances de pratique des compétences  **Démonstration et pratique de la compétence :** Réanimation du nouveau-né et Fiche d’apprentissage et Liste de vérification pour la Réanimation du nouveau-né  **Manuel PCCGA :** Section 2, S-141  à S-146 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 100 minutes | **Activité :** Pratique des compétences avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 13.** |  |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **QUATORZIEME SÉANCE : SEPTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 115 minutes | **Objectif :** Expliquer les principes généraux et les méthodes de l’analgésie et anesthésie obstétricales. | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les principes généraux et les méthodes de l’analgésie et anesthésie obstétricales.  Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne les techniques de soulagement de la douleur pour les femmes pendant le travail et après la chirurgie obstétricale. | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Analgésie et anesthésie dans les soins obstétricaux d’urgence  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-37 à  C-46 |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 60 minutes | **Objectif :** Expliquer les principes des soins opératoires applicables à la chirurgie obstétricale d’urgence | **Exposés avec exemples et discussion :** Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les principes  des soins préopératoires, intra-opératoires et post-opératoires qui s’appliquent à la chirurgie obstétricale d’urgence. Faire une pause à  des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s’ils appliquent actuellement ces principes sur leurs lieux de travail. S’ils n’appliquent pas ces principes, quelles sont les barrières et comment peuvent-elles être supprimées ? | **Cahier du formateur sur les SOU :** Exposés avec exemples  **Graphiques de présentation :** Principes des soins opératoires  **Manuel PCCGA :** Section 1, C-47 à  C-55 |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Lecture recommandée :** Manuel PCCGA : Section 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111, P-57 à P-60 | | | |

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **DIX-SEPTIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 120 minutes | **Activité :** Pratique des compétences  avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.** |  |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 120 minutes | **Activité :** Pratique des compétences  avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.** |  |
| **DIX-HUITIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 120 minutes | **Activité :** Pratique des compétences  avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.** |  |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 55 minutes | **Activité :** Pratique des compétences  avec modèles | **Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l’utilisation des modèles et fiches d’apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des Séances 4 à 15.** |  |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d’être volontaire et d’inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d’ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d’organiser une activité d’ouverture ou d’échauffement pour le lendemain.** |  |
| **Devoirs :** Revoir et se familiariser avec le Journal de bord de l’Expérience clinique | | | |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **DIX-NEUVIEME SÉANCE : DIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)** | | | |
| 10 minutes | **Activité :** Programme et activité d’ouverture | Revoir le programme avec les participants, tel qu’ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l’activité d’ouverture ou d’échauffement. |  |
| 60 minutes | **Activité :** Evaluer les connaissances des participants à mi- stage | **Faire des copies du Questionnaire des connaissances à mi- stage et  les distribuer aux participants. Revoir les instructions pour remplir le questionnaire avec les participants. Demander aux participants de remplir le questionnaire.**  **Les formateurs devraient noter les Questionnaires des connaissances  à mi- stage pendant la pause et revoir les résultats avec le groupe entier (le temps nécessaire est octroyé plus tard dans la séance).** | **Cahier du formateur sur les SOU :** Questionnaire des connaissances à mi- stage et Clés des réponses |
| 20 minutes | **Pause** | | |
| 60 minutes | **Activité :** Fournir des instructions pour la pratique clinique | **Les formateurs devraient expliquer aux participants comment les trois semaines à venir de pratique clinique sont structurées et ce que l’on attend d’eux en tant que praticiens individuels et membres de l’équipe. Chaque équipe comprend un médecin et deux sages-femmes/infirmières. Les formateurs devraient être nommés pour chacune des quatre équipes pour que les participants sachent qui fournira les directives pendant la pratique clinique.** |  |
| 60 minutes | **Activité :** Revoir le Journal de bord de l’Expérience clinique | **Les formateurs devraient revoir le Journal de bord de l’expérience clinique avec les participants et vérifier qu’ils comprennent comment  il sera utilisé pendant la pratique clinique guidée de 3 semaines et  la pratique autodirigée de 3 mois.** | Journal de bord de l’expérience clinique |
| 60 minutes | **Activité :** Revoir les résultats du Questionnaire des Connaissances à  **mi- stage** | **Les résultats du Questionnaire des connaissances à mi- stage devraient être revus avec la classe entière, en faisant ressortir les forces et faiblesses collectives.**  **Les formateurs doivent octroyer du temps pour rencontrer les participants qui ont obtenu une note inférieure à 85% et discuter de ce qui manque et/ou des réponses incorrectes. Les participants devraient étudier les thèmes en question et remplir à nouveau le Questionnaire des connaissances à mi- stage pour obtenir une note d’au moins 85%.** |  |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **VINGTIEME SÉANCE : DIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)** | | | |
| 195 minutes | **Activité :** Visite des locaux de l’établissement de santé | Tous les participants se rendront dans les deux établissements hospitaliers qui seront utilisés pour la pratique clinique. Chaque formateur sera responsable pour une équipe de participants et devra  la guider dans les divers services et départements dans lesquels ils s’exerceront. Il faudra présenter les membres du personnel hospitalier aux participants et leur demander de fournir des informations sur  leurs services respectifs. |  |
| 15 minutes | **Activité :** Passer en revue les activités de la journée | **Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée.** |  |
| **Devoirs :** Les participants qui ont obtenu moins de 85% au Questionnaire des connaissances à mi- stage devraient étudier les sections pertinentes du manuel (ou des manuels)  de référence. | | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROGRAMME DU STAGE MODELE EN SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)** | | | |
| **DUREE** | **OBJECTIFS/ACTIVITES** | **METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE** | **MATERIEL** |
| **VINGT-TROISIEME SEANCE : DOUZIEME JOUR,** MATIN **(270 MINUTES)** | | | |

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

**QUESTIONNAIRES PREALABLE**

**ET A MI STAGE****QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES**

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

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. L’évaluation initiale rapide devrait être réalisée pour toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Une femme qui a un choc suite à une urgence obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Une femme avec une grossesse ectopique non rompue a généralement des symptômes d’évanouissement et de faiblesse. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Une femme enceinte avec anémie grave a généralement du mal à respirer et une respiration sifflante. | **\_\_\_\_\_** |
| **SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL** | |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. L’évaluation d’une femme avec saignement vaginal après 22 semaines de grossesse doit se limiter à l’examen abdominal. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Si le saignement est abondant dans le cas du décollement placentaire et si le col est entièrement dilaté, l’accouchement devrait se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale. | **\_\_\_\_\_** |
| **SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT** | |
| 1. L’hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l’accouchement. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l’accouchement demande une intervention rapide et active. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. L’absence de mouvements fœtaux et de bruits cardiaques fœtaux, associée au saignement intra-abdominal et/ou vaginal et à une vive douleur abdominale sont des signes de rupture utérine. | **\_\_\_\_\_** |
| **PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL** | |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Si le col est dilaté dans le cas d’une hémorragie (secondaire) du post-partum, il faudra procéder à la dilation et au curetage pour évacuer l’utérus. | **\_\_\_\_\_** |
| **CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE**  **OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE** | |
| 1. L’hypertension gestationnelle peut être liée à des protéines dans l’urine. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Une femme enceinte qui a des convulsions devrait être protégée pour qu’elle ne se blesse pas. Il faut déplacer les objets qui se trouvent autour d’elle. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. La prise en charge de la pré éclampsie légère se fait à l’aide de sédatifs et de tranquillisants. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Le diazépam est le médicament de premier choix pour la prévention et le traitement des convulsions dans le cas de pré éclampsie et d’éclampsie graves. | **\_\_\_\_\_** |
| **PartograMME** | |
| 1. La dilatation du col portée à droite de la ligne d’alerte du partogramme indique un déroulement défavorable du travail. | **\_\_\_\_\_** |
| **TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE** | |
| 1. Le diagnostic de la disproportion céphalopelvienne repose sur l’arrêt secondaire de la descente de la tête en présence de bonnes contractions. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Si la phase active du travail est prolongée, l’accouchement devrait se faire par césarienne. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. On recommande de garder les membranes aussi longtemps que possible chez les patientes infectées par le VIH. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Parmi les conditions pour l’extraction par ventouse obstétricale on peut retenir : 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Lorsque la tête du fœtus est bien fléchie avec position occipitale antérieure ou transverse (au début du travail), on peut prévoir un accouchement eutocique. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Si le travail est prolongé en cas de présentation par le siège, une césarienne sera faite. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Dans le cas d’un seul fœtus de taille importante, l’accouchement devrait se faire par césarienne. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Une cicatrice utérine transverse d’une grossesse antérieure est une indication pour une césarienne élective. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. 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. | **\_\_\_\_\_** |
| 1. Un liquide amniotique teinté de méconium est fréquemment rencontré alors que le fœtus grandit et en lui-même n’est pas un indicateur de souffrance fœtale. | **\_\_\_\_\_** |
| **FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT** |  |
| 1. Une douleur et/ou une sensibilité dans la région lombaire peut être un signe \_\_\_\_\_\_\_   de pyélonéphrite aiguë | |
| 34. La pyélonéphrite aigue peut provoquer un accouchement prématuré  35. La douleur au sein et la tension douloureuse des seins 3 à 5 jours après l’accouchement est généralement provoquée par l’engorgement mammaire  36. La mastite est une des causes de fièvre après l’accouchement  37. Des douleurs abdominales basses et une sensibilité utérine, avec des lochies malodorantes sont des signes caractéristiques de la métrite.  38. En cas de traitement de la métrite par voie parentérale, il n’est pas  nécessaire de continuer l’antibiothérapie par voie orale après 48 heures  d’apyrexie  39. Dans le traitement de la métrite, il n’est pas nécessaire d’administrer des  ocytociques  40. La durée de l’antibiotique prophylactique est identique à celle l’antibiotique thérapeutique  41. L’un des critères pour arrêter un traitement antibiotique est 48 heures  d’apyrexie  42. Avant de réaliser une césarienne, il faut faire systématiquement une antibioprophylaxie  43. En cas d’avortement septique, il faut toujours faire une triple antibiothérapie avant d’évacuer le contenu de l’utérus  44. Le traitement de l’amniotite doit toujours associer deux antibiotiques  45. L’antibiothérapie maternelle en cas d’amniotite peut occulter une infection chez le nouveau-né à la naissance    **REANIMATION DU NOUVEAU-NE**  46. Le critère le plus important pour démarrer la réanimation du nouveau- né est le score d’Apgar à la naissance  47. Avant de réanimer un nouveau-né, il faut informer sa mère si possible  48. 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.  49. La durée de la réanimation du nouveau-né en détresse respiratoire à la naissance ne doit pas excéder 15 minutes  50. On n’a pas toujours besoin d’oxygène pour réanimer un nouveau-né qui présente une détresse respiratoire | **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_** |

**REPONSES AU QUESTIONNAIRE PREALABLE DES CONNAISSANCES**

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

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. L’évaluation initiale rapide devrait être réalisée pour toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème. | **VRAI** |
| 1. Une femme qui a un choc suite à une urgence obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant. | **VRAI** |
| 1. Une femme avec une grossesse ectopique non rompue a généralement des symptômes d’évanouissement et de faiblesse. | **FAUX** |
| 1. Une femme enceinte avec anémie grave a généralement du mal à respirer ou une respiration sifflante. | **VRAI** |
| **SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL** | |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| 1. L’évaluation d’une femme avec saignement vaginal après 22 semaines de grossesse doit se limiter à l’examen abdominal. | **FAUX** |
| 1. 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** |
| **SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT** | |
| 1. L’hémorragie du post-partum est définie comme un saignement soudain après l’accouchement. | **FAUX** |
| 1. Un faible saignement continu ou un saignement soudain après l’accouchement demande une intervention rapide et active. | **VRAI** |
| 1. L’absence de mouvements fœtaux et de bruits cardiaques fœtaux, associée au saignement intra-abdominal et/ou vaginal et à une vive douleur abdominale sont des signes de rupture utérine. | **VRAI** |
| **PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL** | |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| **CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE**  **OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE** | |
| 1. L’hypertension gestationnelle peut être liée à des protéines dans l’urine. | **VRAI** |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| 1. La prise en charge de la pré éclampsie légère se fait à l’aide de sédatifs et de tranquillisants. | **FAUX** |
| 1. Le diazépam est le médicament de premier choix pour la prévention et le traitement des convulsions dans le cas de pré éclampsie et d’éclampsie graves. | **FAUX** |
| **PartograMME** | |
| 1. La dilatation du col portée à droite de la ligne d’alerte du partogramme indique un déroulement défavorable du travail. | **VRAI** |
| **TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE** | |
| 1. Le diagnostic de la disproportion céphalopelvienne repose sur l’arrêt secondaire de la descente de la tête en présence de bonnes contractions. | **VRAI** |
| 1. Si la phase active du travail est prolongée, l’accouchement devrait se faire par césarienne. | **FAUX** |
| 1. On recommande de garder les membranes intactes aussi longtemps que possible chez les patientes infectées par le VIH. | **VRAI** |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| 1. 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** |
| 1. Lorsque la tête du fœtus est bien fléchie avec position occipitale antérieure ou transverse (au début du travail), on peut prévoir un accouchement eutocique. | **VRAI** |
| 1. Si le travail est prolongé en cas de présentation par le siège, une césarienne sera faite. | **VRAI** |
| 1. Dans le cas d’un seul fœtus de taille importante, l’accouchement devrait se faire par césarienne. | **FAUX** |
| 1. Une cicatrice utérine transverse d’une grossesse antérieure est une indication pour une césarienne élective. | **FAUX** |
| 1. 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** |
| 1. Un liquide amniotique teinté de méconium est fréquemment rencontré alors que le fœtus grandit et en lui-même n’est pas un indicateur de souffrance fœtale. | **VRAI** |
| **FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT** |  |
| 1. Une douleur et/ou une sensibilité dans la région lombaire peut être un signe  **FAUX**   de Pyélonéphrite aiguë | |
| 1. La pyélonéphrite aigue peut provoquer un accouchement prématuré 2. La douleur au sein et la tension douloureuse des seins 3 à 5 jours après l’accouchement est généralement provoquée par l’engorgement mammaire 3. La mastite est une des causes de fièvre après l’accouchement 4. Des douleurs abdominales basses et une sensibilité utérine, avec des lochies malodorantes sont des signes caractéristiques de la métrite. 5. En cas de traitement de la métrite par voie parentérale, il n’est pas   nécessaire de continuer l’antibiothérapie par voie orale après 48 heures  d’apyrexie   1. Dans le traitement de la métrite, il n’est pas nécessaire d’administrer des   ocytociques   1. La durée de l’antibiotique prophylactique est identique à celle l’antibiotique thérapeutique 2. L’un des critères pour arrêter un traitement antibiotique est 48 heures   d’apyrexie   1. Avant de réaliser une césarienne, il faut faire systématiquement une antibioprophylaxie 2. En cas d’avortement septique, il faut toujours faire une triple antibiothérapie avant d’évacuer le contenu de l’utérus 3. Le traitement de l’amniotite doit toujours associer deux antibiotiques 4. L’antibiothérapie maternelle en cas d’amniotite peut occulter une infection chez le nouveau-né à la naissance   **REANIMATION DU NOUVEAU-NE**   1. Le critère le plus important pour démarrer la réanimation du nouveau- né est le score d’Apgar à la naissance 2. Avant de réanimer un nouveau-né, il faut informer sa mère si possible 3. 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. 4. La durée de la réanimation du nouveau-né en détresse respiratoire à la naissance ne doit pas excéder 15 minutes 5. On n’a pas toujours besoin d’oxygène pour réanimer un nouveau-né qui présente une détresse respiratoire | **FAUX**  **VRAI**    **VRAI**  **VRAI**  **VRAI**    **VRAI**  **FAUX**  **VRAI**  **VRAI**  **VRAI**  **VRAI**  **FAUX**  **FAUX**  **VRAI**  **VRAI**  **FAUX**  **VRAI** |

**SOINS OBSTETRICAUX D’URGENCE :**

**MATRICE D’EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

**STAGE :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATES :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FORMATEUR(S) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de la question** | **REPONSES CORRECTES** (Participants) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **CATEGORIES** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUA-TION INITIALE RAPIDE |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SAIGNE-MENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | SAIGNE-MENT APRES L’ACCOUCHEMENT |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PRISE EN CHARGE DU TROISIEME STADE DU TRAVAIL |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de la question** | **CATEGORIES** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **25** |  | |
| 15 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | CEPHALEES, VISION FLOUE, CONVULSIONS, PERTE DE CONNAISSANCE OU TENSION ARTERIELLE ELEVEE | |
| 16 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | PartograMME | |
| 21 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TRAVAIL ET ACCOUCHE-MENT EUTOCIQUES ; URGENCE OBSTETRICALE | |
| 22 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Numéro de la question** | **CATEGORIES** | | | |
| **1** | **2** | **3** | **4** | | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **25** | |  |
| 33 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT |
| 34 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 35 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 36 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 37 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 38 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 39 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 40 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 41 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 42 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 43 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 44 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 45 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 46 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | REANIMATION NEONATALE |
| 47 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 48 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 49 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 50 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

**UTILISATION DU QUESTIONNAIRE**

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

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

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

**Questionnaire DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

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

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE**

1Un bilan initial rapide est fait

1. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
2. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
3. uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
4. chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème
5. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
6. un pouls rapide et filant
7. une tension artérielle basse
8. une respiration rapide
9. tous les éléments susmentionnés

**SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL**

3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose

1. que l’on fasse un test de compatibilité sanguine et que l’on prenne les dispositions en vue d’une laparotomie immédiate
2. que l’on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d’exécuter l’intervention chirurgicale
3. que l’on observe la femme pour détecter tout signe d’amélioration
4. tous les éléments susmentionnés

4. Lorsqu’on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si

1. on imprime une rotation à la seringue d’un côté à l’autre avec la canule à l’intérieur de la cavité utérine
2. la canule est trop tirée vers l’arrière
3. la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
4. tous les éléments susmentionnés

5. La procédure AMIU est complète lorsque

1. la paroi de l’utérus est lisse
2. le vide diminue dans la seringue
3. une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule
4. l’utérus se relâche

6. Le résultat d’un test de coagulation au lit de la patiente évoque une coagulopathie si

1. 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
2. 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
3. un caillot se forme dans les 7 minutes
4. 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

1. avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
2. avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion
3. toutes les 15 minutes pendant la transfusion
4. pendant la transfusion mais pas après la transfusion

**SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT**

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à

1. une atonie utérine
2. un traumatisme du tractus génital
3. une rétention placentaire
4. tous les éléments susmentionnés

9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d’hémorragie immédiate du post-partum si

1. placenta complet et utérus contracté
2. placenta incomplet et utérus contracté
3. placenta complet et utérus atone
4. placenta incomplet et utérus atone

10. En cas d’inversion de l’utérus après l’accouchement

1. on ne sent pas le fond de l’utérus à la palpation abdominale
2. il peut exister une douleur légère ou intense
3. l’utérus inversé peut être apparent à la vulve
4. tous les éléments susmentionnés

11. Pour la délivrance artificielle

1. administrer de l’ergométrine avant la procédure
2. donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
3. placer une main sur l’utérus et utiliser l’autre main pour appliquer une traction sur le cordon
4. introduire une main dans l’utérus et de l’autre empaumer le fond utérin à travers l’abdomen

12. Lorsqu’on exécute une compression de l’aorte abdominale pour contrôler l’hémorragie du post-partum, le point de la compression est

1. juste en dessous et légèrement à droite de l’ombilic
2. juste en dessous et légèrement à gauche de l’ombilic
3. juste au-dessus et légèrement à droite de l’ombilic
4. juste au-dessus et légèrement à gauche de l’ombilic

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

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d’une

1. légère pré éclampsie
2. hypertension chronique
3. pré éclampsie légère surajoutée
4. hypertension gestationnelle

14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent

* 1. la pré éclampsie
  2. l’hypertension chronique
  3. la pyélonéphrite
  4. aucun des éléments susmentionnés

15. Chez une patiente à terme avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de

a) légère pré éclampsie

b) pré éclampsie modérée

c) pré éclampsie sévère

d) hypertension chronique

16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l’entremise

1. d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse
2. d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
3. d’injections simultanées IV et IM
4. bolus 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 pré éclampsie ou pré éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est

1. supérieure à 90 mm Hg ou plus
2. entre 100 et 110 mm Hg
3. 110 mm Hg ou plus
4. 120 mm Hg ou plus

**PARTOGRAMME**

18. La progression du travail est probablement défavorable si

1. la phase de latence dure plus de 8 heures
2. la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d’alerte du partogramme
3. la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
4. tous les éléments susmentionnés

19. Un partogramme note

* + 1. la dilatation et l’effacement de 4 cm jusqu’à 10 cm
    2. la dilatation et l’effacement de 3 cm jusqu’à 10 cm
    3. la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu’à 10 cm
    4. tous les éléments susmentionnés

**TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; URGENCE OBSTETRICALE**

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

* + 1. procéder à l’accouchement avec une symphysiotomie
    2. procéder à l’accouchement par extraction par ventouse obstétricale
    3. tenter l’accouchement par forceps
    4. accélérer le travail avec de l’ocytocine

21. La perfusion d’ocytocine peut être utilisée

1. pour accélérer le travail
2. chez les multipares
3. en cas de grossesses multiples sur 2eme jumeau
4. tous les éléments susmentionnés

22. La cupule de la ventouse devrait être placée

1. au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
2. en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
3. sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
4. sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

23. Dans la position occipitale postérieure

1. l’extraction par ventouse obstétricale ne devrait pas être faite
2. l’accouchement par voie basse n’est pas possible
3. la phase d’expulsion peut être prolongée
4. la femme devrait accoucher en position accroupie

24. En cas de signes d’obstruction et si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure

1. l’accouchement devrait se faire par césarienne
2. il faut procéder à la rupture des membranes
3. le travail peut être accéléré à l’aide d’ocytocine
4. il faut encourager la patiente à pousser spontanément

25. Lors des présentations de la face, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté

1. l’accouchement devrait se faire par césarienne
2. on peut prévoir un accouchement normal
3. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
4. aucun des éléments susmentionnés

26. La présence de méconium est courante lors de l’accouchement par le siège et

1. est toujours un signe de détresse fœtale
2. n’est pas un signe de détresse fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal
3. est une indication pour une césarienne
4. est une indication pour l’accouchement par le siège

27. Avant de faire une craniotomie, il faut s’assurer que

1. la dilatation du col est complète
2. la vessie est pleine pour détecter une blessure de celle-ci après
3. le fœtus est mort
4. les réponses a et c sont correctes

28. Si le premier bébé d’une grossesse multiple est en position transverse

1. on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
2. le travail doit être accéléré
3. l’accouchement doit se faire par césarienne
4. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale

29. En cas d’utérus cicatriciel, quand la dilatation du col traverse la ligne d’alerte sur le partogramme lors de l’épreuve du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes

1. il faut procéder immédiatement à une césarienne
2. aucune intervention n’est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
3. il faut procéder à la rupture des membres et accélérer le travail à l’aide d’ocytocine
4. il faut procéder à la rupture des membranes mais ne jamais donner d’ocytocine

30. En cas de souffrance fœtale pendant le travail

1. l’ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée
2. le taux d’ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
3. le taux d’ocytocine doit être diminué si elle est administrée
4. aucun des éléments susmentionnés

31. 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

1. il faut procéder à une césarienne
2. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
3. le travail doit être accéléré avec de l’ocytocine
4. un bilan complet doit être fait pour prendre une décision

32. En cas de procidence du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon

1. si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
2. 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
3. une césarienne doit être exécutée immédiatement
4. tous les éléments susmentionnés

**FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT**

33. Si une femme souffre de mastite, elle devrait

1. arrêter d’allaiter uniquement du sein touché
2. appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
3. soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
4. éviter d’utiliser des antibiotiques

34. L’amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants

1. fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
2. fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse
3. tachycardie maternelle
4. fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse
5. Dans la prise en charge de l’amniotite, toutes les propositions suivantes sont vraies sauf :
   * 1. Il faut associer ampicilline et gentamycine
     2. l’ampicilline et la gentamycine traversent la barrière placentaire et ont une bonne concentration chez le fœtus
     3. si la patiente accouche par voie basse, il faut arrêter les antibiotiques dans le post partum
     4. l’association de métronidazole à l’ampicilline et à la gentamycine n’est pas nécessaire si la femme accouche par césarienne

36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection

1. lors du premier trimestre de la grossesse
2. lors du second trimestre de la grossesse
3. lors du troisième trimestre de la grossesse
4. immédiatement après la grossesse

37. Lorsqu’on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse

1. le choc est rare et doit être pris comme le signe d’une autre infection très grave
2. le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu’on ne dispose pas des résultats de la culture d’urine
3. la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures
4. 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

1. d’un abcès au sein
2. d’une mastite
3. d’un engorgement des seins
4. aucun des éléments susmentionnés

39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner

1. une combinaison d’antibiotiques en IV
2. une combinaison d’antibiotiques par voie buccale
3. des antibiotiques polyvalents par voie buccale
4. des antibiotiques polyvalents en IV

40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à

1. allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
2. allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée
3. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
4. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée

41. Pour l’utilisation prophylactique des antibiotiques au cours de la chirurgie obstétricale

1. il faut administrer 30 minutes avant l’intervention
2. une dose unique est habituellement suffisante
3. une seconde dose est nécessaire si l’intervention dure plus de 6 heures ou si les pertes sanguines sont ≥ 1500 ml
4. toutes les réponses ci-dessus sont vraies

42. L’utilisation prophylactique des antibiotiques est indiquée

1. avant toute césarienne
2. avant la prise en charge active du 3ème stade du travail
3. avant toute délivrance artificielle
4. les réponses a et c sont vraies

43. L’arrêt du traitement antibiotique (grossesse, accouchement) se base sur les critères suivants :

1. la patiente s’améliore sur le plan clinique
2. la patiente est apyrétique depuis 48 heures
3. la durée du traitement a été d’au moins 7 jours
4. les réponses a et b sont vraies

44. En cas de métrite

1. le traitement associe toujours 3 antibiotiques (ampicilline, gentamycine, métronidazole)
2. il n’est pas nécessaire de poursuivre le traitement par voie orale après 48 heures d’apyrexie
3. la gentamycine peut être administrée une fois par jour
4. toutes les réponses susmentionnées sont vraies

45. Pour prévenir l’endométrite suite à la césarienne

1. administrer un traitement complet d’antibiotiques pendant 7 jours
2. le métronidazole est le médicament de premier choix
3. le médicament devrait être démarré 24 heures avant l’intervention chirurgicale
4. aucun des éléments susmentionnés

**REANIMATION NEONATALE**

46. La réanimation du nouveau-né doit se baser sur le fait que :

a. l’enfant ne respire pas à la naissance

b. l’enfant a une coloration bleutée

c. Les battements cardiaques sont absents à la naissance

d. a et c

47. Le matériel de réanimation du nouveau-né dans toute salle d’accouchement comporte nécessairement :

a. un Ambu plus un masque

b. de l’oxygène

c. un aspirateur de mucosités

d. a et c

48. Le rythme de ventilation d’un nouveau-né en détresse respiratoire est de

a. 30 cycles/minute

b. 40 cycles /minute

c. 45 cycles/minute

d. 60 cycles/minute

49. On doit arrêter la réanimation du nouveau né si il n’y a pas de respiration spontanée au bout de :

a. 10 minutes

b. 20 minutes

c. 25 minutes

d. 30 minutes

50. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en

1. 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
2. enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
3. en enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
4. en baignant le bébé dans de l’eau chaude

**fiche des réponses du qUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

Prénom………………………………………………Nom………………………………….

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**

**SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET L’ACCOUCHEMENT**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_**

**SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_**

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

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_**

**PARTOGRAMME**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**

**TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; CHIRURGIE OBSTETRICALE**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_**
6. **\_\_\_\_\_**
7. **\_\_\_\_\_**
8. **\_\_\_\_\_**
9. **\_\_\_\_\_**
10. **\_\_\_\_\_**
11. **\_\_\_\_\_**
12. **\_\_\_\_\_**
13. **\_\_\_\_\_**

**FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT**

1. **\_\_\_\_\_**
2. **\_\_\_\_\_**
3. **\_\_\_\_\_**
4. **\_\_\_\_\_**
5. **\_\_\_\_\_**
6. **\_\_\_\_\_**
7. **\_\_\_\_\_**
8. **\_\_\_\_\_**
9. **\_\_\_\_\_**
10. **\_\_\_\_\_**
11. **\_\_\_\_\_**
12. **\_\_\_\_\_**
13. **\_\_\_\_\_**

**REANIMATION NEONATALE**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**REPONSES AU QUESTIONNAIRE DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

**UTILISATION DU QUESTIONNAIRE**

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

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

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

**Questionnaire DES CONNAISSANCES A MI-STAGE**

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

**PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE**

1 Un bilan initial rapide est fait

1. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
2. uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
3. uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
4. **chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème**
5. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
6. un pouls rapide et filant
7. une tension artérielle basse
8. une respiration rapide
9. **tous les éléments susmentionnés**

**SAIGNEMENT PENDANT LA GROSSESSE ET LE TRAVAIL**

2. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose

1. **que l’on fasse un test de compatibilité sanguine et que l’on prenne les dispositions en vue d’une laparotomie immédiate**
2. que l’on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d’exécuter l’intervention chirurgicale
3. que l’on observe la femme pour détecter tout signe d’amélioration
4. tous les éléments susmentionnés

3. Lorsqu’on exécute une aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), le vide sera perdu si

1. on imprime une rotation à la seringue d’un côté à l’autre avec la canule à l’intérieur de la cavité utérine
2. **la canule est trop tirée vers l’arrière**
3. la valve de compression est ouverte alors que la canule se trouve dans la cavité utérine
4. tous les éléments susmentionnés

4. La procédure AMIU est complète lorsque

1. la paroi de l’utérus est lisse
2. le vide diminue dans la seringue
3. **une mousse rouge ou rose, mais pas de tissu, apparaît dans la canule**
4. l’utérus se relâche

6. Le résultat d’un test de coagulation au lit de la patiente évoque une coagulopathie si

* 1. 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
  2. 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

* 1. **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

1. avant de démarrer la transfusion et dans les 4 heures suivant la transfusion
2. **avant de démarrer la transfusion, au début de la transfusion et au moins toutes les heures pendant la transfusion**
3. toutes les 15 minutes pendant la transfusion
4. pendant la transfusion mais pas après la transfusion

**SAIGNEMENT APRES L’ACCOUCHEMENT**

8. Une hémorragie immédiate du post-partum peut être imputée à

1. une atonie utérine
2. un traumatisme du tractus génital
3. une rétention placentaire
4. **tous les éléments susmentionnés**

9. Des déchirures du col, du vagin ou du périnée sont soupçonnées en cas d’hémorragie immédiate du post-partum si

1. **placenta complet et utérus contracté**
2. placenta incomplet et utérus contracté
3. placenta complet et utérus atonique
4. placenta incomplet et utérus atone

10. En cas d’inversion de l’utérus après l’accouchement

1. on ne sent pas le fond de l’utérus à la palpation abdominale
2. il peut exister une douleur légère ou intense
3. l’utérus inversé peut être apparent à la vulve
4. **tous les éléments susmentionnés**

11. Pour la délivrance artificielle

1. administrer de l’ergométrine avant la procédure
2. donner des antibiotiques 24 heures après la procédure
3. placer une main sur l’utérus et utiliser l’autre main pour appliquer une traction sur le cordon
4. **introduire une main dans l’utérus et de l’autre empaumer le fond utérin à travers l’abdomen**

12. Lorsqu’on exécute une compression de l’aorte abdominale pour contrôler l’hémorragie du post-partum, le point de la compression est

1. juste en dessous et légèrement à droite de l’ombilic
2. juste en dessous et légèrement à gauche de l’ombilic
3. juste au-dessus et légèrement à droite de l’ombilic
4. **juste au-dessus et légèrement à gauche de l’ombilic**

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

13. Une tension artérielle diastolique 90 mm Hg ou plus avant 20 semaines de gestation est symptomatique d’une

1. légère pré éclampsie
2. **hypertension chronique**
3. pré éclampsie légère surajoutée
4. hypertension gestationnelle

14. La tension artérielle élevée et la protéinurie lors de la grossesse définissent

* 1. **la pré éclampsie**
  2. l’hypertension chronique
  3. la pyélonéphrite
  4. aucun des éléments susmentionnés

15. Chez une patiente à terme avec hypertension et protéinurie, des maux de tête sévères sont un symptôme de

a) légère pré éclampsie

b) pré éclampsie modérée

c) **pré éclampsie sévère**

d) hypertension chronique

16. La dose de charge de sulfate de magnésium est administrée par l’entremise

1. **d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans chaque fesse**
2. d’une IV sur 5 minutes, suivie par une injection profonde IM dans une fesse
3. d’injections simultanées IV et IM
4. bolus 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 pré éclampsie ou pré éclampsie sévère si la tension artérielle diastolique est

1. supérieure à 90 mm Hg ou plus
2. entre 100 et 110 mm Hg
3. **110 mm Hg ou plus**
4. 120 mm Hg ou plus

**PARTOGRAMME**

18. La progression du travail est probablement défavorable si

1. la phase de latence dure plus de 8 heures
2. la dilatation du col est marquée à droite de la ligne d’alerte du partogramme
3. la femme a eu des douleurs du travail pendant 12 heures ou plus sans accouchement
4. **tous les éléments susmentionnés**

19. Un partogramme note

* + 1. la dilatation et l’effacement de 4 cm jusqu’à 10 cm
    2. la dilatation et l’effacement de 3 cm jusqu’à 10 cm
    3. **la descente de la tête fœtale et la dilatation de 4 cm jusqu’à 10 cm**
    4. tous les éléments susmentionnés

**TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT ; URGENCE OBSTETRICALE**

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

1. procéder à l’accouchement avec une symphysiotomie
2. **procéder à l’accouchement par extraction par ventouse obstétricale**
3. tenter l’accouchement par forceps
4. accélérer le travail avec de l’ocytocine

21. La perfusion d’ocytocine peut être utilisée

1. pour accélérer le travail
2. chez les multipares
3. en cas de grossesses multiples sur 2eme jumeau
4. **tous les éléments susmentionnés**

22. La cupule de la ventouse devrait être placée

1. au-dessus du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
2. en dessous du point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure
3. **sur le point de flexion, 1 cm avant la fontanelle postérieure**
4. sur le point de flexion, 2 cm avant la fontanelle postérieure

23. Dans la position occipitale postérieure

1. l’extraction par ventouse cervicale ne devrait pas être faite
2. l’accouchement par voie basse n’est pas possible
3. **la phase d’expulsion peut être prolongée**
4. la femme devrait accoucher en position accroupie

24. En cas de signes d’obstruction et si le rythme cardiaque fœtal est anormal dans la position occipitale postérieure

1. **l’accouchement devrait se faire par césarienne**
2. il faut procéder à la rupture des membranes
3. le travail peut être accéléré à l’aide d’ocytocine
4. il faut encourager la patiente à pousser spontanément

25. Lors des présentations de la face, quand le menton est en position antérieure et que le col est entièrement dilaté

1. l’accouchement devrait se faire par césarienne
2. **on peut prévoir un accouchement normal**
3. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
4. aucun des éléments susmentionnés

26. La présence de méconium est courante lors de l’accouchement par le siège et

1. est toujours un signe de détresse fœtale
2. **n’est pas un signe de détresse fœtale si le rythme cardiaque fœtal est normal**
3. est une indication pour une césarienne
4. est une indication pour l’accouchement par le siège

27. Avant de pratiquer une craniotomie, il faut s’assurer que :

1. la dilatation du col est complète
2. la vessie est pleine pour détecter une blessure de celle-ci après
3. le fœtus est mort
4. **les réponses a et c sont correctes**

28. Si le premier bébé d’une grossesse multiple est en position transverse

1. on laissera le travail progresser comme pour un seul fœtus
2. le travail doit être accéléré
3. **l’accouchement doit se faire par césarienne**
4. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale

29. En cas d’utérus cicatriciel, quand la dilatation du col traverse la ligne d’alerte sur le partogramme lors de l’épreuve du travail et que le déroulement est lent à cause de contractions utérines insuffisantes

1. il faut procéder immédiatement à une césarienne
2. aucune intervention n’est nécessaire, mais il faut continuer à suivre le déroulement en utilisant le partogramme
3. **il faut procéder à la rupture des membres et accélérer le travail à l’aide d’ocytocine**
4. il faut procéder à la rupture des membranes mais ne jamais donner d’ocytocine

30. En cas de souffrance fœtale pendant le travail

1. **l’ocytocine doit être arrêtée si elle est administrée**
2. le taux d’ocytocine doit être augmenté si elle est administrée
3. le taux d’ocytocine doit être diminué si elle est administrée
4. aucun des éléments susmentionnés

31. 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

1. il faut procéder à une césarienne
2. l’accouchement doit se faire à l’aide d’une ventouse obstétricale
3. le travail doit être accéléré avec de l’ocytocine
4. **un bilan complet doit être fait pour prendre une décision**

32. En cas de procidence du cordon lors du premier stade du travail et pulsation de cordon

1. si disponible, administrer 0,5 mg de salbutamol en IV lente sur 2 minutes
2. une main doit être insérée dans le vagin et la présentation doit être poussée vers le haut pour diminuer la pression sur le cordon et dégager la partie du bassin qui se présente
3. une césarienne doit être exécutée immédiatement
4. **tous les éléments susmentionnés**

**FIEVRE PENDANT ET APRES L’ACCOUCHEMENT**

33. Si une femme souffre de mastite, elle devrait

1. **arrêter d’allaiter uniquement du sein touché**
2. appliquer des compresses chaudes sur les seins pendant 10 minutes trois fois par jour
3. soutenir ses seins avec un soutien-gorge ou un bandage
4. éviter d’utiliser des antibiotiques

34. L’amniotite doit être diagnostiquée si une femme présente les symptômes suivants

1. fièvre et pertes vaginales malodorantes pendant les 22 premières semaines de la grossesse
2. **fièvre et pertes vaginales aqueuses et malodorantes après 22 semaines de la grossesse**
3. tachycardie maternelle
4. fièvre et numération élevée de globules blancs chez une femme après 22 semaines de grossesse
5. Dans la prise en charge de l’amniotite, toutes les propositions suivantes sont vraies sauf :
   * 1. Il faut associer ampicilline et gentamycine
     2. l’ampicilline et la gentamycine traversent la barrière placentaire et ont une bonne concentration chez le fœtus
     3. si la patiente accouche par voie basse, il faut arrêter les antibiotiques dans le post partum
     4. **l’association de métronidazole à l’ampicilline et à la gentamycine n’est pas nécessaire si la femme accouche par césarienne**

36. La méfloquine peut être utilisée pendant les trois trimestres de la grossesse, mais son utilisation doit être envisagée avec circonspection

* 1. **lors du premier trimestre de la grossesse**
  2. lors du second trimestre de la grossesse
  3. lors du troisième trimestre de la grossesse
  4. Immédiatement après la grossesse

37. Lorsqu’on traite une pyélonéphrite aiguë lors de la grossesse

1. le choc est rare et doit être pris comme le signe d’une autre infection très grave
2. le traitement par antibiotique ne devrait pas être démarré tant qu’on ne dispose pas des résultats de la culture d’urine
3. **la réponse clinique est généralement vue dans les 48 à 72 heures**
4. 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

1. d’un abcès au sein
2. **d’une mastite**
3. d’un engorgement des seins
4. aucun des éléments susmentionnés

39. Avant de drainer un abcès pelvien, il faut donner

1. **une combinaison d’antibiotiques en IV**
2. une combinaison d’antibiotiques par voie buccale
3. des antibiotiques polyvalents par voie buccale
4. des antibiotiques polyvalents en IV

40. Une femme qui présente un engorgement des seins devrait être encouragée à

1. allaiter plus fréquemment, en changeant de sein lors des tétées
2. **allaiter plus fréquemment, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée**
3. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en changeant de sein lors des tétées
4. allaiter toutes les 4 à 6 heures, en utilisant les deux seins lors de chaque tétée

41. Pour l’utilisation prophylactique des antibiotiques au cours de la chirurgie obstétricale

1. il faut administrer 30 minutes avant l’intervention
2. une dose unique est habituellement suffisante
3. une seconde dose est nécessaire si l’intervention dure plus de 6 heures ou si les pertes sanguines sont ≥ 1500 ml
4. **toutes les réponses ci-dessus sont vraies**

42. L’utilisation prophylactique des antibiotiques est indiquée

1. avant toute césarienne
2. avant la prise en charge active du 3ème stade du travail
3. avant toute délivrance artificielle
4. **les réponses a et c sont vraies**

43. L’arrêt du traitement antibiotique (grossesse, accouchement) se base sur les critères suivants :

1. la patiente s’améliore sur le plan clinique
2. la patiente est apyrétique depuis 48 heures
3. la durée du traitement a été d’au moins 7 jours
4. **les réponses a et b sont vraies**

44. En cas de métrite

1. le traitement associe toujours 3 antibiotiques (ampicilline, gentamycine, métronidazole)
2. il n’est pas nécessaire de poursuivre le traitement par voie orale après 48 heures d’apyrexie
3. la gentamycine peut être administrée une fois par jour
4. **toutes les réponses susmentionnées sont vraies**

45. Pour prévenir l’endométrite suite à la césarienne

1. administrer un traitement complet d’antibiotiques pendant 7 jours
2. le métronidazole est le médicament de premier choix
3. le médicament devrait être démarré 24 heures avant l’intervention chirurgicale
4. **aucun des éléments susmentionnés**

**REANIMATION NEONATALE**

46. La réanimation du nouveau-né doit se baser sur le fait que :

a) **l’enfant ne respire pas à la naissance**

b) l’enfant a une coloration bleutée

c) Les battements cardiaques sont absents à la naissance

d) a et c

47. Le matériel de réanimation du nouveau-né dans toute salle d’accouchement comporte nécessairement :

a) un Ambu plus un masque

b) de l’oxygène

c) un aspirateur de mucosités

**d) a et c**

48. Le rythme de ventilation d’un nouveau-né en détresse respiratoire est de

a) 30 cycles/minute

b) **40 cycles /minute**

c) 45 cycles/minute

d) 60 cycles/minute

49. On doit arrêter la réanimation du nouveau-né si il n’y a pas de respiration spontanée au bout de :

a. 10 minutes

b. **20 minutes**

c. 25 minutes

d. 30 minutes

50. Les soins après une réanimation réussie du nouveau-né devraient inclure la prévention de la déperdition de chaleur en

1. **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**
2. enveloppant de manière bien serrée le nouveau-né dans une couverture chaude
3. en enveloppant sans serrer le nouveau-né dans une couverture chaude
4. en baignant le bébé dans de l’eau chaude

EXERCICES SUR LE PARTOGRAMME

# EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 1

**ETAPE 1**

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

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

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

# ETAPE 2

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

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

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

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

**Q : Quelles étapes devraient être prises ?**

**Q : Quels conseils devraient être donnés ?**

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

# Etape 3

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

09h30 CF 120, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80

10h00 CF 136, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80

10h30 CF 140, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 88

11h00 CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Temp 37

11h30 CF 136, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 84, 2/5 de la tête engagés

12h00 CF 140, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88

12h30 CF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 88

13h00 CF 140, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Temp 37

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

**Q : Quelles étapes devraient être prises ?**

**Q : Quels conseils devraient être donnés ?**

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

**ETAPE 4**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

Répondre aux questions suivantes :

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

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

**EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2**

**ETAPE 1**

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

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

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

# Q : Quel est votre diagnostic ?

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

# ETAPE 2

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 90

11h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Membranes intactes

11h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 84

12h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Temp 36,2

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

**Q : Quel est votre diagnostic**

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

# ETAPE 3

Porter l’information suivante sur la courbe du partogramme :

12h30 CF 136, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 90

13h00 CF 140, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 88

13h30 CF 130, Contractions 1/10 chaque 20 sec, Pouls 88

14h00 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 90, Temp 36,8,   
tension artérielle 100/70

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

**Q : Quel est votre diagnostic?**

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

# ETAPE 4

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

# Q : Quelles étapes allez-vous prendre ?

# ETAPE 5

17h00 CF 138, Pouls 92, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Maintenir à 50 gpm

17h30 CF 140, Pouls 94, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Maintenir à 50 gpm

18h00 CF 140, Pouls 96, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gpm

18h30 CF 144, Pouls 94, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gpm

# 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

## ETAPE 7

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

Répondre aux questions suivantes :

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

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

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

**EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3**

**ETAPE 1**

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

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

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

# ETAPE 2

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30 CF 130, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 80

11h00 CF 136, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90

11h30 CF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

12h00 CF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Temp 37, tête 3/5 palpable

12h30 CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90

13h00 CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

13h30 CF 120, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

14h00 CF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Temp 37,   
tension artérielle 100/70

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

# ETAPE 3

14h30 CF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Liquide clair

15h00 CF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Liquide teinté de sang

15h30 CF 100, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 100

16h00 CF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 100, Temp 37

16h30 CF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 110, tête 3/5 palpables, méconium

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

**ETAPE 4**

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

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

Répondre aux questions suivantes :

**Q : Quel est le diagnostic final ?**

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

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

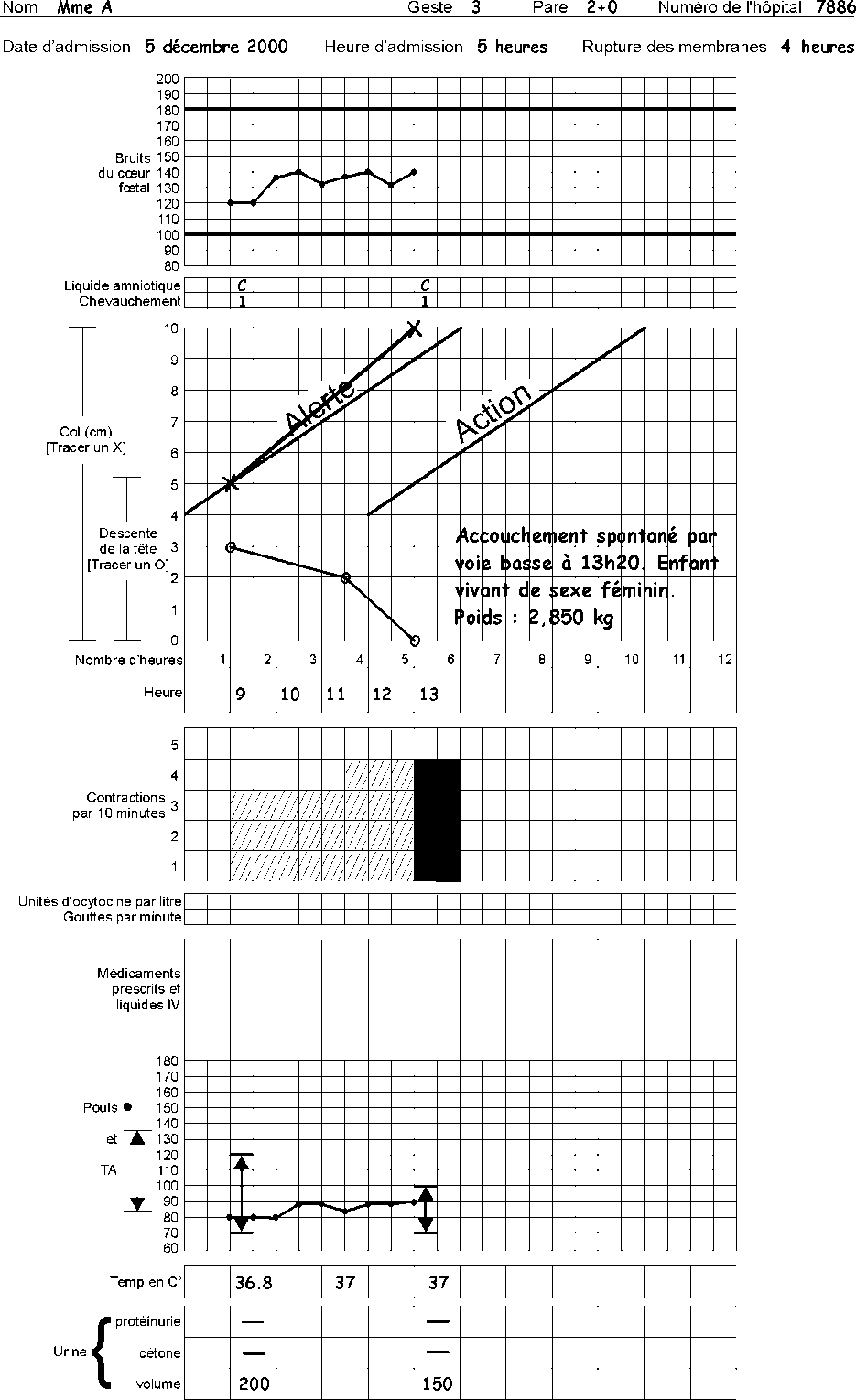
**Q : A 16h30, on a pris la décision de faire une césarienne.   
Est-ce que c’était une mesure correcte ?**

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

**EXERCISE : UTILISER LE PARTOGRAMME**

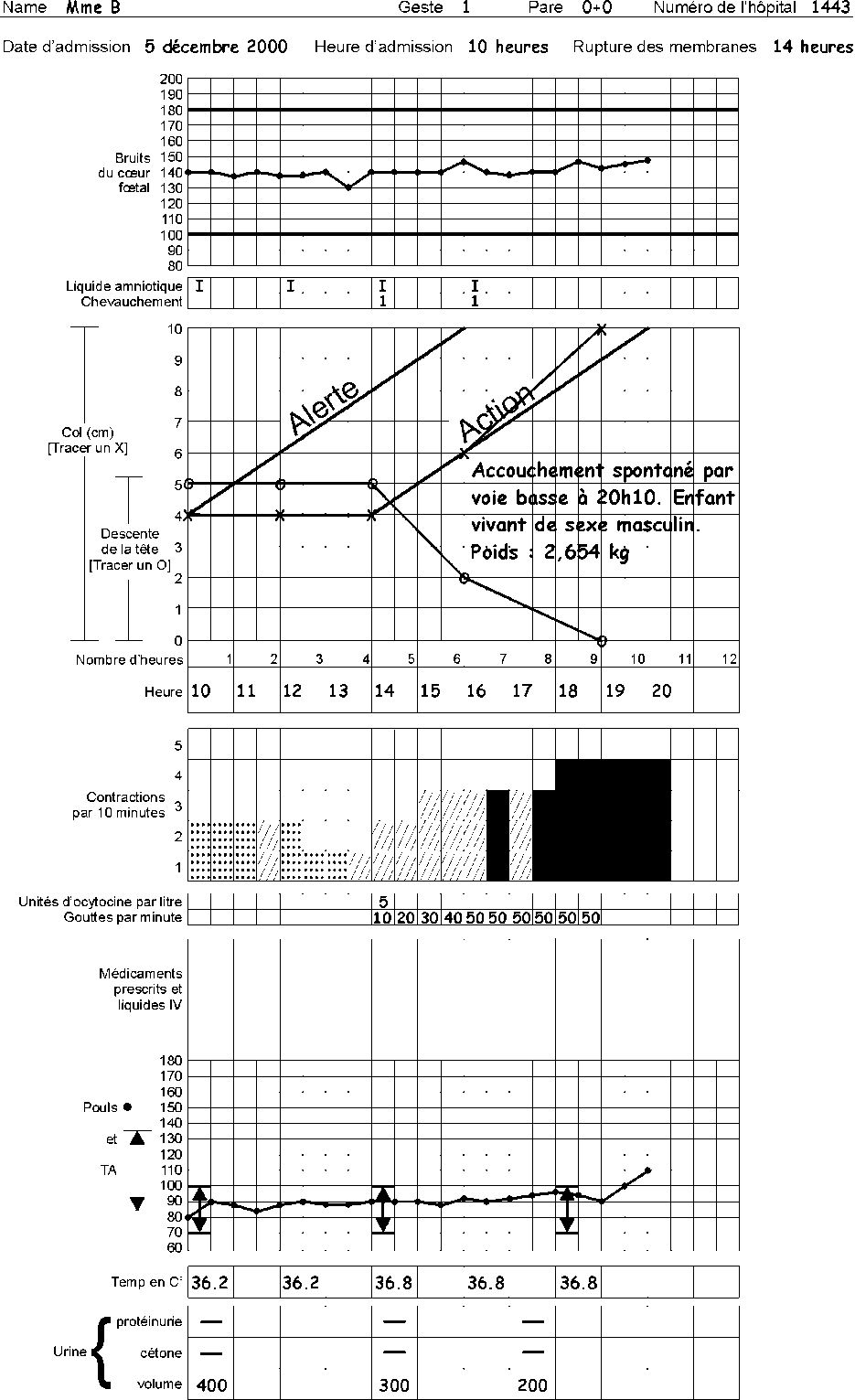
**CLES DES REPONSES**

**CAS 1**



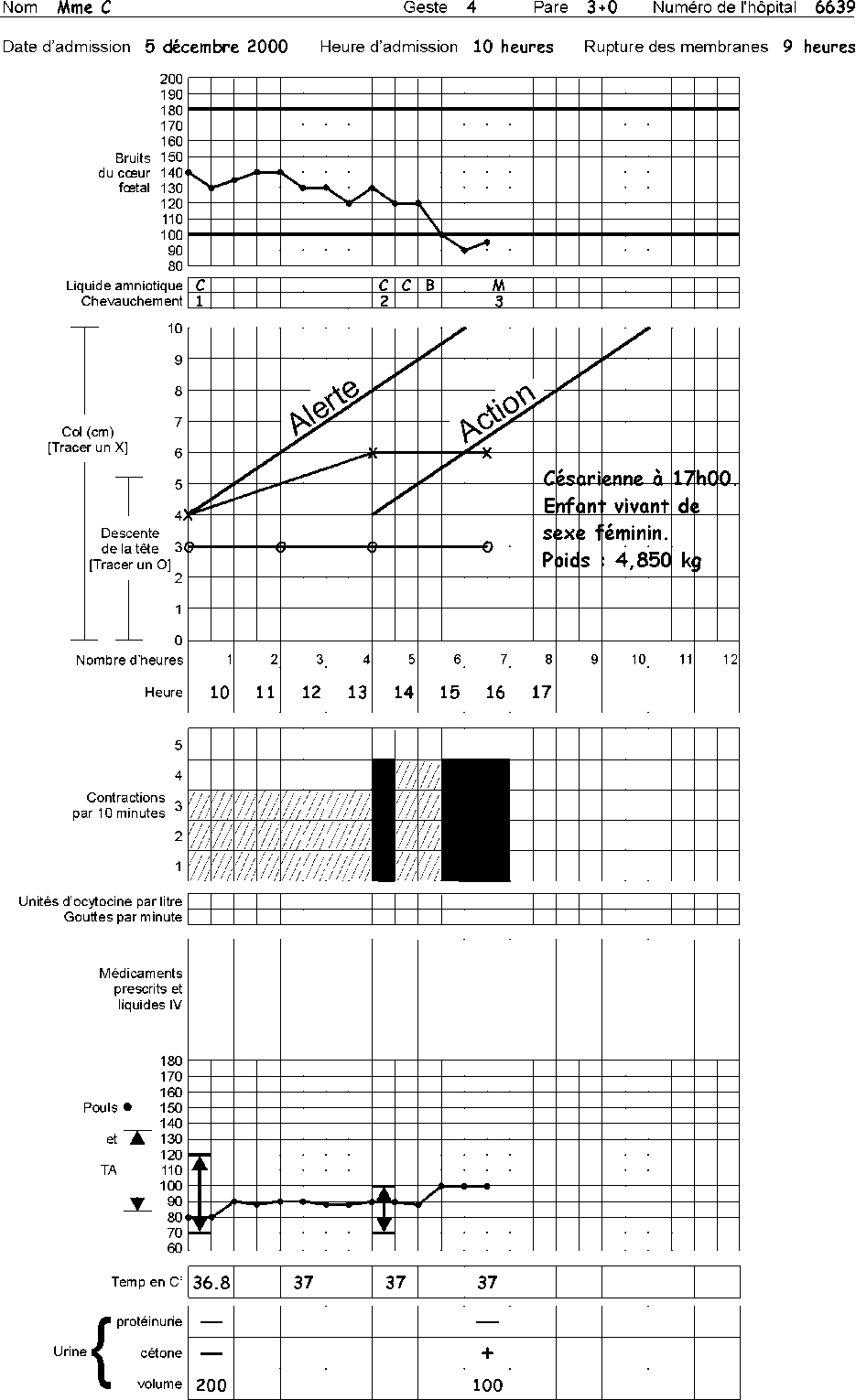
* Etape 1—voir partogramme
* Etape 2—voir partogramme
* Etapes : Informer des résultats et de la suite ; encourager à poser des questions ; fournir des mesures de confort, hydratation, nutrition
* Conseils : Laisser la patiente choisir la position ; boire beaucoup de liquides ; manger si elle le souhaite
* Prévoir à 13h 00 : Progresser à au moins dilatation de 9 cm
* Etape 3
* Etapes : Procéder aux préparations de la naissance
* Conseils : Pousser uniquement si elle sent l’envie de pousser
* Résultat escompté : Accouchement spontané par voie basse
* Etape 4
* 1er stade du travail actif : 4 heures
* 2ème stade du travail actif : 20 minutes

**EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 2**



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

**EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 3**



* Etape 1—voir partogramme
* Etape 2—voir partogramme
* Etape 3—voir partogramme
* Etape 4—voir partogramme
* Diagnostic final : Travail dystocique
* Mesure à 14 heures : Continuer à apporter un soutien émotionnel et physique, y compris l’hydratation ; continuer un suivi attentif de l’état de la mère et du fœtus. Pourquoi ? La patiente et la famille peuvent être découragées par le manque de progression et être épuisées émotionnellement et physiquement ; a traversé la ligne d’alerte.
* Faire une césarienne car la patiente se trouve déjà en arrêt secondaire de dilatation et de descente malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes.
* Oui, c’était la mesure correcte car souffrance fœtale et manque de progression malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes, présence d’acétone dans l’urine, pouls maternel qui s’accélère. Toutefois, on a attendu plus longtemps qu’il n’aurait fallu pour le bien de la mère et du bébé.
* Problèmes escomptés chez le nouveau-né—asphyxie, aspiration du méconium.

**OBJECTIF**

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

| **INSTRUCTIONS** | **MATERIEL** |
| --- | --- |
| Le formateur devrait revoir le partogramme avec les participants avant de commencer l’exercice. | Equipement suivant ou représentations de cet équipement :   * Partogramme (trois pour chaque participant) * Partogramme laminé (taille d’une affiche) |
| Chaque participant reçoit trois partogramme 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 partogramme. 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. | Exercice: Utiliser la Clé des réponses du partogramme |

**EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 1**

**ETAPE 1**

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

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

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

**ETAPE 2**

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

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

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

* 3 contractions en 10 minutes, chacune durant 20 à 40 secondes
* Rythme cardiaque 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 : Quelles étapes devraient être prises ?**

**Q : Quels conseils devraient être donnés ?**

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

**Etape 3**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

09h30 CF 120, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80

10h00 CF 136, Contractions 3/10 chaque 30 sec, Pouls 80

10h30 CF 140, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 88

11h00 CF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Température 37

11h30 CF 136, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 84, 2/5 de la tête engagée

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, Température 37

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

**Q : Quelles étapes devraient être prises ?**

**Q : Quels conseils devraient être donnés ?**

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

**ETAPE 4**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

Répondre aux questions suivantes :

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

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

**EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 2**

**ETAPE 1**

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

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

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

**Q : Quel est votre diagnostic ?**

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

**ETAPE 2**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 90

11h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Membranes intactes

11h30 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 84

* 12h00 CF 136, Contractions 2/10 chaque 15 sec, Pouls 88, Température 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 : Quel est votre diagnostic**

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

**ETAPE 3**

Porter l’information suivante sur la courbe du partogramme :

12h30 CF 136, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 90

13h00 CF 140, Contractions 1/10 chaque 15 sec, Pouls 88

13h30 CF 130, Contractions 1/10 chaque 20 sec, Pouls 88

* 14h00 CF 140, Contractions 2/10 chaque 20 sec, Pouls 90, Température 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
* Membranes intactes

**Q : Quel est votre diagnostic?**

**Q : Quelle mesure allez-vous prendre ?**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

* Dilatation du col de 4 cm, apposition de sutures
* Le travail est accéléré avec de l’ocytocine 2,5 unités en 500 ml liquide IV à 10   
  gouttes par minute
* **ETAPE 4**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

* 14h30 :
* 2 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
* Débit de perfusion augmenté à 20 gttes/mn
* RCF 140, Pouls 88
* 15h00 :
* 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
* Débit de perfusion augmenté à 30 gttes/mn
* RCF 140, Pouls 90
* 15h30 :
* 3 contractions en 10 minutes chacune durant 30 secondes
* Débit de perfusion augmenté à 40 gttes/mn
* RCF 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 gttes/mn
* RCF 144, Pouls 92
* 16h30 :
* RCF 140, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Pouls 90

**Q : Quelles étapes allez-vous prendre ?**

**ETAPE 5**

* 17h00 RCF 138, Pouls 92, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Maintenir à gttes/mn
* 17h30 RCF 140, Pouls 94, Contractions 3/10 chaque 45 sec, Maintenir à 50 gttes/mn
* 18h00 RCF 140, Pouls 96, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gttes/mn
* 18h30 RCF 144, Pouls 94, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Maintenir à 50 gttes/mn **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
* RCF 144, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 90
* Le col est entièrement dilaté

**ETAPE 7**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

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

Répondre aux questions suivantes :

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

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

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

**EXERCICE : UTILISATION DU PARTOGRAMME : CAS 3**

**ETAPE 1**

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

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

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

**ETAPE 2**

Noter l’information suivante sur le graphique du partogramme :

10h30 RCF 130, Contractions 3/10 chaque 35 sec, Pouls 80

11h00 RCF 136, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90

11h30 RCF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

* 12h00 RCF 140, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Température 37°C,

tête 3/5 palpable

12h30 RCF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 90

13h00 RCF 130, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

13h30 RCF 120, Contractions 3/10 chaque 40 sec, Pouls 88

* 14h00 RCF 130, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 90, Température 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

**ETAPE 3**

14h30 RCF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 90, Liquide clair

15h00 RCF 120, Contractions 4/10 chaque 40 sec, Pouls 88, Liquide teinté de sang

15h30 RCF 100, Contractions 4/10 chaque 45 sec, Pouls 100

16h00 RCF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 100, Température 37°C

16h30 RCF 90, Contractions 4/10 chaque 50 sec, Pouls 110, tête 3/5 palpables, méconium

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

**ETAPE 4**

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

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

Répondre aux questions suivantes :

**Q : Quel est le diagnostic final ?**

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

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

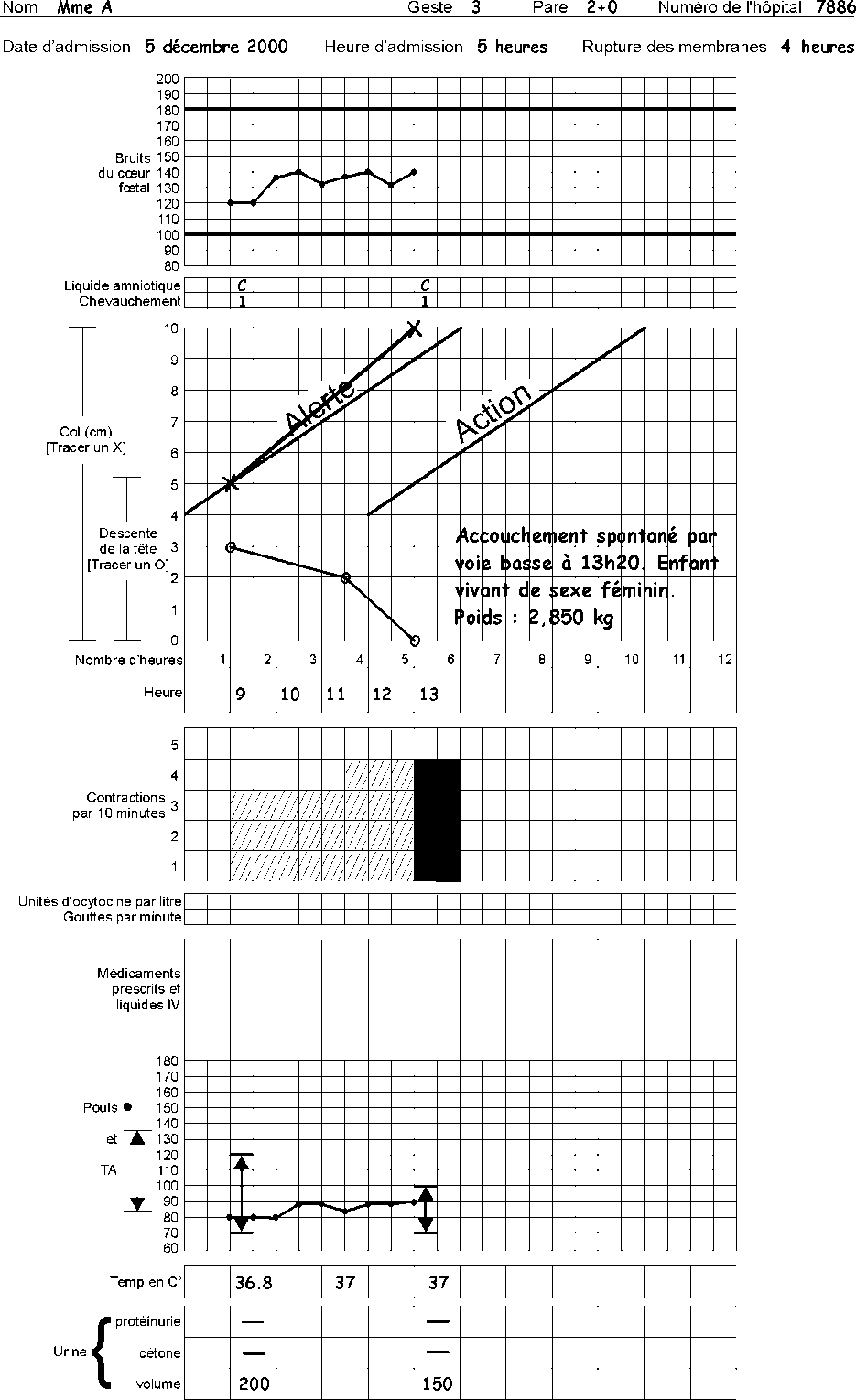
**Q : A 16h30, on a pris la décision de faire une césarienne.   
Est-ce que c’était une mesure correcte ?**

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

**EXERCISE : UTILISER LE PARTOGRAMME**

**CLES DES REPONSES**

**CAS 1**

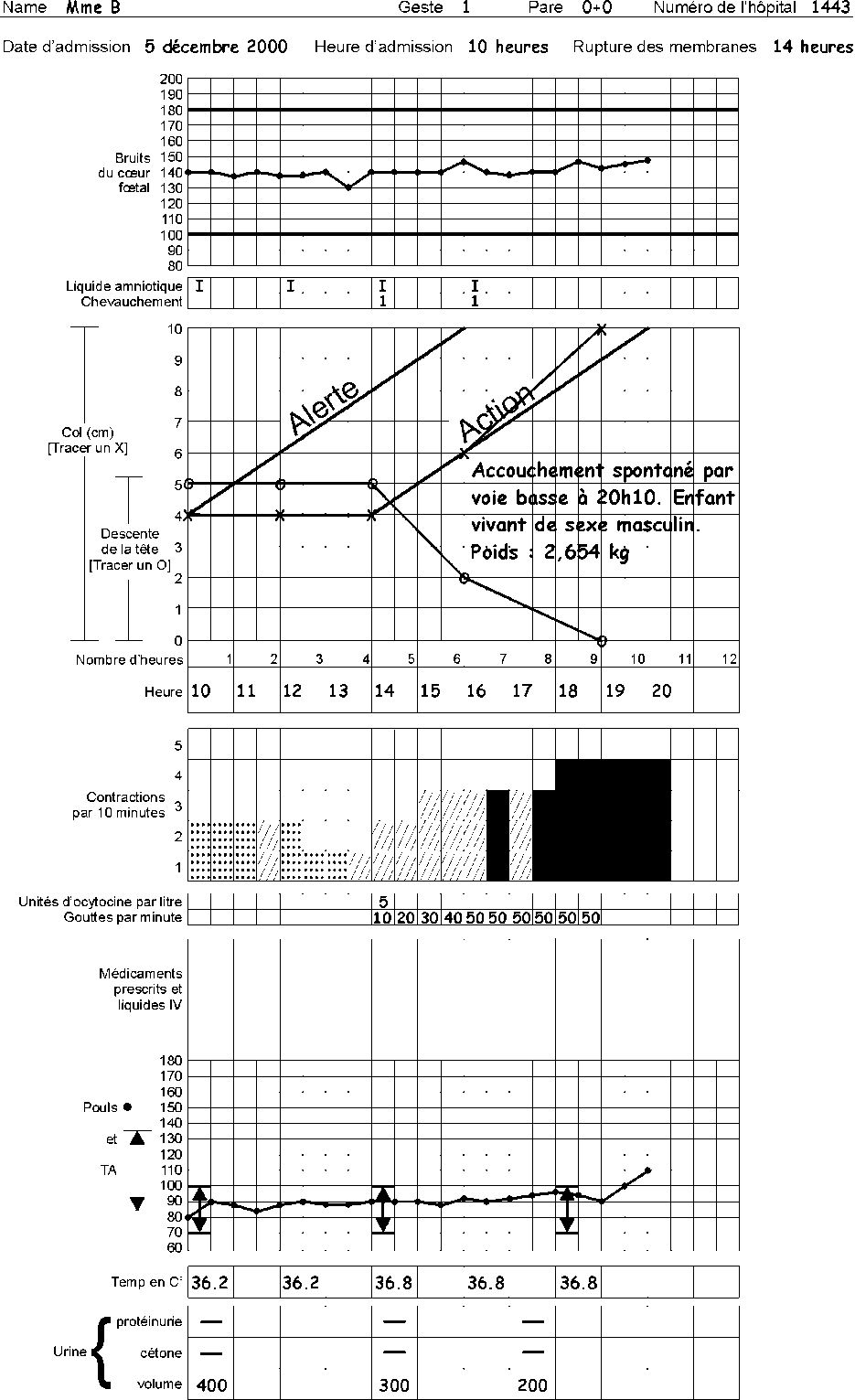


* Etape 1—voir partogramme
* Etape 2—voir partogramme
* Etapes : Informer des résultats et de la suite ; encourager à poser des questions ; fournir des mesures de confort, hydratation, nutrition

Conseils : Laisser la patiente choisir la position ; boire beaucoup de liquides ; manger si elle le souhaite

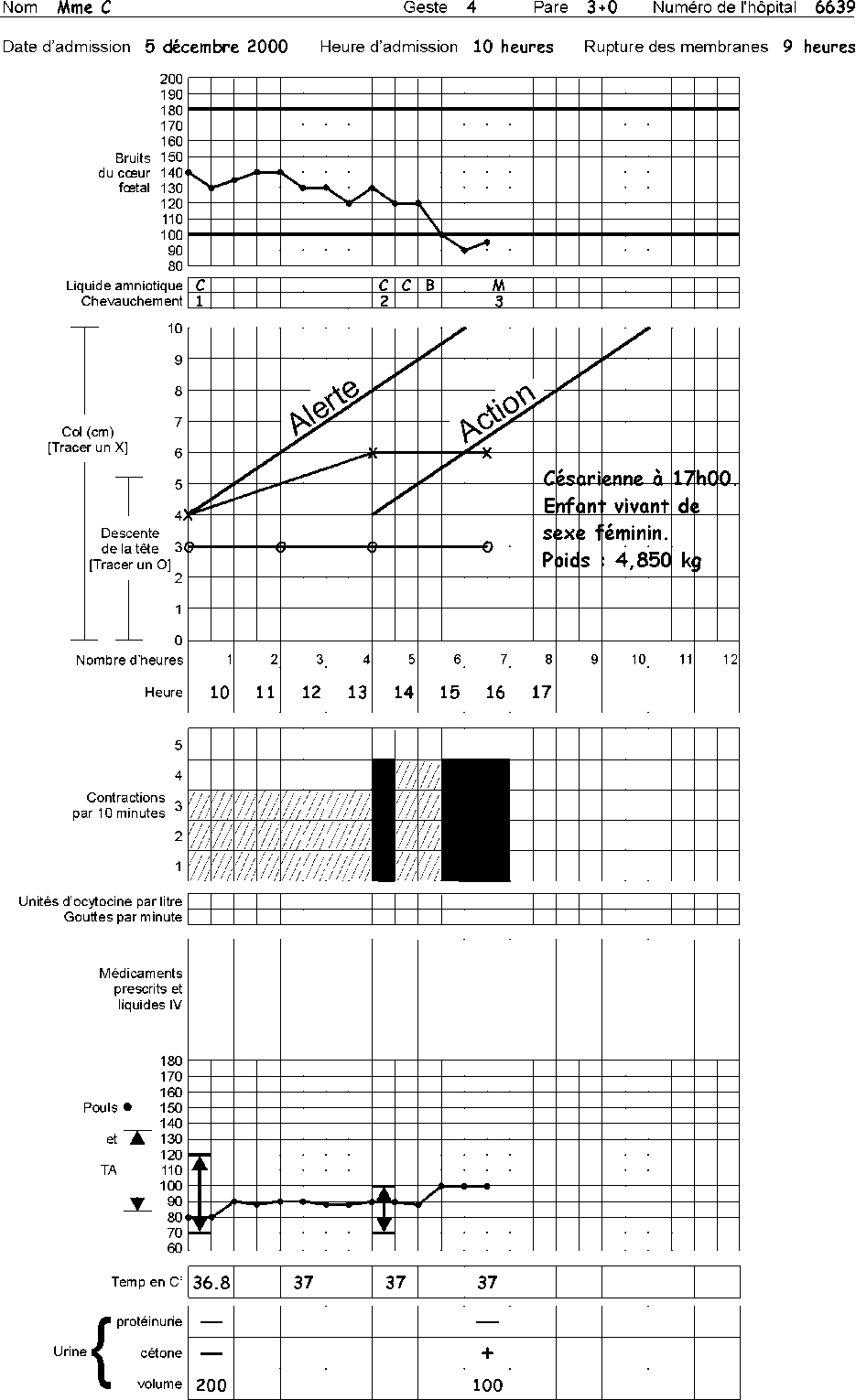
* Prévoir à 13h 00 : Progresser à au moins 9 cm de dilatation
* Etape 3
* Etapes : Procéder aux préparations de la naissance
* Conseils : Pousser uniquement si elle sent l’envie de pousser
* Résultat escompté : Accouchement spontané par voie basse
* Etape 4
* 1er stade du travail actif : 4 heures
* 2ème stade du travail actif : 20 minutes

**EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 2**



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

**EXERCICE : UTILISER LE PARTOGRAMME : CAS 3**



* Etape 1—voir partogramme
* Etape 2—voir partogramme
* Etape 3—voir partogramme
* Etape 4—voir partogramme
* Diagnostic final : Travail dystocique
* Mesure à 14 heures: Continuer à apporter un soutien émotionnel et physique, y comprise l’hydratation; continuer un suivi attentif de l’état de la mère et du fœtus. Pourquoi ? La patiente et la famille peuvent être découragées par le manque de progression et être épuisées émotionnellement et physiquement ; a traversé la ligne d’alerte.
* Faire une césarienne car la patiente se trouve déjà en arrêt secondaire de dilatation et de descente malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes.
* Oui, c’était la mesure correcte car souffrance fœtale et manque de progression malgré au moins 3 contractions en 10 minutes durant plus de 40 secondes, présence d’acétone dans l’urine, pouls maternel qui s’accélère. Toutefois, on a attendu plus longtemps qu’il n’aurait fallu pour le bien de la mère et du bébé.
* Problèmes escomptés chez le nouveau-né—asphyxie, aspiration du méconium.

**ETUDES DE CAS**

Etude de cas 1a : Saignement vaginal en début de grossesse

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame A. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
3. Quelles sont les causes de saignement que vous devez écarter ?

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

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

Elle n’utilise pas de méthode de contraception.

*Examen physique :*

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

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

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?

* Saluer Mme A. avec respect et amabilité.
* Lui indiquer ce qui sera fait, les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. Il faudra en outre

répondre à ses questions de manière calme et rassurante.

* Un bilan rapide sera fait pour vérifier les signes suivants, indicateurs de choc : Pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 ; température >38ºC ; pâleur ; transpiration ou peau moite et froide ; respiration rapide ; désorientée. Le choc nécessite un traitement d’urgence ou réanimation.
* Information supplémentaire à obtenir :
  + Expulsion de produits de la conception
  + Fréquence, régularité et durée de sa menstruation avant la période actuelle d’aménorrhée
  + Utilisation actuelle de la contraception
  + Autres symptômes de grossesse

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

* Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, et si possible, la taille, la consistance et la position de l’utérus.
* Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col est fermé, si des tissus sont visibles dans l’orifice externe du col, pour voir si les saignements sont abondants et confirmer la taille de l’utérus.

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

* Avortement (imminent, inévitable, incomplet, complet)
* Grossesse ectopique
* Grossesse molaire

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

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

Elle n’utilise pas de méthode de contraception.

*Examen physique :*

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

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

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

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

* Les symptômes et signes de Mme A. (à savoir, saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l’orifice du col, utérus plus petit qu’escompté normalement) sont ceux de **l’avortement incomplet**.

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

* Les dispositions doivent être prises pour l’évacuation immédiate de l’utérus en utilisant la méthode de l’aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)
* Continuer à suivre les signes vitaux pendant l’intervention et pendant deux heures au moins après l’intervention.
* Apporter un soutien émotionnel et rassurer Mme A., expliquer ce qui va se passer, répondre à toute crainte ou préoccupation qu’elle peut avoir.

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

Etude de cas 1b : Saignement vaginal en début de grossesse

**Instructions**

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

**Etude de cas**

Madame B. est une 4e pare de 30 ans qui a des saignements vaginaux depuis 4 jours. Elle signale 3 mois d’aménorrhée. Elle indique également qu’elle s’est rendue chez un agent de santé local qui lui a prescrit

des cachets. Madame B. indique que le saignement vaginal a démarré après la prise des cachets.

Depuis hier, ces saignements deviennent plus abondants. Elle a expulsé des produits de la conception et a des crampes au bas ventre. Elle se sent fatiguée et malade.

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

Madame B. est consciente et alerte, avec une certaine pâleur. Sa température est de 38,5oC, son pouls de 120 battements par minute, sa tension artérielle est de 100/60 et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. La partie inférieure de son abdomen est sensible. A l’examen vaginal, on note une perte vaginale tachée de sang et malodorante. La dilatation du col est de 2–3 cm et des produits de la conception sont visibles dans l’orifice du col. L’utérus est d’une taille   
de 8 semaines et il est sensible.

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

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

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?

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

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

* Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, la taille, la consistance et la position de l’utérus.
* Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col   
  est fermé, si des tissus sont visibles dans l’orifice externe du col, voir la quantité des saignements et confirmer la taille de l’utérus.
* Il faut demander à Mme B. si elle sait quel médicament elle a pris au centre de santé et si un examen interne ou autre traitement a été fait.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

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

* Les symptômes et signes (saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l’orifice du col, utérus légèrement plus petit qu’escompté normalement, utérus sensible, pertes vaginales malodorantes, fièvre et rythme cardiaque rapide) sont ceux de l’avortement incomplet avec septicémie.

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

1. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame B. et pourquoi ?
   * Les antibiotiques doivent être arrêtés quand Mme B. n’a plus de fièvre après 48 heures.
   * Si une grossesse n’est pas souhaitée, il faudra conseiller Mme B. et lui expliquer les dangers de l’avortement à risque. Des conseils en matière de planification familiale seront également données ainsi que la méthode contraceptive choisie par Mme B. avant qu’elle ne quitte l’établissement.
   * Si une grossesse est souhaitée, il faudra rassurer Mme B. et lui indiquer que sa prochaine grossesse peut se dérouler sans problème, l’encourageant toutefois d’attendre, d’être entièrement remise avant de tomber enceinte à nouveau.

* Il faudra recommander à Mme B. de revenir pour des soins immédiats si elle a :
* Ces crampes prolongées (plus de quelques jours)
* Un saignement prolongé (plus de deux semaines)
* Un saignement abondant (plus qu’une menstruation normale)
* Douleurs sévères ou qui augmentent
* Fièvre, frissons ou malaises
* Évanouissements
* Déterminer tout autre service de santé de la reproduction dont pourrait avoir besoin Mme B. (à savoir, CDV pour VIH, prophylaxie antitétanique ou rappel tétanos, traitement des infections sexuellement transmissibles, dépistage du cancer du col).

**Références**

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

Etude DE CAS 2A : TENSION ARTERIELLE ELEVEE LORS DE LA GROSSESSE

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE DE CAS 2a : TENSION ARTERIELLE ELEVEE LORS DE LA GROSSESSE

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

Mme A. est une 4ème geste, 3ème 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 tension à 4 heures d’écart. Mme A. indique qu’elle a une tension artérielle élevée depuis des années mais qu’elle n’a jamais pris de médicaments antihypertenseurs. Elle ne connaissait exactement sa tension artérielle avant de tomber enceinte. Elle a déménagé dans cet endroit il y a 6 mois et ne dispose de son dossier médical.

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?

* La saluer avec respect et amabilité.
* Il faut lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ces questions de manière calme et rassurante.
* Il faut lui demander comment elle se sent et si elle a eu des maux de tête, des troubles de vision et des douleurs abdominales hautes depuis sa dernière visite. Sa tension artérielle doit être contrôlée et un test d’urine sera fait (une protéinurie de 2+ conjuguée à une tension artérielle diastolique de 90-110 mm Hg avant 20 semaines est caractéristique d’une hypertension chronique avec légère pré-éclampsie super imposée).
* Il faut obtenir le dossier médical de Mme A. pour vérifier ses antécédents d’hypertension.

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

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

ETUDE DE CAS 2B : HYPERTENSION ARTERIELLE GESTATIONELLE

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE DE CAS 2b : HYPERTENSION GESTATIONELLE

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?

* La saluer avec respect et amabilité.
* Lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
* Il faut demander à Mme B. comment elle se sent : a-t-elle des maux de tête, une vision floue, des douleurs abdominales hautes ou a-t-elle eu d’autres problèmes depuis sa dernière visite au centre de santé ?
* Il faut également lui demander si l’activité fœtale a changé depuis sa dernière visite.
* Il faut prendre sa tension artérielle et faire un test de l’urine pour détecter la présence de protéine (la protéinurie, conjuguée à une pression diastolique élevée égale à 90 mm Hg évoque la pré-éclampsie).

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

* Prise de la tension artérielle.
* Examen abdominal pour contrôler la croissance du fœtus et écouter le rythme cardiaque fœtal (la pré-éclampsie/éclampsie 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).

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

* Tel que mentionné ci-dessus, un test d’urine doit être pour détecter la présence de protéine dans l’urine.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

ETUDE CAS 2C : HYPERTENSION ARTERIELLE GESTATIONNELLE

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

*Tests de laboratoire :*

L’urine indique 3+ protéine.

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE CAS 2 c : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

*Tests de laboratoire :*

L’urine indique 3+ protéine.

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

* En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame C. et pourquoi ?
* Un antihypertenseur devrait être administré pour faire baisser la tension artérielle diastolique et la maintenir entre 90 et 100 afin de prévenir l’hémorragie cérébrale. L’hydralazine est le médicament de premier choix ; toutefois, s’il n’est pas disponible, le labétalol peut être utilisé.
* Un traitement anticonvulsivant doit être démarré. Le sulfate de magnésium est le médicament indiqué pour prévenir et traiter les convulsions dans le cas de pré-éclampsie et éclampsie sévères. Toutefois s’il n’est pas disponible, on peut utiliser le diazépam.
* Le matériel nécessaire pour répondre à une convulsion (voie aérienne, aspiration, masque et ballon, oxygène) doit être disponible au chevet de son lit.
* Il ne faut pas laisse Mme C. toute seule au cas où elle aurait une convulsion.
* Une perfusion doit être démarrée avec du sérum physiologique ou du Ringer Lactate pour administrer les médicaments en IV.
* Il faut installer une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire et la protéinurie   
  (le sulfate de magnésium doit être arrêté si le débit urinaire tombe en dessous de 30 ml par heure sur une période de 4 heures).
* Un strict compte rendu est fait de l’apport et du débit pour s’assurer qu’il n’existe pas de dose excessive de liquide.
* Les signes vitaux (tension artérielle et fréquence respiratoire en particulier), les réflexes et le rythme cardiaque fœtal devraient être suivis toutes les heures (il faut arrêter le sulfate de magnésium si la fréquence respiratoire tombe en dessous de 16 mouvements par minute ou si les réflexes rotuliens sont absents).
* Ausculter les poumons toutes les heures pour noter les râles qui signalent l’œdème pulmonaire.
* Un test de coagulation au lit de la patiente devrait être fait pour écarter la coagulopathie (la coagulopathie peut être provoquée par l’éclampsie).
* Les mesures prises pour traiter les complications devraient être expliquées à Mme C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on leur apportera tout le soutien émotionnel possible et on les rassurera.

**Evaluation**

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

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

**Références**

*Prise en charge des complications de la grossesse et de l’accouchement* : pages C-21 **ETUDE DE CAS 3a : SAIGNEMENT VAGINAL AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE**

**ETUDE DE CAS**

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

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

1. qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
   * Saluer Mme B. avec respect amabilité
   * Il faudra lui dire les mesures qui seront prises et la rassurer. De plus, il faut répondre de manière calme et rassurante à ses questions.
   * Un bilan initial rapide sera fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est en choc et a besoin d’un traitement d’urgence/réanimation : Pouls >100 ; tension artérielle systolique à 90 ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; transpiration rapide ; désorientée. Le bilan rapide suppose également une observation rapide du degré de connaissance/convulsions, douleur abdominale et température.
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
   * Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, la taille, la consistance et la position de l’utérus.
   * Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col est fermé, si des tissus sont visibles dans l’orifice externe du col, voir la quantité des saignements et confirmer la taille de l’utérus.
   * Il faut demander à Mme B. si elle sait quel médicament elle a pris au centre de santé et si un examen interne ou autre traitement a été fait.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

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

Les symptômes et signes (saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l’orifice du col, utérus légèrement plus petit qu’escompté normalement, utérus sensible, pertes vaginales malodorantes, fièvre et rythme cardiaque rapide) sont ceux de l’avortement incomplet avec septicémie

**ETUDE DE CAS 3a : SAIGNEMENT VAGINALE AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE**

**CLES DES REPONSES**

**ETUDE DE CAS**

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

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

1. qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
   * Saluer Mme B. avec respect amabilité
   * Il faudra lui dire les mesures qui seront prises et la rassurer. De plus, il faut répondre de manière calme et rassurante à ses questions.
   * Un bilan initial rapide sera fait pour contrôler les signes suivants et déterminer si elle est en choc et a besoin d’un traitement d’urgence/réanimation : Pouls >100 ; tension artérielle systolique à 90 ; pâleur, transpiration ou peau froide et moite ; transpiration rapide ; désorientée. Le bilan rapide suppose également une observation rapide du degré de connaissance/convulsions, douleur abdominale et température.
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen de Madame B. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
   * Un examen abdominal sera effectué pour déterminer la sensibilité, la taille, la consistance et la position de l’utérus.
   * Un examen pelvien sera réalisé pour contrôler la sensibilité et déterminer si le col est fermé, si des tissus sont visibles dans l’orifice externe du col, voir la quantité des saignements et confirmer la taille de l’utérus.
   * Il faut demander à Mme B. si elle sait quel médicament elle a pris au centre de santé et si un examen interne ou autre traitement a été fait.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

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

* Les symptômes et signes (saignement abondant, crampes/douleurs au bas-ventre, col dilaté, produits de la conception visibles dans l’orifice du col, utérus légèrement plus petit qu’escompté normalement, utérus sensible, pertes vaginales malodorantes, fièvre et rythme cardiaque rapide) sont ceux de l’avortement incomplet avec septicémie.

**ETUDE DE CAS 3b : SAIGNEMENT VAGINAL AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE**

**Instructions**

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de la lire, répondez aux questions sur l’étude. En répondant aux questions, prenez en compte les étapes de la prise de décision clinique. Les autres dans la salle travail sur le même ou sur un cas similaire. Quand tous les groupes auront terminé nous allons discuter des études de cas et des réponses que chaque groupe a développé.

**ETUDE DE CAS**

Mme A. a 28 ans. Elle est enceinte lorsqu’elle se présente au centre de santé en se plaignant d’hémorragie vaginale légère. Elle est enceinte pour la première fois et c’est une grossesse désirée et jusqu'à présent elle se sent bien.

1. **Accueil**

Comment accueillez vous Mme ?

1. **Bilan (antécédents ; examen général et examen obstétrical ; examens complémentaires)**

Qu’allez- vous inclure dans le bilan de Mme A et pourquoi ?

Quels aspects particulier de l’examen général et l’examen obstétrical de Mme A, vous aiderons à identifier son problème (ou ses problèmes) et à poser un diagnostic et pourquoi ?

1. **Diagnostic : identification des problèmes/besoins**

Vous avez effectué le bilan de Mme A et vos observations sont les suivantes :

Mme A. a une température de 36,8°C, son pouls est de 82 pulsations par minute et sa tension artérielle est de 110/70mm Hg.

Elle n’est pas pâle et ne transpire pas. Elle a de légère douleur au bas ventre, et elle léger saignement vaginal. La taille de son utérus correspond à l’âge de la grossesse ; elle n’a pas de douleur a la palpation utérine et le col est fermé

Selon ces circonstances, quel est le diagnostic/indentifications des problèmes/ besoin de Mme A et pourquoi ?

1. **Prestations de soins (planification et interventions)**

Selon votre diagnostic et identification des problèmes/besoins, quel est votre plan de soins pour Mme A pourquoi ?

1. **Evaluation**

Mme A revient au centre sanitaire trois jours plus tard. Elle dit que les saignements sont plus abondants depuis la nuit dernière, et que depuis elle a des crampes et des douleurs au bas ventre. Elle n’a expulsé de produit de conception, son utérus correspond aux dates, et le col est maintenant dilaté. Elle n’a aucun symptôme de choc.

Madame A est très inquiète de faire une fausse couche.

1. **Suivi**

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme A. et pourquoi ?

**ETUDE DE CAS 3b : SAIGNEMENT VAGINAL AU COURS DE LA PREMIERE MOITIE DE LA GROSSESSE**

**CLE DE REPONSES**

**Etude de cas**

Mme A. a 28 ans. Elle est enceinte de douze semaines lorsqu’elle se présente au centre de santé, en se plaignant d’hémorragie vaginale légère. Ceci est la première grossesse de Mme A. C’est une grossesse désirée et jusqu’à présent, elle se sent bien.

1. **Accueil**

Comment accueillerez-vous Mme A. ?

Mme A. devrait être reçue avec respect et amabilité.

On devrait lui dire ce qu’on va faire et on doit l’écouter attentivement. De plus, on doit répondre à ses questions de façon calme et rassurante.

1. **Bilan (antécédent, examen général et examen obstétrical ; examens complémentaires)**

Qu’allez-vous inclure dans le bilan de Mme A. et pourquoi ?

On devrait faire une évaluation rapide pour vérifier s’il y a des signes de choc (pouls rapide, faible, tension artérielle systolique inférieur à 90 mm Hg, pâleur et transpiration, respiration rapide, confusion) et pour déterminer quand le saignement vaginal a commencé, quelle quantité de sang elle a perdu et si le saignement est accompagné de douleurs/crampes abdominales.

Quels aspects particuliers de l’examen général et l’examen obstétrical de Mme A., vont vous aider à identifier ses problèmes/à poser un diagnostic et pourquoi.

Il faudrait effectuer un examen abdominal pour voir s’il y a une sensibilité à la palpation, et un examen spéculum pour confirmer l’origine de l’hémorragie ; il faut faire un toucher vaginal pour déterminer la taille, consistance et position de l’utérus et pour vérifier s’il est sensible au toucher ainsi que pour déterminer si le col est fermé, et pour apprécier les annexes.

Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans votre évaluation de Mme A. et pourquoi ?

Echographie pour apprécier le siège et la vitalité de la grossesse, et autre anomalie.

Il faudrait faire un taux d’hémoglobine/hématocrite pour voir s’il y a anémie.

Dosage de Bêta HCG plasmatique si possible.

1. **Diagnostic : Identification des problèmes/besoins**

Vous avez effectué le bilan de Mme A et vos observations sont les suivantes :

Mme A. a un pouls de 82 par minute, une tension artérielle de 110/70 mm Hg, un rythme respiratoire de 20 cycles par minute et une température de 36,8°C.

Elle n’est pas pâle et ne transpire pas.

Elle a de légères douleurs au bas-ventre, et, a un léger saignement vaginal. La taille de l’utérus de Mme A. correspond à l’âge de la grossesse, elle n’a pas de douleur à la palpation utérine, et le col est fermé. Elle n’a pas de masse latéro-utérine perçue.

Selon ces résultats, quel est le problème/besoin (diagnostic) de Mme A et pourquoi?

Les signes et symptômes concordent avec UNE MENACE D’AVORTEMENT (c'est-à-dire léger saignement, col fermé, utérus correspondant à l’âge gestationnel)

**4. Prestations de soins (planification et intervention)**

Selon votre diagnostic et identification des problèmes/besoins, quel est votre plan de soins pour Mme A et pourquoi?

Aucun traitement médicamenteux n’est nécessaire à ce point sauf le repos.

Il faudrait conseiller à Mme A d’éviter les activités fatigantes et les rapports sexuels.

Il faudrait lui offrir un soutien moral et la rassurer. Il faudrait lui donner des conseils concernant le repos, la nutrition et les signes de danger en insistant en particulier sur le saignement vaginal.

Si le saignement s’arrête, il faudrait que Mme A soit suivie à la consultation prénatale.

Si le saignement continue, il faudrait lui conseiller de revenir pour un examen plus approfondi.

**5. Evaluation**

Mme A revient au centre de santé trois jours plus tard. Elle est inquiète et bouleversée.

Elle dit que les saignements sont plus abondants depuis la nuit dernière, et depuis, elle a des crampes et des douleurs au bas-ventre.

Elle n’a pas expulsé de produits de conception, son utérus correspond à l’âge de la grossesse, et le col est maintenant dilaté. Elle n’a aucun signe de symptôme de choc.

**6. Suivi**

Selon ces constations, quel est votre plan continu des soins pour Mme A et pourquoi ?

Les signes et symptômes de Mme A correspondent maintenant à ceux d’un avortement en cours inévitable.

Il faudrait l’informer au sujet de l’évolution possible de sa grossesse et lui fournir un soutien normal et la rassurer.

Etant donné qu’elle est en ceinte de moins de 16 semaines, il faudrait prendre des dispositions pour évacuer l’utérus : soit par l’aspiration manuelle intra-utérine\*, soit par curage, soit par curetage selon le cas.

Il faudrait expliquer les étapes de la procédure d’évacuation à Mme A et l’encourager à exprimer ses inquiétudes, l’écouter attentivement et la rassurer.

Après la procédure d’évacuation, il faudrait rassurer Mme A concernant l’issue favorable d’une grossesse ultérieure et l’encourager à retarder sa prochaine grossesse jusqu’à ce qu’elle se soit complètement remise (ou pendant au moins trois mois).

Il faudrait au moins fournir un counseling au sujet de méthodes de planification familiale adéquates.

Il faudrait conseiller à Mme de revenir immédiatement en consultation en cas de :

- crampes abdominales prolongées (si elle dure plusieurs jours)

- saignement prolongé (plus de deux semaines)

- douleurs abdominales sévères ou accrues

- fièvre, frissons ou malaises

- pertes malodorantes

- perte de connaissance

Identifier les autres soins de santé de la production dont Mme A pourrait avoir besoin (par exemple, prophylaxie tétanique ou rappel de vaccin antitétanique, traitement contre les MST, dépistage du cancer du col)

Références

Prise en charge des complications de la Grossesse et de l’accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin, OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale.

**ETUDE DE CAS 4 : SAIGNEMENT VAGINAL AU COURS DE LA**

**DEUXIEME MOITIE DE LA GROSSESSE.**

**Etude de cas**

Mme D a 20 ans et elle est en bonne santé. C’est sa première grossesse, et jusqu’à présent, tout se passe bien. A sa 38éme semaines de gestation, Mme D arrive à l’urgence de l’hôpital de district, accompagnée par son mari. Elle dit qu’elle a des hémorragies vaginales de douleur rouge vif depuis 2 heures. Mme D est allée à la consultation prénatale trois fois durant sa grossesse. Lors de sa dernière visite prénatale, il y a deux semaines, il n’y avait rien d’anormal.

**1. Accueil**

Comment accueillerez-vous Mme D ?

**2. Bilan (antécédents, examen général et examen obstétrical, examens complémentaires)**

Qu’allez-vous inclure dans le bilan de Mme D et pourquoi ?

Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans le bilan de Mme D et pourquoi ?

3. **Diagnostic : Identification des problèmes/besoins**

Vous avez complété le bilan deMme D et vos conclusions sont les suivantes :

Mme D a un pouls de 88 pulsations /minute, une tension artérielle de 120/80 mm Hg, avec une fréquence respiratoire de 16 cycles par minute, et une température de 37°C.

L’hémorragie vaginale est légère à modéré et de couleur rouge vif, et Mme D dit qu’elle a utilisé 12 serviettes hygiéniques avant d’arriver à l’hôpital. La consistance utérine est souple et Mme D n’a pas de douleurs abdominales. L’utérus est longitudinal, avec présentation céphalique, et ma tête est bien au-dessus du détroit supérieur. Le fœtus est actif et les bruits du cœur fœtal sont de 120 battements/minute.

On n’a pas pu faire d’échographie.

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme D et pourquoi ?

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme D et pourquoi ?

**4. Prestations de soin (planification et intervention)**

Selon votre diagnostic et identification des problèmes/ besoins, quel est votre plan de soins pour Mme D et pourquoi ? (cf. fiche d’apprentissage)

**5. Evaluation**

Mme D a une hémorragie vaginale légère 2 jours après admission à l’hôpital de district. Sa condition est stable, le fœtus est toujours actif, et le cœur fœtal est 120/140 pulsations /minute. Le matin, du troisième jour à l’hôpital, les saignements de couleur rouge vif passent de léger à modéré. Il n’est pas possible de faire une échographie.

**6. Suivi**

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme D et pourquoi ?

**ETUDE DE CAS 4 : SAIGNEMENT VAGINAL AU COURS DE LA DEUXIEME MOITIE DE LA GROSSESSE.**

**CLE DE REPONSES**

**Etude de cas**

Mme D a 20 ans et elle est en bonne santé. C’est sa première grossesse, et jusqu’à présent, tout se passe bien. A sa 38éme semaines de gestation, Mme D arrive à l’urgence de l’hôpital de district, accompagnée par son mari. Elle dit qu’elle a des hémorragies vaginales de douleur rouge vif depuis 2 heures. Mme D est allée à la consultation prénatale trois fois durant sa grossesse. Lors de sa dernière visite prénatale, il y a deux semaines, il n’y avait rien d’anormal.

**1. Accueil**

Comment accueillerez-vous Mme D ?

Mme D et son mari devraient être reçue avec respect et amabilité.

On devrait leur dire ce qu’on va faire et on doit les écouter attentivement. De plus, on doit répondre à leurs questions de façon calme et rassurante.

**2. Bilan (antécédents, examen général et examen obstétrical, examens complémentaires)**

Qu’allez-vous inclure dans le bilan de Mme D et pourquoi ?

On devrait faire une évaluation rapide pour vérifier s’il y a des signes de choc (pouls rapide, faible, tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg, pâleur et transpiration, respiration rapide, confusion) et pour déterminer la quantité de sang qui a été perdue depuis que le saignement vaginal a commencé.

Il ne faudrait pas effectuer de toucher vaginal dans le cadre de l’évaluation initiale ; cependant, il faudrait faire un examen soigneux au spéculum pour écarter l’hypothèse de causes secondaires de saignement (par exemple, cervicite, traumatisme, polypes cervicaux).

Quels aspects particuliers de l’examen général et l’examen obstétrical de Mme B., vont vous aider à identifier ses problèmes/à poser un diagnostic et pourquoi?

Il faudrait effectuer un examen abdominal pour déterminer l’orientation et la présentation du fœtus (une orientation anormale et une représentation vicieuse peuvent être associées à un placenta prævia, tout comme peut l’être une tête fœtal élevée chez une primigeste avec un placenta prævia)

Il faudrait évaluer l’état du fœtus en auscultant les bruits du cœur fœtal (l’état du fœtus devrait être normal si Mme D présent un placenta prævia, tandis qu’avec un décollement prématuré du placenta, il y aura une souffrance fœtale ou l’absence de bruits du cœur fœtal)

Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans le bilan de Mme D et pourquoi ?

3. **Diagnostic : Identification des problèmes/besoins**

Vous avez complété le bilan deMme D et vos conclusions sont les suivantes :

Mme D a un pouls de 88 battements/minute, une tension artérielle de 120/80 mm Hg, avec une fréquence respiratoire de 16 cycles par minute, et une température de 37 C.

L’hémorragie vaginale est légère à modéré et de couleur rouge vif, et Mme D dit qu’elle a utilisé 12 serviettes hygiéniques avant d’arriver à l’hôpital. La consistance utérine est souple et Mme D n’a pas de douleurs abdominales. L’utérus est longitudinal, avec présentation céphalique, et la tête est bien au-dessus du détroit supérieur. Le fœtus est actif et les bruits du cœur fœtal sont de 120 battements/minute.

On n’a pas pu faire d’échographie.

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme D et pourquoi ?

Les signes et symptômes de Mme B sont concordants avec ceux D’UN PLACENTA PRAEVIA (c'est-à-dire, saignement vaginal non douloureux, tête fœtale élevée chez une primigeste ; l’état du fœtus est normal)

**4. Prestations de soin (planification et intervention)**

Selon votre diagnostic et identification des problèmes/ besoins, quel est votre plan de soins pour Mme D et pourquoi ? (cf. fiche d’apprentissage)

Il faudrait poser un bon abord veineux, cathéter G16-18, et mettre du sérum salé isotonique de lactate Ringer pour compenser les pertes sanguines.

Il faudrait prélever du sang pour l’hémoglobine/hématocrite, groupe sanguin et Rhésus et il faudrait disposer de sang pour la transfusion (test de compatibilité) si nécessaire.

Il faut garder Mme D à l’hôpital et la surveiller de près.

Il faut faire une échographie dès que possible pour localiser le placenta.

Il faudrait expliquer à Mme D et à son mari quelles étapes ont été effectuées pour prendre en charge les complications. En outre, il faudrait les encourager à exprimer leurs inquiétudes, les écouter attentivement et leur fournir un soutien psychologique et les rassurer.

**5. Evaluation**

Mme D a une hémorragie vaginale légère 2 jours après admission à l’hôpital de district. Sa condition est stable, le fœtus est toujours actif, et le cœur fœtal est 120/140 pulsations /minute. Le matin, du troisième jour à l’hôpital, les saignements de couleur rouge vif passent de léger à modéré. Il n’est pas possible de faire une échographie.

**6. Suivi**

Selon ces constations, quel est votre plan de continuité des soins pour Mme D et pourquoi ?

Puisqu’il n’a pas été possible de faire une échographie et puisque Mme D est enceinte de plus de 38 semaines, il faut prendre des dispositions immédiatement pour effectuer un examen vaginal en utilisant un spéculum désinfecté à haut niveau pour visualiser le col. Il faudrait faire le toucher vaginal dans la salle d’opération pour être prêt à effectuer une césarienne si c’était nécessaire.

Il faudrait expliquer la nature de la procédure et les risques encourus à Mme D et à son mari et continuer à leur fournir un soutien psychologique et à les rassurer.

Avant d’effectuer l’examen vaginal, il faut prendre un bon abord veineux et s’assurer que du sang compatible avec son groupe sanguin et Rhésus soit disponible.

Il faudrait confirmer qu’on est en présence d’un placenta prævia si, durant le toucher vaginal, on fait les constations suivantes :

● le col est dilaté et des tissus placentaires sont visibles

● Le col n’est pas dilaté mais des tissus spongieux sont sentis au niveau des culs de sac vaginal (signe du matelas placentaires)

● Si l’on confirme le placenta prævia dans sa variété latérale l’accouchement par voie basse est possible ; dans les autres cas, on devrait entreprendre un accouchement par césarienne.

Après l’accouchement, il faudrait observer l’état de Mme avec vigilance (signes vitaux, involution utérine, lochies) étant donné qu’il existe un haut risque d’hémorragie post-partum chez les femmes avec un placenta prævia.

Après l’accouchement, il faudrait fournir un counseling et de l’aide concernant l’allaitement au sein et les soins au nouveau-né, la nutrition, le repos et l’hygiène. Mme D sera informé des signes de danger et des mesures à prendre.

Il faudrait fixer un rendez-vous de suivi post-partum avec Mme D avant qu’elle ne quitte l’hôpital.

**Références**

Prise en charge des complications de la Grossesse et de l’Accouchement : Guide destiné à la sage-femme au médecin, OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale

**ETUDE DE CAS 5a : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L’ACCOUCHEMENT**

**Instructions**

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

***Etude de cas***

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

Elle est pâle et elle transpire.

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

***Evaluation***

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

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

ETUDE DE CAS 5a : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L’ACCOUCHEMENT

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?

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

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

* L’utérus de Mme A. devrait être examiné immédiatement pour voir s’il est contracté. Si l’utérus est contracté et ferme, le traumatisme génital est probablement dû au saignement. Si l’utérus n’est pas bien contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l’utérus atone. Si le placenta n’est pas complet, la cause la plus probable du saignement est la rétention de fragments placentaires.
* Un examen attentif doit être réalisé du périnée, du vagin et du col pour déceler les éventuelles déchirures.

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

* Aucun pour le moment

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

Elle est pâle et elle transpire.

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

ETUDE DE CAS 5b : SAIGNEMENT VAGINAL APRÈS L’ACCOUCHEMENT

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

* Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame B. et pourquoi ?
* 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 ?
* Quelles sont les procédures/tests de laboratoires que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame B. et pourquoi ?

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

*Tests de laboratoire :*

Le taux d’hémoglobine est de 9 g/dl

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

* En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame B. (problèmes/besoins) et pourquoi ?

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE DE CAS 5b : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L’ACCOUCHEMENT

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

Son utérus est mou, pas de sensibilité au toucher. Il se trouve pratiquement au niveau de son nombril. Elle n’a pas de signes de déchirure cervicale, vaginale ou périnéale. Les lochies sont rouges, modérées et sans mauvaise odeur. Elle a une légère pâleur conjonctivale.

*Tests de laboratoire :*

Taux d’hémoglobine est de 9 g/dl.

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

* En fonction de votre diagnostic (identification des problèmes/besoins), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame B. et pourquoi ?
* Massage de l’utérus de façon à ce qu’il se contracte et expulse les caillots restants.
* Administration de 10 unités d’ocytocine en IM.
* Si le col de Mme B. est dilaté, il faudrait procéder à une exploration manuelle de l’utérus pour retirer les caillots importants et les fragments placentaires. Auparavant, il faudrait administrer une dose unique d’antibiotiques prophylactique (2 g d’ampicilline en IV PLUS 1g de métronidazole ou de céfazoline en IV PLUS 500 mg de métronidazole en IV).
* Si le col n’est pas dilaté, il faut procéder à l’évacuation de l’utérus de Mme B. en utilisant la méthode de l’aspiration manuelle intra-utérine.
* Si le saignement continue, il faut évaluer la coagulation à l’aide du test de coagulation au lit de la patiente et le cas échéant traiter la coagulopathie.
* Les signes vitaux de Mme B. doivent être contrôlés et il faut vérifier que son utérus reste ferme et bien contracté.
* L’anémie doit être traitée à l’aide de 60 mg de sulfate ferreux ou fumarate ferreux par voie orale plus 400 µg d’acide folique par voie orale, une fois par jour pendant 6 mois.
* Il convient d’expliquer à Mme B. les mesures prises pour traiter la complication. De plus, on l’encouragera à exprimer ses préoccupations, on l’écoutera attentivement et on lui apportera le soutien affectif nécessaire tout en la rassurant.

**Evaluation**

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

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

**Références**

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

ETUDE DE CAS 5c: SAIGNEMENT VAGINAL APRES L’ACCOUCHEMENT

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE DE CAS 5C : SAIGNEMENT VAGINAL APRES L’ACCOUCHEMENT

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

* 1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame C. et pourquoi ?
* La saluer avec respect et amabilité.
* Lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. De plus, il faut répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
* Un rapide bilan initial doit être fait pour vérifier les signes suivants et déterminer si elle est entrée en choc et a besoin de traitement d’urgence/réanimation : pouls >110 ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; pâleur ; transpiration ou peau froide et moite ; respiration rapide ; confusion. Il faut également dans ce bilan initial faire une observation rapide de l’état de connaissance/convulsions, des douleurs abdominales et prendre la température.
  1. Quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame C. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
* En même temps que le bilan initial rapide, une palpation doit être faite de l’utérus de Mme C. pour voir s’il est contracté. Si l’utérus est contracté et ferme, le saignement est probablement imputable à un traumatisme génital. Si l’utérus n’est pas contracté et si le placenta est complet, la cause la plus probable du saignement est l’utérus atone.
* Il faut examiner attentivement le placenta pour voir s’il est complet.
* Il faut examiner attentivement le périnée, le vagin et le col pour détecter d’éventuelles déchirures.
  1. Quelles sont les procédures/tests de laboratoire que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C. et pourquoi ?
* Aucun pour le moment.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

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

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

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

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

* Les symptômes et signes de Mme C. (à savoir hémorragie immédiate du post-partum, placenta complet, utérus bien contracté) sont ceux du traumatisme génital.

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

**ETUDE DE CAS 6 : DEROULEMENT ANORMAL DU TRAVAIL**

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame D. et pourquoi ?
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

La température de Madame D. est de 37oC, son pouls est de 84 pulsations 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.

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

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

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

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

1. Quand faut-il réévaluer Madame D. et pourquoi ?

A la réévaluation, deux heures et demie plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, 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 œdémateux. 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.

1. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame D. (problème/besoin) et pourquoi ?
2. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame D. et pourquoi ?

ETUDE DE CAS 6 : DEROULEMENT ANORMAL DU TRAVAIL

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme D. et pourquoi ?
   * La saluer avec respect et amabilité.
   * Lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
   * Il faut lui demander à propos de la fréquence et de la régularité des contractions et   
     des saignements, pertes des eaux (rupture des membranes), fièvre, diminution des mouvements fœtaux et autres signes d’alerte ou problèmes.
   * Il faut prendre et noter sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa fréquence respiratoire. En cas de déshydratation, cétose ou choc, il faut démarrer tout de suite le traitement.
   * Il faut évaluer la réponse émotionnelle de Mme D. au travail pour déterminer son niveau d’angoisse et tolérance de douleurs.
2. Quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?
   * Un examen abdominal doit être fait pour déterminer la taille de l’utérus, la présentation du fœtus et la descente de la partie qui se présente ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Palpation de l’utérus pour déterminer la fréquence et la durée des contractions utérines.
   * Le toucher vaginal permettra de d’évaluer la dilatation du col, pour déterminer si les membranes sont encore intactes et déterminer le modelage.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

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

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

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

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

* Les contractions utérines sont moins de 3/10 minutes et durent moins de 40 secondes et le déroulement du travail n’étant pas favorable, le travail devrait être accéléré par perfusion d’ocytocine.

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

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

A la réévaluation, deux heures et demie plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, 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 œdémateux. 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.

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

**Références**

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

* Un antihypertenseur devrait être administré pour faire baisser la tension artérielle diastolique et la maintenir entre 90 et 100 afin de prévenir l’hémorragie cérébrale. L’hydralazine est le médicament de premier choix ; toutefois, s’il n’est pas disponible, le labétalol peut être utilisé.
* Un traitement anticonvulsivant doit être démarré. Le sulfate de magnésium est le médicament indiqué pour prévenir et traiter les convulsions dans le cas de pré-éclampsie et éclampsie sévères. Toutefois s’il n’est pas disponible, on peut utiliser le diazépam.
* Le matériel nécessaire pour répondre à une convulsion (voie aérienne, aspiration, masque et ballon, oxygène) doit être disponible au chevet de son lit.
* Il ne faut pas laisser Mme C. toute seule au cas où elle aurait une convulsion.
* Une perfusion doit être démarrée avec du sérum physiologique ou du Ringer Lactate pour administrer les médicaments en IV.
* Il faut installer une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire et la protéinurie   
  (le sulfate de magnésium doit être arrêté si le débit urinaire tombe en dessous de 30 ml par heure sur une période de 4 heures).
* Un strict compte rendu est fait de l’apport et du débit pour s’assurer qu’il n’existe pas de dose excessive de liquide.
* Les signes vitaux (tension artérielle et fréquence respiratoire en particulier), les réflexes et le rythme cardiaque fœtal devraient être suivis toutes les heures (il faut arrêter le sulfate de magnésium si la fréquence respiratoire tombe en dessous de 16 mouvements par minute ou si les réflexes rotuliens sont absents).
* Ausculter les poumons toutes les heures pour noter les râles qui signalent l’œdème pulmonaire.
* Un test de coagulation au lit de la patiente devrait être fait pour écarter la coagulopathie (la coagulopathie peut être provoquée par l’éclampsie).
* Les mesures prises pour traiter les complications devraient être expliquées à Mme C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on leur apportera tout le soutien émotionnel possible et on les rassurera.

**Evaluation**

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

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

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

**Références**

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

**ETUDE DE CAS 7 a: FIEVRE PENDANT LA GROSSESSE**

**Instructions :**

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de lire, répondez aux questions en prenant en compte les étapes de la prise de décision clinique. Les autres groupes dans la salle travaillent sur le même cas ou un similaire. Quand tous les groupes auront terminé, nous discuterons sur les réponses que chaque groupe aura développées.

**Etude de cas :**

Mme A a 20 ans, est enceinte de 22 semaines. Lorsqu’elle s’est présentée à la clinique les jours précédents, on a noté que sa grossesse progressait normalement. Cependant elle se plaint de fièvre et frisson intermittent depuis 24 H, elle pensait qu’elle avait la grippe comme la plupart des gens de son village. On lui conseilla de se reposer, de boire beaucoup de liquide et de demander de l’aide si les symptômes persistaient. Mme A se rend au service des urgences de l’hôpital à 20 H le soir suivant, se plaignant de fièvre et de frisson intermittent qui continuent. Elle a maintenant des douleurs au bas ventre et des difficultés à uriner.

**Accueil :**

Comment accueillez-vous Mme A ?

**Bilan (antécédents, examen général et examen obstétrical, examens complémentaires) :**

Qu’allez-vous inclure dans le bilan de Mme A et pourquoi ?

Quel aspect particulier de l’examen général de Mme A vous aidera à identifier le problème (ou les problèmes) à poser le diagnostic et pourquoi ?

Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans le bilan de Mme A et pourquoi ?

**Diagnostic : identification des problèmes/besoins :**

Vous avez effectuez le bilan de Mme A et vous avez trouvé l’information suivante : Mme A dit qu’elle ne se sent pas bien du tout, ne peut rien boire et manger depuis au moins 24 H. Elle a une température de 38° C, elle a une dysurie des douleurs abdominales et lombaires ainsi que des douleurs à la palpation. Sa TA est de 11/7, l’ECBU et l’antibiogramme n’ont pas pu être fait ; le personnel de laboratoire ayant terminé sa journée.

Selon ces constats, quel est le problème/le diagnostic de Mme A et pourquoi ?

**Prestation de soins (planification et intervention) :**

Selon votre diagnostic et identification de problèmes/besoins quel est votre plan de soins pour Mme A et pourquoi ?

**Evaluation**

Il y a maintenant 3 jours que le traitement de Mme A. a été initié.

L’ECBU et l’antibiogramme montre qu’elle a été traitée avec des antibiotiques appropriés. Elle a une température normale depuis ces dernières 24 H, elle dit qu’elle se sent mieux mais a toujours des douleurs lombaires.

En vous basant sur ces informations quel est votre plan de soins pour Mme A et pourquoi ?

**ETUDE DE CAS 7 a : FIEVRE PENDANT LA GROSSESSE/CLES DES REPONSES**

**Instructions :**

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Lorsque les autres membres de votre groupe auront fini de lire, répondez aux questions en prenant en compte les étapes de la prise de décision clinique. Les autres groupes dans la salle travaillent sur le même cas ou un similaire. Quand tous les groupes auront terminé, nous discuterons sur les réponses que chaque groupe aura développées.

**Etude de cas :**

Mme A a 20 ans, est enceinte de 22 semaines. Lorsqu’elle s’est présentée à la clinique les jours précédents, on a noté que sa grossesse progressait normalement. Cependant elle se plaint de fièvre et frisson intermittent depuis 24 H, elle pensait qu’elle avait la grippe comme la plupart des gens de son village. On lui conseilla de se reposer, de boire beaucoup de liquide et de demander de l’aide si les symptômes persistaient. Mme A se rend au service des urgences de l’hôpital à 20 H le soir suivant, se plaignant de fièvre et de frisson intermittent qui continuent. Elle a maintenant des douleurs au bas ventre et des difficultés à uriner.

**Accueil :**

Comment accueillez-vous Mme A ?

*Mme A devrait être reçue avec respect et amabilité. De plus il faudra lui expliquer ce qu’on va faire, l’écouter attentivement et répondre à ses questions.*

**Bilan (antécédents, examen général et examen obstétrical, examens complémentaires) :**

Qu’allez-vous inclure dans le bilan de Mme A et pourquoi ?

*Faire une évaluation rapide pour évaluer l’ampleur de la maladie. Vérifier sa* température, *son Pouls, TA.*

Lui demander quand est ce que les douleurs ont commencé, la nature et le siège. Préciser quand est ce que la dysurie a commencé et si son urine est devenue trouble*.*

Quel aspect particulier de l’examen général de Mme A vous aidera à identifier le problème (ou les problèmes) à poser le diagnostic et pourquoi ?

Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans le bilan de Mme A et pourquoi ?

**Diagnostic : identification des problèmes/besoins :**

Vous avez effectuez le bilan de Mme A et vous avez trouvé l’information suivante : Mme A dit qu’elle ne se sent pas bien du tout, ne peut rien boire et manger depuis au moins 24 H. Elle a une température de 38° C, elle a une dysurie des douleurs abdominales et lombaires ainsi que des douleurs à la palpation. Sa TA est de 11/7, l’ECBU et l’antibiogramme n’ont pas pu être fait ; le personnel de laboratoire ayant terminé sa journée.

Selon ces constats, quel est le problème/le diagnostic de Mme A et pourquoi ?

**Prestation de soins (planification et intervention) :**

Selon votre diagnostic et identification de problèmes/besoins quel est votre plan de soins pour Mme A et pourquoi ?

**Evaluation**

Il y a maintenant 3 jours que le traitement de Mme A. a été initié.

L’ECBU et l’antibiogramme montre qu’elle a été traitée avec des antibiotiques appropriés. Elle a une T° normale depuis ces dernières 24 H, elle dit qu’elle se sent mieux mais a toujours des douleurs lombaires.

3-Quel est l’aspect particulier de l’examen général de Mme A qui vous aidera à identifier le problème (ou les problèmes) à poser le diagnostic et pourquoi ?

Vérifier si Mme A a des douleurs dans la région lombaire et si elle est sensible ; ce qui reflète parfois une pyélonéphrite aigue.

4- Quels examens complémentaires allez-vous inclure dans le bilan de Mme A et pour quoi ?

Recueillir un échantillon du milieu du jet d’urine et effectuer une culture et un antibiogramme.

Diagnostic : identification des problèmes /besoins

5-Selon ces constats, quel est le problème /diagnostic de Mme A et pour quoi ?

Les signes et symptômes de Mme A cadrent bien avec une pyélonéphrite (c'est-à-dire dysurie, clocher thermique avec frisson, douleur/sensibilité dans la région lombaire)

Prestation de soins (Planification et Intervention)

6-Selon votre diagnostic et identification de problèmes /besoins quel est votre plan de soins pour Mme A et pour quoi ?

Il faudra admettre Mme A à l’hôpital, lui expliquer les étapes de la prise en charge, l’encourager à exprimer ses inquiétudes, l’écouter attentivement et lui fournir un soutien émotionnel.

Initier une perfusion pour assurer une hydratation adéquate, permettre que les antibiotiques soient administrés par IV, commencer à administrer les antibiotiques comme suit : 2 grammes d’ampicilline toutes les 6 heures, Gentamycine 5mg/kg toutes les 24 heures, donner 500mg de Paracétamol à renouveler si nécessaire.

Surveiller sa T°, son pouls au moins toutes les 4 heures, de même que les contractions utérines (CU) et glaire cervicale teintée de sang penser à un travail prématuré.

Evaluation

Il y a maintenant 3 jours que le traitement de Mme A a été initié.

L’ECBU et l’antibiogramme montre qu’elle a été traitée avec des antibiotiques appropriés. Elle a une T° normale depuis ces dernières 24 H, elle dit qu’elle se sent mieux mais a toujours des douleurs lombaires.

Basé sur ces informations quel est votre plan de soins pour Mme A et pourquoi ?

Expliquez à Mme A les détails entrepris pour la prise en charge continue de la complication**.** L’encourager à exprimer ses inquiétudes, l’écouter attentivement et lui fournir un soutien psychologique.

Poursuivre les mêmes antibiotiques jusqu’à ce qu’il n’y ait plus de fièvre pendant 48 heures (Amoxicilline 1 gramme par voie orale pendant 14 jours)

A titre prophylactique, administrer 1 comprimé pendant 2 semaines après l’accouchement.

Continuer à prendre du Paracétamol en cas de besoin.

Encourager la prise supplémentaire de liquide par voie orale.

Continuer à surveiller la T°, le pouls, CU, pendant qu’elle est l’hôpital.

Une fois le traitement terminé lui fournir les conseils pour diminuer le risque d’infection, l’informer sur les signes de danger et lui demander de se présenter à l’hôpital s’ils surviennent

ETUDE DE CAS 7b : FIÈVRE APRÈS ACCOUCHEMENT

**Instructions**

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

**Etude de cas**

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

1. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame A. (problèmes/besoins) et pourquoi ?

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

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

ETUDE DE CAS 7b : FIEVRE APRES ACCOUCHEMENT

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. et pourquoi ?

* La saluer avec respect et avec amabilité.
* Lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. Il s’agit également de répondre à ses questions de manière calme et rassurante.
* Bilan initial rapide pour déterminer la gravité : température, pouls, pression artérielle et respirations. Il convient également de noter la présence d’autres signes et symptômes: douleurs abdominales, fréquence de la miction ou douleurs à la miction, sensibilité abdominale, saignement, lochies malodorantes ou perte de connaissance.

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

* Il faut examiner la plaie de Mme A. pour noter toute douleur ou sensibilité, écoulement, formation d’abcès et cellulite. (Sensibilité de la plaie, écoulement sanguin ou séreux et léger érythème s’étendant au-delà de l’incision sont des signes qui peuvent évoquer un abcès à la plaie ou un hématome de la plaie alors que l’érythème ou l’œdème s’étendant au-delà de l’incision, des pertes purulentes et une zone rougeâtre autour de la plaie sont des signes de cellulite traumatique.) En cas de pertes purulentes, déterminer si elles proviennent de la plaie ou de la zone au-dessus (vagin, utérus).
* Un examen abdominal sera également effectué avec observation des lochies pour détecter tout signe évoquant la fièvre du post-partum (douleurs et sensibilité abdominales et lochies purulentes et malodorantes).

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

* Aucun pour le moment

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

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

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

* Les symptômes et signes de Mme A. (sensibilité de la plaie, écoulement de pus, érythème, fièvre) sont ceux d’un abcès à la plaie.

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

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

* Mettre à nouveau un pansement humide sur la plaie.
* Les étapes prises pour la prise en charge continue de la complication devraient être expliquées à Mme A. De plus, on l’encouragera à exprimer ses préoccupations, on l’écoutera attentivement et on lui apportera un soutien affectif tout en la rassurant.
* Mme A. devrait être suivie tous les jours jusqu’à ce que la plaie soit guérie.

**Références**

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

ETUDE DE CAS 7c : FIEVRE APRES L’ACCOUCHEMENT

**Instructions**

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

***Etude de cas***

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

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

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

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

Elle semble pâle et léthargique et légèrement désorientée.

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

**Evaluation**

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

La température de Madame C. est de 38oC, 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 minimes et ne sont plus malodorantes.

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

ETUDE DE CAS 7c : FIEVRE APRES L’ACCOUCHEMENT

CLES DES REPONSES

**Etude de cas**

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

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

1. Qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame C. et pourquoi ?

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

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

* Aucun à ce stade.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse :*

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

*Examen physique :*

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

Elle semble pâle et léthargique et légèrement désorientée.

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

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

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

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

**Prestation de soins (planification et intervention)**

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

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

**Evaluation**

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

La température de Madame C. est de 38oC, 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 minimes et ne sont plus malodorantes.

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

* Les antibiotiques doivent être continués jusqu’à ce que la fièvre cesse pendant 48 heures. Point besoin d’administrer des antibiotiques par voie orale après avoir arrêté les antibiotiques en IV.
* Il faut continuer à suivre ses signes vitaux, apport hydrique et diurèse, sensibilité et involution de l’utérus ainsi que les lochies.
* Il faut continuer les liquides en IV pour maintenir l’hydratation jusqu’à ce que Mme C. soit suffisamment remise pour boire et manger.
* Les étapes prises pour continuer la prise en charge de la complication devraient être expliquées à Mme C. et à son mari. De plus, on les encouragera à exprimer leurs préoccupations, on les écoutera attentivement tout en apportant un soutien affectif et on les rassurera.
* Il faut également prévoir de s’entretenir avec l’accoucheuse traditionnelle qui a assisté à l’accouchement et lui enseigner les bonnes conditions d’hygiène qui doivent accompagner une naissance.

**Références**

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

**ETUDE DE CAS 8 : ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUES DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL/**

**Etude de cas**

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

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

**1. qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme D. et pourquoi ?**

**2. quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir**

**un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?**

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse*

Mme D. signale que les contractions sont devenues de plus en plus intenses dans les 12 heures depuis qu’elles Madame ont commencé et qu’elles surviennent environ 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 37oC, son pouls est de 84 pulsations 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 trois contractions en l’espace de 10 minutes, durant chacune 30 secondes .Les 5 /5 de la tête fœtal sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne. Le rythme cardiaque 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 de crâne fœtal.

**3. en fonction de vos résultats, quel est votre diagnostic de Madame D (problème/besoin) et pourquoi ?**

**Prestation de soins (planification et intervention)**

**4. En fonction de votre diagnostic (identification de problèmes/besoin), quels sont les soins que vous**

**Envisager pour Madame D. et pourquoi**

**EVALUATION**

Quatre heures plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, son pouls est de 88 par minute et sa tension artérielle est de 140/70. Elle a 4 contractions en 10 minutes, chacune durant 30 secondes.

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

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

**5. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Mme D. (problèmes/besoins) et pourquoi ?**

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

**7. Quand faut-il réévaluer Madame D. et pourquoi ?**

A la réévaluation, deux heures et demie plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, son pouls est de 90 par minute et sa tension artérielle est 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 œdémateux. 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 Mme D. (problèmes/besoins) et pourquoi ?**

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

**ETUDE DE CAS 8 : ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUES DEROULEMENT DEFAVORABLE DU TRAVAIL/**

**CLES DE REPONSES**

**Etude de cas**

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

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

**1. qu’est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Mme D. et pourquoi ?**

● la saluer avec respect et amabilité.

● lui indiquer les mesures qui seront prises et l’écouter attentivement. De plus, il faudra répondre à ses questions de façon calme et rassurante.

● Il faut lui demander à propos de la fréquence et de la régularité des contraction et des saignements, pertes des eaux (rupture des membranes), fièvre, diminution des mouvements fœtaux et autres signes d’alerte ou problèmes.

● Il faut et noter sa température, son pouls, sa tension artérielle et sa fréquence respiratoire. En

Cas de déshydratation, cétose ou choc, il faut démarrer tout de suite le traitement.

● Il faut évaluer la réponse émotionnelle de Mme D. au travail pour déterminer son niveau d’angoisse et tolérance de douleurs.

**2. quels sont les aspects particuliers de l’examen physique de Madame D. qui vous aideront à établir**

**un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins et pourquoi ?**

● Un examen abdominal doit être fait pour déterminer la taille de l’utérus, la présentation de fœtus et de la partie qui se pressente ainsi que le rythme cardiaque fœtal. Palpation de l’utérus pour déterminer la fréquence et la durée des contractions utérines.

**Diagnostic (identification des problèmes/besoins)**

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

*Anamnèse*

Mme 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 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 37oC, son pouls est de 84 pulsations 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 modérément affligée par la douleur.

La hauteur de l’utérus est de 40 cm. Elle a trois contractions en l’espace de 10 minutes, durant chacune 30 secondes .Les 5 /5 de la tête fœtal sont palpables au-dessus de la symphyse pubienne. Le rythme cardiaque 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 de crâne fœtal.

**3. en fonction de vos résultats, quel est votre diagnostic de Madame D (problème/besoin) et pourquoi ?**

● Les symptômes et signes de Mme D. (dilatation du col de 4 cm et contractions utérines régulières)

Correspondent à la phase active du premier stade du travail.

**Prestation de soins (planification et intervention)**

**4. En fonction de votre diagnostic (identification de problème/besoin), quels sont les soins que vous**

**Envisager 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.

● Les observations continues : pouls maternel, rythme cardiaque fœtal et contractions toutes les demi-heures ;

Température toutes les deux heures, tension artérielle, dilatation, liquide amniotique, modelage, descente de la tête et urines (recherche de protéinurie et acétone) toutes les quatre heures.

● Les observations doivent être portées sur le programme.

● Toucher vaginal après 4 heures pour évaluer le déroulement du travail.

**EVALUATION**

Quatre heures plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, son pouls est de 88 par minute et sa tension artérielle est de 140/70. Elle a 4 contractions en 10 minutes, chacune durant 30 secondes.

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

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

**5. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Mme D. (problèmes/besoins) et pourquoi ?**

● les signes de Mme D. correspondent à présent à ceux de la phrase 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 problèmes/besoins), quel est le plan de soins continus pour Madame D. et pourquoi ?

● Les contractions utérines sont moins de 3/10 minutes et durent moins de 40 secondes et le déroulement

du travail n’étant pas favorable, le travail devrait être accéléré par perfusion d’ocytocine.

La perfusion d’ocytocine est démarrée (2,5 unités en 500 ml). Le taux est titré pour déclencher au moins 3

contractions utérines en l’espace de 10 minutes durant au moins 40 secondes.

**7. Quand faut-il réévaluer Madame D. et pourquoi ?**

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

A la réévaluation, deux heures et demie plus tard, la température de Madame D. est de 37oC, son pouls est de 90 par minute et sa tension artérielle est 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 œdémateux. 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 Mme D. (problèmes/besoins) et pourquoi ?**

● Les symptômes et signes de Mme D. (arrêt secondaire de la dilatation du col et de descente de la partie

qui se présente alors qu’on assiste à de bonnes contractions) sont ceux qui entrent dans le diagnostic du

travail dystocique imputable à la disproportion céphalo pelvienne.

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

● Des dispositions doivent être prises pour accoucher immédiatement Mme D. par césarienne.

**JEUX DE ROLE**

**JEU DE ROLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE   
PENDANT LES SONU**

**Instructions**

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

**Rôles des participants**

Prestataire : Le prestataire est une sage-femme qui a de l’expérience et de bonnes compétences de communication interpersonnelle.

Patiente : Madame A. a 20 ans. Elle a accouché il y a 2 heures chez elle.

Accompagnant : Accoucheuse traditionnelle (AT) du village qui a aidé Madame A. à accoucher.

**Situation**

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

**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 ?

1. 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 ?

**JEUX DE ROLE  Conseils sur les soins maternels kangourou(SMK)**

**Scenario**

Mme B Cissé 32 ans consulte au CS pour refroidissement des extrémités de son bébé né à 35 semaines d’aménorrhée pesant 2200g, température rectale 36oC, avec une bonne succion

Le prestataire informe la cliente de la nécessité d’administration des SMK  a ce NN prématuré qui a une température inférieure à 36,5oC,

Le prestataire montre à la cliente les étapes de SMK

* Position de la mère et du bébé
* Techniques d’alimentation du NN au moment des SMK

Le prestataire informe la cliente quand faut-il arrêter les SMK

La cliente pose des questions sur l’utilité des SMK au prestataire et le prestataire répond

**SIMULATIONS CLINIQUESSIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DU CHOC (CHOC SEPTIQUE OU HYPOVOLEMIQUE**)

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 1**  **(Information fournie et questions posées par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 1. Mme L. est une multi geste 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.”  * Que faites-vous ? | * **Appeler** à l’aide. Mobiliser d’urgence tout le personnel disponible. * Evaluer immédiatement Mme L. pour déterminer s’il y a choc, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), le niveau de connaissance, la couleur et température de la peau. * Dire à Mme L. (et à son mari) ce que vous  allez faire. L’écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. * Tourner Mme L. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes. |
| 1. A l’examen, vous constatez que Mme L. a  une température de 37ºC, un pouls de 120 pulsations/minute, une tension artérielle de 84/50 mm Hg et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite.  * Qu’est-ce qui ne va pas chez Mme L. ? * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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 la perfusion IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, groupage sanguin, test de 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. |
| ***Question 1 de discussion****:* *Comment savez-vous qu’une femme se trouve dans un état de choc ?* | ***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.* |
| ***Question 2 de discussion****:* *S’il est impossible  de poser un cathéter sur une veine périphérique, que faudrait-il faire ?* | ***Réponse attendue :*** *Pratiquer une dénudation veineuse ?* |
| ***SCENARIO 1***  **(suite)** | **CLES DES REACTIONS/REPONSES**  **(suite)** |
| 3. A l’examen supplémentaire, vous constatez que l’utérus de Mme L. est mou et qu’il n’est pas contracté mais qu’il n’est pas sensible. Ses habits à partir de la taille sont trempés de sang.   * Quels sont les principaux problèmes de Mme L. ? * Quelles sont les causes de son choc et saignement ? * Qu’allez-vous faire ensuite ? | * 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. |
| 1. 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.  * Qu’allez-vous faire à présent ? | * + Administrer un autre litre de liquide pour vérifier que 2 litres sont infusés dans l’heure qui suit le début du traitement.   + Continuer à administrer de l’oxygène à 6–8 l/minute.   + Continuer à vérifier que l’utérus reste contracté.   + Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle. |
| 1. Encore une fois 15 minutes après, l’utérus est encore ferme et les saignements ont cessé. Le pouls de Mme L. est de 90pulsations /minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.  * Qu’allez-vous faire à présent ? | * + - Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en  6 heures.     - Continuer à vérifier que l’utérus reste contracté.     - Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.     - Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. |
| * 1. L’état de Mme L. s’est stabilisé. Vingt-quatre heures plus tard, son hémoglobine est de 6,5 g/dl. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * + - Commencer à administrer 120 mg de fumarate ferreux par voie buccale PLUS 400 μg d’acide folique par voie buccale tous les jours et dire  à Mme L. qu’elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 2**  **(Information fournie et questions posées par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 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.      * Qu’elle-vous faire? | * **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 preoccupations. * Tourner Mme M. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes. |
| * 1. A l’examen, vous constatez que la température  de Mme M. est de 39,4ºC, son pouls de 136 pulsations/minute, sa tension artérielle de 80/50 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Elle est confuse et somnolente. * Qu’est-ce qui ne va pas chez Mme M. ? * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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 la perfusion IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, groupe sanguin, test de compatibilité et test de coagulation au lit de la patiente pour la coagulopathie). * Démarrer l’oxygène à 6–8 l/minute. * Sonder la vessie. * Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l’utérus pour voir s’il est ferme  et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. * Couvrir Mme M. pour la garder au chaud. * Elever les jambes. |
| * 1. A l’examen supplémentaire, vous constatez que l’utérus de Mme M. est sensible et qu’elle a des lochies nauséabondes. Une fois que vous lui avez demandé, la voisine indique que des herbes ont été insérées dans le vagin de Mme M. pendant le travail. * Quels sont les principaux problèmes de Mme M. ? * Quelles sont les causes du choc et pourquoi ? * Qu’allez-vous faire ensuite ? | * 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). |
| 1. Après 6 heures, la température de Mme M. est  de 38ºC, son pouls de 100 pulsations/minute,  sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle  est très alerte et orientée.  * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Ajuster le taux de perfusion IV à 1 l en 6 heures. * Continuer à suivre la température, le pouls et la tension artérielle. * Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. * Continuer à administrer des antibiotiques. |

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

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

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

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

**Matériel :** Sphygmomanomètre, stéthoscope, équipement pour démarrer une perfusion IV, seringues et tubes de prélèvement, 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 1**  **(Information fournie et questions posées par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 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.  * Qu’allez-vous faire? | * **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. |
| ***Question 1 de discussion****:* *Qu’allez-vous faire  si vous n’avez pas de sulfate de magnésium à l’hôpital ?* | ***Réponse attendue :*** *Utiliser 10 mg de diazépam lentement sur  2 minutes.* |
| 1. 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.  * 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 ? | * Indiquer que les symptômes et signes de Mme G. évoquent l’éclampsie. * Administrer lentement 5 mg d’hydralazine par IV toutes les 5 minutes jusqu’à ce que la tension artérielle diastolique ait baissé entre 90–100 mm Hg. * Indiquer que la raison pour laquelle la tension artérielle diastolique de Mme G. doit se situer entre 90 mm Hg et 100 mm Hg, c’est pour prévenir l’hémorragie cérébrale. * Demander à un membre du personnel d’aider à insérer une sonde pour suivre le débit urinaire et contrôler la protéinurie. * Demander à un second membre d’installer une voie veineuse avec du sérum physiologique ou Ringer lactate et prélever du sang pour évaluer la coagulation en utilisant le test de coagulation au lit de la patiente. * Consigner strictement la diurèse sur un graphique. |
| ***Question 2 de discussion****:* *Est-ce que vous donneriez de l’hydralazine supplémentaire après  la première dose ?* | ***Réponse attendue :*** *Répéter toutes les heures, tel que nécessaire ou administrer 12,5 mg par IM toutes les 2 heures, tel que nécessaire.* |
| * 1. Quinze minutes plus tard, la tension artérielle de Mme G. est de 94 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| **SCENARIO 1**  **(suite)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(suite)** |
| * 1. A présent, le traitement a été démarré depuis 1 heure. Mme G. dort mais s’éveille facilement. Elle est alertée. 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.      + Qu’allez-vous faire à présent ? | * Continuer à suivre le pouls, la tension artérielle, le taux de respiration, les réflexes rotuliens et le rythme cardiaque fœtal. * Suivre le débit urinaire et les apports de liquides en IV. * Suivre l’évolution de l’œdème pulmonaire en auscultant les poumons pour détecter les râles. * Evaluer le col de Mme G. pour voir si l’évolution est favorable ou défavorable. |
| 1. 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 anormalité du rythme cardiaque fœtal.  * Qu’allez-vous faire à présent ? * Quand l’accouchement devrait-il avoir lieu ? | * 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 provoquer 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 2**  **(Information fournie et questions posées  par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| * + 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 de violents maux de tête et  une vision floue depuis 6 heures. Mme H. indique qu’elle se sent très malade. * Qu’allez-vous faire ? | * **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. |
| * + - 1. Le pouls de Mme H. est de 100 pulsations /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. * Quel est le problème de Mme H. ? * Qu’allez-vous faire à présent ? * Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ? | * Indiquer que les symptômes et signes de Mme H. sont ceux d’une pré éclampsie 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. |
| * + - * 1. Après 15 minutes, Mme H. se repose tranquillement. Elle a encore des maux de tête et une hyperréflexie. * Qu’allez-vous faire à présent ? * Qu’allez-vous faire pendant l’heure qui vient ? | * 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. |
| 1. Cela fait à présent une heure que le traitement de Mme H. a commencé. Son pouls est encore de 100pulsations/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.  * Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ? * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Indiquer que l’anormalité du rythme cardiaque fœtal est la principale préoccupation à présent. * Indiquer que Mme H. devrait être prête à se rendre à la salle d’opération pour une césarienne. * Indiquer à Mme H. (et à sa belle-mère) ce que vous êtes en train de faire, l’écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. |

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

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

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

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

**Matériel :** Fiche d’Apprentissage pour les Soins Après Avortement et le Counseling pour la Planification familiale Après Avortement, simulateur de naissance et modèle de placenta/cordon/ 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.

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 1**  **(Information fournie et questions posées par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 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 saignotements 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.      * Quelle est votre première préoccupation ? * Qu’allez-vous faire en premier ? | * 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. |
| 1. A l’examen, vous constatez que le pouls de Mme A. est de 100 pulsations /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.  * Est-ce que Mme A. est en choc ? * Qu’allez-vous faire ensuite ? * Quelles sont les questions que vous poserez ? | * 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. |
| * 1. 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. * Qu’allez-vous faire ensuite et pourquoi ? | * 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 bi manuel pour exclure l’avortement inévitable ou incomplet. * Prendre la température de Mme A. pour exclure la possibilité d’une septicémie. |
| * 1. A l’examen, vous constatez que l’utérus est ferme, légèrement sensible et palpable juste  au-dessus du niveau de la symphyse pubienne. Il n’existe pas de masses annexielles. L’examen bi manuel 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. * Quel est votre diagnostic ? * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Indiquer que Mme A. à un avortement incomplet.   + Expliquer les résultats à Mme A. (et à sa famille).     - Préparer Mme A. pour une aspiration manuelle  intra-utérine (AMIU). |

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario** **1**  **(suite)** | **Reactions/Reponses CLES**  **(suite)** |
| ***Question 1 de discussion****:* *Pourquoi avez-vous écarté la possibilité d’une grossesse extra-utérine ?* | ***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.* |
| 1. La salle de traitement est occupée pour le moment car une autre patiente ayant un avortement incomplet est en train de recevoir une AMIU. La pièce sera disponible dans  30 minutes.    * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Expliquer la situation à Mme A. (et à sa famille) et les rassurer. * Maintenir la perfusion. * Administrer 0,2 mg d’ergométrine en IM OU 400 μg de misoprostol par voie buccale. * Continuer à suivre les pertes de sang, le pouls et la tension artérielle. |
| 1. 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 pulsations /minute et sa tension artérielle de 98/60 mm Hg.      * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| * 1. 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. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| * 1. 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.      * Qu’allez-vous faire avant de la laisser partir ? | * Parler à Mme A. si elle souhaite tomber enceinte et quand ; lui fournir, si nécessaire, des conseils de planification familiale et une méthode de planification familiale. * La rassurer quant à ses chances d’une autre grossesse à issue favorable. * Indiquer à Mme A. de consulter immédiatement les services de santé si elle a des crampes prolongées, un saignement prolongé, des saignements plus abondants qu’une menstruation normale, une douleur sévère ou croissante,  de la fièvre, des frissons ou des malaises, des pertes malodorantes, des évanouissements. * Lui parler, à elle et à son mari, des pratiques sexuelles  sans risques. * Lui demander si elle a reçu sa vaccination antitétanique  et fournir celle-ci, le cas échéant. |

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 1**  **(Information fournie et questions posées  par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 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.    * Qu’allez-vous faire ? | * **Appeler** à l’aide. Mobiliser d’urgence tout le  personnel disponible. * Evaluer immédiatement Mme B. pour déterminer  l’état général, dont les signes vitaux (température, pouls, tension artérielle et respiration), niveau de connaissance, couleur et température de la peau. * Indiquer à Mme B. ce que vous êtes en train de faire, l’écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations. |
| 1. A l’examen, vous constatez que Mme B. a un pouls de 120 battements/minute, qu’elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau n’est ni froide ni moite.    * Quel est le problème de Mme B. ?    * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Indiquer que Mme B. est en état de choc suite au saignement du post-partum. * Palper l’utérus pour voir s’il est ferme. * Demander à un des membres du personnel qui a répondu à l’appel d’installer voie veineuse et de perfuser, en utilisant une aiguille de gros calibre, du sérum physiologique ou Ringer lactate, à raison  d’1 l en 15 à 20 minutes avec 10 unités d’ocytocine. * Tout en administrant l’IV, prélever du sang pour  les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation au  lit de la patiente pour la coagulopathie). |
| ***Question 1 de discussion*** *: Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?* | ***Réponses attendues*** *: Pouls supérieur à 110 pulsations 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.* |
| * 1. Vous constatez que l’utérus de Mme B. est mou et n’est pas contracté.      * + Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| * 1. Après 5 minutes, l’utérus de Mme B. est bien contracté, mais elle continue à saigner abondamment. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Examiner le col, le vagin et le périnée pour voir s’il existe des déchirures. * Demander à des membres du personnel de vous aider  à trouver le placenta et examiner pour voir s’il y a  des morceaux qui manquent. |
| **Scenario 1**  **(suite)** | **Reactions/Reponses CLES**  **(suite)** |
| * 1. A l’examen du placenta, vous constatez qu’il est complet. Après avoir examiné le col, le vagin et le périnée de Mme B., vous constatez qu’il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment.      + Qu’allez-vous faire à présent ? | * *Vous préparez 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. |
| ***Question 2 de discussion****: Qu’auriez-vous faire  si l’examen du placenta avait montré qu’il manquait un morceau (placenta incomplet) ?* | *Reponses attendues :*   * Expliquer le problème à Mme B. et la rassurer. * Administrer de la péthidine 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 et 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.* |
| * 1. 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 pulsations /minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement.      + Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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 et la PFPP. |

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

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

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Scenario 1**  **(Information fournie et questions posées  par le formateur)** | **REACTIONS/REPONSES CLES**  **(Attendues du participant)** |
| 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. A la naissance, le bébé est cyanosé et flasque et il ne respire pas.    * Qu’allez-vous faire ? | * 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 respira 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. |
| * Quelles sont les précautions quand vous aspirez et pourquoi ? | * Ne pas aspirer les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d’entamer un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire. |
| * 1. Vous avez commencé à ventiler mais la poitrine de l’enfant ne se soulève pas. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| * 1. Après avoir réajuster le masque, la poitrine de l’enfant se soulève avec la ventilation. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * Ventiler pendant 1 minute et ensuite, arrêter pour évaluer rapidement si l’enfant respire. |
| * 1. Après une minute de ventilation, le nouveau-né ne respire toujours pas. Vous vous rappelez  que Mme C. a reçu 100 mg de péthidine  40 minutes avant l’accouchement. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| ***Question 1 de discussion****:* *Quels sont les nouveau-nés auxquels ils ne faut pas donner du naloxone ?* | ***Réponse attendue :*** *Les nouveau-nés dont les mères pourraient avoir pris des médicaments narcotiques récemment.* |
| **Scenario 1**  **(suite)** | **Reactions/Reponses CLES**  **(suite)** |
| * 1. Après 2 minutes de ventilation en plus, le nouveau-né commence à crier. * Qu’allez-vous faire à présent ? | * 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. |
| ***Question 2 de discussion****:* *Que feriez-vous si le nouveau-né respire mais s’il présente un tirage intercostal sévère ?* | ***Réponse attendue :*** *Administrer de l’oxygène par sonde nasale ou canule et prendre les dispositions nécessaires pour qu’il soit transférer dans le service approprié pour  les nouveau-nés malades.* |
| * + 1. Le nouveau-né respire à présent normalement. * Quels sont les soins continus dont a besoin le nouveau-né ? | * 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. |

**LISTES DE VERIFICATION**

1. **Réanimation du nouveau-né**
2. **Aspiration Manuelle Intra-utérine**
3. **Planification Familiale après avortement**
4. **Application de ventouse obstétricale**
5. **Réparation de déchirure du col**
6. **Compression de l’aorte abdominale**
7. **Compression Bi-manuelle de l’utérus**
8. **Délivrance artificielle**
9. **Accouchement du siège**
10. **Application de forceps**
11. **Abord veineux et transfusion sanguine**
12. **Laparotomie et Salpingectomie pour GEU rompue**
13. **Césarienne**
14. **Hystérorraphie pour rupture utérine**
15. **Hystérectomie subtotale pour rupture utérine**

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| *PREPARATION* | | | | | |
| 1. Enveloppe rapidement l’enfant et l’installe sur une surface propre et chaude. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| *REANIMATION AVEC BALLON ET MASQUE* | | | | | |
| 1. Positionne la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes. |  |  |  |  |  |
| 1. Dégage les voies aériennes en aspirant les mucosités dans la bouche et les fosses nasales. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Ventile au rythme de 40 mvts/minute pendant 1 minute puis s’arrête pour voir si l’enfant respire spontanément. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. S’il n’y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, vérifie les battements cardiaques. S’il n’y a pas de battements, arrête de ventiler. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Jette les sondes d’aspiration et extracteurs de mucus jetables dans  un récipient étanche ou un sac en plastique. Place les sondes d’aspiration  et extracteurs de mucus dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. Puis, nettoie et procède au traitement. |  |  |  |  |  |
| 1. Nettoie et décontamine le poussoir et le masque et vérifie qu’ils ne sont pas endommagés. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Note l’information pertinente dans le dossier de la patiente/nouveau-né. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**liste de verification POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT**

**(ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTERINE [AMIU])**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LES SOINS APRES AVORTEMENT (AMIU)**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **EVALUATION INITIALE** | | | | | |
| 1. Accueille la patiente avec respect et amabilité. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente pour voir si elle se trouve en état de choc ou pour déterminer les complications. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **EVALUATION MEDICALE** | | | | | |
| 1. Réalise une anamnèse de la santé de la reproduction, fait un examen physique et effectue les tests de laboratoire. |  |  |  |  |  |
| 1. Informe la patiente de son état. |  |  |  |  |  |
| 1. Discute de ses buts en matière de procréation. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre 500 mg de paracétamol par voie buccale à la femme 30 minutes avant l’intervention. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie la disponibilité d’instruments stériles ou désinfectés à haut niveau. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie la disponibilité de la canule de taille adéquate et des adaptateurs. Vérifie la seringue AMIU et la charge (crée le vide). |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que la patiente a vidé récemment sa vessie et a bien lavé sa zone périnéale. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains  et met des gants chirurgicaux stériles. |  |  |  |  |  |
| 1. Arrange les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur un plateau stérile ou dans un récipient désinfecté à haut niveau. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Explique chaque étape de l’intervention avant de l’exécuter. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre 10 unités d’ocytocine en IM ou 0,2 mg d’ergométrine en IM. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un examen bi manuel. |  |  |  |  |  |
| 1. Insère le spéculum. |  |  |  |  |  |
| 1. Badigeonne à trois reprises le vagin et le col avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 1. Extrait les produits restants de la conception (PRC) et vérifie s’il y a des déchirures au niveau du col. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TECHNIQUE AMIU** | | | | | |
| 1. Place la pince à col ou la pince vulsellum sur la lèvre inférieure du col. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre le bloc para cervical (si nécessaire). |  |  |  |  |  |
| 1. Exerce une légère traction sur le col. |  |  |  |  |  |
| 1. Dilate le col (si nécessaire). |  |  |  |  |  |
| 1. Pousse doucement la canule dans la cavité utérine jusqu’à ce qu’elle touche  le fond utérin. |  |  |  |  |  |
| 1. Fixe la seringue préparée à la canule. |  |  |  |  |  |
| 1. Evacue tout contenu de l’utérus. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Retire la pince de Pozzi ou la pince de Museux et le spéculum. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un examen bi manuel. |  |  |  |  |  |
| 1. Inspecte les tissus retirés de l’utérus pour être sûr que l’utérus est entièrement évacué. |  |  |  |  |  |
| 1. Insère le spéculum et vérifie qu’il n’y a pas de saignement. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Si l’utérus est encore mou ou si les saignements continuent, répète les étapes  5 à 10. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Avant de retirer les gants, place les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Rince la seringue AMIU et la canule avec une solution chlorée à 0,5% et les immerge dans la solution pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Remplit la seringue (et l’aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% à 3 reprises et les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. |  |  |  |  |  |
| 1. Retire les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique pour les jeter. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie qu’il n’existe pas de saignement et que les crampes ont diminué avant de la laisser partir. |  |  |  |  |  |
| 1. Indique à la patiente quels sont les soins après avortement. |  |  |  |  |  |
| 1. Discute des buts en matière de procréation et, le cas échéant, lui fournit une méthode de planification familiale. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**liste de verification SUR LES CONSEILS EN planification familiale après avortement**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**LISTE DE VERIFICATION POUR L’EXTRACTION PAR   
VENTOUSE OBSTETRICALE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR L’EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que les conditions nécessaires à une extraction par ventouse obstétricale sont bien remplies. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie qu’un aide est disponible. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux stériles. |  |  |  |  |  |
| 1. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie, si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie tous les raccords et teste la ventouse. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| *EXTRACTION PAR VENTOUSE OBSTETRICALE* | | | | | |
| 1. Vérifie la position de la tête fœtale et repère la petite fontanelle. |  |  |  |  |  |
| 1. Applique la cupule la plus large possible. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise une épisiotomie, si nécessaire, pour le bon positionnement de la cupule. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que la cupule est bien appliquée et s’assure qu’il n’y a aucune partie molle sous le bord de la cupule. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à l’assistant de créer un vide en exerçant une dépression et vérifie la pose de la cupule. |  |  |  |  |  |
| 1. Augmente la dépression au maximum et ensuite, entame une traction. Corrige l’asynclitisme ou la déflexion de la tête. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Poursuit les tractions de “guidage” pendant 30 minutes. Une fois la tête dégagée, décompresse. |  |  |  |  |  |
| 1. Termine l’accouchement et extrait le placenta. |  |  |  |  |  |
| 1. Après la naissance, examine le canal génital et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures. Procède à la réfection des déchirures de l’épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée. |  |  |  |  |  |
| 1. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| TACHES APRES LA PROCEDURE | | | | | |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou  un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Plonge les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**L****ISTE DE VERIFICATION POUR LA REFECTION DES   
DECHIRURES CERVICALES**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre l’anesthésie, si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **REFECTION DES DECHIRURES CERVICALES** | | | | | |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux stériles. |  |  |  |  |  |
| 1. Nettoie le vagin et le col avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 1. Saisit les deux côtés du col en utilisant une pince porte-tampons ou pince à pansement (une pince pour chaque côté de la déchirure). |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Si une grande portion du bord de l’orifice est déchirée, suture par en dessous avec une suture continue. |  |  |  |  |  |
| 1. Utilise une pince porte-tampons si la partie apicale est difficile à atteindre et à suturer. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Plonge les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les retournant et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.   IL est déconseillé de réutiliser les gants |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Note la procédure dans le dossier de la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**liste de verification pour la COMPRESSION   
DE L’AORTE ABDOMINALE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**liste de verification pour la COMPRESSION   
BIMANUELLE DE L’UTERUS**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA COMPRESSION BIMANUELLE DE L’UTERUS**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui  sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| COMPRESSION BIMANUELLE | | | | | |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l’eau et du savon et met des gants chirurgicaux. |  |  |  |  |  |
| 1. Nettoie la vulve et le périnée avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 1. Introduit le poing dans le cul-de-sac vaginal antérieur et applique une pression contre la paroi antérieure de l’utérus. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Maintient la pression jusqu’à ce que les saignements cessent et que l’utérus se contracte. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les retournant et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.   Il est déconseillé de réutiliser les gants. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l’utérus est bien contracté. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**liste de verification pour LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA DELIVRANCE ARTIFICIELLE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ETAPE/TACHE*** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui  sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à la femme de vider sa vessie ou pose une sonde. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre l’anesthésie. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre des antibiotiques prophylactiques. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **DELIVRANCE ARTIFICIELLE** | | | | | |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et les avant-bras avec de l’eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l’air |  |  |  |  |  |
| 1. Met des gants chirurgicaux stériles (utiliser des gants longs [jusqu’aux coudes]). |  |  |  |  |  |
| 1. Tient le cordon ombilical avec une pince et tire doucement sur le cordon. |  |  |  |  |  |
| 1. Engage une main dans le vagin et remonte jusque dans l’utérus,  jusqu’à localisation du placenta. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Retire lentement la main de l’utérus en ramenant le placenta tout en continuant à exercer une contre traction de l’abdomen. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre de l’ocytocine dans une solution intraveineuse. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à un aide de masser l’utérus pour favoriser une contraction tonique de l’utérus. |  |  |  |  |  |
| 1. Si la patiente continue à saigner abondamment, lui injecte 0,2 mg d’ergométrine en IM ou des prostaglandines. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la surface externe du placenta pour s’assurer qu’il est complet. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine soigneusement la patiente et, le cas échéant, procède à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales ou à celle de l’épisiotomie. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5% .Enlève les gants en les retournant et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique.   Il n’est pas conseillé de réutiliser les gants. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie les saignements, surveille les signes vitaux de la patiente et vérifie que l’utérus est bien contracté. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION POUR L’ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR L’ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| PREPARATION | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. |  |  |  |  |  |
| 1. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que les conditions sont présentes pour l’accouchement par le siège. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux stériles. |  |  |  |  |  |
| 1. Nettoie la vulve avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie, si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **ACCOUCHEMENT PAR LE SIEGE** | | | | | |
| **Dégagement des fesses et des jambes** | | | | | |
| 1. Une fois les fesses descendues dans le vagin et le col complètement dilaté, dit à la patiente qu’elle peut pousser lors des contractions. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise une épisiotomie, si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Laisse le dégagement des fesses se poursuivre jusqu’à ce que le bas du dos puis les omoplates soient visibles. |  |  |  |  |  |
| 1. Prend délicatement les fesses dans une main. |  |  |  |  |  |
| 1. Si les jambes ne se dégagent pas spontanément, les dégage l’une après l’autre. |  |  |  |  |  |
| 1. Tient le bébé par les hanches. |  |  |  |  |  |
| **Dégagement des bras** | | | | | |
| 1. Si les bras sont palpables sur la poitrine, laisse les bras se dégager spontanément. |  |  |  |  |  |
| 1. Si les bras sont relevés ou enroulés autour du cou, utilise la manœuvre  de Lovset. |  |  |  |  |  |
| 1. S’il est impossible de tourner le corps du bébé pour dégager le bras antérieur en premier, dégage le bras postérieur. |  |  |  |  |  |
| **Dégagement de la tête** | | | | | |
| 1. Dégage la tête en utilisant la manœuvre de Mauriceau Smellie Veit. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise les étapes pour une prise en charge active du troisième stade du travail. |  |  |  |  |  |
| 1. Après la naissance, examine soigneusement la patiente et procède, le cas échéant, à la réfection des déchirures cervicales ou vaginales. Procède la réfection des déchirures de l’épisiotomie, si une épisiotomie a été réalisée. |  |  |  |  |  |
| 1. Fournit les soins immédiats du post-partum et au nouveau-né. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| 1. Note la procédure et les résultats dans le dossier de la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION DES COMPETENCES CLINIQUE POUR L’EXTRACTION PAR FORCEPS**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR L’EXTRACTION PAR FORCEPS**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **I. PREPARATION** | | | | | |
| 1 Prépare le materiel nécessaire |  |  |  |  |  |
| 2.- Prépare la parturiente |  |  |  |  |  |
| 3. Se prépare |  |  |  |  |  |
| 4- Réexamine la patiente et vérifie que les conditions nécessaires à une extraction par forceps sont bien remplies |  |  |  |  |  |
| 5-Nettoyer la vulve avec une solution antiseptique. |  |  |  |  |  |
| 6-Sonde la vessie, si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 7-Vérifier le forceps |  |  |  |  |  |
| **II PROCEDURE (Extraction / forceps)** |  |  |  |  |  |
| 1- Vérifie la position de la tête fœtale en recherchant au toucher les fontanelles et la suture sagittale qui doit être verticale sur la ligne médiane (occipito- pubienne ou occipito sacrée) |  |  |  |  |  |
| 1. Repére la petite fontanelle. |  |  |  |  |  |
| 1. Assemble les cuillères avant la pose pour s’assurer que les divers éléments   S’assemblent et se solidarisent bien |  |  |  |  |  |
| 1. Lubrifie les cuillères du forceps |  |  |  |  |  |
| 1. Introduit deux doigts dans le vagin sur le côté de la tête fœtale |  |  |  |  |  |
| 1. Fait glisser doucement la cuillère gauche entre la tête et les doigts |  |  |  |  |  |
| 1. Répète l’opération de l’autre coté en se guidant de la main gauche pour insérer la cuillères droite |  |  |  |  |  |
| 1. Appuie sur les branches et les solidariser |  |  |  |  |  |
| 8. Exerce une traction constante vers le bas et l’arrière pendant les contractions une fois les cuillères solidarisées |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise une épisiotomie, si nécessaire, pour le bon positionnement des cuillères (voir **Fiche d’apprentissage pour l’Episiotomie et la réfection**) :  * Si l’épisiotomie n’est pas nécessaire pour pouvoir positionner les cuillères 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que les cuillères sont bien adaptées. S’assure qu’il n’y a aucune partie molle (tissu cervical ou vaginal) entre les cuillères |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à un aide de vérifier  entre chaque contraction,:  * Le rythme cardiaque fœtal   **Et la pose du forceps** |  |  |  |  |  |
| **III APRES LA PROCEDURE** |  |  |  |  |  |
| 1-Jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique avant d’enlever les gants |  |  |  |  |  |
| 2-Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5 % pendant 10mn pour les décontaminer |  |  |  |  |  |
| 3-Décontamine l’aiguille et la seringue et les met dans un récipient étanche |  |  |  |  |  |
| 4-Plonge les gants utilisés dans gants dans la solution de décontamination |  |  |  |  |  |
| 5-Se frotte les mains avec un antiseptique ou se les lave soigneusement avec l’eau et du savon |  |  |  |  |  |
| 6-Note la procédure dans le dossier de la patiente |  |  |  |  |  |
| **IV SUIVI DE L’ACCOUCHEE** |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

* L’apprenant est ⁪ qualifié ⁪ non qualifié pour l’extraction par forceps
* Compétences cliniques et counseling évaluées : satisfaisant non satisfaisant
* prestation de services (pratique) : satisfaisante non satisfaisant

Signature de l’encadreur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTE DE VERIFICATION DES COMPETENCES CLINIQUE POUR LA TRANSFUSION SANGUINE ET L’ABORD VEINEUX** (A utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA TRANSFUSION SANGUINE ET L’ABORD VEINEUX**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **I. PREPARATION** | | | | | |
| **1 Prépare la patiente**  - accueillir la patiente  Se présente la patiente  Installer confortablement la patiente  Expliquer la procédure et les raisons  Rassurer la cliente |  |  |  |  |  |
| **2. Prépare le matériel adéquat**  **-**Le sang  -Transfuseur et cathéter G18 ou G16  -Plateau  -Coton  -Désinfectant  -Garrot  -Paire de ciseaux stériles ou DHN  -Alèze  -Tube à prélèvement et papier bristol  -Sparadrap et un capuchon d’aiguille  - Potence |  |  |  |  |  |
| **II PROCEDURE**  **1 -Observation des précautions avant l’emploi**  -S’assure de la bonne qualité apparente en observant par précaution les poches délivrées (poches intactes, absence de caillots)  - Vérifie que le sang a été testé en particulier pour le VIH  -Vérifie la concordance entre l’identité du receveur et nom / prénom écrits sur sa carte de groupe sanguin si elle existe  -Vérifie la concordance entre le groupe mentionné sur la carte de groupe sanguin (ou sur le bon du laboratoire) et celui de l’unité de transfusion  -Pratique le test de compatibilité au lit de la patiente en mélangeant le sérum la patiente et le sang à transfuser  **2 Test de compatibilité au lit du malade avant transfusion**  - Se lave bien les mains et porte les gants  - Apprête un papier bristol et un capuchon d’aiguille  - Y dépose deux gouttes de sérum de la patiente , sérum issu du sang préalablement sur tube sec  - Mélange l’ensemble sur le support  -Fait balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination  - Laisse reposer un peu ( cinq minutes) et revoie   * Agglutination= incompatibilité : ne branche pas et renvoie le flacon à la banque de sang * Pas d’agglutination du tout =sang supposé compatible :le branche sans oublier de surveiller * Doute=refait le test   - Note sur papier Bristol :   * Nom et prénom de la patiente * Le numéro du flacon transfusé * Les initiales de l’agent transfuseur * Le groupe du flacon transfusé * La date de la transfusion * Laisse sécher et épingle le bristol au dossier * Note dans le dossier de la patiente, la date de péremption du flacon   -Décontamine les gants et le mandrin métallique et les jette dans la poubelle  **3 Prise d’un abord veineux**  -Met en place le garrot  -Nettoie la peau avec un désinfectant le membre étant posé sur l’alèze  -Pique la peau en regard de la veine choisie  -ponctionne la veine et la cathétérise sur 1cm  - D’une main retire le mandrin métallique et de l’autre cathétérise la veine avec la partie souple cachant le mandrin métallique, après avoir bien cathétériser la veine  - Retire le garrot  - Raccorde la tubulure de la transfusion  -Vérifie que le sang coule sans épanchement  - Enlève et recommence ailleurs en cas de gonflement à coté de la veine  -Fixe le cathéter avec le sparadrap |  |  |  |  |  |
| **3. Se prépare**  **- Se** lave des mains avec eau et savon  -Se sèche les mains avec une serviette à usage unique ou à l’air libre  - Porte des gants |  |  |  |  |  |
| **NB : en profite pour prélever le sang nécessaire aux examens éventuels de laboratoire** |  |  |  |  |  |
| **III SURVEILLANCE APRES PROCEDURE**   * Surveille la patiente après démarrage de la transfusion è la recherche de prurit localisé ou non, d’urticaire, de frissons, de douleurs, des céphalées * Surveille les constantes : T°, pouls, TA, FR, Diurèse * Surveiller le débit |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

* L’apprenant est ⁪ qualifié ⁪ non qualifié pour la transfusion sanguine et l’abord veineux
* Compétences cliniques et counseling évaluées : satisfaisant non satisfaisant
* prestation de services (pratique) : satisfaisante non satisfaisant

Signature de l’encadreur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LISTE DE VERIFICATION POUR LES Soins Kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR** **LES Soins Kangourou pour les nouveau-nés de faible poids de naissance**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare la mère aux SMK. |  |  |  |  |  |
| 2. Salue la mère, regarde le bébé, explique à la mère et à l’accompagnant (les grand-mères, les sœurs, les tantes, les maris et même les amis), le type des SMK qui sera effectué, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.  3-Explique à la mère le bien fondé des SMK pour les FPN |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **Etapes du positionnement du bébé pour les SMK** | | | | | |
| 1. Note dans le dossier ou carnet de l’enfant la température du bébé |  |  |  |  |  |
| 2. Habille le bébé de chaussettes/chaussons, d’une couche et d’un bonnet; |  |  |  |  |  |
| 3. Demande à la mère d’enlever le soutien-gorge et les bijoux |  |  |  |  |  |
| 4. Place le bébé entre les seins de sa mère en position de grenouille; avec les bras placés contre la poitrine et les jambes en dessous des seins; la tête sur le côté;  la position du bébé contre la poitrine de sa mère sous l’écharpe doit en principe lui assurer un bon maintien de la tête et du cou. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |
| 5-Demande à la mère de recouvrir son bébé avec ses propres vêtements et une couverture supplémentaire ou un châle pour le garder au chaud ; |  |  |  |  |  |
| 6-Dit à la mère de se vêtir d'un vêtement qui s’ouvre devant : un vêtement ouvert devant permet au visage, à la poitrine, à l'abdomen, aux bras et aux jambes du bébé de rester en contact peau contre peau continu avec la poitrine et l’abdomen de la mère; |  |  |  |  |  |
| 7-Explique à la mère qu’il faut maintenir le bébé droit lorsqu’elle marche ou lorsqu’elle s’assoit; |  |  |  |  |  |
| 8-Conseiller la mère de maintenir le contact peau contre peau avec le bébé 24 heures sur 24 (ou moins s'il s’agit de SMK intermittents) |  |  |  |  |  |
| 9-Conseille la mère de dormir en position à moitié assise afin de maintenir le bébé en position verticale. |  |  |  |  |  |
| **Techniques d’allaitement pendant les SMK** |  |  |  |  |  |
| 1- Aide la mère à déterminer le besoin journalier en lait maternel exclusif (LME) (quantité approximative, fréquence des repas) |  |  |  |  |  |
| 2-. Demande à la mère de donner du LME à l’aide d’une sonde (nasogastrique [NG] ou oro-gastrique) lorsque le bébé est en position de SMK toutes les deux heures et si le bébé n’a pas de réflexe de succion ou n’est pas capable d’avaler et de coordonner sa déglutition et sa respiration |  |  |  |  |  |
| 3- Demande à la mère d’envelopper son bébé dans une couverture chaude lorsqu'il est extrait des SMK pour l'alimentation si le bébé est capable de boire à la tasse/cuillère |  |  |  |  |  |
| 4- informer la mère de remplacer progressivement les tétées programmées par un allaitement à la demande au fur et à mesure que le bébé grandit |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS   
LA GROSSESSE ECTOPIQUE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA SALPINGECTOMIE DANS  LA GROSSESSE ECTOPIQUE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s’il est complet. |  |  |  |  |  |
| 1. Perfuse des liquides en IV. |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie de la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à l’anesthésiste d’administrer l’anesthésie et les antibiotiques prophylactiques. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Met l’habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque,  les lunettes protectrices et le tablier en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux stériles et une blouse stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PREPARER LA PATIENTE** | | | | | |
| 1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d’opération. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’anesthésie a pris effet. |  |  |  |  |  |
| 1. Applique une solution antiseptique sur l’abdomen et recouvre de champs stériles la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **Ouvrir l’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l’ombilic jusqu’à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l’aponévrose. |  |  |  |  |  |
| 1. Agrandit l’incision et sépare les grands droits de l’abdomen. |  |  |  |  |  |
| 1. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux auto statiques. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| SALPINGECTOMIE | | | | | |
| 1. Repère la trompe de Fallope affectée et l’expose, ainsi que l’ovaire adjacent. |  |  |  |  |  |
| 1. Campe le mésosalpinx pour arrêter l’hémorragie, aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote. |  |  |  |  |  |
| 1. Fait une compresse abdominale avec de la gaze humide pour écarter l’intestin et l’épiploon du champ opératoire. |  |  |  |  |  |
| 1. Divise le mésosalpinx à l’aide d’une série de pinces et lie le mésosalpinx avec du catgut chromé (ou des sutures poly glycoliques) 2/0. |  |  |  |  |  |
| 1. Fait une suture proximale autour de la trompe, au niveau de l’extrémité isthmique, et réalise la salpingectomie. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’absence de saignements. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie la trompe contro latérale |  |  |  |  |  |
| 1. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **REFERMER L’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Vérifie les instruments et les écouvillons. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Si la patiente présente des signes d’infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture poly glycolique) 0. Attend que l’infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.   Si la patiente ne présente pas de signe d’infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou  un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Elimine l’aiguille et la seringue, remplit la seringue (et l’aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. |  |  |  |  |  |
| 1. Plonge les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les retournant et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **SoinS APRES LA procédure** | | | | | |
| 1. Reste avec la patiente jusqu’à ce que les effets de l’anesthésie se soient dissipés. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente l’acte chirurgical et les résultats/constatations. |  |  |  |  |  |
| 1. S’assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l’hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi. |  |  |  |  |  |
| 1. Donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE CLASSIQUE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA CESARIENNE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s’il est complet. |  |  |  |  |  |
| 1. Prélève du sang pour faire le dosage de l’hémoglobine, le groupage sanguin et la compatibilité de deux unités de sang. |  |  |  |  |  |
| 1. Installe une voie veineuse et perfuse 500 cc de liquides en IV. |  |  |  |  |  |
| 1. Administre prémédication dont :  * 0,6 mg d’Atropine en IM (ou en IV si la femme est dans la salle d’opération) * 300 mg de Magnésium tri silicate |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie de la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Aide la patiente à mettre une blouse et un bonnet. |  |  |  |  |  |
| 1. Evalue les options en matière d’anesthésie:  * Anesthésie générale * Anesthésie locale * Rachianesthésie |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Met l’habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux stériles et une blouse stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PREPAReR la patiente** | | | | | |
| 1. Incline la table d’opération sur la gauche ou met un oreiller sous la hanche droite de la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’anesthésie a pris effet. |  |  |  |  |  |
| 1. Applique une solution antiseptique sur l’abdomen, laisse sécher et recouvre de champs stériles la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PROCEDURE : la technique de Misgav Ladach qui est la plus pratiquée aujourd’hui** | | | | | |
| 1. Fait une incision cutanée selon la technique de Joël Cohen qui est une incision rectiligne transversale à environ 3 cm en dessous de la ligne unissant les épines iliaques antéro-supérieures.  * 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Dissection de l’aponévrose aux doigts après l’avoir ouvert aux ciseaux par deux mouchetures transverses d’environ 2 cm de part et d’autre de la ligne médiane |  |  |  |  |  |
| 1. Poursuite de la dissection de l’aponévrose aux doigts. |  |  |  |  |  |
| 1. Dissection du péritoine aux doigts |  |  |  |  |  |
| 1. Ouverture du péritoine aux doigts |  |  |  |  |  |
| 1. Exposition du segment inferieur |  |  |  |  |  |
| 1. Hystérotomie basse transversale sans décollement du péritoine du segment inferieur |  |  |  |  |  |
| 1. Elargit l’incision aux doigts |  |  |  |  |  |
| 1. Procède à la rupture des membranes si elles sont intactes |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **EXTRACTION DE L’ENFANT** | | | | | |
| 1. Introduit une main dans l’utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé. |  |  |  |  |  |
| 1. Saisit la tête et la fléchit et soulève doucement la tête et la fait passer au travers de l’incision. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Si le tonus utérin est insuffisant, donne 20 unités d’ocytocine diluées dans 1 L de solution intraveineuse, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 heures. |  |  |  |  |  |
| 1. Aspire les mucosités de la bouche et du nez du bébé. |  |  |  |  |  |
| 1. Clampe le cordon ombilical à deux endroits et le sectionne. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Extrait le placenta et les membranes, les inspecte pour voir s’ils sont complets et s’il existe des anormalités. |  |  |  |  |  |
| 1. Insert le DIU si nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Fait le compte des instruments et des écouvillons. |  |  |  |  |  |
| 1. Procède à la réfection de l’utérus et vérifie l’hémostase. |  |  |  |  |  |
| 1. S’assure qu’il n’y a pas de saignement |  |  |  |  |  |
| 1. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures. |  |  |  |  |  |
| 1. Inspecte la paroi utérine et suture l’aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du vicryl 0 (ou sutures polyglycoliques), en faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal. |  |  |  |  |  |
| 1. Si la patiente présente des signes d’infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au vicryl (ou suture poly glycolique). Attend que l’infection se soit résorbée pour refermer le plan cutané.   Si la patiente ne présente pas de signe d’infection, referme la peau par un surjet ou 3 point de Blair Donati. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. Extrait les caillots du vagin en utilisant une pince et des écouvillons et met une bande stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. Aide la patiente à descendre de la table d’opération. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Avant d’enlever les gants, retire la lame du manche de bistouri 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Remplit la seringue (et l’aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et les rince à 3 reprises, et les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. |  |  |  |  |  |
| 1. Retire la blouse et les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac  en plastique pour les jeter, ou les décontaminer dans une solution chlorée à 0,5% pour les réutiliser. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| * 1. Prend note de l’opération, des observations postopératoires et des instructions pour la prise en charge. |  |  |  |  |  |
| 1. Contrôle le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et le saignement de la plaie et du vagin. |  |  |  |  |  |
| 1. Evalue la patiente avant qu’elle ne soit transférée de la salle de récupération. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente tous les jours dans le service ou plus souvent si c’est nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Discute des raisons pour lesquelles une césarienne a été pratiquée, de l’éventuel besoin d’utiliser une méthode de planification familiale et des grossesses futures, avant de laisser partir la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Donne un rendez-vous pour les soins du post-partum. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET HYSTERORRAPHIE D’UNE RUPTURE UTERINE**

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

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

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET HYSTERORRAPHIE D’UNE RUPTURE UTERINE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s’il est complet. |  |  |  |  |  |
| 1. Perfuse des liquides en IV. |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie de la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à l’anesthésiste d’administrer l’anesthésie et les antibiotiques prophylactiques. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Met l’habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux stériles et une blouse stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PREPARER LA PATIENTE** | | | | | |
| 1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d’opération. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’anesthésie a pris effet. |  |  |  |  |  |
| 1. Applique une solution antiseptique sur l’abdomen et recouvre de champs stériles la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **OUVRIR L’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l’ombilic jusqu’à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l’aponévrose. |  |  |  |  |  |
| 1. Agrandit l’incision et sépare les grands droits de l’abdomen. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine l’utérus pour déterminer l’endroit de la rupture. |  |  |  |  |  |
| 1. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale  et décaillote. |  |  |  |  |  |
| 1. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux auto statiques. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| REFECTION DE LA RUPTURE UTERINE | | | | | |
| 1. Extrait l’enfant et le placenta. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise une perfusion d’ocytocine.20 unités d’ocytocine diluées dans 1L de sérum physiologique ou Ringer lactate a raison de 60gttes par minute jusqu’à ce que l’utérus se contracte puis réduire le débit à 20gttes par minute |  |  |  |  |  |
| 1. Soulève l’utérus pour le dégager du bassin de façon à examiner la rupture dans sa totalité |  |  |  |  |  |
| 1. Examine à la fois l’avant et l’arrière de l’utérus |  |  |  |  |  |
| 1. Décolle la vessie de l’utérus. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Suture la déchirure avec un surjet de catgut chromé (ou de sutures polyglycoliques) 0. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie les trompes de Fallope et les ovaires et exécute la ligature des trompes, si elle a été demandée. |  |  |  |  |  |
| 1. En cas de saignement, clampe et suture par des points en 8. |  |  |  |  |  |
| 1. Insère un drain abdominal. |  |  |  |  |  |
| 1. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **REFERMER L’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Fait le compte des instruments et des écouvillons. |  |  |  |  |  |
| 1. Inspecte la paroi utérine et suture l’aponévrose en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal. |  |  |  |  |  |
| 1. Si la patiente présente des signes d’infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture poly glycolique) 0. Attend que l’infection se soit résorbée pour refermer  le plan cutané.   Si la patiente ne présente pas de signe d’infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille ronde enfilée avec du 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Jette l’aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. |  |  |  |  |  |
| 1. Plonge les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Enlève les gants en les retournant et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.   Il est déconseillé de réutiliser les gants. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **SOINS APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Reste avec la patiente jusqu’à ce que les effets de l’anesthésie se soient dissipés. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente l’acte chirurgical et les résultats/constatations. |  |  |  |  |  |
| 1. S’assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l’hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi. |  |  |  |  |  |
| 1. Si une ligature des trompes n’a pas été effectuée, discute des buts en matière de procréation, donne des conseils concernant le pronostic de fécondité et lui remet le cas échéant une méthode de planification familiale. Si la patiente souhaite d’autres enfants, lui recommande d’avoir une césarienne élective pour les futures grossesses. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L’HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE EN CAS DE RUPTURE UTERINE**

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

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

**PARTICIPANT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date observée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **LISTE DE VERIFICATION POUR LA LAPAROTOMIE ET L’HYSTERECTOMIE  SUB-TOTALE EN CAS DE RUPTURE UTERINE**  **(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETAPE/TACHE** | **CAS** | | | | |
| **PREPARATION** | | | | | |
| 1. Prépare le matériel nécessaire. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations, et obtient son consentement informé. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine la patiente, évalue son état et observe le dossier médical pour trouver les informations et noter s’il est complet. |  |  |  |  |  |
| 1. Installe une voie veineuse et perfuse des liquides en IV. |  |  |  |  |  |
| 1. Sonde la vessie de la patiente. |  |  |  |  |  |
| 1. Demande à l’anesthésiste d’administrer l’anesthésie et les antibiotiques prophylactiques. |  |  |  |  |  |
| 1. Met l’équipement de protection personnelle. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **TACHES PREALABLES A LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Met l’habit chirurgical, les souliers de protection, le bonnet, le masque, les lunettes protectrices et le tablier en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Réalise un lavage chirurgical des mains et met des gants chirurgicaux stériles et une blouse stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’aide procède au lavage chirurgical des mains et porte les habits de protection. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **PREPARER LA PATIENTE** | | | | | |
| 1. Place la patiente en position couchée sur le dos sur la table d’opération. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie que l’anesthésie a pris effet. |  |  |  |  |  |
| 1. Applique une solution antiseptique sur l’abdomen et recouvre de champs stériles la patiente. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **OUVRIR L’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Fait une incision verticale médiane de 2 à 3 cm depuis l’ombilic jusqu’à la pilosité pubienne, à travers la peau et au niveau de l’aponévrose. |  |  |  |  |  |
| 1. Agrandit l’incision et sépare les grands droits de l’abdomen. |  |  |  |  |  |
| 1. Examine l’utérus pour déterminer l’endroit de la rupture. |  |  |  |  |  |
| 1. Aspire le sang qui se trouve dans le bas de la cavité abdominale et décaillote. |  |  |  |  |  |
| 1. Place une valve sus-pubienne et des écarteurs abdominaux auto statiques. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **HYSTERECTOMIE SUB-TOTALE** | | | | | |
| 1. Extrait l’enfant et le placenta. |  |  |  |  |  |
| 1. Décolle la vessie de l’utérus. |  |  |  |  |  |
| 1. 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 deux longues pinces ou pinces hémostatiques sur les trompes, le ligament ovarien et le ligament rond et clampe.   * + Sectionne le pédicule latéral.   + Applique deux longes pinces aux vaisseaux utérins et clampe. Sectionne le pédicule. |  |  |  |  |  |
| 1. 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Libère l’utérus du moignon cervical et applique des sutures hémostatiques au bout des feuillets du segment inférieur coupé. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’hémostase. |  |  |  |  |  |
| 1. En cas de saignement, clampe et suture par des points en 8. |  |  |  |  |  |
| 1. Insère un drain abdominal. |  |  |  |  |  |
| 1. Recherche les lésions de la vessie et, le cas échéant, les suturer. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **REFERMER L’ABDOMEN** | | | | | |
| 1. Suture l’aponévrose avec une suture en surjet en utilisant une aiguille enfilée avec du catgut chromé 0 (ou sutures polyglycoliques), faisant attention de ne pas inclure dans la suture le péritoine et le contenu intrapéritonéal. |  |  |  |  |  |
| 1. Si la patiente présente des signes d’infection, tamponne le tissu sous-cutané avec de la gaze et fait une suture lâche au catgut (ou suture poly glycolique) 0. Attend que l’infection se soit résorbée pour refermer  le plan cutané.   Si la patiente ne présente pas de signe d’infection, referme le tissu adipeux, si nécessaire, avec une suture à points séparés, en utilisant une aiguille enfilée avec du 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. |  |  |  |  |  |
| 1. Vérifie l’absence de saignements, nettoie la plaie avec de la gaze trempée dans une solution antiseptique et applique un pansement stérile. |  |  |  |  |  |
| 1. Avant d’enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche  ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. |  |  |  |  |  |
| 1. Jette l’aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé. |  |  |  |  |  |
| 1. Plonge les mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique. |  |  |  |  |  |
| 1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains. |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |
| **SOINS APRES LA PROCEDURE** | | | | | |
| 1. Reste avec la patiente jusqu’à ce que les effets de l’anesthésie se soient dissipés. |  |  |  |  |  |
| 1. Explique à la patiente l’acte chirurgical et les résultats/constatations. |  |  |  |  |  |
| 1. S’assure que la patiente reçoit des instructions post-opératoires écrites et les médicaments nécessaires dont elle a besoin avant de quitter l’hôpital, ainsi que des instructions pour une visite de suivi. |  |  |  |  |  |
| 1. .Si la patiente présente des signes d’infection ou si elle a de la fièvre administre un traitement associant plusieurs antibiotiques jusqu’à ce que la fièvre ait disparu depuis 48h    * 2g d’ampicilline en IV, toutes les 6h    * PLUS 5mg de gentamicine par Kg en IV toutes les 24h    * PLUS 500mg de métronidazole en IV, toutes les 8h |  |  |  |  |  |
| Pansement stérile non compressif sur la peau |  |  |  |  |  |
| Nettoyage du vagin. |  |  |  |  |  |
| Pansement stérile non compressif sur la peau |  |  |  |  |  |
| **COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE** |  |  |  |  |  |

**FORMULAIRE DE PLAN D’ACTION DES PARTICIPANTS**

**Nom du participant :**

**Pays de résidence :**

**Formation suivie :**

**Nom de l’établissement :**

**Date :** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**But No 1**

**But No** **2**

**But No** **3**

**But No1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités/Etapes** | **Date**  **planifiée** | **Contact(s)** | **Date**  **d’achèvement** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**But No 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités/Etapes** | **Date**  **planifiée** | **Contact(s)** | **Date**  **d’achèvement** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**But No 3**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités/Etapes** | **Date**  **planifiée** | **Contact/(s)** | **Date**  **d’achèvement** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**EVALUATION DE LA FORMATION PAR LES PARTICIPANTS**