

ANESTHESIE ET SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

Kit pédagogique

Guide pour les Formateurs

AMDD

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

Santé
& Maternelle
& Néonatale



MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH
Columbia University

ANESTHESIE ET SOINS OBSTETRICaux D'URGENCE

Kit pédagogique

Guide pour les Formateurs

AMDD

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

Santé
& Maternelle
& Néonatale



MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH
Columbia University

Préparé par le Programme de Santé Maternelle et du Nouveau-né (SMN) de JHPIEGO

Le Programme AMDD (Averting Maternal Death and Disability — Prévenir la mortalité et l'incapacité maternelles) se concentre sur l'effort d'améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation des soins obstétricaux d'urgence (SOU). Le programme AMDD part du principe que la plupart des complications obstétricales ne peuvent pas être prévues ou évitées et que la grande majorité des femmes qui meurent en couches pourrait être sauvée par un traitement prompt, efficace et approprié. Un soutien financier pour cette publication a été apporté par le Programme AMDD au Département Heilbrunn de Population et de Santé familiale à l'Ecole de Santé publique Joseph L. Mailman, Columbia University, et par la Fondation Bill et Melinda Gates.

Le Programme de Santé maternelle et néonatale est engagé à sauver la vie des mères et des nouveau-nés par l'entremise de l'utilisation prompte de pratiques clés de santé maternelle et néonatale et de nutrition. Le Programme de Santé maternelle et néonatale est mis en œuvre conjointement par JHPIEGO, le Centre pour les Programmes de Communication de l'Université Johns Hopkins, le Centre for Development and Population Activities (Centre pour les activités de développement et de population—CEDPA), et le Program for Appropriate Technology in Health (PATH).

www.mnh.jhpiego.org

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

www.jhpiego.org



MARQUES : Toutes les marques et noms des produits sont des marques ou des marques déposées par leurs sociétés respectives.

Ce kit pédagogique a été préparé par les personnes suivantes : Kamlesh Giri, Tipu Sultan, et Grace Korula.

Nous reconnaissons avec gratitude la contribution des médecins, des sages-femmes et des anesthésistes des Ministères de Santé de l'Afghanistan, du Bangladesh, du Bhoutan, du Népal et du Pakistan, de l'UNICEF d'Asie méridionale, et des individus suivants qui ont apporté une assistance précieuse au développement et à l'achèvement de ce kit pédagogique :

Mohammad Rahim (Afghanistan)
Yameen Hussain (Bangladesh)
Tandra Rani Shadhu (Bangladesh)
Jampel Tshering (Bhutan)

Ann Miriam (Inde)
Paul Foster (Népal)
Kiran Raj Sharma (Népal)
Abdullah Jokhio (Pakistan)

L'assistance des personnes suivantes est également reconnue avec gratitude

Conseillers techniques

Patricia Gomez
Barbara Kinzie
Matthews Matthai
Gloria Metcalfe
Judith O'Heir
Harshad Sanghvi
Jeff Smith

Ressources d'information de JHPIEGO

Ann Blouse
Sonia Elabd
Michelle Jordan
Youngae Kim
Dana Lewison
Melissa McCormick
Deborah Raynor
Jane Sudbrink

Traduction

Catherine Utz

Révision

Frances Kleeman
Eliane Lanusse

Publié en juin 2003

Traduction française publiée en mai 2004.

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

PREMIERE SECTION : GUIDE POUR LES PARTICIPANTS

VUE GENERALE

Avant de démarrer ce stage de formation	1
Approche à la formation	1
Méthodes pédagogiques.....	6
Composantes du kit de matériel pédagogique de l'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	10
Utiliser le kit de matériel pédagogique d'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence.....	11

INTRODUCTION

Formation pour des services sélectionnés en matière d'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	13
Conception du stage.....	13
Evaluation	14
Sommaire du stage.....	17

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Responsabilités du participant	24
Responsabilités de l'équipe.....	25
Compte rendu des activités	26

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU

27

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?	32
Questionnaire préalable sur les connaissances, pour les prestataires chargés de l'anesthésie.....	33
Matrice d'évaluation individuelle et collective : Anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	37

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SUR L'EXPERIENCE CLINIQUE

41

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU	43
Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte.....	45
Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte	46
Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte	49
Simulation clinique pour la prise en charge du choc (septique ou hypovolémique)	51
Simulation clinique pour la prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée.....	55
Simulation clinique pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement.....	59
Fiche d'apprentissage pour la réanimation cardio-respiratoire (cardio-pulmonaire)	62
Liste de vérification pour la réanimation cardio-respiratoire (cardio-pulmonaire)	64

Fiche d'apprentissage pour le contrôle des voies aériennes	66
Liste de vérification pour le contrôle des voies aériennes	68
Fiche d'apprentissage pour la pose de la canule	70
Liste de vérification pour la pose de la canule.....	72
Fiche d'apprentissage pour la réanimation néonatale	74
Liste de vérification pour la réanimation néonatale.....	77
Etude de cas : Choc	79
Etude de cas : Hypertension gestationnelle	81
Etude de cas : Difficultés respiratoires préopératoires	83
Exercices pratiques pour l'évaluation anesthésique	84
Evaluation anesthésique : Premier exercice.....	85
Formulaire d'évaluation préopératoire pour l'anesthésie	87
Fiche d'apprentissage pour l'anesthésie à la kétamine	89
Liste de vérification pour l'anesthésie à la kétamine.....	91
Etude de cas : Travail dystocique	93

DEUXIEME SEMAINE

Etude de cas : Bradycardie intra-opératoire.....	95
Etude de cas : Difficultés respiratoires intra-opératoires	97
Evaluation anesthésique : Deuxième exercice.....	99
Formulaire d'évaluation intra-opératoire de l'anesthésie	101
Fiche d'apprentissage pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.....	103
Liste de vérification pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.....	107
Etude de cas : Difficultés respiratoires postopératoires.....	111
Evaluation anesthésique : Troisième exercice	112
Formulaire d'évaluation postopératoire de l'anesthésie	115
Simulation clinique pour la prise en charge de la prééclampsie grave et du choc.....	117
Fiche d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale	122
Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale	125

TROISIEME, QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas : Hémorragie antépartum	127
Etude de cas : Asthme bronchique préopératoire	128
Etude de cas : Eclampsie.....	129
Etude de cas : Collapsus intra-opératoire.....	131
Etude de cas : Collapsus post-opératoire	132
Etude de cas : Hématome du post-partum	134
Etude de cas : Evaluation et soins normaux postopératoires	135
Plan d'action pour les participants.....	137

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

DEUXIEME SECTION : GUIDE POUR LES FORMATEURS

DIRECTIVES D'ENCADREMENT A L'INTENTION DES FORMATEURS

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

TECHNIQUES DE FORMATION HUMANISTE : L'UTILISATION DE MODELES ANATOMIQUES

5

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU

10

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES

Utilisation de la matrice d'évaluation individuelle et collective	53
Clés des réponses au questionnaire préalable sur les connaissances pour les prestataires chargés de l'anesthésie	55

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU – Clés des réponses	59
Etude de cas : Choc – Clés des réponses	60
Etude de cas : Hypertension gestationnelle – Clés des réponses	62
Etude de cas : Difficultés respiratoires préopératoires – Clés des réponses	65
Etude de cas : Travail dystocique – Clés des réponses	67

DEUXIEME SEMAINE

Etude de cas : Bradycardie intra-opératoire – Clés des réponses	69
Etude de cas : Difficultés respiratoires intra-opératoires – Clés des réponses	71
Jeu de rôle : Communiquer avec la patiente pendant la rachianesthésie – Clés des réponses	73
Etude de cas : Difficultés respiratoires postopératoires – Clés des réponses	75

TROISIEME, QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas : Hémorragie antépartum – Clés des réponses	77
Etude de cas : Asthme bronchique préopératoire – Clés des réponses	79
Etude de cas : Eclampsie – Clés des réponses	81
Etude de cas : Collapsus intra-opératoire – Clés des réponses	84
Etude de cas : Collapsus postopératoire – Clés des réponses	86
Etude de cas : Hématome du post-partum	89
Etude de cas : Evaluation et soins normaux postopératoires – Clés des réponses	91

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES A MI-STAGE

Utiliser le questionnaire	93
Questionnaire des connaissances à mi-stage pour les anesthésistes	95
Fiche des réponses du questionnaire des connaissances à mi-stage pour les anesthésistes	103
Clés des réponses au Questionnaire des connaissances à mi-stage pour les anesthésistes	105

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

TROISIEME SECTION : GRAPHIQUES DE PRESENTATION

PREMIERE SEMAINE

Prévenir la mortalité et l'incapacité maternelles, orientation du programme
Changer la pratique obstétricale
Droits humains et soins obstétricaux d'urgence
Précautions universelles de la prévention des infections
Evaluation initiale rapide
Prise en charge du choc
Anatomie du système respiratoire
Anatomie du système cardiovasculaire
Médicaments utilisés pour la réanimation
Physiologie appliquée du système respiratoire et du système cardiovasculaire et changements pendant la grossesse
Céphalées, vision floue, convulsions, pertes de connaissance ou tension artérielle élevée
Réanimation cardio-respiratoire (RCR)
Contrôle des voies aériennes
Traitement par liquides intraveineux
Oxygénothérapie
Soins normaux du nouveau-né
Evaluation et soins préopératoires
Choisir la technique d'anesthésie correcte
Anesthésie à la kétamine

DEUXIEME SEMAINE

Saignement vaginal après l'accouchement
Evaluation et soins intra-opératoires
Anatomie de la colonne vertébrale et de la moelle épinière
Ponction lombaire et rachianesthésie
Médicaments utilisés pour l'anesthésie
Evaluation et soins de la patiente postopératoire
Décider des cas à référer
Intubation endotrachéale
Chirurgie obstétricale
Instructions pour préparer la salle d'opération
Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit reposant sur des critères

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

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

LISTES DE VERIFICATION POUR LES PROCEDURES DE SOU

Utiliser les Listes de vérification	1
Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte	5
Liste de vérification pour la réanimation cardio-respiratoire	7
Liste de vérification pour le contrôle des voies aériennes	9
Liste de vérification pour la pose de la canule.....	11
Liste de vérification pour la réanimation néonatale.....	13
Liste de vérification pour l'anesthésie à la kétamine.....	15
Liste de vérification pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.....	17
Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale	21

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

CINQUIEME SECTION : CONSEILS POUR LES FORMATEURS

ETRE UN FORMATEUR EFFICACE

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

CREER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF

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

REALISER DES ACTIVITES PEDAGOGIQUES

Présentations interactives.....	11
Faciliter les discussions en groupe.....	15
Faciliter une séance de remue-méninges (brainstorming)	17
Faciliter les activités en petits groupes	18
Démonstration clinique efficace	20

ENSEIGNER LA PRISE DE DECISIONS CLINIQUES

Gérer la pratique clinique.....	25
Interventions cliniques avec des patientes	26
Créer des possibilités d'apprentissage	29
Réunions pré et post-pratique clinique	30
Le formateur en tant que superviseur.....	32
Le formateur en tant que moniteur.....	34

Première Section : Guide pour les Participants

ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CAHIER DU FORMATEUR

PREMIERE SECTION : GUIDE POUR LES PARTICIPANTS

VUE GENERALE

Avant de démarrer ce stage de formation	1
Approche à la formation	1
Méthodes pédagogiques.....	6
Composantes du kit de matériel pédagogique de l'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	10
Utiliser le kit de matériel pédagogique d'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence...	11

INTRODUCTION

Formation pour des services sélectionnés en matière d'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	13
Conception du stage	13
Evaluation	14
Sommaire du stage.....	17

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Responsabilités du participant	24
Responsabilités de l'équipe.....	25
Compte rendu des activités	26

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU27

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?	32
Questionnaire préalable sur les connaissances, pour les prestataires chargés de l'anesthésie.....	33
Matrice d'évaluation individuelle et collective : Anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence	37

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SUR L'EXPERIENCE CLINIQUE41

PREMIERE SEMAINE

Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU	43
Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte.....	45
Fiche d'apprentissage pour la réanimation de l'adulte	46
Liste de vérification pour la réanimation de l'adulte	49
Simulation clinique pour la prise en charge du choc (septique ou hypovolémique)	51
Simulation clinique pour la prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance ou de la tension artérielle élevée.....	55
Simulation clinique pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement	59
Fiche d'apprentissage pour la réanimation cardio-respiratoire (cardio-pulmonaire)	62
Liste de vérification pour la réanimation cardio-respiratoire (cardio-pulmonaire)	64

Fiche d'apprentissage pour le contrôle des voies aériennes	66
Liste de vérification pour le contrôle des voies aériennes	68
Fiche d'apprentissage pour la pose de la canule	70
Liste de vérification pour la pose de la canule.....	72
Fiche d'apprentissage pour la réanimation néonatale	74
Liste de vérification pour la réanimation néonatale.....	77
Etude de cas : Choc	79
Etude de cas : Hypertension gestationnelle	81
Etude de cas : Difficultés respiratoires préopératoires	83
Exercices pratiques pour l'évaluation anesthésique	84
Evaluation anesthésique : Premier exercice.....	85
Formulaire d'évaluation préopératoire pour l'anesthésie	87
Fiche d'apprentissage pour l'anesthésie à la kétamine	89
Liste de vérification pour l'anesthésie à la kétamine.....	91
Etude de cas : Travail dystocique	93

DEUXIEME SEMAINE

Etude de cas : Bradycardie intra-opératoire.....	95
Etude de cas : Difficultés respiratoires intra-opératoires	97
Evaluation anesthésique : Deuxième exercice.....	99
Formulaire d'évaluation intra-opératoire de l'anesthésie	101
Fiche d'apprentissage pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.....	103
Liste de vérification pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.....	107
Etude de cas : Difficultés respiratoires postopératoires.....	111
Evaluation anesthésique : Troisième exercice	112
Formulaire d'évaluation postopératoire de l'anesthésie	115
Simulation clinique pour la prise en charge de la prééclampsie grave et du choc.....	117
Fiche d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale	122
Liste de vérification pour l'intubation endotrachéale	125

TROISIEME, QUATRIEME ET CINQUIEME SEMAINES

Etude de cas : Hémorragie antépartum	127
Etude de cas : Asthme bronchique préopératoire	128
Etude de cas : Eclampsie.....	129
Etude de cas : Collapsus intra-opératoire.....	131
Etude de cas : Collapsus post-opératoire	132
Etude de cas : Hématome du post-partum	134
Etude de cas : Evaluation et soins normaux postopératoires	135
Plan d'action pour les participants.....	137

VUE GENERALE

AVANT DE DEMARRER CE STAGE DE FORMATION

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

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

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

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

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

APPROCHE A LA FORMATION

Apprendre pour maîtriser

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

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

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

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

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

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

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

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

Modélisation du comportement

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

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

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

Formation axée sur la compétence

La formation axée sur la compétence (FAC) se fonde sur l'apprentissage en faisant soi-même (tiré du principe que "C'est en forgeant qu'on devient forgeron"). Cette formation se concentre sur

des connaissances, attitudes et compétences particulières nécessaires pour exécuter la procédure ou l'activité. Une grande importance est accordée à la manière dont le participant exécute la procédure (à savoir, la combinaison de connaissances, attitudes et surtout, de compétences) plutôt que simplement sur l'information apprise. La maîtrise de la compétence est évaluée objectivement en évaluant la performance générale.

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

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

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

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

Techniques de formation humanistes

L'utilisation de techniques plus humaines (humanistes) renforce également l'apprentissage clinique. L'utilisation de modèles anatomiques qui simule de près le corps humain et d'autres aides pédagogiques est le pivot de la formation humaniste. Travaillant d'abord sur des modèles plutôt qu'avec des patients, les participants apprennent à maîtriser de nouvelles compétences dans un contexte simulé. Aussi, est-ce moins stressant pour le participant et moins risqué et inconfortable pour la patiente. Par conséquent, l'utilisation efficace de modèles (approche humaniste) est un facteur important pour améliorer la qualité de la formation clinique et, en fin de compte, de la prestation de services.

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

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

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

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

METHODES PEDAGOGIQUES

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

Exposés illustrés

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

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

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

Activités en groupe

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

Etudes de cas

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

Les études de cas suivent un cadre de prise de décisions cliniques. (Voir "Enseigner la prise de décisions cliniques" dans la section sur les Conseils pour les formateurs.) Chaque étude de cas a une clé qui

comprend les réponses escomptées. Le formateur devrait bien connaître ces réponses avant de présenter les études de cas aux participants. La clé donne les réponses “possibles” mais il se pourrait que d’autres réponses données par les participants lors de la discussion soient tout aussi acceptables. Le contenu technique des études de cas provient du manuel de référence *Prise en charge des complications lors de la grossesse et de l’accouchement*. Les sections pertinentes du manuel sont indiquées à la fin des clés de l’étude de cas.

Jeux de rôle

Les jeux de rôle compris dans le kit de matériel pédagogique aide les participants à acquérir et à pratiquer des compétences de communication interpersonnelle. Chaque jeu de rôle fait appel à deux ou trois participants et les participants restants doivent observer le jeu de rôle. Une fois achevé le jeu de rôle, le formateur utilise les questions données pour guider la discussion.

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

Fiches d’apprentissage et listes de vérification

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

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour la Réanimation de l’Adulte

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour la Réanimation cardio-respiratoire

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour le Contrôle des Voies aériennes

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour la Pose de la Canule

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour la Réanimation néonatale

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour l’Anesthésie à la Kétamine

Fiche d’Apprentissage et Liste de Vérification pour la Ponction lombaire et la Rachianesthésie

Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour l'Intubation endotrachéale

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

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

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

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

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

Utiliser les fiches d'apprentissage

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

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

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

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

Utiliser les listes de vérification aux fins de pratique

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

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives 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 de la part du formateur

COMPOSANTES DU KIT DE MATERIEL PEDAGOGIQUE DE L'ANESTHÉSIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

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

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

Les manuels de référence recommandés pour ce stage sont les suivants :

- *Anaesthesia at the District Hospital* (2^e édition, Organisation mondiale de la Santé [OMS])
- *Anesthesia Provider Training Reference Manual* (Family Health Division and National Health Training Center, Népal)
- *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme* (OMS et JHPIEGO)
- "Prévention des infections : Guide de référence à l'intention des prestataires de soins de santé" (*Infection Prevention : A Reference Booklet for Health Care Providers* [EngenderHealth])

Les autres ressources sont les suivantes :

- “Utilisation des indicateurs de processus de l’ONU en matière de services obstétricaux d’urgence–Questions et réponses” (*Almost Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services* (Averting Maternal Death and Disability [AMDD] Workbook))
- “Améliorer les soins obstétricaux d’urgence grâce aux audits reposant sur des critères” (*Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit* [AMDD])

UTILISER LE KIT DE MATERIEL PEDAGOGIQUE DE L’ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D’URGENCE

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

L’utilisation du manuel de référence et du carnet de stage est une seconde caractéristique de cette formation. Le **manuel de référence** et les autres documents de référence supplémentaires fournissent toute l’information essentielle nécessaire pour mener le stage de manière logique. Ils servent de “texte” aux participants et de “source de référence” au formateur et, par conséquent, point besoin de documents à distribuer ou d’autres matériels supplémentaires. En outre, vu que le manuel et les autres ouvrages de référence contiennent **uniquement** une information qui correspond aux buts et objectifs de ce stage, ils deviennent une partie intégrante de toutes les activités en salle de classe, par exemple, l’exposé illustré ou l’animation d’une discussion.

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

Le **Guide pour les formateurs** comprend le même matériel que le Guide pour les participants, ainsi que du matériel pour le formateur. S'agissant du programme du stage, du questionnaire préalable et des clés des réponses, du questionnaire à mi-stage et des clés des réponses, des clés des réponses des études de cas, et des listes de vérification sur la maîtrise des compétences.

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

En bref, l'approche de la formation axée sur la compétence utilisée dans ce stage intègre un certain nombre de traits essentiels. **Premièrement**, elle se fonde sur les principes de la formation pour adultes, c'est-à-dire qu'elle est interactive, pertinente et pratique. De plus, elle demande au formateur de faciliter l'expérience pédagogique et non pas d'être un professeur ou un conférencier au sens plus traditionnel du terme. **Deuxièmement**, elle utilise la modélisation comportementale pour faciliter l'apprentissage comme manière standardisée d'exécuter une compétence ou une activité. **Troisièmement**, elle se fonde sur la compétence. Cela signifie qu'on évalue le participant en voyant s'il exécute **bien** l'activité et non pas en fonction de la **quantité** de ce qu'il a appris. **Quatrièmement**, dans la mesure du possible, elle utilise beaucoup les modèles anatomiques et autres aides pédagogiques (c'est-à-dire qu'elle est à caractère humaniste) pour permettre aux participants de pratiquer à maintes reprises la manière standardisée d'exécuter une compétence ou procédure **avant** de travailler avec des clientes. Par conséquent, au moment où la performance de chaque participant est évaluée par le formateur qui utilise à cette fin la liste de vérification, **chaque** participant devrait être en mesure d'exécuter de manière compétente **chaque** aptitude ou activité. **C'est l'aune à laquelle sera mesurée en dernière analyse la formation.**

INTRODUCTION

FORMATION POUR DES SERVICES SELECTIONNES EN MATIERE D'ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE

Bien que la majorité des grossesses et des naissances se déroulent sans incident, environ 15% de toutes les femmes enceintes connaîtront une complication susceptible de mettre leur vie en danger et qui demande des soins qualifiés et certaines auront besoin d'une intervention obstétricale majeure pour survivre. La mortalité et la morbidité maternelles sont imputables à des complications liées à l'hémorragie, à l'avortement à risque, à l'éclampsie, à la septicémie et au travail dystocique, nécessitant souvent une intervention chirurgicale sous anesthésie. Par conséquent, cette formation est destinée aux médecins, sages-femmes ou infirmières pour qu'ils puissent, en tant qu'équipe, fournir des services choisis en matière d'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence (SOU) complets, dans les hôpitaux de district pour éviter le décès et l'invalidité maternels.

Cette formation met l'accent sur la rapidité de l'examen, la prise de décisions et les gestes médicaux reposant sur le bilan clinique, avec peu de tests de laboratoire et autres tests et elle convient donc à des hôpitaux et centres de santé dans des contextes aux ressources modiques.

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

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

CONCEPTION DU STAGE

Le stage a pour fondement les connaissances que possède déjà chaque participant et tire partie de sa motivation à accomplir les tâches de formation en un temps minimum. La formation insiste sur l'acte concret, "**le faire**," pas simplement le savoir, et utilise **l'évaluation**, de la performance **axée sur la compétence**,

Points saillants de ce stage :

- Le premier matin, les participants rempliront un Questionnaire préalable au stage pour faire le point de leurs connaissances sur l'anesthésie pour les SOU.

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

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

EVALUATION

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

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

- Connaissances – Un score d’au moins 85% sur le Questionnaire à mi-stage.
- Compétences – Exécution satisfaisante des compétences cliniques pour l’administration d’une anesthésie lors d’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.

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

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

- **Questionnaire à mi-stage.** Les connaissances seront évaluées à la fin de la seconde semaine du stage de cinq semaines. Un score de 85% ou plus indique une maîtrise des connaissances du contenu présenté lors des séances théoriques. Pour les participants dont la note est inférieure à 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant individuellement et lui indiquer comment utiliser le manuel ou les manuels de référence pour acquérir l’information demandée. Les participants dont la note est inférieure à 85% peuvent repasser à nouveau le Questionnaire à mi-stage à n’importe quel moment pendant le restant du stage.
- **Compétences cliniques.** L’évaluation des compétences cliniques se fera dans trois contextes :
 - Pendant les cinq semaines du stage, avec des modèles dans un contexte simulé.
 - Pendant les cinq semaines du stage, avec des patientes au site de formation clinique.
 - Les études de cas et simulations cliniques seront utilisées pour évaluer les compétences liées à la résolution de problèmes et à la prise de décisions. L’évaluation des compétences de communication interpersonnelle de chaque participant peut se faire à n’importe quel moment pendant cette période en observant les participants lors des jeux de rôle.
 - Pendant les trois mois de pratique autodirigée, au moment de la visite d’encadrement à l’hôpital du participant.

- Dans chaque contexte, le formateur clinique utilisera les listes de vérification pour vérifier que chaque participant possède les compétences nécessaires pour prendre en charge l'anesthésie liée aux urgences obstétricales et interagir avec les patientes.
- Les participants devraient exécuter correctement les étapes/tâches pour une compétence ou une procédure particulière dans un contexte simulé avant de passer à la pratique supervisée dans le site clinique. S'il est certes souhaitable que toutes les compétences/procédures comprises dans le stage de formation soient apprises et acquises de cette manière, cela n'est pourtant pas toujours possible. Par exemple, les urgences obstétricales ne sont pas courantes et, par conséquent, les occasions de mettre en pratique des compétences particulières avec les patientes peuvent être limitées. Aussi, la pratique et l'évaluation de la maîtrise de la compétence se fera-t-elle dans un contexte simulé ou avec des patientes non obstétricales (par exemple, administrer la rachianesthésie pour une chirurgie des membres inférieurs).
- **Pratique clinique.** Le formateur clinique est responsable d'observer la performance générale de chaque participant au niveau de l'administration de l'anesthésie pour les SOU pendant le stage collectif et lors de la pratique autodirigée. A cet effet, l'attitude du participant sera observée—composante d'importance critique d'une prestation de services de qualité—envers les femmes avec des urgences obstétricales et envers les membres de l'équipe de SOU. C'est ainsi que le formateur clinique évalue comment le participant utilise ce qu'il a appris.
- Une évaluation est faite lors de la pratique autodirigée de trois mois (voir ci-après). Elle est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, cela apporte au participant non seulement un feedback direct sur sa performance, mais c'est également l'occasion de discuter de contraintes ou de problèmes liés à l'administration de l'anesthésie pour les SOU (manque d'instruments, médicaments et autres fournitures). Deuxièmement, chose tout aussi importante, cela apporte au centre de service/formation, par l'entremise du formateur clinique, une information essentielle sur l'adéquation de la formation et sa pertinence face aux conditions locales.

SOMMAIRE DU STAGE

Description du stage. Ce stage de formation clinique vise à préparer les participants pour qu'ils puissent administrer l'anesthésie lors d'urgences obstétricales et travailler efficacement en tant que membres d'une équipe de SOU. Le stage commence par cinq semaines dans un site de formation et se concentre sur l'acquisition, l'application et l'évaluation des connaissances et des compétences. Les deux premières semaines se déroulent dans une salle de classe et les troisième, quatrième et cinquième semaines dans des blocs opératoires et des locaux cliniques désignés. Les cinq premières semaines sont suivies immédiatement par une pratique autodirigée de trois mois sur les lieux de travail du participant pendant laquelle les formateurs cliniques du stage font au moins deux visites de suivi aux fins d'encadrement et d'évaluation supplémentaire.

Buts du stage

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

Objectifs de l'apprentissage des participants

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

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

5. Décrire le processus du bilan initial et de la prise en charge rapides d'une patiente qui présente un problème.
6. Identifier les symptômes et signes de choc, décrire la prise en charge immédiate et spécifique, et stabiliser la patiente d'urgence pour l'anesthésie.
7. Décrire les principes et procédures de la transfusion de sang, y compris la reconnaissance et la prise en charge des réactions à la transfusion.
8. Décrire l'anatomie du système cardiovasculaire et du système respiratoire, tels qu'appliqués à l'anesthésie.
9. Décrire les principes de la physiologie appliquée des systèmes cardiovasculaire et respiratoire et expliquer les changements physiologiques pendant la grossesse, tel qu'ils s'appliquent à l'anesthésie pour les SOU.
10. Identifier les symptômes et les signes présents, établir le diagnostic probable et utiliser les protocoles de prise en charge simplifiés pour l'hypertension gestationnelle.
11. Procéder à la réanimation de l'adulte, dont la réanimation cardio-respiratoire.
12. Démontrer la connaissance de la physiologie des liquides et définir l'utilisation des différentes compositions de liquides dans différentes situations cliniques.
13. Mettre en place la canule IV et maintenir une voie veineuse.
14. Procéder à la réanimation fondamentale du nouveau-né en utilisant un ballon auto-gonflable et un masque.
15. Faire une évaluation préopératoire, en décidant du type d'anesthésie indiquée et fournir des soins aux patientes nécessitant une intervention chirurgicale obstétricale.
16. Administrer l'anesthésie à la kétamine.
17. Cerner les symptômes et signes présents, déterminer le diagnostic probable et utiliser les protocoles de prise en charge simplifiés pour le saignement vaginal après l'accouchement.
18. Réaliser le suivi et l'évaluation intra-opératoires, démontrer l'utilisation correcte des diagrammes de suivi de l'anesthésie et fournir des soins aux femmes pendant la chirurgie obstétricale.
19. Démontrer la connaissance de l'anatomie appliquée de la colonne vertébrale et de la moelle épinière.

20. Effectuer une ponction lombaire et fournir une rachianesthésie.
21. Démontrer les principes fondamentaux de certains médicaments utilisés pour l'anesthésie dans le contexte des soins obstétricaux d'urgence.
22. Réaliser une évaluation postopératoire et fournir des soins suivant la chirurgie obstétricale, dont la prise en charge de la douleur.
23. Réaliser une intubation endotrachéale et maintenir la perméabilité des voies aériennes.
24. Démontrer les principes fondamentaux pour choisir la technique d'anesthésie correcte pour les SOU.
25. Ebaucher les principes courants pour référer les cas obstétricaux d'urgence.
26. Décrire les principes de certains actes chirurgicaux dans le contexte des SOU.
27. Réaliser les tâches nécessaires pour réaliser le bon fonctionnement de la salle d'opération.
28. Décrire le processus d'examen d'un décès maternel et expliquer comment les résultats seront utilisés.
29. Décrire les étapes de la mise en place de services de SOU et de leur gestion quotidienne.

Méthodes de formation/d'apprentissage

- Exposés illustrés et discussions de groupe
- Etudes de cas
- Jeux de rôle
- Pratique simulée avec modèles anatomiques
- Simulations pour la prise de décisions cliniques
- Activités cliniques guidées (prestation de soins et réalisation des procédures liées à l'anesthésie pour les femmes avec des urgences obstétricales)

Matériel pédagogique. Le matériel pédagogique pour le stage est le suivant :

- Manuels de référence :
 - *Anesthesia at the District Hospital* (2^e édition, Organisation mondiale de la Santé [OMS])
 - *Anesthesia Provider Training Reference Manual* (Family Health Division and National Health Training Center, Népal)
 - Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme (OMS et JHPIEGO)
 - Prévention des infections : Guide de référence à l'intention des prestataires de soins de santé (Infection Prevention : A Reference Booklet for Health Care Providers [EngenderHealth])
- Autre matériel :
 - (Almost) Everything You Want to Know about Using the UN Process Indicators of Emergency Obstetric Services. Questions and Answers. (Averting Maternal Death and Disability [AMDD] Workbook) Cahier d'exercices avec questions et réponses concernant l'utilisation des indicateurs de processus de l'ONU en matière de services obstétricaux d'urgence
 - *Improving Emergency Obstetric Care Through Criterion-Based Audit* (Améliorer les soins obstétricaux d'urgence grâce aux audits reposant sur des critères) (AMDD)
- Graphiques de présentation :
 - Prévenir l'invalidité et le décès maternel
 - Changer la pratique obstétricale
 - Droits humains et soins obstétricaux d'urgence
 - Précautions universelles de la prévention des infections
 - Bilan initial rapide
 - Prise en charge du choc
 - Anatomie du système respiratoire
 - Anatomie du système cardiovasculaire
 - Médicaments utilisés pour la réanimation
 - Physiologie appliquée des systèmes respiratoires et cardiovasculaire et changements pendant la grossesse

- Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle élevée
- Réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou cardio-pulmonaire (RCP)
- Contrôle des voies aériennes
- Traitement par liquides intraveineux
- Oxygénothérapie
- Soins normaux du nouveau-né
- Evaluation et soins préopératoires
- Choisir la technique anesthésique correcte
- Anesthésie à la kétamine
- Saignement vaginal après l'accouchement
- Evaluation et soins intra-opératoires
- Anatomie de la colonne vertébrale et de la moelle épinière
- Ponction lombaire et rachianesthésie
- Médicaments utilisés pour l'anesthésie
- Evaluation et soins de la patiente post-opératoire
- Quel cas faut-il orienter vers un niveau supérieur de santé ?
- Intubation endotrachéale
- Chirurgie obstétricale
- Instructions pour la préparation de la salle d'opération
- Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit reposant sur des critères
- Instruments et matériel :
 - Ballon autogonflant et masque à visage (taille adulte et du nouveau-né)
 - Cylindre d'oxygène
 - Laryngoscope pour adulte et tubulure endotrachéale
 - Canule IV
 - Aiguilles pour la rachianesthésie et kit pour la ponction lombaire
 - Aiguilles et seringues
 - Gants, tabliers en plastique et lunettes de protection
 - Récipients et solutions pour les pratiques de prévention des infections

- Modèles anatomiques :
 - Simulateur de l'injection spinale
 - Modèle de réanimation du nouveau-né
 - Modèle de bras pour la pose de la canule IV
 - Modèle cardio-pulmonaire (RCP)
 - Autres modèles disponibles localement ou modèles créés avec des ressources locales

Critères de sélection des participants

- Les participants à ce stage doivent être des cliniciens en exercice (médecins, sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales), travaillant dans un hôpital de district où les SOU sont fournis ou prévus.
- Les participants doivent être engagés activement dans la prestation des soins lors du travail et de l'accouchement au début du stage et doivent être engagés à continuer une fois le cours achevé, y compris la prestation des SOU.
- Les participants doivent être sélectionnés auprès des hôpitaux de district, capables de fournir un soutien institutionnel constant pour l'anesthésie pour les SOU (fournitures, équipement, supervision, liens avec un établissement de référence, etc.).
- Les participants devraient être soutenus par leurs superviseurs ou responsables pour améliorer leur performance professionnelle après avoir achevé le stage. Les participants devraient notamment chercher à communiquer avec les superviseurs ou responsables à propos du stage et à obtenir leur approbation pour la formation, leur soutien pour la participation et leur assurance qu'ils les aideront à utiliser leurs nouvelles compétences et connaissances dans leur travail.

Méthodes d'évaluation

Participant

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

Stage

- Evaluation du stage (à remplir par chaque participant)

Durée du stage

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

Composition proposée du stage

- Six médecins ou sages-femmes travaillant en tant qu'équipe avec les participants médecins/sages-femmes ou infirmières du stage de formation sur les SOU
- Deux formateurs cliniques (un médecin anesthésiste et un prestataire de l'anesthésie non-médecin), travaillant ensemble avec les formateurs du stage de formation sur les SOU.

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGEE

Le but de la pratique autodirigée de trois mois est de fournir aux participants l'occasion d'appliquer les connaissances et compétences acquises pendant les cinq premières semaines du stage de formation en SOU sur leurs lieux de travail.

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

RESPONSABILITES DU PARTICIPANT

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

- Prise en charge du choc
- Pose de canule
- Dénudation veineuse
- Ventilation ballon-masque
- Réanimation de l'adulte
- Intubation endotrachéale
- Réanimation cardio-pulmonaire
- Réanimation du nouveau-né
- Suivi et évaluation des patientes obstétricales préopératoires, intra-opératoires et postopératoires
- Ponction lombaire et rachianesthésie
- Méthode de l'anesthésie à la kétamine
- Mise à jour et entretien des dossiers de l'anesthésie

Les urgences obstétricales n'étant pas courantes, les possibilités de pratiquer les compétences susmentionnées risquent d'être limitées. Chaque fois que le participant aura l'occasion de pratiquer une compétence, la fiche d'apprentissage pertinente devrait être utilisée.

En plus, le participant devra noter son expérience dans son Journal de Bord de l'expérience clinique, y compris le numéro de la patiente, du service et de l'hôpital, les symptômes présents, le diagnostic, le traitement et le dénouement.

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

Conjointement avec la pratique des compétences, les participants devront :

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

RESPONSABILITES DE L'EQUIPE

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

- Mener des exercices d'alerte
- Vérifier que tout est prêt dans la salle de travail et la salle d'opération pour les urgences obstétricales
- Vérifier que l'équipement, les fournitures et les médicaments sont disponibles pour les urgences obstétricales
- Vérifier que les pratiques de PI sont en place en général et notamment pour la pratique de l'anesthésie
- Mener des examens ou audits des décès maternels

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

Réunions du lundi :

- Planifier pour la semaine
- Exercices d'alerte
- Préparation de toutes les zones de l'hôpital pour les urgences obstétricales
- Disponibilité de l'équipement, des fournitures et des médicaments
- Examen ou audit du décès maternel

Réunions du vendredi :

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

COMPTE RENDU DES ACTIVITES

Les participants utiliseront leur Journal de Bord de l'Expérience clinique et leurs fiches de travail des Plans d'Action pour faire le compte rendu des activités exécutées pendant la pratique autodirigée.

Journal de Bord de l'expérience clinique concernant l'anesthésie pour les SOU

Les participants doivent noter tous les jours les activités/expériences dans la section correspondante du Journal de Bord de l'Expérience clinique. Il s'agit notamment de l'information sur les clientes/patientes auxquelles une anesthésie pour les SOU a été administrée, des notes sur leurs progrès individuels, ainsi que sur les réunions/progrès de l'équipe.

Fiches de travail des Plans d'Action

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

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU				
JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
MATIN (4 heures et demie) Ouverture : Bienvenue et présentations Vue générale du stage (buts, objectifs, calendrier) Examen du matériel du stage Définition des attentes des participants Questionnaire préalable des connaissances Examen de l'expérience clinique Définition des besoins d'apprentissage individuels et collectifs Examen et discussion : Revoir les résultats de l'évaluation du site et discuter de l'amélioration de la performance du prestataire, de la qualité des soins et de l'approche d'équipe aux SOU Présentation et discussion : Eviter le décès et l'invalidité maternelles, SOU fondamentaux et complets	MATIN (4 heures et demie) Programme et activité d'ouverture Présentation et discussion : Pratiques de prévention des infections Démonstration : - Lavage des mains - Décontamination - Manipulation des objets coupants et pointus - Elimination des déchets - Manutention et préparation des instruments Présentation et discussion : Evaluation initiale rapide, reconnaissance et traitement du choc, réanimation de l'adulte, suivi de la transfusion de sang	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : - Anatomie du système respiratoire et cardiovasculaire Présentation et discussion : - Médicaments utilisés pour la réanimation : adrénaline, éphédrine, atropine Démonstration : Le plateau à équipement pour la réanimation Présentation et discussion : - Physiologie du système respiratoire et cardiovasculaire et changements physiologiques lors de la grossesse	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : - Réanimation cardio-pulmonaire (RCP) - Contrôle des voies aériennes - Principes de l'oxygénothérapie - Traitement de liquides par voie intraveineuse Démonstration et pratique de la compétence sur modèles : - Pose de canule IV - Ventilation par ballon et masque - RCP Les participants s'exercent en paires	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : - Evaluation et soins de la patiente préopératoire - Choisir la bonne technique d'anesthésie Etude de cas : Etudes de cas préopératoires Evaluation anesthésique : Premier Exercice Patiente préopératoire Démonstration et pratique : Evaluation et soins de la patiente préopératoire
DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Changer la pratique obstétricale Présentation et discussion : Questions éthiques et SOU : - Sentiment d'urgence - Se responsabiliser pour ses propres actions - Respect de la vie humaine - Reconnaissance du droit de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité Jeu de rôle : Communication interpersonnelle pendant les SOU Examen des activités de la journée Lecture recommandée : Manuel de PI : Sections 1 à 6 ; Supplément de PI : 1-12 ; Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5.	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Démonstration de la compétence : Réanimation de l'adulte en utilisant le modèle Pratique de la compétence : Réanimation de l'adulte - Les participants s'exercent en paires en utilisant le modèle Simulation clinique : Exercice d'alerte - Certains participants prennent part - Les participants restants observent Discussion : Etre préparé en cas d'urgence Examen des activités de la journée Lecture recommandée : PCCGA Sec 2, S-35 à S-50, Manuel APTRM pp 7-16, 60, 99-103 . Manuel Dobson pp 7-12, 98-101.	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance, tension artérielle élevée Etude de cas : Hypertension gestationnelle Démonstration des liquides utilisés pour la réanimation Examen des activités de la journée Lecture recommandée : PCCGA Sec 1, C-75 à C-80, Sec 2, S-141 à S-150, APTRM pp 17-24, 41-43, 66-70. Dobson pp 3-6, 15-21, 33-42, 128-132.	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Soins normaux du nouveau-né - Réanimation du nouveau-né Démonstration de la compétence et pratique : Réanimation du nouveau-né en utilisant des modèles - Les participants pratiquent en paires Pratique de la compétence : Pratique avec des modèles - Les participants s'exercent en paires en utilisant les modèles Examen des activités de la journée Lecture recommandée : APTRM pp 55-58, 8991, 123-133. Dobson pp 44-46, 73-74, 103-106, 113-115.	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Anesthésie à la kétamine Démonstration de la compétence : Anesthésie à la kétamine sur modèles Etude de cas : Anesthésie à la kétamine lors de la pratique obstétricale : travail dystocique Examen des activités de la journée Lecture recommandée : PCCGA Sec 2, S-25 à S-34. APTRM pp 143-151.

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU				
JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10
MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : Saignement vaginal après l'accouchement Présentation et discussion : Evaluation et soins pendant l'opération. Etude de cas : Difficulté respiratoire et bradycardie pendant l'opération. Evaluation anesthésique : Deuxième Exercice Patiente intra-opératoire Présentation et discussion : Anatomie de la colonne vertébrale et de la moelle épinière.	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : ● Médicaments utilisés pour l'anesthésie Présentation et discussion : ● Evaluation et soins de la patiente postopératoire Etude de cas Difficultés respiratoires postopératoires Présentation et discussion : ● Décider des cas à aiguiller Evaluation de l'anesthésie : Troisième exercice Patiente postopératoire	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : Intubation endotrachéale Démonstration de la compétence : Intubation endotrachéale en utilisant le modèle Pratique de la compétence : Intubation endotrachéale ● Les participants pratiquent en paires en utilisant un modèle ou un cadavre	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : Préparation de la salle d'opération Démonstration en salle d'opération : ● Matériel de réanimation ● Anesthésie à la kétamine ● Rachianesthésie ● Soins intra-opératoires Pratique clinique : Evaluation, suivi et soins intra-opératoires	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Questionnaire sur les connaissances à mi-Stage Discussion et pratique de la compétence : Difficulté en intubation endotrachéale (ETT) et rachianesthésie Instructions sur le Journal de Bord de l'expérience clinique Instructions sur la pratique clinique Revoir les résultats du Questionnaire à Mi-Stage
DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Rachianesthésie Jeu de rôle : ● Rachianesthésie Communication avec la patiente consciente Démonstration et pratique de la compétence : Ponction lombaire et rachianesthésie ● Les participants pratiquent en paires	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Simulation clinique (exercice d'alerte/simulation clinique) : Prise en charge de prééclampsie grave et collapsus Pratique de la compétence sur des modèles : RCP, réanimation et ventilation du nouveau-né	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Présentation et discussion : Chirurgie obstétricale : ● Césarienne ● Laparotomie ● Hystérectomie ● Salpingectomie Bande vidéo : ● Césarienne	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Pratique clinique (suite) Evaluation, suivi et soins intra-opératoires Démonstration : Prévention des infections : ● Préparation des instruments et des champs opératoires ● Désinfection à haut niveau ● Stérilisation Discussion : Préparation de la salle d'opération	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Visite des locaux cliniques ● Zone de réception d'urgence ● Salle de travail ● Zone prénatale et post-accouchement
Examen des activités de la journée Lecture recommandée : APTRM pp 168–174. Dobson pp 107–108.	Examen des activités de la journée Lecture recommandée : PCCGA Sec 3, P-43 à P-52, P-95 à P-111. APTRM pp 71–79. Dobson pp 6–17.	Examen des activités de la journée Lecture recommandée : APTRM pp 48–54. Dobson pp 34–36, 128–130, 141–142.	Examen des activités de la journée Lecture recommandée : Se préparer pour le Questionnaire des connaissances à mi-stage	Examen des activités de la journée Lecture recommandée :

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU				
JOUR 11	JOUR 12	JOUR 13	JOUR 14	JOUR 15
MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Visite des locaux de SOU de l'hôpital modèle de district Zone de réception d'urgence : ● Evaluation rapide ● Prise en charge du choc Salle de travail et salle postnatale : ● Evaluation et soins préopératoires ● Soins postopératoires Salle d'opération : ● Préparer la salle d'opération ● Evaluation et soins intra-opératoires ● Soins postopératoires immédiats	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération
DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Suite de la visite des locaux de SOU de l'hôpital modèle de district Discussion : Mettre sur pied la salle d'opération et les services et locaux pour l'anesthésie au niveau de l'hôpital de district Examen des activités de la journée Equipe du soir :	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels Examen des activités de la journée Equipe du soir :	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels Examen des activités de la journée Equipe du soir :	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels Examen des activités de la journée Equipe du soir :	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels Examen des activités de la journée Equipe du soir :

Service du samedi 3^{ème} semaine :

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU				
JOUR 16	JOUR 17	JOUR 18	JOUR 19	JOUR 20
MATIN (4 heures)	MATIN (4 heures)	MATIN (4 heures)	MATIN (4 heures)	MATIN (4 heures)
Programme et activités d'ouverture	Programme et activités d'ouverture	Programme et activités d'ouverture	Programme et activités d'ouverture	Programme et activités d'ouverture
● Pratique clinique en salle d'opération	● Pratique clinique en salle d'opération	● Pratique clinique en salle d'opération	● Pratique clinique en salle d'opération	● Pratique clinique en salle d'opération
DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER	DEJEUNER
APRES-MIDI (3 heures)	APRES-MIDI (3 heures)	APRES-MIDI (3 heures)	APRES-MIDI (3 heures)	APRES-MIDI (3 heures)
Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels
Examen des activités de la journée	Examen des activités de la journée	Examen des activités de la journée	Examen des activités de la journée	Examen des activités de la journée
Equipe du soir :	Equipe du soir :	Equipe du soir :	Equipe du soir :	Equipe du soir :

Service du samedi 4^{ème} semaine :

MODELE DE PROGRAMME D'UN STAGE D'ANESTHESIE POUR LES SOU				
JOUR 21	JOUR 22	JOUR 23	JOUR 24	JOUR 25
MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture ● Pratique clinique en salle d'opération	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Présentation et discussion : Examen de la mortalité maternelle et périnatale, audits des décès évités de justesse, dossiers Démonstration : Examen ou audit Discussion : Utiliser les résultats des examens et des audits pour cerner et résoudre les problèmes	MATIN (4 heures et demie) Programme et activités d'ouverture Travail en groupe : Formuler des plans d'action Présentations : Plans d'action Etapes suivantes : Journal de Bord, apprentissage sur place, planification des visites d'encadrement
DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Etudes de cas pendant les temps morts ou discussion de cas réels	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Discussion : Leçons de l'expérience clinique Discussion : Organisation et gestion des services et de l'équipe des soins obstétricaux d'urgence Discussions avec les formateurs : Déterminer les autres besoins d'apprentissage individuels des participants <i>Présenter le travail en groupe</i> Examen des activités de la journée (tous)	DEJEUNER APRES-MIDI (3 heures et demie) Récapitulatif du stage Cérémonie de clôture
Examen des activités de la journée Equipe du soir :	Examen des activités de la journée Equipe du soir :	Examen des activités de la journée Equipe du soir :	Devoir : Chaque équipe doit discuter et se préparer pour l'élaboration d'un plan d'action pendant le travail en groupes de la matinée suivante	

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES

COMMENT LES RESULTATS SERONT-ILS UTILISES ?

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

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

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

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES POUR LES PRESTATAIRES CHARGES DE L'ANESTHESIE

Instructions : Dans l'espace fourni, écrire un **V** majuscule si l'énoncé est **vrai** ou un **F** majuscule si l'énoncé est **faux**.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE

1. L'évaluation initiale rapide devrait être réalisée pour toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème. _____
2. Une femme qui est entrée en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir un pouls rapide et filant. _____
3. Une femme avec une grossesse ectopique non rompue a généralement des symptômes de collapsus et de faiblesse. _____
4. Une femme enceinte avec anémie grave a généralement du mal à respirer ou une respiration sifflante. _____
5. Une femme enceinte qui souffre de choc devrait recevoir immédiatement une perfusion de colloïdes. _____

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

6. Le diazépam est le médicament de premier choix pour la prévention et le traitement des convulsions dans le cas de prééclampsie et d'éclampsie graves. _____
7. La rachianesthésie ne convient pas aux patientes avec un taux élevé de globules blancs. _____
8. Limiter l'apport de liquides par voie orale est le meilleur conseil pour les maux de tête suivant la rachianesthésie. _____

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

9. Si l'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. _____

ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE

10. La kétamine ne peut pas être utilisée pour provoquer l'anesthésie. _____
11. Le bloc paracervical est la technique anesthésique idéale pour l'aspiration manuelle intra-utérine pour l'avortement incomplet à 14 semaines de la grossesse. _____
12. Le personnel chargé de l'anesthésie devrait parler avec la patiente lors de la rachianesthésie pour diminuer l'angoisse de celle-ci. _____
13. Suivant une hystérectomie subtotale d'urgence, les signes vitaux doivent être suivis une fois toutes les quatre heures pendant 24 heures. _____
14. Dans le cas de rupture de l'utérus, il ne faut démarrer l'anesthésie que lorsqu'on dispose d'une unité de sang pour la transfusion. _____
15. La lignocaïne à 2% convient pour la rachianesthésie. _____
16. L'hypotension imputable à la stimulation sympathique représente l'un des effets secondaires les plus courants de la rachianesthésie. _____
17. Au titre des autres résultats cliniques : le choc hypovolémique est caractérisé par la bradycardie. _____
18. La grossesse ectopique devrait être traitée immédiatement par une laparotomie d'urgence. _____

19. La rachianesthésie est l’anesthésie de premier choix pour une femme souffrant d’hypertension gestationnelle. _____
20. Un niveau d’hémoglobine sûr pour une césarienne est 8 g/dl. _____
21. Une surdose d’opioïde peut être traitée efficacement par l’entremise du protocole “attendre et observer.” _____
22. Le niveau sensoriel de l’ombilic correspond au niveau T10 de la distribution de dermatome. _____
23. L’hypotension est une complication courante de la rachianesthésie. _____
24. On peut éviter l’hypotension maternelle en gardant la patiente allongée sur la table d’opération. _____
25. Pour une patiente en choc, on jugera la réanimation comme adéquate si l’hémoglobine est de 10 g/dl. _____
26. Si l’on soupçonne une anaphylaxie chez une patiente, il faut administrer immédiatement de l’adrénaline. _____
27. Si l’on soupçonne une réaction à la transfusion de sang, administrer des antihistaminiques et continuer un débit plus faible de la transfusion sanguine. _____
28. L’hallucination post-opératoire est un effet secondaire important de l’anesthésie à la kétamine. _____
29. La rachianesthésie causera moins de dépression respiratoire chez le nouveau-né que l’anesthésie générale. _____

MEDICAMENTS UTILISES POUR L'ANESTHESIE ET LA REANIMATION

30. La dose intraveineuse de péthidine pour la sédation est de 1 g. _____

31. L'atropine est un bon médicament pour traiter la bradycardie chez une patiente sous rachianesthésie. _____
32. Le ratio de ventilation/compression chez une patiente avec arrêt cardiaque est de 2:15. _____

EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

33. En gardant une femme enceinte à terme dans la position latérale, on réduit le flot sanguin utérin. _____
34. Un volume donné de perte de sang devrait être remplacé en administrant trois fois le volume de solution cristalloïde. _____
35. La décision d'administrer une transfusion sanguine devrait reposer essentiellement sur le volume de perte sanguine immédiate. _____
36. La rachianesthésie peut être utilisée sans risques chez une patiente avec l'estomac rempli. _____

REANIMATION

37. Pour une patiente recevant de l'oxygène d'appoint, la demande d'oxygène diminue dans le tissu. _____
38. La ventilation par ballon et masque est la meilleure technique pour maintenir ouvertes les voies aériennes chez une patiente inconsciente. _____
39. La flexion du cou aide à maintenir la liberté des voies aériennes chez une patiente inconsciente. _____
40. L'intubation endotrachéale chez une patiente obstétricale est plus difficile que chez une patiente non obstétricale. _____

**ANESTHESIE POUR LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE :
MATRICE D'EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE**

STAGE : _____ **DATES :** _____

FORMATEUR(S) : _____

NUMERO DE LA QUESTION	RESPONSES 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	
1																									PRISE EN CHARGE DU CHOC; EVALUATION INITIALE RAPIDE
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									CEPHALEES, VISION FLOUE, PERTE DE CONNAISSANCE, TENSION ARTERIELLE ELEVÉE
7																									
8																									
9																									REANIMATION DU NOUVEAU-NE
10																									ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE
11																									
12																									

NUMERO 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	
13																									ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE (suite)
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
21																									
23																									
24																									
25																									
26																									
27																									
28																									
29																									

NUMERO 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	
30																									MEDICAMENTS UTILISES POUR L'ANESTHESIE ET LA REANIMATION
31																									
32																									
33																									LIQUIDES ET EQUILIBRE HYDRO- ELECTROLITIQUE
34																									
35																									
36																									REANIMATION
37																									
38																									
39																									
40																									

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL SUR L'EXPERIENCE CLINIQUE

Nom : _____ Date : _____

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

Compétence	Nombre de cas ces 6 derniers mois	Niveau de confiance <i>a, b ou c</i>	A enseigné cette compétence ces 6 derniers mois
Prise en charge du choc			
Pose de canule			
Dénudation veineuse			
Ventilation ballon-masque			
Réanimation de l'adulte			
Intubation endotrachéale			
Réanimation cardio-pulmonaire			
Réanimation du nouveau-né			
Suivi et évaluation des patientes obstétricales préopératoires			
Suivi et évaluation des patientes obstétricales intra-opératoires			
Suivi et évaluation des patientes obstétricales postopératoires			
Ponction lombaire et rachianesthésie			
Méthode de l'anesthésie à la kétamine			
Entretien et mise à jour des dossiers de l'anesthésie			

Première Semaine

JEU DE ROLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE (SOU)

Instructions

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

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

Rôles des participants

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

Situation

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

But du jeu de rôle

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

Questions de discussion

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

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

SEANCE DE PRATIQUE DES COMPETENCES : REANIMATION DE L'ADULTE

OBJECTIF

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

INSTRUCTIONS

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

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

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

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

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

MATERIEL

Équipement suivant ou représentations de cet équipement :

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

Fiche d'apprentissage pour la Réanimation de l'adulte

Liste de vérification pour la Réanimation de l'adulte

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PRISE EN CHARGE GENERALE					
1. Appelle à l'aide pour mobiliser d'urgence le personnel disponible.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité.					
3. Si la patiente est consciente et répond, dit à celle-ci (et à l'accompagnant) ce qu'il va faire, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
PRISE EN CHARGE IMMEDIATE					
1. Surveille les signes vitaux de la patiente : • Température • Pouls • Tension artérielle • Respiration					
2. Tourne la patiente sur le côté pour garantir le dégagement des voies aériennes. Si la patiente ne respire pas, commence les gestes de réanimation.					
3. Administre 6-8 litres d'oxygène par minute par masque facial ou sonde nasale.					
4. Recouvre la patiente avec une couverture pour qu'elle soit au chaud.					
5. Surélève les jambes de la patiente—si possible, en surélevant les pieds du lit.					
PRISE DE SANG ET REMPLACEMENT DES LIQUIDES					
1. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
2. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Connecte la tubulure IV à un récipient de 1 litre de sérum physiologique ou Ringer lactate.					
4. Aspire le liquide dans la tubulure de perfusion.					
5. Choisit un endroit qui convient à la perfusion (le dos de la main ou l'avant-bras).					
6. Pose un garrot autour de la partie supérieure du bras de la patiente.					
7. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
8. Nettoie la peau à l'endroit choisi pour la perfusion.					
9. Installe une voie veineuse en utilisant une aiguille de calibre 16 ou 18 ou une canule.					
10. Fait un prélèvement de sang pour mesurer le taux d'hémoglobine et effectuer un contrôle de compatibilité et un test de coagulation à l'aide d'un test à réaliser au lit de la patiente.					
11. Détache la seringue de l'aiguille ou de la canule.					
12. Connecte la tubulure IV à l'aiguille ou la canule.					
13. Fixe solidement l'aiguille ou la canule avec du sparadrap.					
14. Ajuste la tubulure pour établir <u>une bonne dynamique</u> de perfusion : 1 litre en 15–20 minutes.					
15. Transfère le sang collecté dans un tube d'essai libellé pour mesurer le taux d'hémoglobine et faire le test de compatibilité.					
16. Prélève 2 ml de sang dans un petit tube à essais ordinaire en verre (d'environ 10 mm x 75 mm) pour faire le test de coagulation : • Tient le tube de test dans son poing fermé pour le maintenir au chaud. • Au bout de 4 minutes, incline lentement le tube pour voir si un caillot se forme. • Recommence toutes les minutes jusqu'à ce que le sang soit coagulé et qu'il soit possible de retourner complètement le tube. • Si un caillot ne se forme pas ou si le caillot est mou et se désagrége facilement, cela évoque une coagulopathie.					
17. Si la patiente ne respire pas ou ne respire pas bien, procède à l'intubation endotrachéale et la ventile avec un masque Ambu.					
18. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
19. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
20. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
SONDER LA VESSIE					
1. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Nettoie les parties génitales externes.					
3. Insère le cathéter dans l'orifice urétral et laisse l'urine s'écouler dans un récipient propre et mesure et note la quantité.					
4. Attache solidement le cathéter à un sac de drainage de l'urine.					
5. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
6. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
REEVALUATION ET PRISE EN CHARGE SUPPLEMENTAIRE					
1. Réexamine la patiente dans les 30 minutes pour voir si la perfusion lui a été bénéfique. Les signes d'amélioration sont notamment : • Une stabilisation du pouls (90 battements/minute ou moins) • Une hausse de la tension artérielle systolique (100 mm Hg ou plus) • Une amélioration de l'état mental (moins de confusion ou d'angoisse) • Une augmentation du débit urinaire (30 ml/h ou plus)					
2. Si l'état de la patiente s'améliore : • Abaisse le débit de la perfusion à 1l en 6 heures • Continue à traiter la cause du choc					
3. Si l'état de la patiente ne s'améliore pas : • Perfuse à un débit plus important le sérum physiologique jusqu'à ce que son état s'améliore • Continue d'administrer l'oxygène à 6-8 litres/minute • Continue à suivre les signes vitaux toutes les 15 minutes et surveille l'absorption de liquides et le débit urinaire toutes les heures • Planifie des tests de laboratoire supplémentaires					
4. Vérifie les saignements. En cas de saignement abondant, prend les mesures pour arrêter le saignement et transfuser du sang, le cas échéant.					
5. Fait l'anamnèse, l'examen physique et des tests pour déterminer la cause du choc si l'on ne la connaît pas encore.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION DE L'ADULTE

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

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

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives 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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

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

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

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

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

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

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

Matériel : Fiche d'Apprentissage pour la Réanimation de l'Adulte, tensiomètre, 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/REPOSES CLES (Attendues du participant)
1. Mme L. est une multigeste de 36 ans qui a eu 5 enfants. Son mari, qui vous indique qu'elle a accouché à la maison avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle, l'a emmenée à l'hôpital. L'accoucheuse lui a dit que le placenta a été expulsé facilement et complètement suivant la naissance mais que Mme L. saigne "de trop" depuis. La famille a essayé bien des choses pour aider Mme L. avant de l'emmener à l'hôpital, mais elle continue à saigner "de trop." • 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.
2. A l'examen, vous constatez que Mme L. a une température de 37°C, un pouls de 120 battements/minute, une tension artérielle de 84/50 mm Hg et que sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Sa peau est froide et moite. • 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 l'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'un litre en 15 à 20 minutes. • Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, type de sang et compatibilité sanguine, et test de coagulation pour la coagulopathie). • Démarrer l'oxygène à 6–8 l/minute. • Sonder la vessie. • Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l'utérus pour voir s'il est ferme et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. • Couvrir Mme L. pour la garder au chaud. • Elever ses jambes.
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.
4. Après 15 minutes, l'utérus est ferme et les saignements ont cessé, mais le pouls de Madame L. est encore à 116 battements/ minute, la tension artérielle à 88/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 32 mvts/minute. • 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.
5. Encore une fois 15 minutes après, l'utérus est encore ferme et les saignements ont cessé. Le pouls de Mme L. est de 90 battements/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. • 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.
6. 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 fumérate ferreux par voie buccale PLUS 400 µg d'acide folique par voie buccale tous les jours et dire à Mme L. qu'elle aura besoin de cette dose pendant 3 mois.

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'allez-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 préoccupations. - Tourner Mme M. sur le côté, si elle est inconsciente ou semi-consciente pour garantir le dégagement des voies aériennes.
2. A l'examen, vous constatez que la température de Mme M. est de 39,4°C, son pouls de 136 battements/minute, sa tension artérielle de 80/50 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 34 mvts/minute. Elle est confuse et somnolente. - Qu'est-ce qui ne va pas chez Mme M. ? - Qu'allez-vous faire à présent ?	- Indiquer que Mme M. est en état de choc. - Demander à l'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'un litre en 15 à 20 minutes. - Tout en administrant l'IV, prélever du sang pour les tests adéquats (hémoglobine, groupe sanguin, test de compatibilité et test de coagulation au lit de la patiente pour la coagulopathie). - Démarrer l'oxygène à 6–8 l/minute. - Sonder la vessie. - Essayer de déterminer la cause du choc (hypovolémique ou septique) en palpant l'utérus pour voir s'il est ferme et sensible, évaluer la quantité de perte de sang. - Couvrir Mme M. pour la garder au chaud. - Elever les jambes.
3. A l'examen supplémentaire, vous constatez que l'utérus de Mme M. est sensible et qu'elle a des lochies nauséabondes. Une fois que vous lui avez demandé, la voisine indique que des herbes ont été insérées dans le vagin de Mme M. pendant le travail. - 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).
4. Après 6 heures, la température de Mme M. est de 38°C, son pouls de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 100/60 mm Hg et la fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle est très alerte et orientée. Qu'allez-vous faire à présent ?	- Ajuster le taux de perfusion IV à 1 litre en 6 heures. - Continuer à suivre la température, le pouls et la tension artérielle. - Vérifier que le débit urinaire est de 30 ml/heure ou plus. - Continuer à administrer des antibiotiques.

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

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

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

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

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

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 lignocaïne à 2% dans la même seringue. - En même temps, expliquer à la famille ce qui se passe et parler à la femme tel qu'approprié.
Question 1 de discussion : <i>Qu'allez-vous faire si vous n'avez pas de sulfate de magnésium à l'hôpital ?</i>	Réponse attendue : <i>Utiliser 10 mg de diazépam lentement sur 2 minutes.</i>
2. Après 5 minutes, Mme G. n'a plus de convulsions. Sa tension artérielle diastolique est de 110 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. - 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 à demeure 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 : <i>Est-ce que vous donneriez de l'hydralazine supplémentaire après la première dose ?</i>	Réponse attendue : <i>Répéter toutes les heures, tel que nécessaire ou administrer 12,5 mg par IM toutes les 2 heures, tel que nécessaire.</i>

SCENARIO 1 (suite)	REACTIONS/REPONSES CLES (suite)
3. 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.
4. A présent, le traitement a été démarré depuis 1 heure. Mme G. dort mais s’éveille facilement. Elle est alerte. Sa tension artérielle est à présent de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire est encore de 16 mvts/minute. Elle a eu plusieurs contractions, chacune durant moins de 20 secondes. • 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.
5. Cela fait à présent 2 heures que le traitement a commencé pour Mme G. Sa tension artérielle est encore de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute. Toutes les autres observations sont dans la fourchette prévue. Elle continue à dormir et à s’éveiller quand elle a une contraction. Les contractions se présentent plus fréquemment mais sont encore inférieures à 20 secondes. Le col de Mme G. est effacé à 100% et dilaté à 3 cm. Aucune 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 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.
2. Le pouls de Mme H. est de 100 battements/minute, la tension artérielle diastolique est de 96 mm Hg et la fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. Elle a une hyperréflexie. Sa belle-mère indique que Mme H. n'a aucun symptôme ou signe montrant que le travail commence. • 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 prééclampsie sévère. • Demander à un membre du personnel qui a répondu à votre appel d'administrer 4–6 l d'oxygène/minute. • Préparer et injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20% en IV en 5 minutes. • Poursuivre en injectant rapidement 10 g de solution de sulfate de magnésium à 50%, 5 g dans chaque fesse avec injection en IM profonde, avec 1 ml de lignocaïne 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.
3. 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 à demeure 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.
4. Cela fait à présent une heure que le traitement de Mme H. a commencé. Son pouls est encore de 100 battements/minute, la tension artérielle diastolique de 96 mm Hg et la fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. Elle a encore une hyperréflexie. Vous détectez que le rythme cardiaque fœtal est de 80. • 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 et la rassurer.

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

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

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

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

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

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.
2. A l'examen, vous constatez que Mme B. a un pouls de 120 battements/minute, qu'elle est faible et que sa tension artérielle est de 86/60 mm Hg. Sa peau est froide et 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'un litre 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). - Continuer à perfuser rapidement jusqu'à ce que les saignements s'arrêtent ou jusqu'à ce qu'arrive le sang si elle a perdu plus d'un litre de sang.
Question 1 de discussion : Comment savez-vous que cette patiente est entrée en choc ?	Réponses attendues : Pouls supérieur à 110 battements/minute ; tension artérielle systolique inférieure à 90 mm Hg ; peau froide et moite ; pâleur ; fréquence respiratoire supérieure à 30 mvts/minute ; anxieuse et confuse ou perte de connaissance.
3. 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.
4. 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)
5. A l'examen du placenta, vous constatez qu'il est complet. Après avoir examiné le col, le vagin et le périnée de Mme B., vous constatez qu'il existe une déchirure cervicale. Elle continue à saigner abondamment. Qu'allez-vous faire à présent ?	- Vous préparer à la réfection des déchirures cervicales. - Indiquer à Mme B. ce que vous allez faire, écouter ses préoccupations et la rassurer. - Demander à un membre du personnel de vous aider à vérifier les signes vitaux de Mme B.
Question 2 de discussion : <i>Qu'auriez-vous fait si l'examen du placenta avait montré qu'il manquait un morceau (placenta incomplet) ?</i>	Réponses attendues : - Expliquer le problème à Mme B. et la rassurer. - Administer de la péthédine et du diazépam en IV lentement ou utiliser la kétamine. - Administer une dose unique d'antibiotiques prophylactiques (2 g d'ampicilline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV OU 1 g de céfazoline en IV plus 500 mg de métronidazole en IV). - Utiliser des gants stériles ou désinfectés à haut niveau pour toucher à sentir, à l'intérieure de l'utérus, les fragments du placenta et les retirer avec la main, avec une pince en cœur ou une grande curette.
6. Quarante-cinq minutes se sont écoulées depuis le début du traitement de Mme B. Vous venez de terminer la réfection des déchirures cervicales de Mme B. Son pouls est à présent de 100 battements/minute, sa tension artérielle de 96/60 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle se repose tranquillement. 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.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

(A remplir par les **Participants**)

Note : Les participants devraient utiliser cette fiche d'apprentissage avec la **Liste de Vérification pour la Réanimation de l'Adulte**.

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE					
PREPARATION					
1. Appelle à l'aide pour mobiliser d'urgence le personnel disponible.					
DEMARRAGE DE LA REANIMATION					
1. Dégage les voies aériennes et procède à l'insufflation des poumons à l'aide de tout moyen disponible.					
2. Ventilation avec ballon autogonflant (Ambu) (avec ou sans oxygène) : - Se positionne en face de la tête de la patiente. - Insère la canule bucco-pharyngée ou naso-pharyngée. - Ajuste le masque sur la bouche et le nez. - Aide l'assistant à presser le ballon s'il utilise les deux mains pour tenir le masque. - Desserre d'un coup le ballon pour permettre une exhalation passive complète. - Administre deux ventilations de deux secondes chacune.					
3. Surveille le pouls—artère carotide ou fémorale. Cela ne devrait pas prendre plus de 10 secondes.					
4. En cas d'absence de pouls, démarre la compression cardiaque externe.					
COMPRESSION CARDIAQUE EXTERNE					
1. Se positionne au côté gauche ou droit de la patiente sur la table d'opération ou une surface stable et plate.					
2. Administre des coups de poing vigoureux sur l'aire précordiale.					
3. Repère la jonction du rebord inférieur du gril costal et du sternum.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Place le talon de la main sur la partie inférieure du sternum. Place le talon de l'autre main sur le haut de la première main avec les doigts entrelacés. Etire les bras et bloque les coudes.					
5. Pousse le sternum vers le bas vers la colonne en utilisant le poids de son corps. Après chaque compression, relâche la pression sans perdre le contact et laisse la poitrine revenir dans sa position normale. La comprime pour 50% du cycle et relâche rapidement et attend pour les 50% restants.					
6. Comprime à un taux de 80–100/minute. Alterne deux insufflations des poumons toutes les 15 compressions.					
REEVALUATION					
1. Surveille le pouls pendant la compression.					
2. Evalue l'état de la patiente. La personne qui ventile la patiente est chargée de surveille le pouls et la respiration.					
3. Après quatre cycles de compression et de ventilation, contrôle le pouls à l'artère carotide pendant 10 secondes. Reprend la réanimation cardio-respiratoire (RCR) en cas d'absence de pouls.					
4. Continue la RCR jusqu'à ce que le pouls spontané revienne.					
5. Abandonne la RCR si le pouls ne revient pas après 30 minutes.					
UTILISATION DE MEDICAMENTS					
1. Appelle à l'aide pour poser une voie veineuse sans interrompre la RCR.					
2. Administre 1 mg d'adrénaline en IV si le pouls est absent. Répète si nécessaire. Répète toutes les 3 à 5 minutes.					
3. Administre 1–3 mg de sulfate d'atropine en IV en cas de bradycardie.					
4. Administre un bolus intraveineux de 1 mg/kg de lignocaïne pour l'arythmie ventriculaire.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

(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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE					
PREPARATION					
1. Appelle à l’aide pour mobiliser d’urgence le personnel disponible.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DEMARRAGE DE LA REANIMATION					
1. Dégage les voies aériennes et procède à l’insufflation des poumons à l’aide de tout moyen disponible.					
2. Ventilation avec ballon autogonflant (Ambu) (avec ou sans oxygène) : • Insère la canule bucco-pharyngée ou naso-pharyngée. • Demande à l’assistant de presser le ballon s’il utilise les deux mains pour tenir le masque. • Administre deux ventilations de deux secondes chacune.					
3. Surveille le pouls—artère carotide ou fémorale. Cela ne devrait pas prendre plus de 10 secondes.					
4. En cas d’absence de pouls, démarre la compression cardiaque externe.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
COMPRESSION CARDIAQUE EXTERNE					
1. Se positionne au côté gauche ou droit de la patiente sur la table d’opération ou une surface stable et plate.					
2. Administre des coups de poing vigoureux sur l’aire précordiale.					
3. Place le talon de la main sur la partie inférieure du sternum. Place le talon de l’autre main sur le haut de la première main avec les doigts entrelacés. Etire les bras et bloque les coudes.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Comprime à un taux de 80–100/minute. Alterne deux insufflations des poumons toutes les 15 compressions.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REEVALUATION					
1. Surveille le pouls pendant la compression.					
2. Après quatre cycles de compression et de ventilation, contrôle le pouls à l'artère carotide pendant 10 secondes. Reprend la réanimation cardio-respiratoire (RCR) en cas d'absence de pouls.					
3. Continue la RCR jusqu'à ce que le pouls spontané revienne.					
4. Abandonne la RCR si le pouls ne revient pas après 30 minutes.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
UTILISATION DE MEDICAMENTS					
1. Appelle à l'aide pour poser une voie veineuse sans interrompre la RCR.					
2. Administre 1 mg d'adrénaline en IV si le pouls est absent. Répète si nécessaire. Répète toutes les 3 à 5 minutes.					
3. Administre 1–3 mg de sulfate d'atropine en IV en cas de bradycardie.					
4. Administre un bolus intraveineux de 1 mg/kg de lignocaïne pour l'arythmie ventriculaire.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE CONTROLE DES VOIES AERIENNES (A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE CONTRÔLE DES VOIES AÉRIENNES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire (canule bucco-pharyngée ou naso-pharyngée, ballon autogonflant [Ambu], masque facial et oxygène).					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Demande à la patiente de s'allonger dans une position qui la met à l'aise.					
4. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
5. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
EVALUATION ET PREPARATION DES VOIES AERIENNES POUR LA VENTILATION					
1. Place la patiente en décubitus.					
2. Place la tête en légère extension du cou.					
3. Dégage les voies aériennes, si nécessaire.					
4. Evalue la perméabilité des voies aériennes.					
5. Exerce une pression sur la mâchoire en tirant la mâchoire en avant si nécessaire.					
6. Insère, le cas échéant, le conduit aérien de taille appropriée.					
VENTILATION AU BALLON ET AU MASQUE					
1. Ajuste l'échancrure du nez du masque sur le nez de la patiente.					
2. Déploie et applique en douceur la partie malléable du masque de sorte à ce qu'il moule le visage de la patiente.					
3. Ne presse pas le masque sur le visage ; mais plutôt tire le visage dans le masque.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE CONTRÔLE DES VOIES AÉRIENNES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Vérifie qu'il n'existe pas de fuite sous la manchette du masque. Tire le masque vers la fuite et applique une légère pression pour assurer l'étanchéité.					
5. S'il utilise les deux mains pour tenir le masque, demande à l'assistant de presser le ballon.					
6. Vérifie que l'assistant desserre rapidement le ballon pour permettre une exhalation passive complète.					
7. S'il utilise une main pour tenir le masque, presse le ballon avec l'autre main. Desserre rapidement la prise pour permettre une exhalation passive complète.					
8. Vérifie que la poitrine se soulève et retombe avec chaque inspiration et exhalation.					
9. Maintient un rythme de 15–20 respirations par minute.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LE CONTROLE DES VOIES AERIENNES

(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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LE CONTROLE DES VOIES AERIENNES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)						
ETAPE/TACHE	CAS					
PREPARATION						
1. Prépare le matériel nécessaire.						
2. Explique à la patiente (et à l’accompagnant) la technique qui sera effectuée, l’écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.						
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans le mesure du possible.						
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE						
EVALUATION ET PREPARATION DES VOIES AERIENNES POUR LA VENTILATION						
1. Place la patiente en décubitus.						
2. Place la tête en légère extension du cou.						
3. Dégage les voies aériennes, si nécessaire.						
4. Evalue la perméabilité des voies aériennes.						
5. Exerce une pression sur la mâchoire en tirant la mâchoire en avant si nécessaire.						
6. Insère, le cas échéant, le conduit aérien de taille appropriée.						
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE						
VENTILATION AU BALLON ET AU MASQUE						
1. Ajuste l’échancrure du nez du masque sur le nez de la patiente.						
2. Vérifie qu’il n’existe pas de fuite sous la manchette du masque. Tire le masque vers la fuite et applique une légère pression pour assurer l’étanchéité.						

LISTE DE VERIFICATION POUR LE CONTROLE DES VOIES AERIENNES (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Vérifie que l'assistant desserre rapidement le ballon pour permettre une exhalation passive complète.					
4. S'il utilise une main pour tenir le masque, presse le ballon avec l'autre main. Desserre rapidement la prise pour permettre une exhalation passive complète.					
5. Vérifie que la poitrine se soulève et retombe avec chaque inspiration et exhalation.					
6. Maintient un rythme de 15–20 respirations par minute.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA POSE DE LA CANULE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA POSE DE CANULE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire (garrot, sparadrap, coton avec alcool, canule IV, tubulure de perfusion).					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
5. Si l'on démarre une perfusion, fait passer le liquide dans la tubulure pour vérifier qu'il n'existe pas d'air.					
IDENTIFICATION ET EXPOSITION DE LA VEINE					
1. Obtient le consentement verbal de la patiente pour la procédure et lui indique qu'il va laisser quelque chose derrière son bras, qu'il ne prélève pas simplement du sang.					
2. Applique le garrot environ 20 cm au-dessus du point de perfusion.					
3. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
4. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
5. Badigeonne la peau qui entoure le point de perfusion visé avec un coton trempé dans l'alcool et laisse sécher.					
6. Choisit la veine à perfuser et palpe la veine avec les doigts.					
7. Observe également l'autre bras pour voir s'il existe une veine plus visible et plus distendue.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA POSE DE CANULE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
INSERTION DE LA CANULE					
1. Applique une légère traction sur la peau en dessous du point de perfusion.					
2. Tient la canule dans la main principale, avec l'index et le majeur sur les brides des deux côtés de la canule et le pouce sur le capuchon au bout ou alors toute autre position qui est confortable.					
3. Pousse le bout de la canule à travers la peau à un angle de 30–40 degrés.					
4. Avance la canule lentement vers la veine, jusqu'à voir du sang frais dans la canule ou à sentir une légère diminution de la résistance alors que l'aiguille perce la paroi veineuse.					
5. Maintient l'aiguille exactement à l'endroit où elle se trouve, avance la canule vers l'aiguille autant que possible.					
6. Relâche le garrot.					
7. Applique une certaine pression proche de la canule pour bloquer la veine temporairement et retire l'aiguille.					
8. Met le capuchon sur le bout de la canule ou la connecte à la tubulure déjà prête. Se rappelle de garder le capuchon sur le bout de l'aiguille.					
9. Fixe la canule à la peau du bras.					
10. Vérifie que la perfusion une fois connectée s'écoule sans problème.					
11. Nettoie la peau avec un coton trempé dans l'alcool.					
12. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
13. Jette l'aiguille en la remplissant et en la rinçant à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, la met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
14. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
15. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA POSE DE LA CANULE

(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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA POSE DE CANULE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Si l’on démarre une perfusion, fait passer le liquide dans la tubulure pour vérifier qu’il n’existe pas d’air.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
IDENTIFICATION ET EXPOSITION DE LA VEINE					
1. Applique le garrot environ 20 cm au-dessus du point de perfusion.					
2. Se lave soigneusement les mains et met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
3. Badigeonne la peau qui entoure le point de perfusion visé avec un coton trempé dans l’alcool et laisse sécher.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
INSERTION DE LA CANULE					
1. Applique une légère traction sur la peau en dessous du point de perfusion.					
2. Pousse le bout de la canule à travers la peau à un angle de 30–40 degrés.					
3. Avance la canule lentement vers la veine, jusqu’à voir du sang frais dans la canule ou à sentir une légère diminution de la résistance alors que l’aiguille perce la paroi veineuse.					
4. Maintient l’aiguille exactement à l’endroit où elle se trouve, avance la canule vers l’aiguille autant que possible.					
5. Relâche le garrot.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA POSE DE CANULE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Applique une certaine pression proche de la canule pour bloquer la veine temporairement et retire l'aiguille.					
7. Met le capuchon sur le bout de la canule ou la connecte à la tubulure déjà prête. Se rappelle de garder le capuchon sur le bout de l'aiguille.					
8. Fixe la canule à la peau du bras.					
9. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
10. Jette l'aiguille dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
11. 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.					
12. Se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
Note : Il faut s'assurer que le matériel de réanimation est en bon état avant d'avoir à s'en servir. Il faut se laver les mains et mettre des gants avant de toucher le nouveau-né.					
1. Sèche rapidement l'enfant et l'enveloppe dans un linge sec et chaud, exception faite du visage et du haut de la poitrine.					
2. Installe l'enfant sur une surface propre et chaude.					
3. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
REANIMATION AVEC BALLON ET MASQUE					
1. Positionne la tête légèrement en extension pour dégager les voies aériennes.					
2. Dégage les voies aériennes en aspirant les mucosités, d'abord dans la bouche, puis dans les fosses nasales : - Introduit la sonde 5 cm dans la bouche de l'enfant et aspire tout en retirant la sonde. - Introduit la sonde 3 cm dans chaque fosse nasale et aspire tout en retirant la sonde. - N'aspire pas les mucosités au fond de la gorge car cela risquerait d'entraîner un ralentissement cardiaque ou un arrêt respiratoire chez l'enfant. - Si la bouche ou le nez de l'enfant contiennent du sang ou du méconium, les aspire immédiatement. - Si l'enfant ne respire toujours pas, commence la ventilation.					
3. Vérifie rapidement à nouveau la position de l'enfant. Le cou doit être en légère extension.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Positionne le masque sur le visage de l'enfant de façon à ce qu'il recouvre le menton, la bouche et le nez.					
5. Crée une étanchéité entre le masque et le visage de l'enfant.					
6. Presse le ballon avec deux doigts seulement ou avec la main tout entière en fonction de la taille du ballon.					
7. Vérifie l'étanchéité du masque en ventilant à deux reprises et en regardant si la poitrine se soulève.					
8. Si la poitrine de l'enfant se soulève : • Ventile au rythme de 40 mvts/minute. • Regarde si la poitrine se soulève aisément					
9. Si la poitrine de l'enfant ne se soulève pas : • Vérifie à nouveau la position de l'enfant pour s'assurer que le cou est en légère extension. • Réajuste le masque sur le visage de l'enfant afin d'en améliorer l'étanchéité. • Presse le ballon avec plus de force afin d'augmenter la pression de ventilation. • Aspire à nouveau la bouche et le nez de l'enfant pour retirer le mucus, le sang ou le méconium.					
10. Ventile pendant 1 minute puis s'arrête pour voir si l'enfant respire spontanément.					
11. S'il respire normalement (30 à 60 mvts/min) et s'il ne présente pas de tirage intercostal et n'émet pas de geignement respiratoire : • Le met au contact peau-à-peau avec la mère. • Observe régulièrement la respiration. • Mesure la température axillaire de l'enfant et le réchauffe si elle est inférieure à 36° C. • Encourage le contact peau-à-peau avec la mère si la température est de 36° C ou moins. • Conseille à la mère de commencer à l'allaiter.					
12. Si l'enfant ne respire pas, si la fréquence respiratoire est inférieure à 30 mvts/minute ou en cas de tirage intercostal sévère, le ventile dans la mesure du possible avec de l'oxygène et prend les dispositions nécessaires pour qu'il soit transféré dans le service approprié de soins spéciaux.					
13. S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, cesse de ventiler.					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
2. Pour la sonde d'aspiration et les extracteurs de mucus réutilisables : • Les place dans une solution chlorée pendant 10 minutes pour les décontaminer. • Les lave dans de l'eau et du détergent. • Utiliser une seringue pour rincer les sondes/tubulures. • Fait bouillir ou désinfecte dans une solution chimique appropriée.					
3. Désolidarise le poussoir et le masque et inspecte pour noter les éventuelles craquelures et déchirures.					
4. Lave le poussoir et le masque avec de l'eau et du détergent et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.					
5. Choisit une méthode de stérilisation ou de désinfection de haut niveau : • Les ballons en silicone ou en caoutchouc et les poussoirs peuvent être désinfectés par ébullition pendant 10 minutes, passés à l'autoclave à 136°C ou désinfectés à l'aide d'une solution chimique adéquate (cela dépend des instructions données par le fabricant).					
6. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
7. Après désinfection chimique, rince toutes les parties avec de l'eau claire et laisse sécher à l'air.					
8. Réassemble le ballon.					
9. Fait un essai pour voir si le ballon fonctionne correctement : • Bloque le poussoir en créant une étanchéité avec la paume de la main et observe si le ballon se regonfle lorsque le poussoir est relâché. • Répète l'essai avec le masque attaché au ballon.					
DOCUMENTER DES PROCEDURES DE REANIMATION					
1. Consigne les détails suivants : • Etat de l'enfant à la naissance • Techniques nécessaires pour démarrer la respiration • Temps écoulé entre la naissance et le démarrage de la respiration spontanée • Observations cliniques pendant et après les mesures de réanimation • Résultat des mesures de réanimation • En cas d'échec de la réanimation, raisons possibles de l'échec • Noms des prestataires de soins présents					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE

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

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

Satisfaisante : Exécute l’étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives 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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

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

LISTE DE VERIFICATION POUR LA REANIMATION NEONATALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
7. S'il n'y a pas de hoquets ou de respiration au bout de 20 minutes de ventilation, vérifie les battements cardiaques. S'il n'y a pas de battements, arrête de ventiler.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PROCEDURE					
1. Jette les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus jetables dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Place les sondes d'aspiration et extracteurs de mucus dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer. Puis, nettoie et procède au traitement.					
2. Nettoie et décontamine le poussoir et le masque et vérifie qu'ils ne sont pas endommagés.					
3. Se frotte les mains avec un antiseptique ou se lave soigneusement les mains.					
4. Note l'information pertinente dans le dossier de la patiente/nouveau-né.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS : CHOC

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame S. a 34 ans. Elle a eu son cinquième accouchement normal il y a deux heures. Elle est alitée après avoir donné naissance à un bébé normal de sexe masculin et a été examinée une fois après l'accouchement. Apparemment, elle se porte bien et ne se plaint de rien.

Elle s'est levée de son lit pour se rendre aux toilettes, mais s'est évanouie et est retombée sur le lit.

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

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

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Le pouls de Madame S. est de 130 battements par minute, sa tension artérielle est de 70/50 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. Ses mains et ses pieds sont froids et vous notez la pâleur de la conjonctivite. Elle est à moitié inconsciente mais répond aux questions. L'abdomen de Madame S. est mou, mais il n'est pas sensible. Son taux d'hémoglobine est de 7 g/dl. Il existe également un saignement vaginal.

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Deux heures après avoir démarré le traitement, la tension artérielle de Madame S. est de 110/70 mm Hg. Elle est consciente ; son pouls est de 90 battements par minute et sa fréquence respiratoire est encore de 30 mvts/minute. Son taux d'hémoglobine est de 6 g/dl.

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

ETUDE DE CAS : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame C. a 23 ans. Elle est à 37 semaines de grossesse et elle est venue à quatre reprises aux consultations prénatales. Aucun résultat anormal n'a été noté lors des consultations prénatales, dont la dernière a eu lieu il y a une semaine. Madame C. a été informée des signes d'alerte lors de la grossesse et de ce qu'il fallait faire en un tel cas. Son mari l'a emmenée au service d'urgence de l'hôpital de district car, depuis ce matin, elle a de vifs maux de tête et une vision floue.

Evaluation (anamnèse, examen physique, 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 sont les procédures/tests de laboratoire 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 principales sont les suivantes :

La tension artérielle de Madame C. est de 160/110 Hg et elle a une protéinurie de 3+.

Elle souffre de vifs maux de tête qui ont commencé il y a trois heures. Sa vision est devenue floue quand les maux de tête ont commencé. Elle n'a pas de douleur dans la partie supérieure de l'abdomen et n'a pas eu de convulsions. Elle n'a pas non plus perdu connaissance. Ses réflexes sont normaux.

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

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Deux heures après avoir démarré le traitement, la tension artérielle diastolique de Madame C. est de 100 mm Hg. Elle n'a pas eu de convulsion mais elle a encore des maux de tête. Elle n'a pas de coagulopathie. Toutefois, ces deux dernières heures, le débit urinaire de Madame C. a baissé à 20 ml par heure. Le rythme cardiaque fœtal se situe dans la fourchette de 120 à 140 battements/minute.

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

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES PREOPERATOIRES

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame M. se trouve dans la salle de travail avec un travail dystocique. Une césarienne est prévue. On vous appelle dans la salle de travail car elle a du mal à respirer.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame M. ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Madame M. souffre de détresse respiratoire modérée. Elle n'a pas de cyanose et sa fréquence respiratoire est de 20 mvts/minute. Ses battements cardiaques sont normaux et il n'existe pas de souffles cardiaques. A l'auscultation, vous notez une respiration sifflante à l'expiration dans les deux champs pulmonaires.

2. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame M. (problème/besoin) ?
Quelle sera votre prise en charge ?

Prestation de soins (planification et intervention)

3. Quel type d'anesthésie allez-vous choisir pour la césarienne ?
4. Quelles sont les précautions que vous allez prendre pendant la césarienne ?

Soins post-opératoires

5. Quelle sera votre prise en charge de Mme M. après l'intervention ?

EXERCICES PRATIQUES POUR L'ÉVALUATION DE L'ANESTHÉSIE

Objectif

Cet ensemble d'exercices a pour objet de faire connaître aux participants les types de formulaires et les graphiques d'évaluation de l'anesthésie pour qu'ils saisissent l'importance de tenir à jour des dossiers complets et exacts. L'exercice aidera également les participants à utiliser ces dossiers pour mettre par écrit toute information clinique pertinente. En effet, cette information étaye la prise de décisions. L'exercice compte trois sections : évaluation préopératoire, suivi et évaluation intra-opératoire et suivi et évaluation post-opératoire. Chacune de ces sections comprend trois situations ou cas cliniques qui seront utilisés pour les exercices et la discussion.

Instructions

Le formateur devra revoir les formulaires de suivi et d'évaluation préopératoires, intra-opératoires et post-opératoires avec les participants avant de commencer l'exercice.

Chaque participant recevra trois exemplaires en blanc de chaque formulaire, un pour chaque cas. Les participants devraient lire attentivement les cas et remplir les formulaires, tel qu'indiqué. Les deux pages suivantes présentent les cas pour l'évaluation préanesthésie.

Lors de la Deuxième Semaine, trois nouveaux cas sont présentés pour le suivi et l'évaluation intra-opératoires et trois cas en plus sont présentés pour les situations d'anesthésie post-opératoire.

EVALUATION DE L'ANESTHESIE : PREMIER EXERCICE

Instructions : Prière de lire attentivement les trois cas donnés ci-après et de remplir le formulaire d'évaluation préopératoire remis par le formateur.

PREMIER CAS

Noter les antécédents et l'évaluation anesthésique préopératoire, tel qu'indiqué ci-après.

Une femme de 22 ans se trouve dans la salle de travail avec un travail prolongé et une disproportion céphalopelvienne (DCP). Une césarienne s'avère nécessaire. Elle n'a pas eu d'opération auparavant. Elle n'indique aucun antécédent, jusqu'à présent, de maladie grave. Elle a une toux sèche pour le moment mais elle ne prend pas de médicament actuellement.

Noter les résultats de l'examen physique, tel qu'indiqué ci-après.

A l'examen, elle est obèse et pèse 80 kg. Elle a un pouls de 100 battements par minute et sa tension artérielle est de 120/80 mm Hg. Elle est légèrement pâle. Le rythme cardiaque est normal. Pas de souffles cardiaques. A l'auscultation, ses poumons sont dégagés. Elle arrive à bien ouvrir sa bouche, elle n'a pas de dentier et ses mouvements du cou sont normaux. Il n'existe aucune anormalité évidente dans sa colonne vertébrale.

Noter les résultats de l'examen, tel qu'indiqué ci-après.

Son hémoglobine est de 9 g/dL. A l'analyse des urines, on ne note aucune anormalité. Le taux de glycémie est de 130 mg.

- 1. Comment allez-vous noter votre évaluation montrant que son état se prête bien à l'anesthésie ? Quelle information vous aidera à prendre cette décision ?**
- 2. Quels sont les conseils que vous donnerez à la patiente pour la préparer à l'acte chirurgical ?**
- 3. D'après ce que vous avez appris jusqu'à présent à propos de la patiente, est-ce que vous pensez que son état se prête bien à l'anesthésie ? Si vous pensez que son état n'est pas indiqué pour une anesthésie, prière de donner vos raisons.**

DEUXIEME CAS

Noter les antécédents et l'évaluation anesthésique préopératoire, tel qu'indiqué ci-après.

Une primigeste avec des antécédents de saignement vaginal a besoin d'urgence d'une opération césarienne basse. Elle est alerte et répond lucidement à vos questions. Elle n'a jamais eu d'allergie auparavant. Elle n'a pas non plus souffert de maladie grave par le passé. Elle a eu une appendicectomie il y a deux ans. Elle a eu de graves vomissements après la dernière opération.

Noter les résultats de l'examen physique, tel qu'indiqué ci-après.

A l'examen, la patiente mesure 1m50 et elle pèse 65 kg. Sa fréquence respiratoire est de 40 mvts/minute. Son pouls est de 140 battements par minute et sa tension artérielle est de 85/65 mm

Hg. Le rythme cardiaque est normal et aucune anormalité n'est détectée dans les poumons. Ses voies aériennes sont normales.

Noter les résultats de l'examen, tel qu'indiqué ci-après.

Son taux d'hémoglobine est de 7 g/dl et ses paramètres sanguins sont normaux. Les analyses des urines n'indiquent aucune anormalité. Un test de compatibilité est fait de trois unités de sang.

- 1. Comment allez-vous noter votre évaluation montrant que son état se prête bien à l'anesthésie ? Quelle information vous aidera à prendre cette décision ?**
- 2. Quels sont les conseils que vous donnerez à la patiente pour la préparer à l'acte chirurgical ?**
- 3. D'après ce que vous avez appris jusqu'à présent à propos de la patiente, est-ce que vous pensez que son état se prête bien à l'anesthésie ? Si vous pensez que son état n'est pas indiqué pour une anesthésie, prière de donner vos raisons.**

TROISIEME CAS

Noter les antécédents et l'évaluation anesthésique préopératoire, tel qu'indiqué ci-après.

Une patiente de 25 ans à 38 semaines de grossesse se trouve dans la salle du travail avec des maux de tête et une vision floue. A l'examen, on constate qu'elle a une tension artérielle élevée. On juge que la meilleure manière est de procéder par césarienne. Lors de l'évaluation préopératoire, la patiente est consciente. Elle a déjà eu une césarienne il y a deux ans pour détresse fœtale. A cette époque, elle a eu une anesthésie générale et n'a développé aucune complication.

Noter les résultats de l'examen physique, tel qu'indiqué ci-après.

A l'examen, sa tension artérielle est de 150/100 mm Hg. Elle souffre d'œdèmes. Pas d'insuffisance cardiaque et ses poumons sont dégagés. Ses voies aériennes et sa colonne sont normales à l'examen.

Noter les résultats de l'examen, tel qu'indiqué ci-après.

A l'examen, on note un taux d'hémoglobine de 10 g/dL. Les analyses d'urines indiquent une albuminurie. Sa numération des plaquettes est normale. Son temps de coagulation est normal. Ses voies aériennes et sa colonne sont normales à l'examen.

- 1. Comment allez-vous noter votre évaluation montrant que son état se prête bien à l'anesthésie ? Quelle information vous aidera à prendre cette décision ?**
- 2. Quels sont les conseils que vous donnerez à la patiente pour la préparer à l'acte chirurgical ?**
- 3. D'après ce que vous avez appris jusqu'à présent à propos de la patiente, est-ce que vous pensez que son état se prête bien à l'anesthésie ? Si vous pensez que son état n'est pas indiqué pour une anesthésie, prière de donner vos raisons.**

FORMULAIRE D’EVALUATION PREOPERATOIRE POUR L’ANESTHESIE

INFORMATION SUR LA PATIENTE :

Nom et prénoms : _____ Age : _____ Poids : _____ Sexe : _____

Diagnostic : _____

Chirurgie proposée : _____

Service : _____

Date/Heure : _____

ANTECEDENTS :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Maladies coexistantes ● Prise de médicaments ● Anesthésies précédentes ● Grossesse | <ul style="list-style-type: none"> ● Allergies/Toxicomanies ● Maladies contagieuses ● Antécédents familiaux/troubles héréditaires |
|---|--|

EXAMEN PHYSIQUE :

EXAMEN GENERAL

- Anémie ☐
- Ictère (jaunisse) ☐
- Cyanose ☐
- Œdème ☐
- Obésité ☐
- Thyroïde ☐
- Pouls ☐
- Tension artérielle (TA) ☐
- Jugulo-gramme ☐
- Evaluation des voies aériennes ☐

EXAMEN SYSTEMIQUE :

- Evaluation respiratoire

- Evaluation cardiovasculaire

- Evaluation neurologique

- Abdomen

EXAMENS :

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|---|
| ● Hémoglobine (Hb) _____ | ● Hématocrite (HCT) _____ | ● Enumération des globules rouges _____ |
| ● Urée/Electrolyte _____ | ● Créatinine _____ | ● Examen des urines _____ |
| ● Radio des poumons _____ | ● Electrocardiogramme _____ | ● Autre _____ |

CLASSIFICATION DE L’ASA :

I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V ☐ E ☐

(ASA - Société américaine des anesthésiologistes)

CONSEILS PREOPERATOIRES :

- Prémédication
- Instructions spéciales

ETAT QUI SE PRETE A L’ANESTHESIE :

- Bon pour l’anesthésie générale ☐ Bon pour l’anesthésie intrathécale ☐ Bon pour l’anesthésie à la Kétamine ☐
- Si non indiqué — raisons : _____

NOM DE L’ANESTHESISTE
(EN LETTRES MAJUSCULES UNIQUEMENT)

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ANESTHESIE A LA KETAMINE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ANESTHESIE A LA KETAMINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
SE PREPARER					
1. Revoit les notes d'évaluation préopératoires.					
2. Revoit le consentement écrit de la patiente pour l'opération.					
3. Prépare l'équipement et les médicaments nécessaires pour l'opération (kétamine, diazépam, sulfate d'atropine, canule IV, tubulure pour la perfusion, seringues, écouvillons antiseptiques, sparadrap, eau distillée, tubulure endotrachéale et oxygène).					
4. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
5. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
6. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
7. Mesure et note le pouls et la tension artérielle de base.					
ADMINISTRATION DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Obtient le consentement verbal de la patiente pour la pose de la canule et lui indique qu'on va poser une voie veineuse en préparation pour l'opération.					
2. Installe une voie veineuse avec la canule de taille indiquée et commence à perfuser. (Se rapporte à la fiche d'apprentissage sur la pose de la canule avant de continuer.)					
3. Avant d'administrer l'anesthésie, s'assure que le chirurgien et l'assistant ont procédé au lavage chirurgical des mains, ont enfilé les blouses et les gants. Vérifie qu'un oreiller ou un linge plié est mis sous la hanche droite de la patiente ou incline la table.					
4. Administre 0,5 mg de sulfate d'atropine en injection IV, si non contre-indiqué.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'ANESTHESIE A LA KETAMINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
5. Administre lentement 2 mg de kétamine par kg par voie intraveineuse, sous forme de solution 10 mg/ml pendant 5 secondes.					
6. Administre de l'oxygène à 4 litres/minute à l'aide du masque facial.					
7. Contrôle le pouls et la tension artérielle.					
8. Vérifie la perméabilité des voies aériennes et la respiration spontanée.					
MAINTIEN DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Maintient l'anesthésie et l'analgésie par dose intermittente de kétamine en IV, en dose de 0,25 mg/kg toutes les 10 à 15 minutes.					
2. Maintient la dose intermittente susmentionnée de kétamine en IV jusqu'à la naissance du nouveau-né.					
3. Après la naissance du nouveau-né, perfuse 200 mg de kétamine dilués dans 500 ml de solution de dextrose à un débit de 3 mg/kg/heure (environ 75–130 gouttes/minute par une voie veineuse séparée).					
4. Injecte du diazépam en IV après la naissance du nouveau-né de l'utérus, 0,1–0,2 mg/kg.					
5. Surveille la perméabilité des voies aériennes et la respiration spontanée tout au long de l'opération.					
RECUPERATION APRES L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Retire la perfusion de kétamine et administre un analgésique post-opératoire adapté au type d'intervention réalisée.					
2. Place la patiente dans une position latérale sur la gauche et veille à ce qu'elle récupère dans un endroit tranquille.					
3. Observe toutes les 30 minutes si la patiente est consciente et répond aux questions.					
4. Contrôle la température, le pouls, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.					
5. Si la patiente est très agitée et angoissée, lui administre davantage de sédation.					
6. Maintient le remplacement des liquides, suivant la quantité de sang perdu pendant l'opération.					

LISTE DE VERIFICATION DE L'ANESTHÉSIE À LA KETAMINE (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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Revoit les notes d'évaluation préopératoires.					
2. Prépare l'équipement et les médicaments nécessaires pour l'opération.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
4. Mesure et note le pouls et la tension artérielle de base.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
ADMINISTRATION DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Installe une voie veineuse avec la canule de taille indiquée et commence à perfuser. (Se rapporte à la fiche d'apprentissage sur la pose de la canule avant de continuer.)					
2. Administre 0,5 mg de sulfate d'atropine en injection IV, si non contre-indiqué.					
3. Administre lentement 2 mg de kétamine par kg par voie intraveineuse, sous forme de solution 10 mg/ml pendant 5 secondes.					
4. Administre de l'oxygène à 4 litres/minute à l'aide du masque facial.					
5. Contrôle le pouls et la tension artérielle.					
6. Vérifie la perméabilité des voies aériennes et la respiration spontanée.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
MAINTIEN DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Maintient l'anesthésie et l'analgésie par dose intermittente de kétamine en IV, en dose de 0,25 mg/kg toutes les 10 à 15 minutes.					

LISTE DE VERIFICATION DE L'ANESTHESIE A LA KETAMINE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
2. Après la naissance du nouveau-né, perfuse 200 mg de kétamine dilués dans 500 ml de solution de dextrose à un débit de 3 mg/kg/heure (environ 75–130 gouttes/minute par une voie veineuse séparée).					
1. Injecte du diazépam en IV après la naissance du nouveau-né de l'utérus, 0,1–0,2 g/kg.					
2. Surveille la perméabilité des voies aériennes et la respiration spontanée tout au long de l'opération.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
RECUPERATION APRES L'ANESTHESIE A LA KETAMINE					
1. Retire la perfusion de kétamine et administre un analgésique post-opératoire adapté au type d'intervention réalisée.					
2. Place la patiente dans une position latérale sur la gauche et veille à ce qu'elle récupère dans un endroit tranquille.					
3. Observe toutes les 30 minutes si la patiente est consciente et répond aux questions.					
4. Contrôle la température, le pouls, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.					
5. Si la patiente est très agitée et angoissée, lui administre davantage de sédation.					
6. Maintient le remplacement des liquides, suivant la quantité de sang perdu pendant l'opération.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS : TRAVAIL DYSTOCIQUE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame D. a 18 ans. C'est une primigeste qui est mariée depuis un an et qui a été hospitalisée il y a 12 heures avec des douleurs du travail qui durent depuis 20 heures. Elle est de petite taille. La poche des eaux s'est rompue il y a 18 heures. L'obstétricien a diagnostiqué une disproportion céphalopelvienne et une décision a été prise d'effectuer une opération césarienne basse. On vous demande de réaliser l'évaluation anesthésique de cette patiente en vue de l'opération.

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

1. Quels sont les antécédents dont vous avez besoin de Mme D. pour faire votre évaluation ?
2. Quels sont les aspects primordiaux se rapportant à l'administration de l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen clinique ?
3. Quels sont les tests de laboratoire que vous allez demander ou réaliser avant d'opter pour tel ou tel agent/technique anesthésique ? Pourquoi ?

Planification du type d'anesthésie

4. En fonction de vos résultats, pour quel agent/technique anesthésique allez-vous opter dans le cas de Madame D. et pourquoi ?

Préparation de la patiente pour l'opération césarienne basse

5. Quelles sont les étapes nécessaires que vous allez prendre pour vérifier que Madame D. ne court aucun risque pour la technique anesthésique choisie ?
6. Quelle est la dose d'anesthésique que vous allez utiliser pour Madame D. ?
7. Quelle est, le cas échéant, la prémédication que vous allez utiliser pour cette patiente ?

Suivi et évaluation

8. Quels sont les points essentiels qu'il faut noter lors de la période de récupération de Madame D. ?

Deuxième Semaine

ETUDE DE CAS : BRADYCARDIE INTRA-OPERATOIRE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame J. a 18 ans et elle a une césarienne après une rachianesthésie réussie. Elle vient de donner naissance à un enfant en bonne santé de sexe masculin. Son pouls s'est maintenu à 90 battements par minute et sa tension artérielle à 130/80 mm Hg tout au long de l'intervention. Madame J. vient de recevoir 1 200 ml de chlorure de sodium. L'anesthésiste a noté une baisse progressive de son pouls ces 5 dernières minutes. A présent, son pouls a 52 battements par minute.

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

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

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Le niveau de blocage sensoriel est de T2. Madame J. est consciente, mais agitée. Son pouls est de 48 battements par minute, sa tension artérielle de 90/70 mm Hg et sa fréquence respiratoire est de 20 mvts/minute.

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Cinq minutes après avoir démarré le traitement, le pouls de Madame J. est de 110 battements par minute, sa tension artérielle de 125/80 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute. Elle est consciente, orientée et avec les extrémités chaudes.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame J. ?

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES INTRA-OPERATOIRES

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame K. a 25 ans et son diagnostic établit une toxémie prééclampsique. Une césarienne est prévue. Sa tension artérielle est de 150/90 mm Hg. Elle n'a pas de souffles cardiaques et ses poumons sont dégagés à l'auscultation. Son débit urinaire est satisfaisant et elle n'a pas de coagulopathie évidente. Elle n'a pas eu d'anesthésie auparavant. Une rachianesthésie est prévue pour cette patiente. Madame K. a reçu 1 000 ml de dextrose à 5% avant la rachianesthésie. Cinq minutes après la rachianesthésie, sa tension artérielle baisse à 90 mm Hg systolique.

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

1. En fonction de cette anamnèse, à votre avis qu'est-ce qui a pu causer cette chute de tension chez Madame K.

Madame K. a été perfusée rapidement avec un sérum physiologique pour traiter l'hypotension. Elle a reçu 4 000 ml de sérum physiologique dans la salle d'opération. Peu après la naissance du bébé, Madame K. devient agitée et indique qu'elle a du mal à respirer.

2. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame K. ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Après votre examen, vous constatez que Madame K. a un pouls de 120 battements par minute et une tension artérielle de 160/80 mm Hg. A l'auscultation, vous notez des crépitations bilatérales basales.

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Après une heure, Madame K. semble à l'aise. Elle a éliminé 2 000 ml d'urine. Ses poumons sont en meilleure condition, mais quelques crépitations subsistent encore dans les bases pulmonaires.

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

EVALUATION ANESTHESIQUE : DEUXIEME EXERCICE

Instructions : Prière de lire attentivement les cas ci-après et de remplir le formulaire de suivi et d'évaluation de l'anesthésie intra-opératoire remis par le formateur.

PREMIER CAS

Madame T. a 20 ans. Elle a déjà eu une césarienne et elle est amenée de toute urgence dans la salle d'opération car l'on soupçonne une rupture de l'utérus. Elle pèse 50 kg. Elle n'a pas souffert de problèmes cardiaques ou respiratoires par le passé. Son pouls est de 100 battements par minute et sa tension artérielle s'élève à 95/60 mm Hg. Deux unités de sang ont été envoyées pour le test de compatibilité sanguine. Son taux d'hémoglobine pris il y a quelques jours était de 10 g/dl et elle n'avait ni albumine ni sucre dans les urines. Lors de sa dernière césarienne, elle a eu une anesthésie générale et s'est bien remise lors de la période post-opératoire. Son groupe sanguin est AB positif.

Une perfusion intraveineuse est démarrée avec du sérum physiologique. De l'oxygène est administré à 6 litres/minute en utilisant un masque facial. On injecte 0,6 mg de sulfate d'atropine en IV. Lorsque les médecins sont sur le point d'opérer, elle reçoit 100 mg de kétamine en IV en l'espace de 5 secondes. Sa tension artérielle est stable à environ 100 mm Hg jusqu'au moment où l'utérus est accédé. La lésion utérine vient de se défaire, mais elle donne naissance à un bébé en bonne santé. Après la naissance du bébé, on ajoute 20 unités de syntocinone à la perfusion. La patiente reçoit une injection lente de 5 mg de diazépam. On perfuse 200 mg de kétamine ajoutés à 500 ml de sérum physiologique et le débit de la perfusion est maintenu à 60 gouttes/minute. Son rythme cardiaque a augmenté à 120 battements/minute pendant l'opération et sa tension artérielle est restée dans la fourchette des 100–120 mm Hg systolique jusqu'à ce que l'opération soit terminée. La patiente a été transférée en salle de récupération en position latérale. Madame T. a perdu environ 600 ml de sang mais aucune transfusion de sang n'a été donnée. La dose totale de kétamine que la patiente a reçu est de 225 mg.

DEUXIEME CAS

Madame S. est une deuxième geste de 25 ans et elle a eu une césarienne pour détresse fœtale. Sa césarienne précédente remonte il y a deux ans. A cette époque, elle avait reçu une rachianesthésie. Elle n'a aucun antécédent de complication lors de la période intra- ou post-opératoire. Madame S. pèse 60 kg et mesure 1m50. Son pouls à l'arrivée était de 92 battements par minute et sa tension artérielle était de 120/70 mm Hg. A l'examen général, on ne note aucune anormalité. Les systèmes cardiovasculaire et respiratoire sont normaux. Le taux d'hémoglobine est de 9 g/dl et les analyses d'urine en vue de déceler l'albumine et le sucre n'indiquent aucune anormalité. Son groupe sanguin est B positif et une unité de sang a été analysée aux fins de compatibilité sanguine en cas d'urgence.

Madame S. arrive dans la salle d'opération à 10h10. Elle a reçu 1 litre de sérum physiologique en perfusion rapide. Une rachianesthésie est administrée en utilisant 2 ml de bupivacaïne à 0,5% au niveau L2–L3 utilisant une aiguille à ponction lombaire 25G dans la position latérale gauche. Le niveau du blocage sensoriel était de T5. L'opération a débuté à 10h25. Dix minutes après

l'administration de la rachianesthésie, sa tension artérielle systolique a chuté à 80 mm Hg et on lui a administré 5 mg d'éphédrine, ce qui a fait remonter la tension artérielle systolique à 100 mm Hg. Sa tension artérielle est retombée à nouveau à 90 mm Hg avant la naissance de l'enfant et une seconde dose d'éphédrine a été administrée par voie intraveineuse. Ensuite, sa tension artérielle est remontée à 110 mm Hg. Elle a donné naissance à une fillette en bonne santé. Vingt unités de syntocinone ont été ajoutées à un 1 litre de sérum physiologique et perfusées rapidement en 30 minutes. Madame S. a maintenu une tension artérielle stable après cette mesure. Elle a perdu environ 600 ml de sang. Madame S. a reçu au total 3 litres de sérum physiologique lors de la césarienne. L'opération a duré 45 minutes. Ensuite, Madame S. a été transférée dans la salle de récupération post-opératoire à 11h15.

TROISIEME CAS

Madame Y. primigeste de 18 ans, entre en salle de travail avec grave toxémie prééclamptique. Elle a eu un épisode de convulsions. Elle a reçu du sulfate de magnésium dans la salle de travail et une césarienne est prévue. Elle est somnolente mais répond aux questions. Elle souffre d'asthme bronchique et elle prend deux inhalations de salbutamol matin et soir. Sa tension artérielle à l'arrivée dans la salle d'opération s'élevait à 160/100 mm Hg. Son taux d'hémoglobine était de 11 g/dl. A l'analyse d'urine, on décèle de l'albumine, mais pas de sucre. Son test de coagulation indique des valeurs normales. Sa numération plaquettaire est de 100 000. Elle n'a jamais eu d'anesthésie auparavant. Son groupe sanguin est B positif. Sa température était de 37,4° C tout au long de l'opération.

Madame Y. a reçu un précharge d'un litre de sérum physiologique, puis une rachianesthésie avec 2 ml de bupivacaïne. On lui a administré de l'oxygène à 6 litres/minute par masque facial. Elle a donné naissance à un bébé en bonne santé. Le niveau de blocage sensoriel était de T5. Pendant l'intervention chirurgicale, elle a reçu 3 litres de sérum physiologique. Lors de la fermeture de l'utérus, Madame Y. s'est plainte de difficultés respiratoires. Sa tension artérielle était de 100/70 mm Hg et son taux cardiaque de 100/minute. Sa fréquence respiratoire était de 30 mvts/minute. A l'auscultation, on décèle un ronchus évocateur d'un bronchospasme. Elle a reçu deux inhalations de salbutamol puis son état s'est amélioré. Le reste de l'opération s'est déroulé sans problèmes.

FORMULAIRE D'EVALUATION INTRA-OPERATOIRE DE L'ANESTHESIE

DOSSIER DE L'ANESTHESIE INTRA-OPERATOIRE							
Date	Age	Poids	TA	Hb g%	Hôpital Nom		
Prémédication		Effet			Prénom..... Service Groupe sanguin		
Anesthésiste		Chirurgien			Opération		
NOTES DE L'ANESTHETISTE dont : antécédents/résultats cliniques/médicaments/allergies							
TECHNIQUE ANESTHESIQUE							
HEURE					MEDICAMENT	Dose totale	
Noter chaque dose telle que donnée	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
40 °C	300					INCIDENTS/COMPLICATIONS	
35 °C 30 °C 25 °C 100 80 60 40 30 20 10 0	250						
	200						
	150						
	100						
	80						
	60						
	40						
	30						
	20						
	10						
	0						
							REMARQUES
					Liquides IV	Perte de sang	

Signature du responsable de l'anesthésie

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire pour la ponction lombaire et la rachianesthésie (ensemble pour ponction lombaire, anesthésiques locaux [bupivacaïne à 0,5% ou 5% de lignocaïne], médicaments d'urgence [éphédrine, si pas disponible méphentermine, adrénaline], solution antiseptique avec écouvillons stériles, sparadrap et pansements).					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Explique à la patiente (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations.					
4. Indique à la patiente qu'elle devra coopérer pour que l'intervention se déroule bien et pour qu'elle ait le moins mal possible.					
5. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
6. Mesure et note le pouls et la tension artérielle au départ.					
PREPARATION DE LA PATIENTE					
1. Vérifie que la patiente se trouve dans une position confortable avec un bon accès IV et que le matériel de réanimation est à portée de main.					
2. Perfuse la patiente avec un précharge d'environ 1 000 ml de solution crystalloïde.					
3. Demande à la patiente de se mettre en décubitus latéral et de s'allonger sur le bord du lit tournant le dos au prestataire, OU Si la patiente est très obèse, demande à la patiente de s'asseoir, dos au bord de la table, les jambes pendantes mais soutenues par un tabouret et les bras autour d'un oreiller. Le dos devrait être droit et la tête infléchie sur la poitrine.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
4. Trouve la crête iliaque postérieure et palpe l'apophyse épineuse à la quatrième vertèbre lombaire et marque si nécessaire l'espace vertébral avec un marqueur.					
5. Passe une solution antiseptique sur le dos de la patiente, en partant de l'endroit prévu de l'injection.					
6. Change d'écouvillons à trois reprises en vérifiant qu'une zone suffisamment grande est désinfectée.					
7. Attend que la solution sèche.					
TACHES AVANT LA PONCTION LOMBAIRE					
1. Met l'équipement de protection personnelle.					
2. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					
3. Met aux deux mains des gants chirurgicaux stériles ou désinfectés à haut niveau.					
4. Lit l'étiquette sur la solution anesthésique qui doit être administrée par injection intrathécale en vérifiant que c'est le bon médicament et qu'il n'est pas périmé.					
5. Aspire la solution anesthésique de l'injection intrathécale dans une seringue de 5 cc, d'une ampoule à dose unique ouverte par un assistant en faisant attention à ne pas toucher l'extérieur de l'ampoule.					
6. Place avec précautions la seringue avec l'anesthésique pour l'infiltration cutanée sur le plateau préparé pour la ponction lombaire.					
7. Aspire l'anesthésique qui sera utilisé pour l'infiltration cutanée dans une seringue de 2 cc après avoir lu l'étiquette sur le médicament.					
8. Place la seringue avec l'anesthésique pour l'infiltration cutanée sur le plateau de ponction lombaire.					
POSITIONNEMENT ET PREPARATION DE LA PATIENTE					
1. Positionne la patiente en plaçant ses genoux aussi proches que possible de la poitrine dans la position décubitus latéral, avec le dos droit et le cou fléchi en vérifiant que la tête repose sur un oreiller.					
2. Met un champ opératoire sur la patiente.					
3. Localise l'endroit marqué pour la ponction lombaire ou si nécessaire ou palpe si nécessaire une fois de plus l'apophyse épineuse à la quatrième vertèbre lombaire et identifie l'espace intersomatique vertébral.					
4. Injecte une petite quantité de solution anesthésique locale sous la peau avec une aiguille jetable de calibre 25 à l'endroit prévu de la ponction, pour anesthésier la peau.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)						
ETAPE/TACHE	CAS					
REALISATION DE LA PONCTION LOMBAIRE						
1. Insère le mandrin s'il utilise une aiguille de calibre 24- à 25G dans l'espace vertébral entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire.						
2. Enfonce doucement le mandrin vers le ligament jaune.						
3. Insère l'aiguille à ponction lombaire (à travers le mandrin) avec le guide en place.						
4. Vérifie que l'aiguille est introduite et reste dans la ligne médiane avec le biseau dirigé latéralement, avançant avec l'aiguille pointée légèrement vers la tête.						
5. Enfonce l'aiguille jusqu'à sentir une diminution de la résistance une fois que l'aiguille a traversé le ligament jaune.						
6. En faisant extrêmement attention, pousse lentement l'aiguille dans la dure-mère. Lorsque l'aiguille pénètre dans la dure-mère, on sent une nouvelle diminution de la résistance.						
7. Sans bouger l'aiguille, retire le mandrin. Du liquide céphalo-rachidien doit couler de l'aiguille.						
RACHIANESTHESIE						
1. Immobilise l'aiguille à ponction lombaire en posant le dos de la main non dominante contre la patiente et en utilisant le pouce et le majeur pour tenir la garde de l'aiguille.						
2. Prend avec la main dominante la seringue de 5 cc avec l'agent anesthésique et l'attache fermement à la garde de l'aiguille.						
3. Aspire doucement pour vérifier que l'aiguille est toujours en position intrathécale et ensuite injecte lentement l'agent anesthésique.						
4. Une fois terminée l'injection, retire ensemble l'aiguille à ponction lombaire, le guide (le cas échéant) et la seringue.						
5. Place un pansement stérile sur la ponction avec du sparadrap.						
6. Garde la patiente dans l'immédiat en décubitus.						
7. Met un oreiller ou un linge plié sous la hanche droite de la patiente pour incliner l'utérus vers la gauche ou alors incline légèrement la table d'opération vers la gauche.						
TACHES APRES LA PONCTION LOMBAIRE						
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.						
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.						

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Décontamine ou jette l'aiguille ou la seringue : • Si l'on réutilise l'aiguille ou la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans la solution pendant 10 minutes pour la décontaminer. • Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les remplit et les rince à trois reprises avec une solution chlorée à 0,5% et ensuite, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
4. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
5. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
SOINS DE LA PATIENTE APRES LA RACHIANESTHESIE					
1. Administre de l'oxygène par masque ou sonde intra-nasale à la cadence de 4 l/minute jusqu'à la naissance du nouveau-né.					
2. Vérifie le pouls et la tension artérielle.					
3. Evalue le niveau du blocage sensoriel.					
4. Attend un maximum de 20 minutes si le niveau souhaité n'est pas atteint.					
5. Après la naissance du nouveau-né, administre 5–10 mg de syntocinone en IV à la mère.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE

(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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire pour la ponction lombaire et la rachianesthésie.					
2. Accueille la patiente avec respect et amabilité et se présente.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, si faisable.					
4. Mesure et note le pouls et la tension artérielle au départ.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
PREPARATION DE LA PATIENTE					
1. Perfuse la patiente avec environ 1 000 ml de solution crystalloïde.					
2. Demande à la patiente de se mettre en décubitus latéral et de s’allonger sur le bord du lit tournant le dos au prestataire. OU Si la patiente est très obèse, demande à la patiente de s’asseoir, dos au bord de la table, les jambes pendantes mais soutenues par un tabouret et les bras autour d’un oreiller. Le dos devrait être droit et la tête infléchie sur la poitrine.					
3. Trouve la crête iliaque postérieure et palpe l’apophyse épineuse à la quatrième vertèbre lombaire et marque et marque si nécessaire l’espace vertébral avec un marqueur.					
4. Passe une solution antiseptique sur le dos de la patiente avec des écouvillons stériles, en partant de l’endroit prévu de l’injection.					
5. Change d’écouvillons à trois reprises en vérifiant qu’une zone suffisamment grande est désinfectée.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
6. Attend que la solution sèche.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES AVANT LA PONCTION LOMBAIRE					
1. Met l'équipement de protection personnelle.					
2. Se lave soigneusement les mains et met des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau ou stériles.					
3. Lit l'étiquette sur la solution anesthésique qui doit être administrée par injection intrathécale en vérifiant que c'est le bon médicament et qu'il n'est pas périmé.					
4. Aspire la solution anesthésique de l'injection intrathécale dans une seringue de 5 cc, d'une ampoule à dose unique ouverte par un assistant en faisant attention à ne pas toucher l'extérieur de l'ampoule.					
5. Aspire l'anesthésique qui sera utilisé pour l'infiltration cutanée dans une seringue de 2 cc après avoir lu l'étiquette sur le médicament.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
POSITIONNEMENT ET PREPARATION DE LA PATIENTE					
1. Positionne la patiente en plaçant ses genoux aussi proches que possible de la poitrine dans la position décubitus latéral, avec le dos droit et le cou fléchi en vérifiant que la tête repose sur un oreiller.					
2. Met un champ opératoire sur la patiente.					
3. Localise l'endroit marqué pour la ponction lombaire ou si nécessaire ou palpe si nécessaire une fois de plus l'apophyse épineuse à la quatrième vertèbre lombaire et identifie l'espace intersomatique vertébral.					
4. Injecte une petite quantité de solution anesthésique locale sous la peau avec une aiguille jetable de calibre 25 à l'endroit prévu de la ponction, pour anesthésier la peau.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
REALISATION DE LA PONCTION LOMBAIRE					
1. Insère le mandrin s'il utilise une aiguille de calibre 24- à 25G dans l'espace vertébral entre la troisième et la quatrième vertèbre lombaire.					
2. Insère l'aiguille à ponction lombaire (à travers le mandrin) avec le guide en place.					
3. Vérifie que l'aiguille est introduite et reste dans la ligne médiane avec le biseau dirigé latéralement, avançant avec l'aiguille pointée légèrement vers la tête.					
4. Enfonce l'aiguille jusqu'à sentir une diminution de la résistance une fois que l'aiguille a traversé le ligament jaune.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
5. En faisant extrêmement attention, pousse lentement l'aiguille dans la dure-mère. Lorsque l'aiguille pénètre dans la dure-mère, on sent une nouvelle diminution de la résistance.					
6. Sans bouger l'aiguille, retire le mandrin. Du liquide céphalo-rachidien doit couler de l'aiguille.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
RACHIANESTHESIE					
1. Immobilise l'aiguille à ponction lombaire en posant le dos de la main non dominante contre la patiente et en utilisant le pouce et le majeur pour tenir la garde de l'aiguille.					
2. Prend avec la main dominante la seringue de 5 cc avec l'agent anesthésique et l'attache fermement à la garde de l'aiguille.					
3. Aspire doucement pour vérifier que l'aiguille est toujours en position intrathécale et ensuite injecte lentement l'agent anesthésique.					
4. Une fois terminée l'injection, retire ensemble l'aiguille à ponction lombaire, le guide (le cas échéant) et la seringue.					
5. Place un pansement stérile sur la ponction et du sparadrap.					
6. Garde la patiente dans l'immédiat en décubitus.					
7. Met un oreiller ou un linge plié sous la hanche droite de la patiente pour incliner l'utérus vers la gauche ou alors incline légèrement la table d'opération vers la gauche.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
TACHES APRES LA PONCTION LOMBAIRE					
1. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
2. Place tous les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
3. Si l'on réutilise l'aiguille et la seringue, remplit la seringue (et l'aiguille attachée) avec une solution chlorée à 0,5% et la plonge dans une solution chlorée à 0,5% pour la décontaminer. Si l'on jette l'aiguille et la seringue, les met dans un récipient ne pouvant pas être percé.					
4. Enlève les gants et les jette dans un récipient étanche ou un sac en plastique. Si les gants sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pour les décontaminer.					
5. Se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LA PONCTION LOMBAIRE ET LA RACHIANESTHESIE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
SOINS DE LA PATIENTE APRES LA RACHIANESTHESIE					
1. Administre de l’oxygène pas masque ou sonde intra-nasale à la cadence de 4 litres/minute jusqu’à la naissance du nouveau-né.					
2. Vérifie le pouls et la tension artérielle.					
3. Evalue le niveau du blocage sensoriel.					
4. Attend un maximum de 20 minutes si le niveau souhaité n’est pas atteint.					
5. Après la naissance du nouveau-né, administre 5–10 mg de syntocinone en IV à la mère.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES POSTOPERATOIRES

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame F., primigeste de 25 ans, a eu une césarienne. Elle n'avait pas de problèmes médicaux. Elle a reçu de la kétamine pour la césarienne à cause d'une grave détresse fœtale. Madame F. a reçu un total de 2 litres de crystalloïde pendant l'opération. Vers la fin de l'opération, on constate qu'elle a davantage de sécrétions dans sa bouche, lesquelles sont aspirées. Elle est transférée dans le service et, 15 minutes plus tard, elle devient agitée et connaît des difficultés respiratoires.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame F. ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

2. Quelle est votre prise en charge **immédiate** de Madame F. ?
3. En fonction des résultats de l'examen physique, quel est votre diagnostic (problème/besoin) ?
4. Comment l'examen du formulaire de l'anesthésie pourrait-il vous aider à établir le diagnostic du problème ?

Prestation de soins (planification et intervention)

5. Comment allez-vous traiter Madame F. ?
6. En fonction de l'étude des notes, quelle est l'explication possible du problème ?

Suivi et évaluation

Après une heure, Madame F. est plus calme et n'a pas de cyanose. Sa fréquence respiratoire est de 30 mvts/minute. Elle a encore certaines crépitations et ronchus à l'auscultation.

7. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame F. ?

EVALUTION ANESTHESIQUE : TROISIEME EXERCICE

Instructions : Prière de lire attentivement les trois cas donnés ci-dessous et de remplir le formulaire sur le suivi et l'évaluation de l'anesthésie post-opératoire qui vous a été remis par votre formateur.

PREMIER CAS

Madame R. est une primigeste de 23 ans. Elle est arrivée en salle post-opératoire à 10h00 après avoir eu une opération césarienne basse sans problèmes médicaux connexes. Elle avait été mise sous rachianesthésie utilisant 2 ml de bupivacaïne à 0,5% à 9h00. Madame R. est consciente et répond à toutes les questions. Elle n'a pas de douleur à l'endroit de la plaie chirurgicale. Elle n'a pas encore pu remuer ses orteils. Le niveau de blocage sensoriel était T10. Madame R. a un pouls de 90 battements par minute et une tension artérielle de 110/70 mm Hg. Madame R. n'avait aucun problème intra-opératoire, ni au niveau de l'anesthésie, ni au niveau de la chirurgie. Vingt unités d'ocytocine diluées dans un 1 litre de sérum physiologique sont en train d'être perfusées. Elle a reçu au total 3,5 litres de sérum physiologique pendant l'opération. On a administré à Madame R. 10 mg de métoclopramide vers la fin de l'opération. Trente minutes plus tard, Madame R. indique qu'elle a mal et, à ce moment-là, elle reçoit 50 mg de péthédine. Elle a une sonde urinaire qui a évacué 200 ml d'urine claire. On contrôle son débit urinaire/heure et il était de 50 ml l'heure passée. Madame R. a de légers frissons après l'opération. On lui administre de l'oxygène à raison de 6 litres/minute par masque facial pendant 4 heures. On lui administre également 75 mg de péthédine par voie intramusculaire toutes les 4 heures pour soulager la douleur.

Quelles sont les instructions que vous allez donner pour le suivi régulier de la patiente dans la salle postopératoire ?

DEUXIEME CAS

Madame P., jeune femme en bonne santé de 20 ans, a souffert d'une déchirure vaginale après l'accouchement et des sutures ont été posées. Deux heures après, la patiente est en état de choc car elle a développé un hématome. L'hématome a été drainé sous administration intraveineuse de kétamine. On a administré à Madame P. 4 litres de sérum physiologique en IV. On lui a fait une injection de 0,6 mg de sulfate d'atropine, une injection de 5 mg de diazépam et elle a reçu des doses intermittentes de kétamine par IV durant l'opération. Au total, elle a reçu 250 mg de kétamine. Madame P. est arrivée dans la salle post-opératoire à 16h00. Elle était assoupie à l'arrivée. Son pouls était de 120 battements par minute et sa tension artérielle de 100/70 mm Hg. On lui a administré de l'oxygène à raison de 6 litres/minute pendant 4 heures. Les recommandations du suivi post-opératoire portaient notamment sur les aspects suivants : pouls, tension artérielle et débit urinaire toutes les heures pendant 4 heures. Voici les lectures pour les 4 heures suivantes :

Heure	Battements	Tension artérielle	Débit urinaire
Première heure	120 mvts/minute	96/60 mm Hg	50 ml
Deuxième heure	110 mvts/minute	100/70 mm Hg	60 ml
Troisième heure	104 mvts/minute	105/70 mm Hg	40 ml
Quatrième heure	100 mvts/minute	110/80 mm Hg	50 ml

1. En fonction de ces résultats, quels sont les autres soins à administrer à la patiente ?

50 mg de péthédine par injection une fois toutes les 4 heures ont été prescrits pour la douleur post-opératoire. Une perfusion intraveineuse d'un litre de solution de dextrose à 5% pendant 6 heures a été recommandée pour la prise en charge hydrique.

La patiente était assoupie mais elle a pu être réveillée à 18h00. Elle s'est plainte de légères douleurs et a reçu 50 mg de péthédine à 19h00. La patiente a eu des vomissements et a reçu 12,5 mg de prochlorpérazine par voie intramusculaire.

2. Quelles sont les autres instructions que vous allez donner pour le suivi régulier de la patiente dans la salle postopératoire ?

TROISIEME CAS

Madame N., 20 ans, a eu une opération césarienne basse pour détresse fœtale. Elle souffrait de grave toxémie prééclampsique, contrôlée avec du sulfate de magnésium. Madame N. a reçu une rachianesthésie avec 2 ml de bupivacaine à 0,5% après une perfusion préalable de 2 litres de sérum physiologique. Après la naissance du nouveau-né et pendant la réfection de l'utérus, Madame N. s'est plainte de difficultés respiratoires. A ce moment-là, on lui avait administré 5 litres de sérum physiologique. Le diagnostic de Madame N. constate la présence d'un œdème pulmonaire. Elle a reçu une injection de 40 mg de lasix en IV et de l'oxygène à raison de 6 litres/minute par masque facial. On lui a également administré 5 mg de morphine en IV. Elle a bien réagi à ce traitement et a été mise en salle de récupération post-opératoire pour pouvoir l'observer de près après la césarienne.

Les recommandations post-opératoires étaient les suivantes :

- Oxygène à raison de 6 litres/minute par masque facial
- 5 à 8 mg de morphine en IM toutes les 4 heures
- Elévation de la tête de lit

On a recommandé de contrôler les signes suivants : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, débit urinaire, apport de liquides, niveau de connaissance, douleur et toute autre intervention réalisée toutes les heures.

Les observations étaient les suivantes :

Heure	Pouls /min	Tension artérielle (mm Hg)	Fréquence respiratoire /min	Urine (ml)	Apport de liquides (litres)	Niveau de connaissance*	Douleur+	Intervention
Initiale	100	130/90	35/minute	600	1 litre de sérum normal	Assoupie	Légère	
1 ^e heure	96	130/95	30/minute	400		Assoupie	Légère	
2 ^e heure	100	140/95	35/minute	300		Alerte	Grave	8 mg morphine
3 ^e heure	86	120/85	24/minute	100		Endormie	Nulle	

* Niveau de connaissance : ne peut pas se réveiller, somnolente mais peut se réveiller, assoupie mais répond aux commandes, alerte

+ Notation de la douleur : nulle, légère, modérée, grave

- 1. En fonction de ces résultats, quels sont les autres soins qu'il faut dispenser à cette patiente ?**
- 2. Quelles sont les autres instructions que vous allez donner pour le suivi régulier de cette patiente dans la salle postopératoire ?**

Date : _____

FORMULAIRE D'EVALUATION POSTOPERATOIRE DE L'ANESTHESIE

Nom et prénoms : _____	Age : _____ ans	Pds : _____ kg
Diagnostic : _____		
Opération réalisée par : _____		
Maladie coexistante : _____		
Problèmes péri-opératoires : _____		
Heure d'arrivée à la salle postopératoire : _____		Heure de sortie : _____

Anesthésie : ☐ Anesthésie générale : ☐ Intubation endotrachéale ☐ Masque facial laryngé☐ Kétamine :☐ Rachia : 1 _____ % Bupivacaïne _____ mlMédicament utilisé ☐ Ocytocine _____ U ☐ Métoclopramide _____ mgdans la salle d'opération : ☐ Péthidine _____ mg ☐ Prochlorpérazine _____ mg☐ Ephédrine _____ mg ☐ _____ mg

A la fin de l'opération :

Niveau d'anesthésie : Cervical _____ Thoracique _____ Lombaire _____

TA _____ mm Hg Pouls : _____ /min

Equilibre hydrique *Arrivée* *Sortie*

Liquides	Arrivée	Sortie
Sang		

Instructions postopératoires de l'anesthésiste :

Besoin oxygène : _____ litre/min pendant _____ h

Analgésie : ☐ Péthidine : _____ mg IM stat puis☐ Diclofenac : 75 mg IM OU Suppo. 50 mg☐ Liquides : Instruction _____*Si nécessaire :*Frissons : ☐ Péthidine : _____ mg lentement IVNausée/vomissement : ☐ Métoclopramide : 10 mg IM. ☐ Prochlorpérazine : 12,5 mg IM.*Autres instructions pour le suivi postopératoire :*

Signature de l'anesthésiste : _____

Heure	TA (mm Hg)	Pouls/min	Connaissance*	Niveau de douleur*	Apport de liquides (l)	Emission d'urine (l)	Vomissements	Intervention

* Niveau de connaissance – Ne peut pas être réveillée, somnolente mais peut se réveiller, assoupie mais répond aux commandes, alerte

* Douleur – Nulle, légère, modérée, grave

SIMULATION CLINIQUE POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA PREECLAMPSIE GRAVE ET DU CHOC

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 d'une patiente souffrant de convulsions qui a besoin d'oxygène. 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 (en anesthésie). D'autres participants pourront intervenir pour aider le prestataire. De plus, des modèles peuvent être utilisés pour faire la pratique des compétences cliniques telles que l'intubation endotrachéale ou la réanimation cardio-respiratoire.
- 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-après.
- Les procédures telles que l'administration d'une IV et de l'oxygène devraient être interprétées par des jeux de rôle, en utilisant le matériel approprié.
- Au départ, le formateur et le participant discuteront de ce qui se passe pendant la simulation pour développer les compétences de résolution de problèmes et de prise de décisions. A cette fin, vous trouverez des questions en italiques dans la simulation. On pourra démarrer une discussion supplémentaire après avoir achevé la simulation.
- Alors que s'affinent les compétences du participant, la simulation 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 : Tensiomètre, stéthoscope, matériel pour démarrer une perfusion IV, seringues et fioles, bouteille d'oxygène, valve, ballon autogonflant et masque, matériel pour sonder la vessie, tube endotrachéal (différentes tailles), marteau à réflexe (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 litres/minute. - Préparer et injecter 4 g de solution de sulfate de magnésium à 20%, 4 g 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 lignocaïne 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 : <i>Qu'allez-vous faire si vous n'avez pas de sulfate de magnésium à l'hôpital ?</i>	Réponse attendue : <i>Utiliser 10 mg de diazépam lentement sur 2 minutes.</i>
2. Après 5 minutes, Mme G. n'a plus de convulsions. Sa tension artérielle diastolique est de 110 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 20 mvts/minute. - 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 : <i>Est-ce que vous donneriez de l'hydralazine supplémentaire après la première dose ?</i>	Réponse attendue : <i>Répéter toutes les heures, tel que nécessaire ou administrer 12,5 mg par IM toutes les 2 heures, tel que nécessaire.</i>
3. 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/REPOSES CLES (suite)
4. A présent, le traitement a été démarré depuis une heure. Mme G. dort mais s'éveille facilement. Elle est alerte. Sa tension artérielle est à présent de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire est encore de 16 mvts/minute. Elle a eu plusieurs contractions, chacune durant moins de 20 secondes. • 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.
5. Cela fait à présent 2 heures que le traitement a commencé pour Mme G. Sa tension artérielle est encore de 90 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 16 mvts/minute. Toutes les autres observations sont dans la fourchette prévue. Elle continue à dormir et à s'éveiller quand elle a une contraction. Les contractions se présentent plus fréquemment mais sont encore inférieures à 20 secondes. Le col de Mme G. est effacé à 100% et dilaté à 3 cm. Aucune anomalie du rythme cardiaque fœtal. • 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 provoqué à l'aide d'ocytocine ou de prostaglandine. • Indiquer que l'accouchement devrait se faire dans les 12 heures qui suivent les premières convulsions de Mme G.

SCENARIO 2 (Information fournie et questions posées par le formateur)	REACTIONS/REPOSES CLES (Attendues du participant)
1. Mme W., a 25 ans et c'est sa première grossesse. Elle est arrivée à terme. Elle souffre d'hypertension liée à la grossesse et est emmenée au centre de santé. Elle prend des antihypertenseurs. Face à la détresse fœtale, l'obstétricien décide de pratiquer une césarienne. L'anesthésiste lui fait une injection intrathécale de 12 mg de bupivacaïne pour la rachianesthésie. Après l'administration de l'anesthésie, la tension artérielle de la patiente chute très nettement et elle perd connaissance. • Qu'allez-vous faire ?	• Appeler à l'aide. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible. • Evaluer rapidement si la patiente respire et si les voies aériennes sont dégagées. Si elle ne respire pas, lui donner deux ventilations avec les moyens dont on dispose (masque et ballon). • Ensuite, évaluer le pouls carotidien, le niveau de connaissance, la couleur et la température de la peau.
2. Après avoir évalué les voies aériennes et le pouls carotidien, vous déterminez que Mme W. souffre d'un arrêt cardiaque. • Qu'allez-vous faire à présent ? • Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ?	• Indiquer que l'état de Mme W. évoque l'arrêt cardiaque. • Demander à un aide qui est venu de démarrer la ventilation avec le masque et le ballon et de donner de l'oxygène à raison de 4-6 litres par minute. • Commencer la compression cardiaque au taux de 15:2 compression/ventilation. • Poser une voie veineuse (si ce n'est déjà fait) et perfuser rapidement. • Perfuser par voie intraveineuse 1 mg d'adrénaline ayant une concentration 1:10 000. • Intuber la patiente si ce n'est déjà fait et ventiler utilisant de l'oxygène à 100%. • Répéter l'adrénaline en IV toutes les 3-5 minutes lors de la réanimation cardio-respiratoire (RCR). • Continuer la RCR jusqu'à ce que le pouls carotidien recommence à battre. • Indiquer que la chose la plus importante pour le moment est de rétablir le battement cardiaque et la respiration de la patiente.
3. Après 15 minutes de RCR, les signes vitaux de Mme W. sont revenus. Son pouls est de 110 par minute, la tension artérielle est de 90/60 mm Hg et elle reçoit de l'oxygène par tube endotrachéal. • Qu'allez-vous faire à présent ? • Quelles sont les mesures à prendre dans l'heure qui suit ?	• Demander à un aide de poser une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire et la protéinurie. • Incliner la table d'opération si ce n'est déjà fait. • Demander à l'obstétricien d'extraire le bébé aussi rapidement que possible. • Demander que l'on place un électrocardioscope si disponible. • Indiquer que dans l'heure qui suit, il faut surveiller les signes vitaux, les réflexes et le rythme cardiaque du fœtus et consigner strictement la diurèse sur un graphique.

SCENARIO 2 (suite)	REACTIONS/REPOSES CLES (suite)
4. Le traitement de Mme W. a démarré il y a 6 heures. Son pouls est encore de 100 battements par minute et sa tension artérielle diastolique est de 80 mm Hg. Le bébé est né sans problèmes et le tube endotrachéal a été enlevé. Elle respire au rythme de 20 mouvements par minute et elle reçoit de l'oxygène à l'aide d'une sonde nasale à raison de 6 litres/minute. • Quelle est votre principale préoccupation pour le moment ? • Qu'allez-vous faire à présent ?	• Continuer l'administration de l'oxygène pendant les 24 prochaines heures. • Surveiller le pouls, la tension artérielle, le niveau de connaissance et faire un électrocardiogramme (si disponible) à 15 minutes d'intervalle. • Dire à Mme W. (et à sa belle-mère) ce qui se passe, écouter ce qui se passe et la rassurer.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE

(A remplir par les **Participants**)

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

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

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire (ballon Ambu auto-gonflant, masque, appareil pour les aspirations, tube endotrachéal, guide, laryngoscope, seringue, sparadrap).					
2. Si la patiente est consciente et alerte, lui explique (et à l'accompagnant) la technique qui sera effectuée, l'écoute et répond attentivement à ses questions et préoccupations. • En cas d'absence de respiration spontanée, ventile avec un ballon et un masque jusqu'à ce que le matériel soit prêt.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure, dans la mesure du possible.					
INTUBATION					
1. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air s'il ne s'agit pas d'une situation d'urgence.					
2. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
3. Administre de l'oxygène à raison de 6 litres par minute jusqu'à ce que le matériel soit prêt pour l'intubation.					
4. Place la tête de la patiente sur un drap replié, en s'assurant que la tête n'est pas en extension.					
5. Si la patiente est consciente, administre 5-10 mg de diazépam en IV, lentement pendant 2 minutes.					
6. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
7. Ouvre la bouche de la patiente et insère délicatement le laryngoscope sur la langue et vers le fond de la gorge.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
8. Aspire le cas échéant les sécrétions dans la gorge.					
9. Soulève et pousse la lame du laryngoscope et l'avance, en se servant du poignet, pour visualiser la glotte.					
10. Insère le tube endotrachéal et le guide à travers la glotte dans la trachée.					
11. Retire le laryngoscope.					
12. Retire le guide.					
13. Gonfle la sonde à ballonnet avec 3 à 5 ml d'air.					
14. Connecte le tube endotrachéal au masque Ambu et presse le ballon. Vérifie l'étanchéité du masque en gardant une main devant le cou.					
POSITIONNEMENT CORRECT DU TUBE ENDOTRACHÉAL					
1. Presse le masque Ambu 2 ou 3 fois rapidement tout en observant si la poitrine se gonfle.					
1a. Si la poitrine se gonfle en appuyant sur le masque Ambu, ausculte la poitrine pour s'assurer que l'air pénètre en quantité égale dans les deux poumons. Si l'air ne pénètre pas de manière égale dans les deux poumons, dégonfle la sonde à ballonnet et retire doucement le tube endotrachéal jusqu'à ce que l'on entende la même entrée d'air dans les deux côtés. Gonfle à nouveau la sonde à ballonnet.					
1b. Ausculte l'estomac et vérifie l'absence d'air dans l'estomac.					
1c. Si la poitrine ne se gonfle pas : - Dégonfle la sonde à ballonnet et retire le tube endotrachéal. - Essaye à nouveau l'intubation.					
2. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, utilise du sparadrap pour fixer le tube sur le visage de la patiente.					
3. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
4. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. - Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. - Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
5. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					
DETUBAGE					
1. Confirme que la femme est prête pour le détubage.					
2. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette stérile ou à l'air.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
3. Met aux deux mains de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
4. Retire le sparadrap maintenant le tube en place.					
5. Ouvre délicatement la bouche de la patiente et aspire les sécrétions dans la gorge.					
6. Décomprime la sonde à ballonnet et retire le tube.					
7. Administre de l'oxygène par masque en vérifiant que la respiration régulière reprend.					
8. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
9. Plonge les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5%. Retire les gants en les retournant. • Si les gants sont jetés, les met dans un récipient étanche ou un sac en plastique. • Si les gants chirurgicaux sont réutilisés, les trempe dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes pour les décontaminer.					
10. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sèche avec une serviette propre et sèche ou à l'air.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE

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

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

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives 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 faite par le formateur

PARTICIPANT _____ **Date observée** _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
PREPARATION					
1. Prépare le matériel nécessaire.					
2. En cas d'absence de respiration spontanée, ventile avec un ballon et un masque jusqu'à ce que le matériel soit prêt.					
3. Apporte un soutien affectif continu et la rassure dans la mesure du possible.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
INTUBATION					
1. Se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
2. Administre de l'oxygène à raison de 6 litres par minute jusqu'à ce que le matériel soit prêt pour l'intubation.					
3. Place la tête de la patiente sur un drap replié, en s'assurant que la tête n'est pas en extension.					
4. Si la patiente est consciente, administre 5-10 mg de diazépam en IV, lentement pendant 2 minutes.					
5. Demande à un aide d'exercer une pression sur le cartilage cricoïde en appuyant contre l'œsophage.					
6. Ouvre la bouche de la patiente et insère délicatement le laryngoscope sur la langue et vers le fond de la gorge.					
7. Aspire, le cas échéant, les sécrétions dans la gorge.					
8. Soulève et pousse la lame du laryngoscope et l'avance en se servant du poignet, pour visualiser la glotte.					
9. Insère le tube endotrachéal et le guide à travers la glotte dans la trachée.					
10. Retire le laryngoscope.					

LISTE DE VERIFICATION POUR L'INTUBATION ENDOTRACHEALE (Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)					
ETAPE/TACHE	CAS				
11. Retire le guide.					
12. Gonfle la sonde à ballonnet avec 3 à 5 ml d'air.					
13. Connecte le tube endotrachéal au masque Ambu et presse le ballon. Vérifie l'étanchéité du masque en gardant une main devant le cou.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
POSITIONNEMENT CORRECT DU TUBE ENDOTRACHÉAL					
1. Presse le masque Ambu 2 ou 3 fois rapidement tout en observant si la poitrine se gonfle.					
2. Si la poitrine se gonfle en appuyant sur le masque Ambu, ausculte la poitrine pour s'assurer que l'air pénètre en quantité égale dans les deux poumons.					
3. Ausculte l'estomac et vérifie l'absence d'air dans l'estomac.					
4. Une fois le tube endotrachéal ajusté correctement, utilise du sparadrap pour fixer le tube sur le visage de la patiente.					
5. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
6. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
7. Se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					
DETUBAGE					
1. Confirme que la femme est prête pour le détubage.					
2. Se lave soigneusement les mains et met de nouveaux gants d'examen ou des gants chirurgicaux désinfectés à haut niveau.					
3. Retire le sparadrap maintenant le tube en place.					
4. Ouvre délicatement la bouche de la patiente et aspire les sécrétions dans la gorge.					
5. Décomprime la sonde à ballonnet et retire le tube.					
6. Administre de l'oxygène par masque en vérifiant que la respiration régulière reprend.					
7. Avant d'enlever les gants, jette les déchets dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
8. Enlève les gants et les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique si les gants sont jetés ou les place dans une solution chlorée à 0,5% si les gants sont réutilisés.					
9. Se lave soigneusement les mains.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE MANIERE SATISFAISANTE					

Troisième, Quatrième et Cinquième Semaines

ETUDE DE CAS : HEMORRHAGIE ANTEPARTUM

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame R., 25 ans, 3^e geste, 2^e pare à 37 semaines de grossesse, est hospitalisée pour saignement vaginal. Elle a des antécédents de saignements fréquents et répétés. Les saignements actuels sont assez graves. L'obstétricien décide de réaliser une césarienne d'urgence et on vous a informé de l'opération urgente alors qu'on attend le sang. Vous allez à votre service pour évaluer la patiente avant l'acte chirurgical. Le pouls de Madame R. est de 120 battements par minute, sa tension artérielle de 85/40 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 24 mvts/minute.

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

1. Quels sont les antécédents pertinents dont vous avez besoin de Madame R. pour faire votre évaluation anesthésique ?
2. Quels sont les points saillants concernant l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen physique ?

Planifier l'anesthésie et la chirurgie

3. Quelles sont vos préparations pour l'acte chirurgical ?
4. En fonction de vos résultats, pour quel agent technique/anesthésique allez-vous opter pour Madame R. et pourquoi ?
5. Quels sont les principaux inconvénients de cet agent/technique anesthésique ? Quelles sont les mesures nécessaires pour s'assurer que Madame R. ne court aucun danger avec l'administration de l'agent/technique anesthésique ?

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame R. pendant la période de récupération ?

ETUDE DE CAS : ASTHME BRONCHIQUE PRÉOPÉRATOIRE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame J., 35 ans, 2^e geste, 2^e pare, à 38 semaines de grossesse, est hospitalisée pour traitement d'infection respiratoire et d'attaques d'asthme. Auparavant, Madame J. a eu un accouchement normal et elle n'a aucun autre problème médical à part des antécédents d'asthme bronchique. Soudainement, Madame J. commence à avoir des douleurs du travail avec des signes de détresse fœtale. L'obstétricien a décidé de réaliser une césarienne. On vous demande l'évaluation anesthésique de cette patiente pour la césarienne prévue.

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

1. Quels sont les antécédents pertinents dont vous avez besoin de Madame J. pour faire votre évaluation anesthésique ?
2. Quels sont les points saillants concernant l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen physique ?

Planification pour l'anesthésie

3. En fonction de vos résultats, pour quel agent technique/anesthésique allez-vous opter pour Madame J. et pourquoi ?
4. Quels sont les principaux avantages de l'agent/technique anesthésique que vous avez choisi ?
5. Quels sont les principaux inconvénients de cet agent/technique anesthésique ? Quelles sont les mesures nécessaires pour s'assurer que Madame J. ne court aucun danger avec l'administration de l'agent/technique anesthésique ?

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame J. pendant la période de récupération ?

ETUDE DE CAS : ECLAMPSIE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame A., primigeste de 20 ans, avec une grossesse à terme, est arrivée à la salle de travail il y a 6 heures environ. C'est sa première visite au centre de santé pour cette grossesse. Son pouls est de 120 battements par minute, sa tension artérielle de 200/120 mm Hg et elle est inconsciente. La famille qui l'accompagne indique qu'elle a eu quatre ou cinq convulsions avant d'arriver au centre de santé.

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

1. Qu'est-ce que vous allez inclure dans votre évaluation initiale de Madame A. ?
2. Quel signe ou symptôme spécifique vous aidera à établir le diagnostic ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

- Elle n'a pas d'antécédents de troubles préexistants du système nerveux central.
- A l'examen clinique, on note les résultats suivants :
 - La patiente répond à une douleur intense.
 - Le suivi répété indique un pouls et une tension artérielle élevés de manière persistante.
 - A l'auscultation, la poitrine est dégagée.
 - Le débit urinaire est de 15 ml d'urine en 1 heure.
- 3. Quels sont les autres tests de laboratoire que vous allez demander/réaliser pour cette intervention ?

Planification pour l'anesthésie et la chirurgie

4. Qu'allez-vous faire pour préparer Mme A. à l'acte chirurgical ?
5. En fonction de vos résultats, pour quel agent technique/anesthésique allez-vous opter pour Madame A. et pourquoi ?

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame A. pendant la période de récupération ?

ETUDE DE CAS : COLLAPSUS INTRA-OPERATOIRE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame E. est une femme enceinte de 25 ans, nullipare, avec une grossesse à terme, qui souffre d'hypertension gestationnelle. Son hypertension est contrôlée avec des antihypertenseurs. Le fœtus montre des signes de détresse fœtale et l'obstétricien décide de pratiquer une césarienne pour la détresse fœtale. L'anesthésiste décide d'administrer une rachianesthésie pour l'opération et fait une injection intrathécale de 12 mg de bupivacaïne. Une fois l'anesthésie administrée, la tension artérielle de la patiente chute très nettement et elle perd connaissance.

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

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

Plan d'action

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

- La patiente ne respire pas.
 - Le pouls carotidien ne peut pas être palpé.
3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic et votre plan d'action ?

Suivi et évaluation

4. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame E. pendant la période de récupération ?

ETUDE DE CAS : COLLAPSUS POSTOPERATOIRE

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame C., primigeste de 25 ans, est envoyée d'un centre de soins de santé primaires pour travail prolongé. On diagnostique un travail prolongé avec détresse fœtale et on exécute une césarienne. A la fin de l'opération, le bébé naît en condition stable et les signes vitaux de la patiente sont également stables. Une heure après avoir été transférée à la salle post-opératoire, elle a une hypotension soudaine et elle perd connaissance. Le médecin de garde est appelé pour lui fournir les soins. Vous êtes l'anesthésiste de garde et, même bien que vous n'ayez pas administré l'anesthésie à cette patiente, le médecin de garde vous appelle pour que vous l'aidiez.

Evaluation (anamnèse, examen physique, 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 sont les antécédents dont vous avez besoin et les documents que vous aimeriez examiner pour arriver à un diagnostic ?

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

- Elle n'a aucun antécédent de troubles préexistant du système nerveux central.
- Son abdomen est mou et rien de particulier n'est noté.
- L'examen clinique aboutit aux résultats suivants :
 - La patiente est pâle et elle tremble.
 - Elle a un souffle court.
 - Sa température est de 36,7° C.
 - Son pouls est de 130 battements par minute et il est filant.
 - Sa tension artérielle systolique est de 80 mm Hg et sa tension artérielle diastolique ne peut pas être notée.
- Le graphique postopératoire n'indique rien de spécial sinon qu'elle a une pâleur marquée.

- Les notes post-opératoires indiquent qu'elle a reçu une unité de transfusion de sang et une injection de 50 mg de péthidine par IM pour soulager la douleur.
4. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic (problème/besoin) concernant l'état de la patiente et pourquoi ?
 5. Quel est votre diagnostic final (problème/besoin) et pourquoi ?
 6. Quels sont les autres examens que vous allez demander/réaliser pour préparer l'intervention dans ce cas ?

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Mme C. se rétablit bien et elle se porte bien.

8. En fonction de cela, quel est le conseil que vous souhaitez donner à Mme C. ?

ETUDE DE CAS : HEMATOME DU POSTPARTUM

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame K. a un accouchement par voie basse. Elle a souffert de lacérations et des réfections ont été faites. Trois heures plus tard, on découvre qu'un hématome s'est formé et l'obstétricien décide d'explorer et de resuturer les lacérations sous anesthésie.

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

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

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Le pouls de Madame K. est de 160 battements par minute et sa tension artérielle de 85/50 mm Hg. Elle est consciente et sa fréquence respiratoire est de 30 mvts/minute. Elle semble pâle.

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

Prestation de soins (planification et intervention)

4. En fonction de votre diagnostic (identification du problème/besoin), quels sont les soins que vous envisagez pour Madame K. et pourquoi ?
5. Quelle est l'évaluation que vous allez faire avant d'administrer l'anesthésie ?
6. Quelles sont les méthodes de dépistage que vous allez utiliser ou les tests de laboratoire que vous allez réaliser ?

Suivi et évaluation

Le pouls de Madame K. a baissé à 110 battements par minute et sa tension artérielle à 100/60 mm Hg après 3 litres de perfusion intraveineuse. Son niveau d'hémoglobine est de 8 g/dl.

7. En fonction de ces résultats, pour quelle anesthésie allez-vous opter pour Madame K. ?

ETUDE DE CAS : EVALUATION ET SOINS NORMAUX POSTOPÉRATOIRES

Instructions

Lisez et analysez individuellement cette étude de cas. Quand les autres personnes de votre groupe ont terminé de lire, répondez aux questions de l'étude de cas. Examinez 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 discutera des études de cas et des réponses données par chaque groupe.

Etude de cas

Madame L. a 32 ans. Elle a été hospitalisée pour hémorragie du post-partum après un accouchement normal à domicile. Elle avait une rétention placentaire et perdait du sang. Une anesthésie sous forme d'IV de kétamine lui a été administrée. Les débris placentaires ont été retirés sous anesthésie prolongée avec difficulté. Elle a également eu de légers saignements dans la salle d'opération. Madame L. s'est réveillée et a été déplacée dans la salle post-opératoire aux fins de suivi, d'observation et d'évaluation.

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

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

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Madame L. est réveillée mais elle est désorientée. Ses voies aériennes sont dégagées. Son pouls est de 110 battements par minute, sa tension artérielle de 95/70 mm Hg et sa fréquence respiratoire de 18 mvts/minute. Il n'existe pas de saignement actif par voie vaginale. A l'auscultation, sa poitrine est dégagée. Les extrémités de ses membres ne sont pas froids. Débit urinaire de 100 ml et taux d'hémoglobine de 7 g/dl.

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

Prestation de soins (planification et intervention)

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

Suivi et évaluation

Huit heures après avoir démarré le traitement, Madame L. est toujours désorientée. Ses voies aériennes sont dégagées. Son pouls est de 70 battements par minute et sa tension artérielle de 130/80 mm Hg. Sa fréquence respiratoire est de 20 mvts/minute. Son taux d'hémoglobine est de 9 g/dl. Ses membres périphériques sont chauds.

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

PLAN D'ACTION POUR LES PARTICIPANTS

Nom du participant : _____

Pays de résidence : _____

Formation suivie : _____

Nom de l'établissement : _____

Date : _____

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

But N° 1 _____

But N° 2 _____

But N° 3 _____

But N°1 _____

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

But N° 2 _____

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

But N° 3 _____

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