

Deuxième Section : Guide pour les Formateurs

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

DIRECTIVES D'ENCADREMENT A L'INTENTION DES FORMATEURS

Les formateurs devront rendre visite aux participants sur leurs lieux de travail respectifs pendant l'exercice pratique autodirigé de trois mois afin d'apporter directive et soutien, à titre individuel et collectif, et d'évaluer les connaissances et les compétences des participants. Les visites devraient être faites par des équipes de deux formateurs (par exemple, une sage-femme et un médecin). La première visite se fera vers la fin du premier mois et la seconde vers la fin du troisième mois de l'exercice pratique. D'autres visites devront être organisées, le cas échéant, en fonction des besoins individuels et collectifs des participants. Les formateurs établiront un calendrier des visites avant que les participants ne reviennent dans leurs établissements.

DIRECTIVES, SOUTIEN ET EVALUATION A TITRE INDIVIDUEL

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

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

Discussions individuelles

Les formateurs devront rencontrer chaque participant aux fins suivantes :

- Revoir le Journal d'expérience clinique
- Discuter des clientes/patientes auxquelles le participant a fourni l'anesthésie pour les soins obstétricaux d'urgence (SOU), notamment les symptômes qui se présentent, le diagnostic, le traitement et le dénouement.
- Discuter pour voir si les besoins d'apprentissage individuels ont été satisfaits ou non.
- Déterminer la meilleure manière de répondre aux besoins d'apprentissage pendant le restant de l'exercice pratique (première visite d'encadrement) et, le cas échéant, au-delà de l'exercice pratique (seconde visite d'encadrement).

- Discuter des facteurs qui ont facilité la pratique clinique et de ceux qui l'ont rendue difficile, y compris la manière de venir à bout de ces difficultés.
- Discuter d'autres questions/aspects, tels que définis par le participant.

Observation de la pratique clinique

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

- Prise en charge du choc
- Pose de canule IV
- Dénudation veineuse
- Ventilation par masque facial
- Réanimation de l'adulte
- Intubation endotrachéale
- Réanimation cardio-respiratoire
- Réanimation néonatale
- Suivi et évaluation des patientes obstétricales préopératoires, intra-opératoires et postopératoires
- Ponction lombaire et rachianesthésie
- Intervention pour l'anesthésie à la kétamine
- Maintien des dossiers sur l'anesthésie

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

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

- Montrent qu'ils sont responsables de leurs actes
- Montrent qu'ils reconnaissent et qu'ils respectent les droits de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité

- Utilisent les compétences adéquates de communication interpersonnelle lorsqu'ils dispensent les soins, en insistant notamment sur l'anesthésie pour les SOU
- Appliquent les pratiques de PI recommandées

Etudes de cas et simulations cliniques

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

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

Etude de cas :

- Choc
- Hypertension gestationnelle
- Difficultés respiratoires préopératoires
- Travail dystocique
- Bradycardie intra-opératoire
- Difficultés respiratoires intra-opératoires
- Difficultés respiratoires post-opératoires
- Hémorragie antépartum
- Asthme bronchique préopératoire
- Eclampsie
- Collapsus intra-opératoire
- Collapsus postopératoire
- Hématome du post-partum
- Evaluation et soins normaux postopératoires

Simulations cliniques

- Prise en charge du choc (septique ou hypovolémique)
- Prise en charge des céphalées, de la vision floue, des convulsions, de la perte de connaissance et de la tension artérielle élevée

- Prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement
- Prise en charge de la prééclampsie grave et du collapsus

Questionnaire sur l'évaluation des connaissances

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

DIRECTIVE, SOUTIEN ET EVALUATION POUR L'EQUIPE

Les formateurs rencontreront l'équipe de l'anesthésie pour les SOU (à savoir les sages-femmes et le médecin qui participent à l'exercice pratique autodirigé) afin de revoir et de discuter de la mise en œuvre du Plan d'Action de l'équipe. Les aspects suivants seront couverts :

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

TECHNIQUES DE FORMATION HUMANISTE : L'UTILISATION DE MODELES ANATOMIQUES

L'utilisation de techniques plus humaines (humanistes) renforce également l'apprentissage clinique. L'utilisation de modèles anatomiques qui simulent 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 patientes, 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 les 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. 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 formation axée sur la compétence, 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.

INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DE MODELES ANATOMIQUES

Les modèles anatomiques suivants sont proposés avec ce kit pédagogique pour enseigner les compétences cliniques dans le cadre de situations simulées :

- Simulateur de l'injection spinale
- Modèle de réanimation du nouveau-né
- Modèle de bras pour la pose de la canule IV
- Modèle cardio-respiratoire (RCR)
- Autres modèles disponibles localement ou modèles créés avec les ressources locales

SIMULATEUR DE L'INJECTION SPINALE

Le Life/form¹ Spinal Injection SimulatorTM est un modèle de torse humain conçu de manière aussi réaliste que possible pour que les participants puissent travailler avec ce simulateur en ayant les bonnes sensations visuelles et tactiles favorisant la transition positive au travail réel avec les patientes. Le simulateur de l'injection spinale comprend deux parties essentielles. La première, ou noyau interne, est une fenêtre transparente où sont présentées les apophyses de la première et la seconde vertèbres lombaires. Il comprend également le disque intervertébral, les racines des nerfs, le ligament jaune et la chaîne sympathique lombaire.

L'unité fonctionnelle est la seconde partie du simulateur. Elle intègre tous les tissus mous et les structures osseuses à partir du niveau de la troisième vertèbre lombaire jusqu'à l'extrémité du coccyx.

Les injections médianes et latérales peuvent être pratiquées sur le simulateur. Les participants auront la sensation typique de pénétration au bout de leurs doigts alors qu'ils traversent la dure-mère. La dure-mère peut être remplie par une solution aqueuse. Cela permet une confirmation visuelle de la technique correcte si la dure-mère est traversée. Du liquide va s'écouler par l'aiguille à ponction lombaire. La solution anesthésique locale peut être injectée dans l'espace comme chez la patiente. Le Life/form Spinal Injection Simulator est idéal pour démontrer et pratiquer la ponction lombaire et la rachianesthésie.

¹ Nom du fabricant et nom donné au modèle de ponction lombaire.

Méthode avec le simulateur de l'injection spinale

On utilisera la fiche d'apprentissage et la liste de vérification pour la ponction lombaire et la rachianesthésie pour réaliser cette procédure. L'étape d'infiltration locale doit être démontrée en utilisant une seringue de 2 ml avec une aiguille. On peut utiliser une aiguille de calibre 27 sans utiliser le mandrin, alors qu'on travaille avec des modèles ainsi qu'avec des patientes. Le mandrin n'est pas distribué avec les aiguilles spinales. Une aiguille intraveineuse de calibre 18 peut être utilisée pour remplacer l'aiguille spinale. L'inconvénient, lorsqu'on utilise le mandrin sur le modèle, c'est qu'il laisse un trou visible sur la peau du modèle et, par conséquent, les ponctions suivantes sont faites par cet orifice. Aussi, est-il plus difficile de voir si le repère anatomique (espace intervertébral pour la ponction lombaire) est identifié correctement.

Soins et entretien des modèles

Les instructions suivantes s'appliquent à tous les modèles anatomiques qui seront utilisés pour ce programme de formation.

- Les modèles sont construits avec des matériaux qui ressemblent le plus possible à la texture de la peau. Aussi, lorsqu'on les utilise, il faut employer les mêmes techniques et précautions, comme on le ferait avec une patiente.
- Nettoyer les modèles après chaque séance de formation en utilisant une solution avec un détergent doux et rincer avec de l'eau propre.
- Garder les modèles dans la boîte et le plastique distribués avec votre kit.
- Ne pas envelopper les modèles dans d'autres sacs en plastique, journaux ou autres types de matériaux car ils peuvent faire perdre leur couleur à la peau.
- Ne pas écrire sur les modèles avec des feutres ou stylos car ces marques risquent de ne plus partir.
- Ne pas utiliser d'alcool, d'acétone, de Bétadine® ou autre solution antiseptique qui contient de l'iode car cela endommage ou tache la peau.
- Ne pas utiliser une aiguille hypodermique avec un calibre de plus de 20.
- Garder les aiguilles aussi pointues que possible comme pour une patiente. Les aiguilles à calibre élevé et les aiguilles émoussées abîment rapidement le modèle.

MODELE DE REANIMATION DU NOUVEAU-NE

Ce modèle vous aide à enseigner les méthodes et compétences nécessaires pour réanimer un nouveau-né en utilisant la réanimation bouche à bouche ou un ballon et un masque.

Le modèle comprend les éléments suivants :

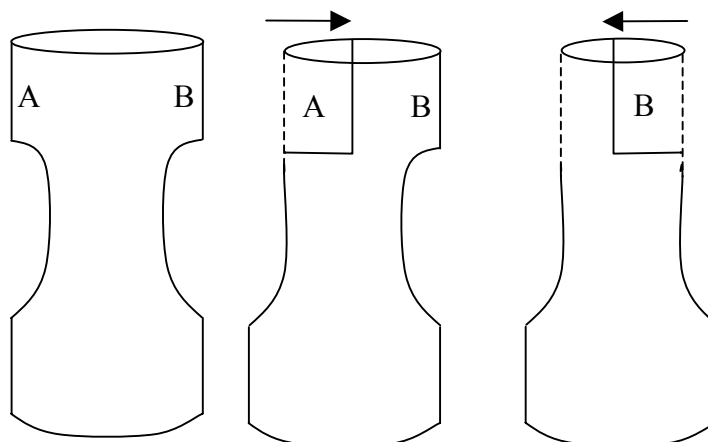
Article	Quantité
Nouveau-né	1
Poumons (sacs en plastique)	3

Instructions d'utilisation

Si le modèle est utilisé pour pratiquer la réanimation bouche à bouche, le sac en plastique doit être changé pour chaque utilisateur. Les sacs en plastique sont disponibles en paquets de 100.

Installation des voies aériennes

Plier le côté gauche du masque facial du sac en plastique vers le centre du sac (voir figure ci-après). Faire la même chose pour le côté droit. Insérer le sac en plastique dans la bouche du nouveau-né. Placer la tête en légère extension et mettre le sac en plastique à plat sur la poitrine. Mettre en place le recouvrement de la poitrine et former l'écran facial qui couvrir le visage du nouveau-né du nez au menton.



Retirer les voies aériennes

D'abord, retirer la partie qui recouvre la poitrine, en partant des épaules et en tirant vers le bas. Ensuite, tirer le sac en plastique par le visage.

BRAS POUR L'INJECTION INTRAVEINEUSE

Le modèle du bras pour l'injection permet de dispenser une formation réaliste pour acquérir les compétences suivantes :

- Prélèvement pour un échantillon de sang
- Injections intraveineuses
- Positionnement d'un cathéter intraveineux pour la perfusion

Si l'on ne dispose pas d'un modèle de bras d'un fabricant, on peut aisément fabriquer un modèle anatomique du bras avec des matériaux disponibles localement (par exemple, un morceau de bois) avec un endroit pour insérer et attacher la tubulure en plastique ou en caoutchouc ou les sondes urinaires qui peuvent simuler un vaisseau sanguin. Le bras en bois et les tubes en caoutchouc peuvent être gardés dans des feuilles de caoutchouc fin que l'on peut acheter localement dans la plupart des endroits.

MODELE DE REANIMATION CARDIO-RESPIRATOIRE

Un modèle de réanimation cardio-respiratoire permet de réaliser des compressions/ventilations réalistes pour apprendre la technique de la RCR. La ventilation avec masque et ballon et la technique de ventilation bouche-à-bouche sont possibles toutes les deux.

L'utilisation du modèle RCR permet aux participants de pratiquer les méthodes suivantes :

- Soulever et étendre de manière réaliste la tête pour maintenir la perméabilité des voies aériennes
- Nettoyer la bouche et le pharynx
- Introduire le conduit aérien
- Inspecter visuellement le mouvement de la poitrine
- Identifier la trachée
- Palper le gril costal et l'appendice xiphoïde pour permettre un positionnement correct pour la compression de la poitrine
- Compression de la poitrine et ventilation bouche à bouche
- Visualisation de la zone pour les palettes du défibrillateur

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
PREMIERE SEANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Bienvenue aux participants	Bienvenue de la part des représentants de l'organisation qui parraine le stage de formation.	Matériel du stage : Rétroprojecteur, écran, tableau à feuilles mobiles (grandes fiches) avec feutres, magnétoscope et écran, modèles anatomiques, instruments et fournitures (se rapporter pour plus de détails au Sommaire du Stage dans le Cahier du Formateur sur l'Anesthésie pour les SOU)
20 minutes	Activité : Faciliter les présentations des participants	Demander aux participants de se diviser en paires, d'interviewer et ensuite, de se présenter mutuellement par nom, position et caractéristiques uniques. Les formateurs devraient également participer à cette activité.	
10 minutes	Activité : Vue d'ensemble du stage	Revoir le sommaire et le programme du stage. Discuter des buts du stage et des objectifs d'apprentissage des participants. Indiquer que ce programme de formation comprendra deux composantes, l'une pour les prestataires des SOU et l'autre pour les anesthésistes des SOU. Ces deux équipes seront réunies pour certaines des sections didactiques et séparées pour d'autres. Toutefois, on recommande qu'ils travaillent ensemble, comme une équipe, lors des portions cliniques de la période de formation, dans la mesure où c'est faisable.	Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU : sommaire et programme
10 minutes	Activité : Revoir le matériel du stage	Distribuer, revoir et discuter du matériel à être utilisé pendant ce stage.	Manuel PCCGA Manuel de référence et supplément pour l'anesthésie Manuel de référence et supplément pour la prévention des infections Carnet de stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU et tout matériel de soutien pertinent au stage
10 minutes	Activité : Définir les attentes des participants	Demander aux participants de partager leurs attentes du stage et de marquer leurs réponses sur une grande fiche. Attacher la grande fiche au mur pour pouvoir s'y rapporter tout au long du stage.	
40 minutes	Activité : Evaluer les connaissances préalables des participants	Demander aux participants de se rapporter au Questionnaire sur les connaissances préalables au stage, dans leur carnet et répondre à chacune des questions.	Carnet de Stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU : Questionnaire préalable sur les connaissances

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA PREMIERE SEANCE : PREMIER JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Revoir l'expérience clinique	Demander aux participants de remplir le Questionnaire confidentiel sur l'expérience clinique. Les formateurs utiliseront cette information pour suivre les progrès tout au long de la formation.	Carnet de Stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU : Questionnaire confidentiel sur l'expérience clinique
20 minutes	Pause		
20 minutes	Activité : Cerner les besoins d'apprentissage individuels et collectifs	Demander aux participants de noter les questionnaires et de remplir la Matrice d'évaluation individuelle et collective. Suivre les instructions dans le Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Clés aux réponses du Questionnaire préalable sur les connaissances et directives pour utiliser la Matrice d'évaluation individuelle et collective
75 minutes	Activité : Présenter et discuter des résultats de l'évaluation sur le site	Demander à chaque personne d'une équipe de participants (chaque équipe devrait comprendre une ou deux infirmières/sages-femmes avec des compétences obstétricales et un médecin par hôpital de district) de présenter les résultats de l'évaluation du site en fonction du Formulaire d'évaluation du site préalable à la formation. Octroyer 10 minutes à chaque équipe de participants pour la présentation. Lors de chaque présentation, le formateur devrait noter les principaux résultats sur une grande fiche et ensuite, discuter de ces résultats immédiatement après la présentation. Laisser environ 10 minutes pour la discussion suivant chaque présentation. Les résultats devraient être discutés sous l'angle de l'amélioration de la performance et de la qualité des soins et de l'utilisation de l'approche équipe aux SOU.	
45 minutes	Objectif : Décrire le but et les principes fondamentaux du programme de Prévention de la mortalité et morbidité maternelles (AMDD) et l'impact éventuel sur la mortalité maternelle Objectif : Définir les SOU fondamentaux et complets	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents pour expliquer les origines, le but et le principe fondamental du programme AMDD et définir les SOU fondamentaux et les SOU complets. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion. Noter qu'un choix de transparents du jeu des graphiques de présentation peuvent être utilisés plutôt que l'ensemble complet. Cela s'applique chaque fois que les graphiques sont utilisés lors de ce stage.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Prévenir la mortalité et la morbidité maternelles, Orientation de programme

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DEUXIEME SEANCE : PREMIER JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
75 minutes	Objectif : Décrire les changements récents dans les soins obstétricaux et infirmiers ainsi que la raison et les conséquences de ces changements	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents pour souligner les changements récents dans les soins obstétricaux. Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants d'envisager ces changements dans le cadre de leur propre travail et de partager leurs expériences concernant la nécessité et l'introduction du changement, surtout en ce qui concerne les SOU.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Changer la pratique obstétricale
20 minutes	Pause		
70 minutes	Objectif : Décrire les droits humains et les SOU	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour donner une vue d'ensemble des droits humains et des SOU : • Etre animé du sens d'urgence • Etre responsable de ses propres actes médicaux • Respecter la vie humaine • Reconnaître le droit de la femme à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité Faire une pause aux intervalles appropriés pour faire ressortir des aspects particuliers. Par exemple, lorsqu'on prodigue des SOU, quelle est la quantité d'information que les participants donnent à la femme quant à son état ? Prêtent-ils attention aux préoccupations de la femme ? Lui assurent-ils le droit à l'intimité et au confort ?	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Droits humains et soins obstétricaux d'urgence Manuel PCCGA : Section 1, C-5 à C-8
30 minutes	Activité : Jeu de rôle pour démontrer l'utilisation des compétences interpersonnelles appropriées lors des soins SOU	Jeu de rôle : L'objet du jeu de rôle est de démontrer l'utilisation des compétences interpersonnelles appropriées dans le cadre des SOU. Suivre les instructions données dans le jeu de rôle : Communication interpersonnelle lors des SOU et utilisation des Clés des réponses pour guider la discussion après le jeu de rôle.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Jeux de rôle Jeu de rôle : Communication interpersonnelle lors des SOU et Clés des Réponses
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée : Manuel sur la Prévention des Infections : Sections 1 à 6 ; Supplément sur la Prévention des Infections : 1–12 ; Manuel PCCGA : Section 1, C-1 à C-4, C-23 à C-29 ; Section 2, S-1 à S-5			

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

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUATRIEME SEANCE : DEUXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
100 minutes	Activité : S'exercer aux techniques de réanimation de l'adulte	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification tel que décrit dans la Séance de pratique des compétences : Réanimation de l'adulte. Avant de démarrer la démonstration de la compétence, expliquer aux participants comment les fiches d'apprentissage et les listes de vérification seront utilisées pour cette technique, ainsi que pour les autres techniques/compétences couvertes par le stage. Les participants qui n'ont pas eu l'occasion de pratiquer la compétence pendant cette séance le feront lors d'une séance ultérieure (Séance 8 le quatrième jour) ; ou alors, on peut organiser des exercices pratiques avec le modèle le soir ou le week-end.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Techniques de Formation humanistes ; Fiches d'Apprentissage et Listes de Vérification ; Séances de Pratique des Compétences Démonstration et pratique de la compétence : Réanimation de l'Adulte et Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour la Réanimation de l'Adulte et RCR
20 minutes	Pause		
40 minutes	Activité : Exercice d'alerte	Simulation clinique : L'objet de cette activité est de donner aux participants l'occasion d'observer et de participer à un exercice d'alerte. La simulation peut se faire en salle de classe en utilisant les directives de la réalisation d'un exercice d'alerte.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Simulation clinique
35 minutes	Activité : Points de vue sur la réponse adéquate aux situations d'alerte	Discussion : Discuter des aspects suivants pour encourager les participants à donner leurs points de vue quant aux préparations pour une urgence obstétricale : • Rôles et responsabilités des membres de l'équipe et travailler ensemble comme équipe • Maintenir à jour les compétences de réanimation en cas d'urgence • Inculquer la notion et la nécessité de la réponse "en cas d'urgence" • Contrôler quotidiennement l'équipement et les fournitures et vérifier une disponibilité constante • Vérifier que les services des traumatismes, la salle du travail et la salle d'opération sont prêts pour les urgences obstétricales	
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
CINQUIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
80 minutes	Objectif : Décrire l'anatomie du système respiratoire et cardiovasculaire se rapportant à l'anesthésie pour les SOU	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter de l'anatomie du système respiratoire et cardiovasculaire. Laisser suffisamment de temps pour les discussions et renforcer les connaissances existantes des participants concernant l'anatomie appliquée des systèmes pertinents. Points de discussion : Identifier les zones de la poitrine pour l'auscultation de la respiration et des battements cardiaques. Discuter également des zones d'auscultation pour confirmer le positionnement correct de l'intubation endotrachéale.	Graphiques de présentation : Anatomie du système respiratoire et anatomie du système cardiovasculaire Texte de référence : APTRM (Népal) pp 99-103, Dobson pp 98-101 Dobson pp 7, 9, 10-12 ; APTRM pp 60, (respiratoire)
50 minutes	Activité : Décrire la pharmacologie des médicaments utilisés pour la réanimation	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des médicaments utilisés couramment pour la réanimation. Expliquer leurs avantages et inconvénients et leur utilisation lors des différentes situations cliniques. Faire une pause aux sections pertinentes pour souligner l'utilisation d'importance critique des médicaments. Discuter de l'utilisation de médicaments par les participants dans leur travail régulier. Mettre au clair toute question et tout doute.	Graphiques de présentation : Médicaments utilisés pour la réanimation
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUIITE DE LA CINQUIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
50 minutes	Activité : Démonstration de l'équipement utilisé pour la réanimation	Démonstration de l'équipement : Disposer soigneusement l'équipement nécessaire pour la réanimation sur le plateau et identifier et décrire chaque instrument. Diviser les participants en deux groupes. La moitié des instruments sera distribuée à chaque groupe qui aura 10 à 15 minutes pour les étudier en groupe. A la fin des 10-15 minutes, les groupes échangeront leurs instruments. A tour de rôle, les groupes choisiront un instrument du plateau et poseront des questions à l'autre groupe concernant cet instrument en particulier. Le groupe choisira les instruments qu'il aimerait apprendre à connaître davantage. L'autre groupe devrait faire ressortir les caractéristiques importantes des instruments en question et indiquer comment ils sont utilisés. Le formateur devrait faciliter cette séance de questions.	Instruments de réanimation sur le plateau : • Canule IV et tubulure IV • Ballon et masque • Conduits oraux et sonde nasale • Echantillons de médicaments utilisés pour la réanimation
60 minutes	Objectif : Décrire les principes de la physiologie respiratoire et cardiovasculaire et les changements physiologiques lors de la grossesse	Présentation et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter de la physiologie fondamentale du système cardiovasculaire et du système respiratoire et des changements physiologiques lors de la grossesse. Laisser suffisamment de temps pour les discussions et renforcer les connaissances existantes des participants concernant les changements physiologiques lors de la grossesse. Commencer par discuter de ce qu'ils observent chez les femmes enceintes (besoins alimentaires, fait de se fatiguer rapidement et présence d'œdèmes pédieux et parfois souffle court). Connecter cela à la physiologie normale et expliquer pourquoi ces changements se présentent chez une femme enceinte.	Graphiques de présentation : Physiologie appliquée du système respiratoire et du système cardiovasculaire et changements pendant la grossesse Texte de référence : APTRM (Népal) : pp 7–10 et Texte de référence : APTRM (Népal) : pp 10–16

PROGRAMME DU STAGE MODELE SUR L'ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SIXIEME SEANCE : TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
75 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l'hypertension gestationnelle	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter des aspects suivants : • Meilleures pratiques pour détecter et prendre en charge l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie et l'éclampsie • Stratégies pour prendre en charge l'hypertension • Stratégies pour prévenir et traiter les convulsions, en insistant notamment sur l'utilisation du sulfate de magnésium Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'il existe des différences entre la prise en charge décrite et les pratiques actuelles. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Céphalées, vision floue, convulsions, perte de connaissance ou tension artérielle élevée Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Etude de cas sur l'hypertension gestationnelle	Etude de cas : Utiliser l'étude de cas sur l'hypertension gestationnelle (prééclampsie sévère). Diviser les participants en groupes de trois ou quatre. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur chaque étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion. Le formateur devrait lire la section sous Conseils pour les Formateurs "Enseigner la prise de décisions clinique" pour arriver à une meilleure compréhension de la complexité et, partant, de l'importance d'enseigner cette compétence aux participants.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Etudes de cas Conseils aux formateurs : Enseigner la prise de décisions cliniques Etude de cas : Hypertension gestationnelle (prééclampsie sévère) et clés des réponses Manuel PCCGA : Section 2, S-35 à S-50
35 minutes	Activité : Démonstration des liquides	Démonstration et discussion : Des bouteilles de Ringer Lactate, de sérum physiologique et de dextrose à 5% ou 10% doivent être prêtes pour la démonstration. Discuter de la composition des liquides et mentionner des situations où chacun est le plus indiqué, orientant la discussion vers les besoins lors de la grossesse et de l'accouchement. Si disponibles, montrer également d'autres liquides tels que les colloïdes. Calculer la quantité de liquides qui se trouveraient dans les divers compartiments d'une patiente (vu le poids) si on administre un volume particulier de solution d'électrolyte, dextrose à 5%, colloïde ou sang.	Bouteilles de Ringer lactate, solutions de dextrose à 5% ou 10%; bouteilles de succédané du plasma
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SEPTIEME SEANCE : QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
45 minutes	Objectif : Décrire les principes de la réanimation de l'adulte, y compris la réanimation cardio-respiratoire et décrire les étapes de la RCR	Exposés avec exemples et discussion : Faire un bref examen des étapes de la réanimation de l'adulte. Demander aux participants de répondre aux questions se rapportant à la méthode de réanimation. Discuter les graphiques de présentation pour la RCR. Demander si certains participants ont déjà effectué des réanimations. Quel était leur expérience et qu'est-ce qu'ils feraient autrement s'ils devaient à nouveau réaliser l'intervention ?	Cahier du Formateur et Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU Graphiques de présentation : Réanimation cardio-respiratoire (RCR) Texte de référence : Dobson pp 33–35
45 minutes	Objectif : Décrire les principes du maintien de la perméabilité des voies aériennes lors de l'anesthésie ou de la réanimation	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter des principes du dégagement des voies aériennes. Faire une pause pour faire ressortir les aspects particuliers de la présentation. Utiliser les instruments lors des discussions pour en faire une expérience pratique.	Graphiques de présentation : Contrôle des voies aériennes Texte de référence : APTRM pp 66–70 Dobson: pp 15–17
40 minutes	Objectif : Décrire les principes de l'équilibre hydro-électrolytique en ce qui concerne l'anesthésie pour les SOU	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter du traitement des liquides intraveineux. Discuter la physiologie des compartiments de liquides et des besoins quotidiens en liquides et électrolytes. Noter les liquides qui conviennent le mieux selon les diverses situations (Ringer lactate contre solution de dextrose à 5%). Laisser suffisamment de temps pour les discussions et renforcer les connaissances existantes des participants concernant la physiologie appliquée des systèmes pertinents.	Graphiques de présentation : Traitement aux liquides intraveineux Texte de référence : Dobson pp 36–42 Texte de référence : APTRM (Népal) pp 17–24
20 minutes	Objectif : Décrire les principes du traitement à base d'oxygène	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter les principes du traitement à base de O ₂ . Discuter les points suivants : • Comment le corps utilise-t-il l'oxygène ? (utiliser la courbe de dissociation O₂ pour expliquer le concept)	Graphiques de présentation : Traitement à base d'oxygène Texte de référence : APTRM pp 41–43 Dobson pp 128–132

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA SEPTIEME SEANCE : QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
20 minutes	Pause		
90 minutes	Activité : Démonstration et pratique de la compétence pour la réanimation de l'adulte	Démonstration et pratique de la compétence : Avant de démarrer la démonstration, les formateurs devraient revoir les différents instruments, médicaments et modèles utilisés pour enseigner les compétences de réanimation de l'adulte avec les participants. Les formateurs démontreront les compétences suivantes et les participants pratiqueront les compétences dans un contexte simulé en utilisant, le cas échéant, les fiches d'apprentissage et les listes de vérification correspondantes : • Pose de canule IV • Utilisation de la ventilation avec ballon-masque (utilisation des conduits aériens) • RCR (avec utilisation des médicaments pour la réanimation) Les formateurs devraient démontrer les compétences, en paires, pour chacune des compétences (pose de canule IV, utilisation du ballon et du masque et RCR). Pour la RCR, réaliser la procédure avec un aide et ensuite, deux personnes qui s'occupent de la patiente. Manipuler avec précaution et respect le modèle anatomique. Répondre à toute question des participants. Si on ne dispose pas d'une bouteille d'oxygène, emmener les participants dans la salle d'opération et faire la démonstration à cet endroit-là. Répartir par paires les participants. Chaque paire démontre les compétences de la pose de canule IV, de la ventilation par ballon et masque et de la réanimation cardio-respiratoire. Les groupes s'exercent jusqu'à ce qu'ils aient pratiqué toutes les compétences. Les formateurs se déplacent auprès des groupes et apportent tout soutien nécessaire.	Texte de référence : Dobson pp 3-6, 15-21 Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour la RCR Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour la Pose de Canule Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour le Contrôle des Voies aériennes Modèle anatomique de RCR Pose de canule IV et liquides IV, ballon et masque Canules buco-pharyngées et naso-pharyngées, médicaments de la réanimation (adrénaline, éphédrine, atropine) Modèle de réanimation Bouteille d'oxygène, débitmètre, clé pour faire fonctionner la bouteille d'oxygène

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
HUITIEME SEANCE : QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
60 minutes	Objectif : Définir les éléments essentiels des soins précoces du nouveau-né et décrire les meilleures pratiques pour encourager la santé du nouveau-né	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter de la prévention de l'infection, de la protection thermique, de la réanimation du nouveau-né, de l'allaitement maternel et des meilleures pratiques pour encourager la santé du nouveau-né. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de partager leurs expériences en ce qui concerne la réanimation du nouveau-né. S'il existe des différences entre les « meilleures pratiques » recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur sur les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Soins normaux du nouveau-né Manuel PCCGA : Section 1, C-75 à C-80 ; Section 2, S-141 à S-150
60 minutes	Activité : Réanimation pratique du nouveau-né	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence ou technique doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans le cadre d'un contexte simulé, en utilisant le modèle adéquat, la Fiche d'apprentissage et la Liste de vérification.	Cahier du formateur et Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU : Démonstration et pratique de la compétence : Réanimation du nouveau-né et Fiche d'Apprentissage et Liste de Vérification pour la Réanimation néonatale Manuel PCCGA : Section 2, S-141 à S-150
20 minutes	Pause		
50 minutes	Activité : Pratique des compétences avec modèles	Les formateurs devraient donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des séances précédentes, dont la réanimation du nouveau-né (RCR, canule IV, ventilation par ballon et masque et réanimation du nouveau-né).	
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
NEUVIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
30 minutes	Objectif : Décrire les principes des soins opératoires pour les femmes ayant besoin d'une chirurgie obstétricale	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter des principes des soins préopératoires pour les femmes ayant besoin d'une chirurgie obstétricale. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Demander aux participants de partager leurs expériences s'ils ont pris part à des soins anesthésiques pour des cas obstétricaux ou des cas généraux.	Graphiques de présentation : Evaluation et soins préopératoires Texte de référence : APRTM pp 55–58 Dobson pp 44–46
30 minutes	Objectif : Décrire les principes pour choisir la technique anesthésique correcte pour les patientes obstétricales	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter les principes du choix de l'agent anesthésique pour les différentes patientes obstétricales. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de nommer quel serait l'agent anesthésique idéal pour un cas de prééclampsie et pourquoi ? Ou alors, pourquoi la rachianesthésie ne serait pas un bon choix pour une patiente en état de choc ?	Cahier du Formateur et Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Choisir la technique anesthésique correcte Texte de référence : APTRM pp 123–133 Dobson pp 103–106 ; 113–115
30 minutes	Activité : Etude de cas	Etudes de cas : Introduire les participants aux études de cas et expliquer comment elles seront utilisées pendant le stage pour faciliter l'acquisition de compétences liées à la résolution de problèmes et à la prise de décisions. Expliquer notamment le cadre commun utilisé pour les études de cas (évaluation, diagnostic et soins). Utiliser les études de cas sur le choc et les difficultés respiratoires préopératoires. Diviser les participants en groupes de deux ou trois. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 10 à 15 minutes pour que les groupes puissent travailler sur l'étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU : Etude de cas : Choc Etude de cas : Difficultés respiratoires préopératoires

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA NEUVIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Evaluation anesthésique des patientes obstétricales : Premier Exercice—Préopératoire	Pratique clinique simulée : Présenter aux participants les Exercices pour la Pratique générale de l’Evaluation anesthésique et expliquer que ces directives seront utilisées pour la pratique clinique simulée préopératoire, intra-opératoire et postopératoire. Pratique clinique : Expliquer au participant les éléments qui figurent sur le Formulaire d’Evaluation préopératoire pour l’Anesthésie. Les formateurs devraient travailler avec les participants en utilisant le Premier Cas et en remplissant le formulaire préopératoire. Discuter de l’importance de l’information qui est collectée et notée et de son utilité pour la prise en charge de la patiente pour l’opération. Distribuer deux exemplaires du Formulaire d’Evaluation préopératoire à chaque participant. Diviser les participants en groupes de deux ou trois et leur demander de remplir les formulaires en utilisant les Deuxième et Troisième Cas. Un membre désigné de chaque groupe fera la compte rendu devant la classe donnant la réponse de son groupe à l’exercice. Le formateur devra faciliter la discussion.	Cahier du Formateur sur l’anesthésie pour les SOU : Pratique clinique simulée—Exercices de Pratique pour l’Evaluation anesthésique Evaluation anesthésique : Premier Exercice Premier Cas Deuxième Cas Troisième Cas Formulaire d’Evaluation préopératoire pour l’anesthésie
90 minutes	Activité : Pratique de la compétence : Evaluation et soins de la patiente préopératoire	Pratique de la compétence : Les participants se rendront dans le service et travailleront en tant qu’équipe. Chaque paire travaillera avec une patiente pour réaliser l’évaluation préopératoire. Le consentement devra être obtenu des patientes pour cette activité d’apprentissage. Si aucune patiente hospitalisée n’est disponible pour cette pratique, alors l’exercice sera réalisé avec des volontaires recrutés dans le service des consultations externes. Lorsque les participants ont terminé la pratique de la compétence, ils devraient se réunir avec les formateurs en tant que groupe et faire le compte rendu de leurs résultats. Les formateurs devraient discuter de leurs résultats et revoir l’évaluation et les soins pour les patientes préopératoires.	Formulaire d’Evaluation préopératoire pour l’anesthésie

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIXIEME SEANCE : CINQUIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
60 minutes	Objectif : Décrire les principes de l'utilisation de la kétamine comme agent anesthésique/analgésique	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter de la kétamine en tant qu'agent anesthésique ainsi qu'en tant qu'agent analgésique. Parler des points suivants lors de la discussion : • Avantages, inconvénients et effets secondaires • Disponibilité et présentation commerciale • Indications et précautions • Médicaments et autres méthodes utilisées pour minimiser certains des effets secondaires • Soins postopératoires après l'anesthésie à la kétamine • Surveillance de la respiration Partager l'expérience des participants qui ont déjà effectué des anesthésies à la kétamine.	Graphiques de présentation : Anesthésie à la kétamine Texte de référence : APTRM pp 89–91 Dobson pp 73–74
60 minutes	Activité : Démonstration et pratique de la compétence—anesthésie à la kétamine	Démonstration et pratique de la compétence : La compétence doit être démontrée par le formateur et pratiquée par les participants dans un contexte simulé en utilisant la fiche d'apprentissage et la liste de vérification en question. Démontrer comment on prépare la perfusion à la kétamine et le compte des gouttes. Démontrer la difficulté si deux perfusions rapides (par exemple, syntocinone et kétamine) doivent être administrées simultanément par une voie veineuse. Les formateurs guideront les participants qui exécutent les compétences en utilisant la fiche d'apprentissage et la liste de vérification.	Anesthésie pour les SOU : Cahier du Formateur et Carnet de Stage du Participant Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'Anesthésie à la Kétamine Modèle anatomique pour la pose de canule IV
20 minutes	Pause		
50 minutes	Activité : Etude de cas sur la prise de décisions concernant l'anesthésie à la kétamine	Etude de cas : Utiliser l'étude de cas de l'anesthésie pour le travail dystocique. Diviser les participants en groupes de deux ou trois. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 20 minutes pour que les groupes puissent travailler sur l'étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Carnet de Stage des participants sur l'Anesthésie pour les SOU : Etude de cas : Travail dystocique
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Rappeler aux participants que la première séance du lendemain sera tenue ensemble avec le groupe entier de formation des SOU et traitera de questions se rapportant au saignement du post-partum. Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
ONZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander à un ou plusieurs participants volontaires de réaliser l'activité d'ouverture ou de mise en train. La première séance de la journée peut être réalisée conjointement avec les participants pour le stage sur les SOU. Après avoir couvert le thème obstétrical, le groupe de l'anesthésie peut continuer à couvrir, séparément, les thèmes spécifiques à l'anesthésie pour les SOU. Si l'on réalise le programme de manière conjointe avec le groupe sur les SOU, se rappeler de présenter le programme aux deux groupes.	
60 minutes	Objectif : Décrire les meilleures pratiques pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter des meilleures pratiques pour la prise en charge du saignement vaginal après l'accouchement. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants de citer les causes possibles du saignement vaginal après l'accouchement et de décrire la meilleure manière de les prendre en charge. S'il existe des différences entre les "meilleures pratiques" recommandées de prise en charge et les pratiques actuelles sur leurs lieux de travail, discutez-en les raisons. Faut-il changer les pratiques actuelles ? Si oui, comment ?	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Saignement vaginal après l'accouchement Manuel PCCGA : Section 2, S-25 à S-34
30 minutes	Objectif : Décrire les principes de l'évaluation et des soins intra-opératoires	Note : Pour cette séance, le groupe de l'anesthésie se divise et continue avec les thèmes choisis notamment pour les anesthésistes. Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter des principes de l'évaluation et des soins intra-opératoires des patientes. Outre la présentation en PowerPoint, démarrer une discussion avec les participants couvrant les points suivants : • Fonction respiratoire • Fonction cardiovasculaire • Fonction cérébrale (anomalie) • Extrémités • Liquides	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Evaluation et soins intra-opératoires Texte de référence : APTRM pp 143–151
45 minutes	Activité : Etudes de cas	Etude de cas : Utiliser l'étude de cas sur les difficultés respiratoires intra-opératoires. Diviser les participants en groupes de deux ou trois. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 15 minutes pour que les groupes puissent travailler sur l'étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés des réponses à l'étude de cas pour guider la discussion.	Carnet de stage des participants sur l'Anesthésie pour les SOU : Etude de cas : Difficultés respiratoires intra-opératoires Etude de cas supplémentaire : Bradycardie intra-opératoire
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA ONZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
60 minutes	Activité : Evaluation anesthésique d’une patiente obstétricale : Deuxième Exercice— Intra-opératoire	Pratique clinique simulée : Expliquer aux participants les éléments qui figurent sur le Formulaire d’évaluation intraopératoire de l’anesthésie. Les formateurs devraient travailler avec les participants en utilisant le premier cas et en remplissant le formulaire intra-opératoire. Discuter de l’importance de l’info qui est réunie et notée et de son utilité pour la prise en charge de la patiente pour l’intervention chirurgicale. Distribuer deux exemplaires du Formulaire d’évaluation intraopératoire de l’anesthésie à chaque participant. Diviser les participants en deux ou trois groupes et leur demander de remplir les formulaires en utilisant le deuxième cas et le troisième cas. Un volontaire de chaque groupe devra faire le compte rendu devant la classe entière avec les réponses du groupe à l’exercice. Le formateur facilitera la discussion.	Cahier du Formateur sur l’anesthésie pour les SOU : Pratique clinique simulée—Exercices sur la Pratique de l’Evaluation de l’Anesthésie Evaluation de l’anesthésie : Deuxième exercice Premier cas Deuxième cas Troisième cas Formulaire de l’Evaluation de l’Anesthésie intra-opératoire
45 minutes	Objectif : Décrire l’anatomie appliquée de la colonne vertébrale et de la moelle épinière	Présentation et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter l’anatomie de la colonne vertébrale et de la moelle épinière, tel que pertinente à la prestation de l’anesthésie pour les SOU. Faire une pause pour insister sur les points critiques et discuter de l’anatomie de surface pour la rachianesthésie.	Cahier du formateur et Carnet de Stage du participant sur l’Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Anatomie de la colonne vertébrale et de la moelle épinière

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DOUZIEME SEANCE : SIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
60 minutes	Objectif : Décrire les principes de la rachianesthésie	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter de la rachianesthésie. Pendant la discussion, couvrir les points suivants : • Mode d'action • Effets secondaires connexes et manières de les diminuer • Contre-indications et précautions • Communication avec la patiente lors de la rachianesthésie	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Ponction lombaire et rachianesthésie
30 minutes	Activité : Jeu de rôle—Communiquer avec un patiente consciente pendant la rachianesthésie	Jeu de rôle : Utiliser le jeu de rôle pour communiquer avec les patientes pendant la rachianesthésie. Certains des participants pratiqueront le jeu de rôle de la situation tandis que d'autres observeront. Les observateurs donneront leur feed-back au groupe et le formateur facilitera la discussion sur la communication avec une patiente consciente pendant l'intervention chirurgicale.	Jeu de rôle : Communiquer avec la patiente pendant la rachianesthésie
20 minutes	Pause		
80 minutes	Activité : Ponction lombaire et rachianesthésie—Démonstration et pratique de la compétence	Démonstration et pratique de la compétence : Le formateur fera la démonstration et les participants pratiqueront les compétences dans un contexte simulé en utilisant les Fiches d'apprentissage pertinentes pour la Ponction lombaire et la Rachianesthésie. Aider les participants à réaliser l'intervention en utilisant la fiche d'apprentissage et la liste de vérification.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour la Ponction lombaire et la Rachianesthésie Modèle anatomique pour la ponction lombaire
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TREIZIEME SEANCE : SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
60 minutes	Objectif : Décrire la pharmacologie des médicaments utilisés pour l'anesthésie : ● Diazépam ● Prométhazine ● Pentazocine ● Péthidine	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter de la pharmacologie des médicaments suivants utilisés pour l'anesthésie : ● Diazépam ● Prométhazine ● Pentazocine ● Péthidine Discuter et identifier les situations cliniques où ils sont les plus pertinents pour l'utilisation. Faire une pause aux points critiques de la discussion pour insister sur les effets importants des médicaments. Laisser du temps aux participants afin de partager leurs expériences en matière d'utilisation des médicaments (par exemple, détresse respiratoire avec l'utilisation du diazépam).	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Médicaments utilisés pour l'anesthésie
45 min	Objectif : Décrire les principes de soins et d'évaluation de la patiente postopératoire, dont la prise en charge de la douleur postopératoire	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter des soins préopératoires de la patiente. Insister sur la prise en charge de la douleur postopératoire et sur les médicaments utilisés pour traiter la douleur. Laisser du temps aux participants pour poser des questions et leur rappeler que la prise en charge de la douleur continue après que la patiente se rend dans la salle de l'hôpital après la chirurgie. Souligner le besoin de communiquer avec les infirmières pour fournir des soins postopératoires aux patientes.	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Evaluation et soins postopératoires de la patiente Texte de référence : APTRM pp 168–174 Dobson pp 107–108
45 minutes	Activité : Etude de cas	Etude de cas : Utiliser l'étude de cas sur les difficultés respiratoires postopératoires. Diviser les participants en groupes de deux ou trois. Les groupes peuvent avoir différentes études de cas ou ils peuvent tous travailler sur la même. Octroyer environ 15 minutes pour que les groupes puissent travailler sur l'étude de cas et ensuite, laisser 5 à 10 minutes pour qu'un participant de chaque groupe fasse le compte rendu devant la classe entière. Utiliser les clés de réponses à l'étude de cas pour guider la discussion. L'étude de cas devrait se concentrer sur la compétence de la prise de décisions par les participants.	Carnet de stage des participants sur l'Anesthésie pour les SOU : Etude de cas : Difficultés respiratoires postopératoires
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA TREIZIEME SEANCE : SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
30 minutes	Objectif : Décrire les principes pour l'orientation des patientes obstétricales vers un service/établissement spécialisé en fonction de l'évaluation anesthésique	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pertinents pour revoir et discuter les principes de l'orientation des patientes obstétricales vers un service/établissement spécialisé. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Demander aux participants s'ils ont déjà orienté vers des niveaux de soins supérieurs des patientes obstétricales dans leur travail. Quelle était la cause la plus courante de cette orientation? Existait-il une communication concernant l'orientation entre leur lieu de travail et l'hôpital où la patiente a été envoyée une fois le transfert effectué ? Est-ce que les patientes reçoivent généralement les soins prévus et demandés à l'hôpital de référence ?	Cahier du formateur sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Décider des cas à référer
60 minutes	Activité : Evaluation anesthésique de la patiente obstétricale : Troisième Exercice—Postopératoire	Pratique clinique simulée : Expliquer aux participants les éléments qui figurent sur le Formulaire d'évaluation postopératoire de l'anesthésie. Les formateurs devraient travailler avec les participants en utilisant le premier cas et en remplissant le formulaire postopératoire. Discuter de l'importance de l'information qui est réunie et notée et de son utilité pour la prise en charge de la patiente pour l'intervention chirurgicale. Distribuer deux exemplaires du Formulaire d'évaluation postopératoire de l'anesthésie à chaque participant. Diviser les participants en deux ou trois groupes et leur demander de remplir les formulaires en utilisant le deuxième cas et le troisième cas. Un volontaire de chaque groupe devra faire le compte rendu devant la classe entière avec les réponses du groupe à l'exercice. Le formateur facilitera la discussion. Le dernier tableau donné dans le Formulaire d'Evaluation de l'Anesthésie Postopératoire concerne le suivi postopératoire de la patiente dans le service postopératoire. L'anesthésiste devrait fournir des instructions au personnel de l'hôpital pour remplir ce formulaire correctement. Lorsque l'anesthésiste revient dans la salle postopératoire pour surveiller la condition de la patiente, cette information sera utile pour les soins cliniques de la patiente.	Cahier du formateur sur l'Anesthésie pour les SOU : Pratique clinique simulée—Exercices sur la pratique de l'évaluation de l'anesthésie Evaluation de l'anesthésie : Troisième exercice Premier cas Deuxième cas Troisième cas Formulaire d'évaluation de l'Anesthésie postopératoire

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUATORZIEME SEANCE : SEPTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
90 minutes	Activité : Simulation clinique (exercice d'alerte)	Simulation clinique : Le but de cette activité est de donner l'occasion aux participants d'observer et de participer à un exercice d'alerte. La simulation peut se faire dans la salle de classe, en utilisant les directives pour la réalisation d'un exercice d'alerte. Suivre les instructions données dans la Simulation clinique pour la Prise en charge de la Prééclampsie grave et du collapsus (choc). Se concentrer sur le traitement d'urgence des convulsions et la prise en charge des voies aériennes et la circulation. La simulation clinique présente deux scénarios. Le formateur en choisira une ou les deux pour cet exercice. La première se concentre sur la prise en charge des convulsions et la seconde sur les compétences pour la réanimation cardio-respiratoire. Les dernières 20 à 30 minutes seront utilisées pour discuter de l'exercice d'alerte et partager les points de vue sur les préparatifs en cas d'urgence obstétricale couvrant les domaines suivants : • Rôles et responsabilités des membres de l'équipe et travailler ensemble comme une équipe • Maintenir à jour les compétences de la réanimation en cas d'urgence • Vérifier que la salle des traumatismes, la salle du travail et la salle d'opération sont toujours prêtes pour les urgences obstétricales	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'anesthésie pour les SOU : Simulation clinique : Simulation clinique pour la prise en charge de la prééclampsie grave et du collapsus (choc)
20 minutes	Pause		
80 minutes	Activité : Pratique de la compétence avec des modèles	Le formateur devrait donner des directives aux participants concernant l'utilisation des modèles et fiches d'apprentissage pour pratiquer les compétences démontrées lors des séances précédentes. Se concentrer sur les compétences que les participants ont du mal à maîtriser.	
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUINZIEME SEANCE : HUITIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
60 minutes	Objectif : Décrire les principes de l'intubation endotrachéale	Passage en revue et discussion : Utiliser les graphiques de présentation appropriés pour l'intubation endotrachéale. Insister sur ce qui doit être fait et sur ce qui doit être évité pendant l'intervention (par exemple, l'importance de la pression cricoïde ou l'utilisation d'un tube de plus petite taille pour les patientes obstétricales). Discuter brièvement du masque laryngé remplaçant l'intubation endotrachéale et démontrer l'utilisation si un tel masque est disponible dans l'établissement.	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Intubation endotrachéale Texte de référence : APTRM pp 71–79 Dobson pp 6–17
60 minutes	Activité : Démonstration et pratique de la compétence	Démonstration de la compétence : La compétence doit être démontrée par les formateurs et pratiquée par les participants dans un contexte simulé en utilisant les modèles adéquats et la fiche d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale. Les formateurs devraient décrire clairement les étapes pendant qu'ils réalisent la démonstration et clarifient les doutes que les participants pourraient avoir.	Ensemble pour l'intubation Fiche d'Apprentissage et Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale
20 minutes	Pause		
120 minutes	Activité : Pratique de l'intubation endotrachéale	Pratique de la compétence : La compétence doit être pratiquée par les participants dans un contexte simulé en utilisant les modèles adéquats et les fiches d'apprentissage pour l'intubation endotrachéale. Tous les participants devraient avoir l'occasion de pratiquer les compétences sur le modèle en utilisant les fiches d'apprentissage. Les formateurs devraient faciliter la pratique des compétences par les participants. Les participants peuvent pratiquer les compétences sur un cadavre s'il y en a un de disponible.	Ensemble pour l'intubation Fiche d'apprentissage et Liste de vérification pour l'Intubation endotrachéale

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SEIZIEME SEANCE : HUITIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
90 minutes	Objectif : Décrire les techniques chirurgicales obstétricales pour la césarienne, la laparotomie, la salpingectomie et l'hystérectomie	Note : Tous les participants à la formation en matière de SOU et en matière d'anesthésie pour les SOU se rassembleront pour cette séance en commun l'après-midi. Exposés avec exemples et discussion : Exposé avec exemples et discussion) : Décrire et discuter les techniques chirurgicales obstétricales pour la césarienne, la laparotomie, la salpingectomie et l'hystérectomie. Utiliser la vidéo comme soutien pour l'exposé et la discussion, s'arrêter là où c'est nécessaire pour clarifier et/ou insister sur les points particuliers.	Cahier du formateur sur l'Anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Vidéo : <i>The Misgav Ladach Method for Cesarean Section (Méthode Misgav Ladach pour la césarienne)</i> Manuel PCCGA : Section 3, pp 43–52, pp 95 –111
20 minutes	Pause		
80 minutes	Voir ci-dessus	Suite de l'exposé avec exemples et discussion : Tel que décrit ci-dessus	Tel que décrit ci-dessus
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIX-SEPTIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
30 minutes	Objectif : Décrire les principes pour l'organisation de la salle d'opération	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques de présentation pour revoir et discuter les principes d'organisation de la salle d'opération. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander à propos de l'endroit où ils feraient leur demande de médicaments pour des médicaments liés à l'anesthésie. Ou encore, quelles sont les étapes pour vérifier le bon fonctionnement de la machine à succion ? Clarifier les doutes et les demandes des participants. Discuter également des barrières qui entravent le bon fonctionnement de la salle d'opération. Partager les expériences et les problèmes des participants et résoudre certaines des questions.	Cahier du formateur et Carnet de stage du participant sur l'Anesthésie pour les SOU : Graphiques de présentation : Organisation de la salle d'opération Texte de référence : APTRM pp 52–54 Dobson pp 128–130, 34–36

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA DIX-SEPTIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
120 minutes	Activité : Démonstration des procédures cliniques suivantes dans la salle d'opération : ● Matériel pour la réanimation et son utilisation ● Utilisation de l'anesthésie à la kétamine ● Utilisation de la rachianesthésie ● Soins intra-opératoires de la patiente	Démonstration des compétences dans la salle d'opération : Planifier la veille pour être sûr qu'il existe des cas obstétricaux avec anesthésie à la kétamine et rachianesthésie. Demander d'abord au groupe entier d'observer la démonstration de l'équipement de réanimation et son utilisation dans la salle d'opération. Revoir les différentes composantes et encourager les participants à prendre part à la discussion puisqu'ils ont déjà traité de ces éléments dans la salle de classe. Situation 1 : Demander au groupe entier d'observer l'administration de l'anesthésie à la kétamine (ou rachianesthésie, laquelle des deux sera plus pratique à observer en premier) et de suivre le cas jusqu'à ce que la patiente récupère des effets de l'anesthésie. Ensuite, demander au groupe d'observer la seconde intervention, rachianesthésie (si le premier cas a été l'anesthésie à la kétamine). Si on a suffisamment de temps, observer jusqu'à ce que la patiente sorte de la salle d'opération. Pendant l'intervention, démontrer les soins intra-opératoires dispensés à la patiente. OU Situation 2 : S'il existe deux patientes ou plus que les deux patientes pour chacune des interventions, diviser les participants en deux groupes. L'un des groupes sera le "groupe de la kétamine" et l'autre le "groupe de la rachianesthésie". Un formateur devra faciliter l'observation d'une intervention alors que l'autre formateur facilite l'observation de la seconde intervention. Lorsque la première intervention est terminée, demander au groupe d'observer la seconde intervention pour qu'à la fin de la journée, les deux groupes aient observé les deux interventions. Lors des interventions, prendre le temps de démontrer les soins intra-opératoires dispensés aux patientes. Note aux formateurs : "L'évaluation, le suivi et les soins intra-opératoires" sont décrits comme une section séparée dans le sommaire du stage, mais ces activités devraient être intégrées lors de la procédure d'anesthésie pour la chirurgie. Il s'agit également de tenir à jour les dossiers de l'anesthésie au fur et à mesure que l'anesthésiste réalise l'intervention. Pour chacune des interventions, le formateur devrait décrire les étapes de l'intervention sans déranger le fonctionnement normal de la salle d'opération. On insistera sur le respect de l'intimité et de la dignité de la patiente. Là aussi, il ne faut pas oublier d'obtenir le consentement de la patiente pour cet exercice d'apprentissage. Si la patiente est consciente, lui expliquer le rôle des participants dans la salle d'opération, ainsi que le rôle des autres membres de l'équipe.	Matériel pour la réanimation en bon état de fonctionnement dans la salle d'opération Les patientes de la chirurgie obstétricale devraient être prévues pour l'anesthésie à la kétamine et la rachianesthésie 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 Formulaire de tenue de dossier pour l'anesthésie Texte de référence : Dobson pp 141–142 (Tenue des dossiers de l'anesthésie : Annexe 3)
20 minutes	Pause		

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
SUITE DE LA DIX-SEPTIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
<i>Le temps pour cette activité est inclus dans la section précédente pour d'autres démonstrations</i>	Activité : Démonstration clinique : évaluation, suivi et soins intra-opératoires	Note : Cela est décrit comme une section séparée dans le sommaire du stage, mais ceci se fait uniquement aux fins de description et pour mieux comprendre le thème en question. Ces activités devraient être intégrées aux autres méthodes chirurgicales/anesthésiques. Démonstration clinique : Démonstration de l'évaluation et des soins intra-opératoires des patientes : Faire une brève vue d'ensemble du suivi et des soins de la patiente intra-opératoire avant que les participants ne commencent leurs activités dans la salle d'opération. (Se rapporter au matériel du sixième jour, séance du matin.) Faire ressortir les éléments sur lesquels ils doivent se concentrer lors du suivi intra-opératoire (par exemple, la patiente est-elle positionnée correctement lors de l'intervention chirurgicale, existe-t-il trop de pression sur la poitrine de la patiente inconsciente qui pourrait entraver la ventilation, est-ce que le nerf sciatique poplité et le nerf cubital ont été tamponnés correctement, etc). Au fur et à mesure que se déroule l'acte chirurgical, démontrer le suivi continu des fonctions vitales (respiration, tension artérielle et température). Vérifier également que l'on estime correctement la quantité de sang perdu et la quantité nécessaire pour remplacer les liquides ou faire une transfusion de sang.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Fiches de travail suivantes sur l'anesthésie : • Formulaire d'évaluation préopératoire pour l'anesthésie • Formulaire d'évaluation intra-opératoire de l'anesthésie • Formulaire d'évaluation postopératoire de l'anesthésie
90 minutes	Activité : Pratique clinique pour l'évaluation, le suivi et les soins intra-opératoires	Note : Le formateur ne devrait pas attendre les dernières 90 minutes pour que les participants s'exercent. Le formateur devrait laisser les participants s'exercer dès que c'est possible. Cette séance pourrait continuer dans la séance de l'après-midi puisque toutes les activités se déroulent dans la salle d'opération. Pratique clinique : Une fois que les participants auront bien observé et compris les activités pour les soins intra-opératoires de la patiente, on les guidera pour qu'ils réalisent la prise en charge intra-opératoire de la patiente. On leur demandera par exemple de noter la tension artérielle, la température et le pouls de la patiente. On leur demandera également de vérifier si le tube endotrachéal est positionné correctement en auscultant la poitrine. De plus, l'anesthésiologiste guidera les participants tout au long d'autres tâches importantes qu'ils devront exécuter.	Exemplaires des fichiers/formulaires d'évaluation de l'anesthésie à utiliser par les participants

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIX-HUITIEME SEANCE : NEUVIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
90 minutes	Activité : Démonstration de la prévention des infections ● Matériel utilisé pour l'anesthésie ● Autres instruments et linge ● Désinfection à haut niveau ● Stérilisation (de l'équipement)	Démonstration de la procédure de la prévention des infections : Situation 1 : Diviser les participants en deux groupes. Demander à un groupe d'assister aux pratiques de prévention des infections pour l'équipement utilisé pour l'anesthésie et pour les autres instruments et linges. Le second groupe devrait assister à la démonstration pour la désinfection à haut niveau et la stérilisation de l'équipement. Chaque groupe devrait passer environ la moitié du temps pour une partie de la démonstration. Ensuite, les groupes devraient changer pour assister à l'autre procédure de prévention des infections. OU Situation 2 : Faire une démonstration pour le groupe entier. Cela pourrait s'avérer nécessaire si la durée est limitée. Réaliser une démonstration claire pour chacune des procédures impliquées dans la prévention des infections. Insister sur les soins spéciaux qu'il faut prendre pour les instruments de l'anesthésie (à savoir, le laryngoscope et le tube endotrachéal). Ensuite, continuer la démonstration jusqu'à ce que toutes les procédures aient été couvertes. Encourager les questions et clarifier les doutes des participants.	Texte de référence : Manuel sur la Prévention des Infections APTRM : pp 48–51 (Nettoyage et désinfection de l'équipement pour l'anesthésie)
20 minutes	Pause		
80 minutes	Activité : Maintien de l'état prêt de la salle d'opération	Discussion en groupe : Faciliter une discussion du groupe sur la préparation de la salle d'opération. Démarrer la discussion en demandant aux participants de faire une liste de ce qu'ils ont observé dans la salle d'opération le matin du point de vue de la salle d'opération. Quelles étaient les choses qui ont permis un bon fonctionnement de la salle d'opération à l'hôpital ? Faire une liste des choses fondamentales qui revêtent un caractère essentiel pour le fonctionnement continu de la salle d'opération. Cette liste sera un guide pour discuter de ce qu'il faut faire pour préparer une salle d'opération ou la maintenir en bon état de préparation dans leurs hôpitaux de district respectifs.	Grande fiche, feutres de couleur, tableau pour grandes fiches
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
DIX-NEUVIEME SEANCE : DIXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
60 minutes	Activité : Evaluer les connaissances des participants à mi-stage	Faire des copies du Questionnaire sur les Connaissances à Mi-Stage et les distribuer aux participants. Revoir les instructions pour remplir le questionnaire avec les participants. Demander aux participants de remplir le questionnaire. Les formateurs devraient noter les Questionnaires des Connaissances à Mi-Stage pendant la pause et revoir les résultats avec le groupe entier (le temps nécessaire est octroyé plus tard dans la séance).	Exemplaires du Questionnaire sur les Connaissances à Mi-Stage
20 minutes	Pause		
50 minutes	Activité : Discussion et pratique de la compétence sur des modèles	Discussion et pratique de la compétence : Démarrer une discussion des difficultés rencontrées aux niveaux de l'intubation endotrachéale de la rachianesthésie. Répondre aux questions et, si nécessaire, faire une démonstration supplémentaire des sections difficiles des compétences. Les participants continueront à s'exercer sur les modèles, surtout l'intubation endotrachéale et toutes autres compétences qu'ils doivent pratiquer davantage, à leur avis.	Modèles anatomiques Ensemble pour l'intubation endotrachéale
25 minutes	Activité : Revoir le Journal de bord de l'Expérience clinique	Les formateurs devraient revoir le Journal de bord de l'Expérience clinique avec les participants et vérifier qu'ils comprennent comment il sera utilisé pendant la pratique clinique guidée de 3 semaines et la pratique autodirigée de 3 mois.	Journal de bord de l'Expérience clinique
45 minutes	Activité : Fournir des instructions pour la pratique clinique	Les formateurs devraient expliquer aux participants comment les trois semaines à venir de pratique clinique sont structurées et ce que l'on attend d'eux en tant que praticiens individuels et membres de l'équipe. L'anesthésiste travaillera avec l'équipe en train d'être formée pour les services de SOU. L'anesthésiste devra être nommé pour chacun des participants/équipes pour que les participants sachent qui fournira les directives pendant la pratique clinique.	
60 minutes	Activité : Revoir les résultats du Questionnaire des Connaissances à Mi-Stage	Les résultats du Questionnaire sur les connaissances à mi-stage devraient être revus avec la classe entière, en faisant ressortir les forces et faiblesses collectives. Les formateurs doivent octroyer du temps pour rencontrer les participants qui ont obtenu une note inférieure à 85% et discuter de ce qui manque et/ou des réponses incorrectes. Les participants devraient étudier les thèmes en question et remplir à nouveau le Questionnaire sur les connaissances à mi-stage pour obtenir une note d'au moins 85%.	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGTIEME SEANCE : DIXIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
190 minutes	Activité : Visite des services SOU de l'hôpital • Zone de réception des urgences • Salle de travail • Services périnatals et après l'accouchement	Tous les participants se rendront dans les deux établissements hospitaliers qui seront utilisés pour la pratique clinique. Chaque formateur sera responsable pour une équipe de participants et devra la guider dans les divers services et départements dans lesquels ils s'exerceront. Il faudra présenter les membres du personnel hospitalier aux participants et leur demander de fournir des informations sur leurs services respectifs.	
20 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée.	
Lecture recommandée :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-ET-UNIEME SEANCE : ONZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Première séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Participer à la visite des services SOU “modèles” de l’hôpital de district Activité : Participer aux examens et à la discussion concernant des cas d’anesthésie Activité : Observer/réaliser une évaluation rapide et la prise en charge des patientes des services d’urgence Activité : Observer/réaliser une évaluation préopératoire et les soins de mères enceintes Activité : Observer/réaliser une évaluation postopératoire et les soins de nouvelles mères	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tous les participants à l’anesthésie se rendront à une visite guidée des services SOU “modèles” de l’hôpital de district. Ils feront des observations et discuteront des responsabilités du personnel, de la supervision et de la gestion, de l’équipement, des fournitures et des médicaments essentiels, de l’organisation et de la gestion de la zone du travail, ainsi que de l’organisation et de la gestion de la salle d’opération. Diviser les participants en deux équipes. Demander aux deux équipes de se rendre dans différentes zones des services de SOU pour éviter que l’espace ne soit encombré. Les deux équipes devraient toujours être sous la supervision d’au moins un formateur à tout moment. Note : Même si les activités ont été attribuées le matin et l’après-midi, les formateurs devraient décider de l’endroit où l’on doit emmener les participants pour l’observation, selon la disponibilité des patientes et l’emploi du temps de l’hôpital.	
VINGT-DEUXIEME SEANCE : ONZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Deuxième séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Observer ou participer à l’organisation de la salle d’opération Activité : Observer/réaliser une évaluation et des soins intra-opératoires Activité : Observer/réaliser une évaluation et des soins postopératoires	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée. Discussion sur l’organisation/préparation de la salle d’opération ainsi que les services d’anesthésie de l’hôpital de district	Engager les participants à l’examen et à la discussion de leur expérience clinique. Orienter la discussion sur les conditions nécessaires pour organiser/préparer la salle d’opération ainsi que les services d’anesthésie de l’hôpital de district. Les participants devraient mener cette discussion en songeant à leur propre hôpital.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-CINQUIEME SEANCE : TREIZIEME JOURNEE, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Le restant des séances de pratique clinique sera utilisé pour donner aux participants l'occasion de maîtriser davantage les techniques cliniques enseignées lors de la partie didactique du stage de formation Anesthésie pour les SOU. Il faudra traiter de tous les aspects de l'anesthésie pour les patientes des SOU, dont le suivi et l'évaluation des patientes préopératoires et postopératoires. Lors de la phase initiale du contact clinique, les participants utiliseront les fiches d'apprentissage pour suivre les étapes de l'acquisition de la compétence clinique. L'évaluation de leurs progrès sera faite en utilisant les listes de vérification pour chacune des compétences cliniques, de la part des formateurs. Le Journal de bord de l'expérience clinique guidera les formateurs ainsi que les participants tout au long de l'acquisition des compétences qu'ils doivent maîtriser. Les participants devront, le cas échéant, observer, aider et exécuter une technique lors des séances de pratique clinique. Il est important qu'un formateur soit toujours disponible pour apporter soutien et directive aux participants.	Fiches d'apprentissage Listes de vérification Journal de bord de l'expérience clinique
VINGT-SIXIEME SEANCE : TREIZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Cette activité vise à aider les formateurs à engager les participants au niveau de l'activité de l'apprentissage quand il n'existe que peu ou aucun cas avec lequel les participants peuvent travailler. Les formateurs devraient guider les participants tout au long de la simulation clinique ou des études de cas en suivant les directives données dans le Cahier du formateur.	Cahier du formateur sur l'Anesthésie pour les SOU : Etude de cas : Difficultés respiratoires préopératoires
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-SEPTIEME SEANCE : QUATORZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
VINGT-HUITIEME SEANCE : QUATORZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Choc
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
VINGT-NEUVIEME SEANCE : QUINZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
TRENTIEME SÉANCE : QUINZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Eclampsie
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENT-ET-UNIEME SEANCE : SEIZIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
TRENT-DEUXIEME SEANCE : SEIZIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Hémorragie antépartum
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-TROISIEME SEANCE : DIX-SEPTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
TRENTE-QUATRIEME SEANCE : DIX-SEPTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Travail dystocique
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-CINQUIEME SEANCE : DIX-HUITIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
TRENTE-SIXIEME SEANCE : DIX-HUITIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'Apprentissage et Listes de Vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Collapsus (choc) intra-opératoire
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-SEPTIEME SEANCE : DIX-NEUVIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
TRENTE-HUITIEME SEANCE : DIX-NEUVIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Bradycardie intra-opératoire
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
TRENTE-NEUVIEME SEANCE : VINGTIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
QUARANTIEME SEANCE : VINGTIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Collapsus (Choc) postopératoire
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-ET-UNIEME SÉANCE : VINGT-ET-UNIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
QUARANTE-DEUXIEME SÉANCE : VINGT-ET-UNIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Difficultés respiratoires postopératoires
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-TROISIEME SÉANCE : VINGT-DEUXIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
SESSION FORTY-FOUR: DAY 22, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Evaluation et soins postopératoires normaux
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-NEUVIEME SEANCE : VINGT-TROISIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 270 minutes	Activité : Aider/exécuter des cas cliniques dans la salle d'opération	Expérience clinique avec des clientes/patientes sous la directive des formateurs Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique
QUARANTE-SIXIEME SEANCE : VINGT-TROISIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
Séance de pratique clinique 180 minutes	Activité : Etudes de cas pendant le temps mort et/ou simulation clinique	Tel que ci-dessus	Fiches d'apprentissage et Listes de vérification pertinentes Journal de bord de l'Expérience clinique Etude de cas : Hypotension intra-opératoire
30 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion de leur expérience clinique. S'il y a eu une cliente/patiente particulièrement intéressante, demander aux participants engagés de partager leur expérience. Discuter également des facteurs qui facilitent et des barrières qui entravent la prestation des soins.	
Equipe du soir :			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-SEPTIEME : VINGT-QUATRIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
70 minutes	Objectif : Décrire les types des examens de décès maternels et périnataux et audits des décès évités de justesse	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les graphiques pertinents de la présentation pour revoir et discuter les types des examens de décès maternels et périnataux et audits des décès évités de justesse, les avantages et inconvénients de chacun et les méthodes de réalisation de ces examens et audits. Faire une pause à des intervalles appropriés pour faire ressortir les aspects particuliers et encourager la discussion. Par exemple, demander aux participants s'ils font actuellement des examens ou audits de décès maternels. Si oui, comment les examens ou audits ont-ils été réalisés, qui était impliqué et comment les résultats ont-ils été utilisés ?	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Exposés avec exemples Graphiques de présentation : Améliorer les soins obstétricaux d'urgence par l'entremise d'un audit fondé sur des critères donnés
100 minutes	Activité : Démonstration de l'examen du décès maternel ou audit du décès évité de justesse	Démonstration : Les formateurs devraient prendre les dispositions à l'avance pour que les participants puissent assister en tant qu'observateurs à un examen du décès maternel ou à un audit du décès évité de justesse à l'hôpital principal utilisé pour la formation. Les formateurs devraient rencontrer les participants après l'examen ou l'audit pour discuter des techniques et du résultat. S'il n'est pas possible d'assister à un examen du décès maternel ou à un audit du décès évité de justesse, les formateurs devraient faire l'examen d'un cas (tous les cas d'hémorragie du post-partum ces deux derniers mois) en obtenant les dossiers de la patiente, en récapitulant chaque cas et en présentant les résultats aux participants aux fins de discussion.	
20 minutes	Pause		
70 minutes	Activité : Utiliser les résultats des examens du décès maternel et de l'audit du décès évité de justesse	Discussion : Utiliser les points suivants pour encourager les participants à partager leurs points de vue sur l'utilisation des résultats des examens du décès maternel et de l'audit du décès évité de justesse : • Pratiques cliniques jugées efficaces • Pratiques cliniques qui n'ont pas été jugées efficaces • Renforcer les pratiques cliniques efficaces • Améliorer ou exclure les pratiques inefficaces • Eviter d'accuser les autres • Cerner les domaines aux fins de renforcement de la gestion et de la supervision	

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-HUITIEME : VINGT-QUATRIEME JOUR, APRES-MIDI (210 MINUTES)			
45 minutes	Activité : Décrire les leçons tirées pendant la pratique clinique	Discussion : Utiliser les points suivants pour encourager les participants à discuter des leçons tirées pendant la pratique clinique : ● Facteurs qui ont facilité la pratique clinique ● Facteurs qui ont rendu difficile la pratique clinique ● Forces individuelles et de l'équipe en ce qui concerne la pratique clinique ● Faiblesses individuelles et de l'équipe en ce qui concerne la pratique clinique ● Aspects de la pratique individuelle et de l'équipe qui doivent être améliorés ● Chose la plus importante apprise par chaque participant pendant la pratique clinique	
75 minutes	Activité : Décrire l'organisation et la gestion de l'équipe et des services obstétricaux d'urgence	Exposés avec exemples et discussion : Utiliser les points suivants pour faciliter la discussion concernant la gestion de l'équipe et des services obstétricaux d'urgence : ● Répartition des responsabilités ● Travailler en tant qu'équipe ● Vérifier une disponibilité continue de l'équipement, des fournitures et des médicaments pour les urgences obstétricales ● S'assurer que les compétences en matière de SOU sont à jour ● Vérifier que tous les services de l'hôpital sont prêts en cas d'urgence obstétricale	Manuel de l'AMDD : Utilisation des Indicateurs de Processus de l'ONU en matière de Services obstétricaux d'urgence
20 minutes	Pause		
30 minutes	Activité : Définir d'autres besoins d'apprentissage individuel	Discussion : Les formateurs rencontrent les participants à titre individuel pour discuter et cerner les futurs besoins en matière de formation qui seront inclus à la pratique auto-dirigée de 3 mois.	
25 minutes	Activité : Introduire le travail du groupe pour la formulation des plans d'action	Expliquer l'objet et le contenu des plans d'action qui seront mis au point par les participants, travaillant en équipes. Chaque équipe doit commencer à discuter des changements nécessaires et des indicateurs pour mesurer la réussite, en guise de préparation pour la formulation de leurs plans d'action lors du travail en groupe le lendemain (Séance 49). Remettre à chaque équipe des exemplaires des fiches de travail sur le plan d'action et vérifier qu'elles comprennent comment les remplir.	Carnet de stage du participant pour les SOU : Fiches de Travail pour le Plan d'Action
15 minutes	Activité : Passer en revue les activités de la journée	Engager les participants à la revue et à la discussion des thèmes et activités couverts pendant la journée. Demander à un participant d'être volontaire et d'inscrire le programme du lendemain sur une grande fiche pour préparer la séance d'ouverture. Le programme du Carnet de Stage des participants sur l'anesthésie pour les SOU peut être utilisé à cette fin. Demander à un ou plusieurs des autres participants d'organiser une activité d'ouverture ou de mise en train pour le lendemain.	
Tâche : Chaque équipe doit discuter et préparer la formulation d'un plan d'action pendant le travail en groupe le lendemain matin.			

PROGRAMME DU STAGE MODELE EN ANESTHESIE POUR LES SOU (5 semaines du stage de 17 semaines)			
DUREE	OBJECTIFS/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	MATERIEL
QUARANTE-NEUVIEME : VINGT-CINQUIEME JOUR, MATIN (270 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Programme et activité d'ouverture	Revoir le programme avec les participants, tel qu'ébauché sur la grande fiche. Demander aux participants ayant offert d'organiser l'activité d'ouverture de la réaliser.	
120 minutes	Activité : Formuler les plans d'action	Travail en groupe : Chaque équipe de participants doit préparer un plan d'action en fonction des directives fournies lors de l'introduction au travail des groupes pendant la Séance 48	Carnet de Stage des Participants sur l'anesthésie pour les SOU : Fiches "Plan d'action pour les participants"
60 minutes	Activité : Présenter les plans d'action	Chaque équipe de participants doit présenter son plan d'action	
20 minutes	Pause		
60 minutes	Activité : Définir les étapes suivantes	Les formateurs devraient discuter avec les participants des aspects suivants de la pratique auto-dirigée : • Responsabilités des participants en tant qu'individus et en tant que membres de l'équipe • But et nature des visites d'encadrement par les formateurs • Date des visites d'encadrement • Utilisation du Journal de bord de l'expérience clinique Encourager les participants à s'engager dans la discussion pour être sûr qu'ils comprennent la structure et le but de la pratique autodirigée.	Cahier du Formateur sur l'anesthésie pour les SOU : Directives d'encadrement à l'intention des formateurs Journal de bord de l'Expérience clinique
CINQUANTIEME SEANCE : VINGT-CINQUIEME JOUR, APRES-MIDI (75 MINUTES)			
45 minutes	Activité : Récapitulatif du stage	Faire une brève revue des thèmes et compétences couverts pendant le stage. Insister sur le fait que c'est la conclusion de la première partie du stage. Souligner l'importance de la continuité entre ce stage et la pratique autodirigée des trois mois à venir.	
30 minutes	Activité : Cérémonie de clôture		

QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES

UTILISATION DE LA MATRICE D’EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Le **Questionnaire préalable** ne se destine pas à être un test mais plutôt une évaluation de ce que les participants, individuellement et en groupe, connaissent à propos des thèmes du stage. Souvent, les participants ne sont pas au courant de cela et risquent d’être anxieux et mal à l’aise à l’idée d’être ainsi “testés” devant leurs collègues le premier jour du stage. Le formateur devrait être sensible à cette attitude et administrer le questionnaire d’une manière neutre et rassurante, tel que le montre le guide suivant :

- Les participants tirent au sort des numéros pour assurer l’anonymat (par exemple, de 1 à 20 s’il y a 20 participants présents au stage).
- Les participants remplissent le questionnaire préalable.
- Le formateur donne la réponse à chaque question.
- Le formateur distribue la matrice d’évaluation individuelle et collective et chaque participant la remplit selon son numéro. Chaque participant trouvera son numéro en haut de la matrice. En descendant la colonne, chaque participant placera une coche dans les rangées où les réponses étaient correctes.
- Le formateur affiche la matrice remplie.
- Le formateur et les participants discutent des résultats du questionnaire, tels qu’indiqués sur la matrice et décident ensemble comment répartir le temps du stage.

CLES DES REPONSES AU QUESTIONNAIRE PREALABLE SUR LES CONNAISSANCES POUR LES PRESTATAIRES CHARGES DE L'ANESTHESIE

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; EVALUATION INITIALE RAPIDE

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

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. **FAUX**
7. La rachianesthésie ne convient pas aux patientes avec un taux élevé de globules blancs. **VRAI**
8. Limiter l'apport de liquides par voie orale est le meilleur conseil pour les maux de tête suivant la rachianesthésie. **FAUX**

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. **VRAI**

ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE

10. La kétamine ne peut pas être utilisée pour provoquer l'anesthésie. **FAUX**
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. **VRAI**
12. Le personnel chargé de l'anesthésie devrait parler avec la patiente lors de la rachianesthésie pour diminuer l'angoisse de celle-ci. **VRAI**
13. Suivant une hystérectomie subtotale d'urgence, les signes vitaux doivent être suivis une fois toutes les quatre heures pendant 24 heures. **FAUX**
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. **FAUX**
15. La lignocaïne à 2% convient pour la rachianesthésie. **FAUX**
16. L'hypotension imputable à la stimulation sympathique représente l'un des effets secondaires les plus courants de la rachianesthésie. **VRAI**
17. Au titre des autres résultats cliniques : le choc hypovolémique est caractérisé par la bradycardie. **FAUX**
18. La grossesse ectopique devrait être traitée immédiatement par une laparotomie d'urgence. **VRAI**
19. La rachianesthésie est l'anesthésie de premier choix pour une femme souffrant d'hypertension gestationnelle. **VRAI**

- | | |
|--|-------------|
| 20. Un niveau d'hémoglobine sûr pour une césarienne est 8 g/dl. | VRAI |
| 21. Une surdose d'opioïde peut être traitée efficacement par l'entremise du protocole "attendre et observer." | FAUX |
| 22. Le niveau sensoriel de l'ombilic correspond au niveau T10 de la distribution de dermatome. | VRAI |
| 23. L'hypotension est une complication courante de la rachianesthésie. | VRAI |
| 24. On peut éviter l'hypotension maternelle en gardant la patiente allongée sur la table d'opération. | FAUX |
| 25. Pour une patiente en choc, on jugera la réanimation comme adéquate si l'hémoglobine est de 10 g/dl. | FAUX |
| 26. Si l'on soupçonne une anaphylaxie chez une patiente, il faut administrer immédiatement de l'adrénaline. | VRAI |
| 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. | FAUX |
| 28. L'hallucination post-opératoire est un effet secondaire important de l'anesthésie à la kétamine. | VRAI |
| 29. La rachianesthésie causera moins de dépression respiratoire chez le nouveau-né que l'anesthésie générale. | VRAI |

MEDICAMENTS UTILISES POUR L'ANESTHESIE ET LA REANIMATION

- | | |
|--|-------------|
| 30. La dose intraveineuse de péthidine pour la sédation est de 1 g. | FAUX |
| 31. L'atropine est un bon médicament pour traiter la bradycardie chez une patiente sous rachianesthésie. | VRAI |

32. Le ratio de ventilation/compression chez une patiente avec arrêt cardiaque est de 2:15. **VRAI**

EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

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

REANIMATION

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

Première Semaine

JEU DE ROLE : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE PENDANT LES SOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE CLES DES REPONSES

Questions de discussion

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

Réponses

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

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

ETUDE DE CAS : CHOC CLES DES REPONSES

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. ?
 - Déterminer son niveau de connaissance et son sens de l'orientation.
 - Il faut surveiller son pouls et sa tension artérielle.
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 ?
 - Un examen physique de l'abdomen doit être fait et la taille de l'utérus doit être déterminée.
 - Un examen du vagin et du périnée sera réalisé pour détecter tout saignement.
3. Quels sont les procédures/tests de laboratoire que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame S. ?
 - Il vaut vérifier son taux d'hémoglobine.

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 ?
 - Madame S. a perdu du sang et elle est entrée en choc hypovolémique. Elle a besoin d'une transfusion de sang entier de préférence. En attendant qu'arrive le sang, il faudra lui administrer une quantité suffisante de cristaalloïdes, par exemple, du sérum physiologique. Cette rééquilibration hydrique améliorera le volume de sang et, par conséquent, la tension artérielle s'améliorera et la tachycardie compensatoire sera sous contrôle.

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 ?
- Il faut poser une voie intraveineuse avec une aiguille 16 G ou 18 G.
 - Il faut administrer 1 000 à 1 500 ml de solution physiologique.
 - Du sang sera prélevé et envoyé aux fins de déterminer le groupe sanguin et la compatibilité sanguine.
 - Une transfusion de 500 à 1 000 ml de sang entier doit être faite.
 - De l'ocytocine doit être perfusée (20 à 40 unités).
 - Un examen attentif du vagin doit être réalisé pour évaluer les endroits d'où proviennent les saignements.
 - Madame S. et la personne qui l'accompagne devront recevoir un soutien affectif et être rassurées. On les informera des mesures qui seront prises, on les écoutera attentivement et on répondra à toute crainte ou préoccupation.

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 ?
- Son taux d'hémoglobine est faible et évoque l'hémodilution.
 - Madame S. devrait recevoir deux unités de sang entier dans les 2 à 3 heures qui suivent.
 - Il faut surveiller son taux d'hémoglobine.
 - Elle doit recevoir davantage de sang si l'hémoglobine est inférieure à 8g/dl.
 - Un examen de son abdomen sera fait.
 - Un examen vaginal doit être réalisé pour surveiller les saignements.
 - Elle devrait recevoir de l'ocytocine si nécessaire.

ETUDE DE CAS : HYPERTENSION GESTATIONNELLE

CLES DES REPONSES

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 ?
 - Accueillir Mme C. et son mari avec respect et amabilité.
 - Leur indiquer les mesures qui seront prises et les écouter attentivement. De plus, il faut répondre à leurs questions d'une manière calme et rassurante.
 - Réaliser un bilan initial rapide pour vérifier le niveau de connaissance et contrôler la tension artérielle. Il faut également contrôler la température et la fréquence respiratoire. Il faut demander à Mme C. comment elle se sent, quand ont commencé les maux de tête et la vision floue, si elle a des douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen et si le débit urinaire a baissé dans les dernières 24 heures.
 - Faire un test d'urine pour détecter la présence de protéine.
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 ?
 - Il faudrait contrôler la tension artérielle et la présence de protéine dans l'urine de Madame C. (la protéinurie conjuguée à une tension artérielle diastolique de plus de 90 mm Hg, est un signe indicateur de prééclampsie).
 - Un examen abdominal sera réalisé pour contrôler l'état du fœtus et écouter les battements cardiaques du fœtus (la fonction placentaire réduite liée à la prééclampsie/éclampsie est une cause de l'insuffisance pondérale à la naissance ; il existe un risque accru d'hypoxie pendant les périodes anténatales et prénatales ainsi qu'un risque accru de décollement placentaire).
 - Un diagnostic doit être établi rapidement en l'espace de quelques minutes.
3. Quels sont les procédures/tests de laboratoire que vous allez inclure (si disponibles) dans votre évaluation de Madame C. et pourquoi ?
 - Tel que mentionné ci-dessus, une analyse d'urine doit être faite pour noter la présence de protéine.

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 ?
 - Les symptômes et les signes de Madame C. (tension artérielle diastolique de 110 mm Hg ou plus après 20 semaines de grossesse et protéinurie de 3+) sont ceux de la prééclampsie sévère.

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 ?
 - Un antihypertenseur devrait être administré pour faire baisser la tension artérielle diastolique et la maintenir entre 90 mm Hg et 100 mm Hg afin de prévenir l'hémorragie cérébrale. L'hydralazine est le médicament de premier choix ; toutefois, s'il n'est pas disponible, le labétalol peut être utilisé.
 - Un traitement anticonvulsivant doit être démarré. Le sulfate de magnésium est le médicament indiqué pour prévenir et traiter les convulsions dans le cas de prééclampsie et éclampsie sévères. Toutefois s'il n'est pas disponible, on peut utiliser le diazépam.
 - Le matériel nécessaire pour répondre à une convulsion (voie aérienne, aspiration, masque et ballon, oxygène) doit être disponible au chevet de son lit.
 - Il ne faut pas laisser Madame C. toute seule au cas où elle aurait une convulsion.
 - Une perfusion doit être démarrée avec du sérum physiologique ou du Ringer Lactate pour administrer les médicaments en IV.
 - Il faut installer une sonde à demeure pour suivre le débit urinaire et la protéinurie (le sulfate de magnésium doit être arrêté si le débit urinaire tombe en dessous de 30 ml par heure sur une période de 4 heures).
 - La diurèse doit être consignée strictement ainsi que l'apport de liquides pour s'assurer qu'il n'existe pas de dose excessive de liquides.
 - Les signes vitaux (tension artérielle et fréquence respiratoire en particulier), les réflexes et le rythme cardiaque fœtal devraient être suivis toutes les heures (il faut arrêter le sulfate de magnésium si la fréquence respiratoire tombe en dessous de 16 mouvements par minute ou si les réflexes rotuliens sont absents).
 - Ausculter les bases des poumons toutes les heures pour noter les râles qui signalent l'œdème

pulmonaire.

- Un test de coagulation au lit de la patiente devrait être fait pour écarter la coagulopathie (la coagulopathie peut être provoquée par l'éclampsie).
- Les mesures prises pour traiter les complications devraient être expliquées à Madame C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on leur apportera tout le soutien émotionnel possible et on les rassurera.

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 ?

- Ne pas répéter la dose de sulfate de magnésium tant que le débit urinaire n'est pas supérieur à 30 ml/heure.
- Procéder aux préparations pour la naissance du bébé :
 - Si le col est favorable (mou, mince, dilaté partiellement), les membranes doivent être rompues et le travail sera provoqué en utilisant de l'ocytocine ou des prostaglandines.
 - Si l'accouchement par voie basse n'est pas prévu dans les 24 heures qui suivent le début des symptômes, s'il existe des anomalies cardiaques du fœtus (moins de 100 ou plus de 180 battements par minute) ou si le col n'est pas favorable, il faut prévoir une césarienne.
- Les mesures pour traiter la complication doivent être expliquées à Madame C. et à son mari. En outre, on leur demandera de faire connaître leurs préoccupations, on les écoutera attentivement et on continuera à leur apporter un soutien émotionnel et on les rassurera.
- Après l'accouchement :
 - Le traitement anticonvulsivant devra être continué pendant 24 heures.
 - Il faut continuer à administrer les antihypertenseurs si la pression artérielle diastolique de Madame C. est de 110 mm Hg ou plus et il faut continuer à suivre le débit urinaire.

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES PREOPERATOIRES

CLES DES REponses

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. ?

- Parler avec amabilité à la patiente et la rassurer.
- Prendre les antécédents de l'asthme bronchique ou de la maladie cardiaque.
- Lui demander quels sont les médicaments qu'elle prend actuellement.
- Faire un examen général.
- Vérifier la fréquence respiratoire et la présence de cyanose.
- Faire un examen approfondi du système respiratoire.
- Vérifier qu'il n'existe pas de cause cardiaque.

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 ?

- Madame M. a de l'asthme bronchique. Il faut démarrer immédiatement un traitement avec un bronchodilateur.
- Deux inhalations de terbutaline seront données, si disponible.
- Dans la négative, démarrer une injection avec 0,25-0,5 mg de terbutaline par voie sous-cutanée.
- Perfuser, par voie intraveineuse, 100 mg d'hydrocortisone.
- Administrer de l'oxygène par masque facial.

Prestation de soins (planification et intervention)

3. Quel type d'anesthésie allez-vous choisir pour la césarienne ?
 - Il faut utiliser la rachianesthésie car c'est la méthode qui causera le moins d'interférence avec le système respiratoire.
4. Quelles sont les précautions que vous allez prendre pendant la césarienne ?
 - Administrer 6 litres d'oxygène par minute par masque facial.
 - Garder l'adrénaline à portée de main en cas d'exacerbation aiguë.
 - Si la patiente a des difficultés respiratoires ou si elle est cyanosée, administrer 0,5 mg d'adrénaline par voie sous-cutanée.

Soins postopératoires

5. Quelle sera votre prise en charge de Mme M. après l'intervention ?
 - Surveiller le pouls, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.
 - Continuer les deux inhalations de terbutaline ou l'injection sous-cutanée 0,25–0,5 mg toutes les 4 heures. Si on lui donne une injection, passer aux comprimés de 2,5 mg lorsque la prise par voie buccale est possible.

ETUDE DE CAS : TRAVAIL DYSTOCIQUE

CLES DES REPONSES

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 Madame D. pour faire votre évaluation ?
 - Etre aimable et respectueux avec la patiente lors de la prise de l'anamnèse. Madame D. connaît de graves problèmes et il ne faut rien dire ou faire qui lui cause davantage de douleurs, soit physiques, soit physiologiques, ni à elle ni à l'accompagnant.
 - Demander quand Madame D. a mangé ou bu quelque chose pour la dernière fois. Lui demander si elle a très soif.
2. Quels sont les aspects primordiaux se rapportant à l'administration de l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen clinique ?
 - Noter sa température, son pouls et sa tension artérielle et la fréquence des contractions utérines.
 - Examiner les bruits respiratoires et ausculter son cœur pour détecter tout son anormal ou battement cardiaque anormal.
3. Quels sont les tests de laboratoire que vous allez demander ou réaliser avant d'opter pour tel ou tel agent/technique anesthésique ? Pourquoi ?
 - Faire une numération totale routinière et une numération différentielle des globules blancs et vérifier son niveau d'hémoglobine.
 - Examiner les urines pour détecter l'albumine, l'acétone et le sucre.
 - Prélever des échantillons de sang et les envoyer au laboratoire aux fins d'établir le groupe sanguin et la compatibilité sanguine.

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 ?
 - La rachianesthésie est un bon choix avec utilisation d'antibiotiques.
 - Il existe toutefois un risque accru d'infection à cause de la rupture des membranes.

- La kétamine est également un bon choix pour ce cas à cause des avantages suivants :
 - Aucun risque de méningite
 - Risque moindre d'hypotension si la patiente est déshydratée
 - Maintien de la perméabilité des voies aériennes
 - Maintien de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque

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 ?
 - Poser une voie intraveineuse avec une aiguille à large calibre.
 - Remédier à la déshydratation avec un sérum physiologique.
1. Quelle est la dose d'anesthésique que vous allez utiliser pour Madame D. ?
 - Perfuser de la kétamine bolus 2 mg/kg, jusqu'à la naissance du bébé. Démarrer l'infusion de kétamine après la naissance du bébé (200 mg dilués dans 500 ml de solution de dextrose à 5%), 75-130 gouttes par minute en perfusion continue.
2. Quelle est, le cas échéant, la prémédication que vous allez utiliser pour cette patiente ?
 - Administrer 0,5 mg d'atropine avant de donner la kétamine pour réduire les sécrétions.
 - Perfuser 10 mg de diazépam en IV après la naissance du bébé pour réduire les réactions hallucinogènes après l'anesthésie à la kétamine.

Suivi et évaluation

3. Quels sont les points essentiels qu'il faut noter lors de la période de récupération de Madame D. ?
 - Vérifier que la patiente n'a pas trop de douleur. Si les douleurs sont aiguës, donner un analgésique pour les soulager.
 - Laisser la patiente récupérer dans un endroit tranquille, avec peu de lumière.
 - Surveiller son pouls et sa tension artérielle. Vérifier qu'elle respire aisément, sans effort.

Deuxième Semaine

ETUDE DE CAS : BRADYCARDIE INTRA-OPERATOIRE

CLES DES REPONSES

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. ?
 - Contrôler le pouls et la tension artérielle.
 - Contrôler le niveau de connaissance.
 - Contrôler les membres pour voir s'ils sont chauds.
2. 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 ?
 - Il faut vérifier le niveau de blocage sensitif.
 - Suivi continu du pouls, de la tension artérielle et du niveau de connaissance.
 - Détecter toute difficulté respiratoire.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Le niveau de blocage sensitif 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.

3. En fonction de ces résultats, quel est votre diagnostic de Madame J. (problème/besoin) et pourquoi ?
 - Madame J. souffre de grave bradycardie sinusale à cause de la rachianesthésie. Elle a besoin de traitement pour augmenter la fréquence cardiaque.

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 J. ?
 - Administrer immédiatement 0,6 mg d'atropine par voie intraveineuse.

- Continuer à suivre le pouls et la tension artérielle.
- Administrer des liquides intraveineux (sérum physiologique).
- Suivre le débit urinaire.

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.

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

- Suivre de près son pouls et la tension artérielle jusqu'à ce que l'effet de la rachianesthésie se dissipe.
- Madame J. souffrait de grave bradycardie vagale après la rachianesthésie.
- Elle a été traitée efficacement avec de l'atropine.
- Elle a besoin d'un suivi de près du pouls et de la tension artérielle lors des 24 prochaines heures.
- Il faut suivre son débit urinaire.
- Il faut lui apporter un soutien et la rassurer.

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES INTRA-OPERATOIRES

CLES DES REponses

Etude de cas

Madame K. a 25 ans et son diagnostic établit une toxémie prééclamptique. 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 début 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. ?
 - Le mauvais choix du liquide était probablement responsable de la chute prononcée de la tension artérielle de Madame K. Elle aurait dû recevoir un sérum physiologique ou du Ringer lactate pour la précharge avant la rachianesthésie. Lorsqu'on donne du dextrose à 5%, seuls 200 ml resteront dans les vaisseaux sanguins (espace intravasculaire).

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. ?
 - Ausculter les champs des poumons pour écouter les souffles respiratoires et les bruits du cœur.
 - Surveiller sa tension artérielle.
 - Prendre les antécédents de l'asthme bronchique ou de la maladie cardiaque.
 - Voir s'il existe une cyanose.
 - Ecarter toute cause cardiaque.

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 ?

- Madame K. a développé un œdème pulmonaire. Elle a reçu 4 litres de sérum physiologique. Une fois l'utérus contracté après la naissance de l'enfant, le sang de l'utérus pénètre également dans l'espace intravasculaire, d'où une surcharge de liquide.

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. ?
 - Administrer 40 mg de frusémide en IV.
 - Administrer de l'oxygène, 6 litres/minute par masque facial.
 - Soulever la tête de lit.
 - Administrer 3-5 mg de morphine en IV.

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 ?
 - Administrer de l'oxygène, 6 litres/minute par masque facial.
 - Réévaluer après 4 heures.

JEU DE ROLE : COMMUNIQUER AVEC LA PATIENTE PENDANT LA RACHIANESTHESIE

Instructions

Deux participants dans votre groupe joueront les rôles. Un participant prendra le rôle de l'anesthésiste, l'autre le rôle de la patiente. Les participants faisant partie du jeu de rôle devraient prendre quelques minutes pour préparer cette activité en lisant l'information générale. Les participants restants qui observeront le jeu de rôle devraient également lire l'information générale pour pouvoir prendre part à la discussion en petits groupes après le jeu de rôle.

Rôles des participants

Anesthésiste : L'anesthésiste est calme et connaît bien la rachianesthésie. Le prestataire a effectué de nombreuses rachianesthésies et l'opération césarienne basse a déjà commencé.

Patiente : La patiente a 22 ans. C'est sa première grossesse. Elle est arrivée à terme et les douleurs du travail ont commencé il y a 8 heures. A l'examen, on note une grave détresse fœtale et l'obstétricien décide d'exécuter une opération césarienne basse. La patiente craint l'intervention chirurgicale. C'est la première fois qu'elle subit une opération.

Situation

L'anesthésiste a expliqué à la patiente avant l'opération qu'elle sera anesthésiée à partir de la taille, mais elle n'arrive pas à comprendre comment cela est possible. Elle a peur d'avoir mal pendant l'opération et de ne pas pouvoir tolérer la douleur. Elle est également préoccupée par le bien-être de son bébé. Son obstétricien lui dit que l'opération est nécessaire car le bébé ne se porte pas bien.

Concentration du jeu de rôle

Le jeu de rôle est axé sur la communication entre l'anesthésiste et la patiente. L'anesthésiste doit évaluer l'état intra-opératoire de la patiente. Il doit rassurer cette dernière et lui indiquer que la rachianesthésie se déroulera bien et qu'elle n'aura pas mal pendant l'opération. Le prestataire doit également la conseiller et lui dire la vérité à propos de l'état du bébé. La patiente devra continuer à se montrer préoccupée à propos de son bébé jusqu'à ce que l'anesthésiste lui donne une information suffisante qui la calme et la rassure.

Questions de discussion

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

1. Comment l'anesthésiste aborde-t-il la patiente ?
2. Comment l'anesthésiste peut-il améliorer son contact avec la patiente ?
3. Est-ce que les préoccupations de la patiente sont fondées ? Est-ce que l'anesthésiste explique la situation et répond aux questions de la patiente de manière correcte et convaincante ?
4. Quelle serait une autre explication que l'anesthésiste aurait pu donner à la patiente ? Quelles sont les autres préoccupations que pourrait avoir la patiente dans un cas analogue ? Comment l'anesthésiste aurait-il expliqué ces situations à la patiente ?

ETUDE DE CAS : DIFFICULTES RESPIRATOIRES POSTOPERATOIRES

CLES DES REponses

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 crystalloïdes 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. ?

- Voir si la patiente est consciente et orientée.
- Voir s'il existe une obstruction des voies aériennes supérieures.
- Voir s'il existe une cyanose.
- Surveiller sa respiration, son pouls et sa tension artérielle.
- Ausculter la poitrine pour détecter toute crépitation ou rhonchus.

Diagnostic (identification des problèmes/besoins)

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

Madame F. a ouvert les yeux lorsque vous lui avez parlé mais elle est somnolente. Ses voies aériennes supérieures sont maintenues. Elle souffre d'une légère cyanose. Sa fréquence respiratoire est de 35 mvts/minute. A l'auscultation, on détecte des crépitations et des rhonchi dans sa poitrine. Sa tension artérielle est de 110/70 mm Hg et son pouls de 110 battements par minute.

2. Quelle est votre prise en charge **immédiate** de Madame F. ?

- Madame F. devrait recevoir de l'oxygène, 6 l/minute par masque facial si ce n'est déjà fait.

3. En fonction des résultats de l'examen physique, quel est votre diagnostic (problème/besoin) ?

- Madame F. a développé un œdème pulmonaire ou pourrait avoir des sécrétions orales aspirées dans ses poumons.

4. Comment l'examen du formulaire de l'anesthésie pourrait-il vous aider à établir le diagnostic du problème ?
- Examiner les notes pour voir si Madame F. avait un problème cardiaque ou respiratoire lors de la période préopératoire (écarter toute maladie préexistante). Examiner le dossier de l'anesthésie pour voir combien de liquides a reçus Madame F. pendant l'acte chirurgical. Vérifier s'il existe une surcharge de liquide ou s'il existe tout autre incident qui a été noté pendant l'anesthésie.

Prestation de soins (planification et intervention)

5. Comment allez-vous traiter Madame F. ?
- Donner deux inhalations de salbutamol à intervalle de 60 secondes ou 0,25 mg de terbutaline par voie sous-cutanée.
 - Perfusion intraveineuse de 100 mg d'hydrocortisone.
 - Perfusion lente intraveineuse de 250 mg d'aminophylline s'il n'existe pas d'autres bronchodilateurs.
6. En fonction de l'étude des notes, quelle est l'explication possible du problème ?
- Madame F. n'a aucun antécédent d'asthme bronchique ou de maladie cardiaque. Elle n'a reçu que deux litres de liquides intraveineux pendant la césarienne. La kétamine augmente la sécrétion salivaire et la fiche anesthésique mentionne effectivement une sécrétion accrue. Une patiente qui a perdu connaissance peut aspirer les sécrétions orales ou gastriques si les voies aériennes ne sont pas protégées. Aussi, le diagnostic est-il probablement le suivant : la patiente a pu aspirer de la salive ou des sécrétions gastriques.

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 rhonchi à l'auscultation.

7. En fonction de ces résultats, quel est votre plan de soins continus pour Madame F. ?
- Continuer les bronchodilateurs.
 - Faire un examen radiologique de la poitrine si c'est possible.
 - Commencer un traitement par antibiotiques. On les arrêtera dès que les signes respiratoires seront rétablis.

Troisième, Quatrième et Cinquième Semaines

ETUDE DE CAS : HEMORRAGIE ANTEPARTUM

CLES DES REponses

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 ?
 - Etre aimable et respectueux avec la patiente en prenant les antécédents.
 - Réunir l'information sur la quantité de sang perdu. Il est possible qu'elle soit entrée en choc suite à un saignement abondant. Prendre en charge le choc si la patiente n'est pas en mesure de mentionner les antécédents.
 - Si elle n'est pas en état de choc, elle peut se plaindre d'avoir des vertiges ou une bouche sèche.
2. Quels sont les points saillants concernant l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen physique ?
 - Noter la couleur de la peau ; Madame R. est probablement pâle et froide au toucher.
 - Vérifier s'il existe des signes de choc. Son pouls devrait être faible et rapide (120 battements par minute ou plus) et sa tension artérielle systolique sera inférieure à 90 mm Hg.

Planifier l'anesthésie et la chirurgie

3. Quelles sont vos préparations pour l'acte chirurgical ?
 - Poser immédiatement une voie veineuse et commencer l'apport liquidien.
 - En même temps, prélever du sang et l'envoyer aux fins de déterminer le groupe sanguin et la compatibilité sanguine, si ce n'est déjà fait. Continuer la réanimation avec apport liquidien jusqu'à l'arrivée du sang.
4. En fonction de vos résultats, pour quel agent technique/anesthésique allez-vous opter pour Madame R. et pourquoi ?
 - L'anesthésie à la kétamine est un bon choix puisqu'elle élève la tension artérielle de la patiente.

- La rachianesthésie peut être utilisée si la patiente est réanimée correctement et si son pouls et sa tension artérielle sont stables.
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 ?
- En cas d'utilisation de l'anesthésie à la kétamine, on donnera du diazépam à la patiente jusqu'à ce qu'elle se remette de l'anesthésie, de préférence après la naissance du bébé. Cela permet de diminuer les hallucinations associées à cette anesthésie.
 - La kétamine accélère la fréquence cardiaque qui risque d'être déjà élevé suite au choc. La kétamine augmente la salivation et l'atropine doit être donnée, ce qui augmente encore son rythme cardiaque. Si disponible, on administre 0,2 mg de glycopyrrolate à la place de l'atropine.
 - Administrer de l'oxygène par masque facial ou sonde nasale si le masque n'est pas disponible à raison de 8-10 litres par minute. Cette dose est nécessaire pour maintenir le niveau de saturation d'oxygène dans les tissus.

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame R. pendant la période de récupération ?
- Suivre régulièrement son pouls, sa tension artérielle et la saturation d'oxygène périphérique, dans la mesure du possible.
 - Envisager une transfusion de sang si le niveau d'hémoglobine est encore très faible.
 - Soulager la douleur en administrant des analgésiques.

ETUDE DE CAS : ASTHME BRONCHIQUE PRÉOPÉRATOIRE

CLES DES REPONSES

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 de faire 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 ?
 - Etre aimable et respectueux avec la patiente en prenant les antécédents. Expliquer à Madame J. qu'elle a besoin de soins spéciaux à cause de son problème d'asthme, pour éviter les risques, pour elle et pour le bébé. Indiquer à la patiente que vous êtes l'anesthésiste et que vous l'aidez pendant l'acte chirurgical, et que vous avez besoin qu'elle coopère pour que l'intervention soit aussi peu douloureuse que possible.
 - Prendre tous les antécédents de son asthme. Est-ce que les attaques sont fréquentes et comment traite-t-elle le problème ? Est-ce que la respiration devient plus difficile et qu'est-ce qui soulage ses problèmes respiratoires ? Noter tous les médicaments que prend Madame J. pour son asthme et lui demander si elle utilise également un nébuliseur. Si elle prend des médicaments, administrer une dose avant de la transférer à la salle d'opération et lui indiquer qu'elle peut continuer à les utiliser, si nécessaire.
2. Quels sont les points saillants concernant l'anesthésie qui devraient être notés dans votre examen physique ?
 - Lors de l'examen physique, faire un examen approfondi de ses systèmes cardiovasculaire et respiratoire. Ecouter pour détecter tout ronchus respiratoire et autre sons accidentels dans sa poitrine. Noter la gravité de la détresse respiratoire et les résultats de l'auscultation.
 - Contrôler le pouls et noter sa tension artérielle.

Planification pour l'anesthésie

3. En fonction de vos résultats, pour quel agent technique/anesthésique allez-vous opter pour Madame J. et pourquoi ?
 - La rachianesthésie est l'anesthésie préférée si le temps le permet car elle n'interfère pas avec les médicaments que prend Madame J. La kétamine est un bronchodilatateur et peut être utilisée dans une situation d'urgence ne permettant pas le temps d'effectuer une rachianesthésie. Toutefois, elle augmente la demande d'O₂ ainsi que les sécrétions.

4. Quels sont les principaux avantages de l'agent/technique anesthésique que vous avez choisi ?
 - L'utilisation de la rachianesthésie permettrait à la patiente de rester consciente et d'utiliser son nébuliseur, si nécessaire.
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 ?
 - Les principaux inconvénients de la technique sont l'hypotension et la bradycardie qui s'ensuit ainsi que les difficultés respiratoires.
 - L'hypotension peut être prise en charge par l'apport liquidien à la patiente et, si nécessaire, en perfusant avec l'éphédrine pour contrôler l'hypotension. La bradycardie peut être traitée en donnant de l'atropine. On peut administrer de l'oxygène avec un masque facial ou une sonde nasale pour soulager ses difficultés respiratoires.

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame J. pendant la période de récupération ?
 - Surveiller fréquemment le pouls, la tension artérielle et la respiration. Si possible, surveiller également le niveau de saturation périphérique de l'oxygène.
 - Suivre son débit urinaire.
 - Donner un analgésique indiqué pour soulager la douleur.

ETUDE DE CAS : ECLAMPSIE CLES DES REPONSES

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. ?
 - Vérifier si la patiente respire normalement ou non et si les voies aériennes sont dégagées ou non vu que la patiente est inconsciente.
 - Contrôler ses antécédents pour écarter tout problème existant de troubles du système nerveux central.
 - Faire un bilan initial rapide :
 - Voir si la patiente répond à une douleur profonde.
 - Contrôler le pouls, la tension artérielle et la fréquence respiratoire.
 - Ausculter sa poitrine pour détecter toute respiration et/ou tout son cardiaque anormal.
 - Noter les émissions antérieures d'urine.
 - Noter l'éventuelle présence de protéine dans les urines.
2. Quel signe ou symptôme spécifique vous aidera à établir le diagnostic ?
 - Sa tension artérielle constamment élevée.
 - La présence de protéine dans ses urines.
 - De pair avec ses antécédents de maux de tête, les convulsions pendant la grossesse aident à établir le diagnostic de l'éclampsie.

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 ?
- Examen de sang : numération formule sanguine, électrolytes et profil de coagulation
 - Examen des urines : protéine, créatinine, acide urique
 - Test des fonctions hépatites

Planification pour l'anesthésie et la chirurgie

4. Qu'allez-vous faire pour préparer Madame A. à l'acte chirurgical ?
- Poser une voie intraveineuse avec une canule de large calibre, si ce n'est déjà fait.
 - Administrer de l'oxygène.
 - Augmenter le volume intramusculaire jusqu'à une émission d'urine de 30-40 ml/h.
 - Remédier à la coagulopathie, si elle est présente.
 - Traiter l'hypertension pour arriver à un niveau qui ne dépasse pas 150/90 mm de Hg en injectant 5-10 mg d'hydralazine de manière progressive.
 - Maintenir la patiente couchée sur le côté gauche pour éviter la compression aortocavale.
 - Démarrer le traitement de sulfate de magnésium.
 - Contrôler les convulsions avec 5-10 mg de diazépam. Ne pas dépasser 30 mg.
 - Donner de la prophylaxie pour l'aspiration d'acide.
5. En fonction de vos résultats, quel agent technique/anesthésique allez-vous choisir pour Madame A. et pourquoi ?
- La rachianesthésie si la patiente est bien réanimée et s'il n'y pas de coagulopathie
 - Infiltration locale

Suivi et évaluation

6. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame A. pendant la période de récupération ?
- Suivi continu de la patiente pour les signes suivants :
 - Couleur
 - Pouls
 - Tension artérielle
 - Respiration
 - Débit urinaire
 - Oxymètre du pouls, électrocardiogramme, si disponible
 - Administrer de l'oxygène supplémentaire par masque facial
 - Positionner la patiente sur le côté
 - Pour le traitement à base de sulfate de magnésium, suivre le taux de respiration, le réflexe achilléen et l'émission d'urine
 - Administrer un analgésique

- Continuer les antihypertenseurs et le traitement à base de sulfate de magnésium
- Etre prêt à référer la patiente vers un niveau de soin supérieur si elle développe des complications

ETUDE DE CAS : COLLAPSUS INTRA-OPÉRATOIRE

CLES DES REPONSES

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 ?
 - La première évaluation consiste à déterminer si la patiente respire ou non et si les voies aériennes sont dégagées ou non.
 - L'étape suivante consiste à évaluer le pouls carotidien.
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 ?
 - Au vu du fait que Madame E. est inconsciente et qu'elle ne respire pas et au vu de l'absence du pouls carotidien, la patiente se trouve en état d'arrêt cardiaque.

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 ?
 - Administrer deux ventilations d'oxygène à l'aide du sac Ambu et masque
 - Démarrer la compression de la poitrine (réanimation cardiovasculaire) avec un ratio de compression/ventilation de 15 à 2
 - Demander à l'obstétricien d'extraire le bébé aussi rapidement que possible
 - Pencher la table d'opération d'un côté, si ce n'est déjà fait
 - Perfuser rapidement des liquides
 - Placer la patiente sur électrocardioscope, si disponible
 - Défibriller si l'électrocardiogramme indique une fibrillation ventriculaire
 - Dans la négative, administrer 1 mg d'adrénaline en IV en concentration de 1:10 000

- Intuber la patiente, si ce n'est déjà fait et ensuite, ventiler en utilisant de l'oxygène à 100%
- Continuer la compression cardiaque externe au taux de compression : ventilation de 5 à 1
- Répéter l'adrénaline par voie intraveineuse toutes les 3 à 5 minutes lors de la réanimation cardio-respiratoire (RCR)
- Continuer la RCR jusqu'à ce que revienne le pouls carotidien
- Continuer la ventilation jusqu'à ce que la patiente devienne consciente

Suivi et évaluation

4. Quelles mesures allez-vous prendre pour Madame E. pendant la période de récupération ?
 - Continuer l'administration d'oxygène pendant les prochaines 24 heures.
 - Suivre à 15 minutes d'intervalle le pouls, la tension artérielle, le niveau de connaissance et l'électrocardiogramme (si disponible).
 - Administrer des agents inotropiques (dopamine, dobutamine) si la tension systolique <90 mm de Hg.
 - Référer la patiente vers un niveau de soin supérieur pour les soins d'urgence.
 - Suivre l'électrocardiogramme, si disponible.

ETUDE DE CAS : COLLAPSUS POSTOPÉRATOIRE

CLES DES REPONSES

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 s'affaisse. 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 ?
 - Traiter la patiente avec amabilité et gentillesse et l'écouter attentivement si elle est consciente.
 - Faire un bilan rapide initial de la patiente pour déterminer s'il est nécessaire de procéder à un traitement d'urgence ou à une réanimation. Surveiller les signes de choc :
 - Pouls : est-il rapide et filant ?
 - Tension artérielle systolique : moins de 90 mm de Hg
 - Signes de pâleur, transpiration, extrémités moites et froides
 - Fréquence respiratoire : respiration rapide ou non
 - CNS—état de désorientation et confusion

Une réanimation immédiate doit être exécutée si la patiente est entrée en choc (administrer des liquides par voie intraveineuse, soulever le pied du lit et administrer des médicaments, tel qu'indiqué).

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 ?
 - Examen général de l'état de la patiente :
 - Apparence générale : rougeur du visage, transpiration, difficultés respiratoires et état de désorientation mentale
 - Pouls : plus de 130 battements par minute
 - Tension artérielle : systolique moins de 90 mm de Hg
 - Température : moins de 36,7° C.
 - Un examen abdominal sera fait pour écarter la distension et la sensibilité.

3. Quels sont les antécédents dont vous avez besoin et les documents que vous aimeriez examiner pour arriver à un diagnostic ?
- Sa carte de soins prénatals pour le groupe sanguin, le niveau d'hémoglobine et les antécédents de réaction allergique.
 - La fiche d'évaluation préopératoire pour détecter toute affection importante.
 - Les notes d'anesthésie intra-opératoires et postopératoires pour signaler les soins/interventions réalisés, le type d'anesthésie utilisée, les signes vitaux et voir la quantité de sang qu'elle a perdue pendant l'opération et si une transfusion de sang a été donnée.

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 préexistants 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 mal frappé.
 - Sa tension artérielle systolique est de 80 mm de Hg et sa tension artérielle diastolique ne peut pas être notée.
 - Le graphique préopératoire 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 ?
- Choc anaphylactique : périphérie chaude, faible tension artérielle, pouls rapide
 - Réaction à la transfusion : faible tension artérielle, pouls rapide et tremblements
 - Hémorragie : faible tension artérielle et pouls rapide et filant
5. Quel est votre diagnostic final (problème/besoin) et pourquoi ?
- Les signes et symptômes de la patiente correspondent soit au choc anaphylactique ou à la réaction à la transfusion. Les médicaments qu'on lui a administrés causent rarement des réaction et, par conséquent, il est fort probable que la patiente souffre de réaction à la transfusion.

6. Quels sont les autres examens que vous allez demander/réaliser pour préparer l'intervention dans ce cas ?
- Niveau d'hémoglobine, hématocrite et test de compatibilité sanguine

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. ?
- Démarrer immédiatement un traitement pour le choc.
 - Administrer de l'adrénaline en IV 1:1 000 (0,1 ml dans 10 ml de sérum physiologique, lentement).
 - Maintenir la patiente en position décubitus latéral.
 - Vérifier que les voies aériennes sont dégagées.
 - Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute, par masque facial ou sonde nasale.
 - Elever le pied du lit.
 - Administrer 10 mg de prométhazine en IV.
 - Administrer 1 g d'hydrocortisone en IV toutes les 2 heures et, tel que nécessaire.
 - Surveiller le pouls, la tension artérielle, la respiration et la température.
 - Arrêter, le cas échéant, la transfusion de sang et démarrer une infusion de sérum physiologique.
 - Poser une sonde et consigner la diurèse et l'apport liquidien.
 - Envoyer du sang aux fins de déterminer le groupe sanguin et la compatibilité sanguine.
 - Administrer 250 mg d'aminophylline dilué dans un sérum physiologique ou 10 ml de Ringer lactate en IV, lentement, en cas de bronchospasme.
 - Expliquer, rassurer et apporter un soutien émotionnel à la patiente.

Suivi et évaluation

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

8. En fonction de cela, quel est le conseil que vous souhaitez donner à Madame C. ?
- Il faudra l'informer de ce qui se passe.
 - Il faudra lui prescrire de l'héminique pour remonter son niveau d'hémoglobine.

ETUDE DE CAS : HEMATOME DU POST-PARTUM

CLES DES REPONSES

Etude de cas

Madame K. a eu 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 ?
 - Faire un bilan initial rapide pour la réanimation en cas d'urgence.
 - Vérifier le niveau de connaissance.
 - Noter la pâleur et la peau froide et moite.
 - Surveiller le pouls et la tension artérielle.
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 ?
 - Examen physique général.
 - Température, pouls, fréquence respiratoire et tension artérielle.
 - Examen pelvien limité, surtout pour l'inspection.

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) ?
 - Madame K. souffre d'un choc hypovolémique.

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 ?
 - Perfuser rapidement 1 litre de sérum physiologique. Evaluer après la perfusion et administrer davantage de liquides intraveineux si l'état ne s'améliore pas.

5. Quelle est l'évaluation que vous allez faire avant d'administrer l'anesthésie ?
 - Ecarter toute affection médicale.
 - Voir si elle a pris de la nourriture ou des liquides et quand elle les a pris.
6. Quelles sont les méthodes de dépistage que vous allez utiliser ou les tests de laboratoire que vous allez réaliser ?
 - Il faut vérifier le taux d'hémoglobine de Madame K.

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 taux d'hémoglobine est de 8 g/dl.

7. En fonction de ces résultats, pour quelle anesthésie allez-vous opter pour Madame K.?
 - On peut donner de la kétamine à Madame K. pour l'anesthésie. Un bolus initial de 2 mg/kg peut être administré en injection intraveineuse pendant 5 secondes. Si nécessaire, on donnera une dose répétée de 0,25 mg de kétamine par kilogramme après 15 minutes.

ETUDE DE CAS : EVALUATION ET SOINS NORMAUX POSTOPÉRATOIRES CLES DES REPONSES

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.?
 - Il faut contrôler le pouls et la tension artérielle de Madame L.
 - Il faut contrôler ses voies aériennes supérieures.
 - Il faut contrôler son niveau de connaissance.
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Madame L. qui vous aideront à établir un diagnostic ou à cerner ses problèmes/besoins ?
 - Un examen général devra être effectué, notamment de la conjonctivite, pour noter les signes d'anémie.
 - Un examen abdominal et de l'utérus sera réalisé.
 - Il faut déterminer s'il existe des saignements par voie vaginale.
3. Quelles sont les méthodes de dépistage ou quels sont les tests de laboratoire que vous allez inclure dans votre évaluation de Madame L. ?
 - Il faut contrôler son taux d'hémoglobine.
 - Il faut noter l'émission d'urine par heure.

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 froides. 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 ?
- Madame L. souffre d'une hémorragie du post-partum et à présent, elle a de l'anémie. Elle souffre également d'agitation et d'amnésie causée par la kétamine.

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 ?
- Il faut surveiller le pouls et la tension artérielle de Madame L.
 - Il faut lui administrer au moins deux unités de sang entier.
 - Elle peut recevoir une injection de 2-5 mg de dormicum ou une injection de 5-10 mg de diazépam en IV pour traiter l'agitation et les hallucinations.
 - Perfuser de l'ocytocine en IV.

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 ?
- Madame L. doit être suivie et observée pendant 24 heures.
 - Il faut suivre son saignement vaginal.
 - Il faut perfuser du sang entier si le niveau d'hémoglobine est encore faible.
 - Il faut apporter un soutien émotionnel et rassurer Madame L. et son partenaire. On leur dira ce qui risque de se passer, on les écoutera attentivement et on répondra à toute crainte ou préoccupation.

Questionnaire sur les connaissances à mi-stage

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES A MI-STAGE

UTILISATION DU QUESTIONNAIRE

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

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

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

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES A MI-STAGE POUR LES ANESTHESISTES

Instructions : Marquer la lettre de la **meilleure** réponse à chaque question.

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. Un bilan initial rapide est fait
 - a) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
 - b) chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème
 - c) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
 - d) uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
2. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
 - a) un pouls rapide et filant
 - b) une faible tension artérielle
 - c) une respiration rapide
 - d) tous les éléments susmentionnés
3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
 - a) que l'on observe la femme pour détecter tout signe d'amélioration
 - b) que l'on fasse un test de compatibilité sanguine et que l'on prenne les dispositions en vue d'une laparotomie immédiate
 - c) que l'on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d'exécuter l'intervention chirurgicale
 - d) tous les éléments susmentionnés
4. Une femme enceinte qui souffre d'anémie grave connaît généralement
 - a) des difficultés respiratoires et une faiblesse
 - b) des difficultés respiratoires et une respiration sifflante
 - c) une respiration sifflante et une faiblesse
 - d) aucun des éléments susmentionnés
5. Pour la prise en charge immédiate du choc hypovolémique suite à l'hémorragie du post-partum, le liquide préféré pour démarrer la réanimation est
 - a) dextrose à 5%-eau
 - b) dextrose à 5%-sérum physiologique
 - c) sérum physiologique normal
 - d) sang entier

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

6. Le médicament de première intention pour prévenir et traiter les convulsions lors de prééclampsie et éclampsie grave est le
 - a) diazépam
 - b) gluconate de calcium
 - c) sodium de thiopentone
 - d) sulfate de magnésium
7. La rachianesthésie convient à des patientes avec
 - a) une numération de plaquettes de 100 000 par cc
 - b) des signes d'infection généralisée
 - c) choc
 - d) nombre élevé de globules blancs
8. Le meilleur conseil pour la prise en charge des céphalées suivant la rachianesthésie consiste à
 - a) soulever le pied du lit
 - b) indiquer à la patiente de boire beaucoup d'eau
 - c) indiquer à la patiente de marcher
 - d) limiter la nourriture

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

9. Lorsqu'on utilise un ballon et un masque pour réanimer un nouveau-né, le cou du nouveau-né doit être
 - a) légèrement fléchi
 - b) Entièrement fléchi
 - c) en extension entière
 - d) en légère extension

ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE

10. Les mesures suivantes doivent être prises pour l'utilisation efficace de l'anesthésie à la kétamine pour l'acte obstétrical, SAUF
 - a) administrer 2mg/kg pour l'induction de l'anesthésie
 - b) mélanger de la kétamine et du diazépam pour faciliter la perfusion intraveineuse
 - c) démarrer l'infusion de kétamine après la naissance du bébé
 - d) être prêt pour l'intubation de la patiente, si nécessaire

11. La technique anesthésique idéale pour l'aspiration manuelle intra-utérine pour l'avortement incomplet à 14 semaines est
- a) la rachianesthésie
 - b) le bloc vulvaire
 - c) le bloc paracervical
 - d) la péthidine et le diazépam par voie intraveineuse
12. Lorsque l'anesthésiste parle avec la patiente subissant une rachianesthésie, la patiente connaît
- a) une tension artérielle élevée
 - b) une dépression postopératoire
 - c) plus d'angoisse
 - d) moins d'angoisse
13. Suivant l'hystérectomie subtotale d'urgence, les signes vitaux doivent être surveillés
- a) toutes les 15 minutes pendant 1 heure, puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures, puis toutes les heures pendant 3 heures suivi d'une fois toutes les 4 heures
 - b) toutes les 15 minutes pendant 24 heures
 - c) toutes les 15 minutes pendant 1 heure, puis toutes les 30 minutes pendant 24 heures
 - d) aucun des éléments susmentionnés
14. Une fois établi le diagnostic de la rupture de l'utérus, l'anesthésie devrait être
- a) administrée immédiatement
 - b) administrée uniquement lorsqu'on dispose d'au moins une unité de sang
 - c) administrée simultanément avec les mesures de la réanimation
 - d) administrée uniquement après avoir remplacé la quantité de sang perdu
15. L'agent anesthésique local pour la rachianesthésie lors de la césarienne est
- a) 15 g de bupivacaïne
 - b) 10 mg de bupivacaïne
 - c) 10 mg de lidocaïne
 - d) 15 mg de lidocaïne
16. Après une rachianesthésie réussie pour la césarienne, précédée par l'administration de 1 000 ml de sérum physiologique, une patiente souffre de grave hypotension (tension artérielle 70/50 mm Hg). La prise en charge adéquate consiste à administrer
- a) 5 mg d'éphédrine en IV
 - b) 0,5 mg d'adrénaline en IV
 - c) 0,5 mg d'atropine en IV
 - d) 100 mg d'hydrocortisone en IV

17. Une patiente qui est entrée en choc hypovolémique aura
- a) une tension artérielle normale
 - b) une faible fréquence respiratoire
 - c) un pouls bondissant
 - d) la tachycardie
18. Une patiente avec une grossesse ectopique non rompue, un pouls de 60 battements par minute et une tension artérielle de 100/60 mm Hg a besoin
- a) d'aucune intervention
 - b) d'une perfusion rapide de liquides par voie intraveineuse
 - c) d'une surveillance de près du pouls et de la tension artérielle
 - d) de l'atropine pour accélérer le pouls
19. Le meilleur choix d'anesthésie pour une patiente souffrant d'hypertension gestationnelle (avec un pouls de 110 battements par minute, une tension artérielle de 170/100 mm Hg) pour une césarienne est
- a) l'anesthésie générale à l'halothane
 - b) l'anesthésie à la kétamine
 - c) la rachianesthésie
 - d) l'anesthésie d'infiltration locale
20. Une patiente prévue pour une césarienne avec un taux d'hémoglobine de 8 g/dl
- a) peut recevoir une rachianesthésie
 - b) devrait être envoyée vers un autre hôpital
 - c) devrait recevoir une transfusion avec du sang entier avant l'anesthésie
 - d) devrait recevoir uniquement de la kétamine
21. Les réactions suivantes sont un signe d'opioïdes excédentaires (morphine, péthidine, fentanyl)
- a) tachycardie
 - b) diminution de la fréquence respiratoire
 - c) hypertension
 - d) écoulement de larmes
22. Après l'administration de la rachianesthésie, si aucune sensation n'est ressentie jusqu'à l'ombilic, le niveau de bloc sensitif est au moins de
- a) T2
 - b) T5
 - c) T8
 - d) T10

23. La complication la plus courante après la rachianesthésie est
- a) les vomissements
 - b) les maux de tête
 - c) l'hypotension
 - d) les difficultés respiratoires
24. L'incidence de l'hypotension lors de l'intervention chirurgicale peut être réduite par tout ce qui suit SAUF
- a) pré-charge de la patiente
 - b) pencher la table
 - c) éviter un niveau élevé de bloc sensitif
 - d) maintenir la patiente à plat sur la table
25. Chez une patiente en état de choc, l'adéquation de la réanimation est indiquée par
- a) la tachycardie
 - b) un meilleur débit urinaire
 - c) un taux élevé d'urée
 - d) un taux élevé d'hémoglobine
26. Si une patiente développe une réaction anaphylactique, le médicament de première intention est
- a) l'adrénaline
 - b) l'atropine
 - c) l'éphédrine
 - d) l'antihistaminique
27. Si une patiente a une réaction à l'administration de sang
- a) il faut arrêter l'administration de sang
 - b) donner des antihistaminiques et du sang
 - c) donner du sang très lentement
 - d) traiter les symptômes
28. La complication suivante peut se présenter avec la kétamine lors de la période postopératoire
- a) bradycardie
 - b) hypotension
 - c) hallucination
 - d) faible fréquence respiratoire
29. Les avantages de la rachianesthésie englobent tout ce qui suit SAUF
- a) éviter la dépression néonatale
 - b) prévenir l'aspiration d'acide
 - c) permettre de réunir de suite la mère et le nouveau-né
 - d) peut être effectuée rapidement dans un cas d'urgence

MEDICAMENTS DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION

30. La dose approximative de péthidine pour la sédation en IV pour une patiente qui pèse 50 kg est de
- a) 10 µg
 - b) 50 mg
 - c) 500 mg
 - d) 1 g
31. Une patiente sous rachianesthésie développe une bradycardie. La dose d'atropine que vous allez utiliser est de
- a) 0,1 mg
 - b) 0,5 mg
 - c) 1 mg
 - d) 5 mg
32. Une patiente sous rachianesthésie développe un arrêt cardiaque. Le taux de ventilation pour la compression de la poitrine pour la réanimation est de
- a) 1:2
 - b) 2:15
 - c) 15:2
 - d) 5:15

EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

33. Chez une patiente avec une grossesse à terme, le fait d'être couchée sur le côté
- a) évitera la compression de l'aorte
 - b) causera une hypotension
 - c) diminuera l'apport de sang vers l'utérus
 - d) causera une accumulation veineuse dans les membres inférieurs
34. Une patiente a perdu 500 ml de sang d'un hématome après une déchirure vaginale. Combien de crystalloïdes allez-vous administrer pour compenser la perte de sang ?
- a) 500 ml
 - b) 1 000 ml
 - c) 1 500 ml
 - d) 2 000 ml

35. Si l'hémoglobine est de 10 g/dl, quels liquides allez-vous donner à la patiente qui a perdu 500 ml de sang ?
- a) dextrose à 5%
 - b) sérum physiologique
 - c) albumine
 - d) sang
36. La rachianesthésie est contre-indiquée dans les cas suivants
- a) coagulopathie
 - b) disproportion céphalopelvienne
 - c) estomac rempli
 - d) toxémie prééclampsique

REANIMATION

37. Lorsque de l'oxygène d'appoint est donné à la patiente, tous les états qui suivent se présentent SAUF
- a) l'oxygène dissolu augmente dans le sang
 - b) la demande d'oxygène diminue dans les tissus
 - c) l'apport d'oxygène aux tissus augmente
 - d) davantage d'hémoglobine est saturée
38. La perméabilité des voies aériennes est assurée de la meilleure manière chez une patiente inconsciente grâce à
- a) la réanimation bouche à bouche
 - b) la ventilation ballon et masque
 - c) l'utilisation d'un conduit aérien oral
 - d) l'intubation endotrachéale
39. Chez une patiente inconsciente, toutes les mesures suivantes aident à maintenir les voies aériennes SAUF
- a) soulever le menton
 - b) incliner la tête
 - c) pousser la mâchoire
 - d) fléchir le cou
40. Le diamètre interne du tube endotrachéal que vous allez choisir pour une patiente enceinte adulte est de
- a) 5 mm
 - b) 7 mm
 - c) 9 mm
 - d) 11 mm

FICHE DES REPONSES DU QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES A MI-STAGE

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

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

6. _____
7. _____
8. _____

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

9. _____

ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE

10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____

- 21. _____
- 22. _____
- 23. _____
- 24. _____
- 25. _____
- 26. _____
- 27. _____
- 28. _____
- 29. _____

MEDICAMENTS DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION

- 30. _____
- 31. _____
- 32. _____

EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

- 33. _____
- 34. _____
- 35. _____
- 36. _____

REANIMATION

- 37. _____
- 38. _____
- 39. _____
- 40. _____

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES A MI-STAGE POUR LES ANESTHESISTES CLES DES REPONSES

PRISE EN CHARGE DU CHOC ; BILAN INITIAL RAPIDE

1. Un bilan initial rapide est fait
 - a) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales et un saignement vaginal
 - b) chez toutes les femmes en âge de procréer qui présentent un problème**
 - c) uniquement chez des femmes qui présentent des douleurs abdominales
 - d) uniquement chez des femmes qui présentent un saignement vaginal
2. Une femme qui entre en choc suite à une urgence obstétricale peut avoir
 - a) un pouls rapide et filant
 - b) une faible tension artérielle
 - c) une respiration rapide
 - d) tous les éléments susmentionnés**
3. La prise en charge de la grossesse ectopique suppose
 - a) que l'on observe la femme pour détecter tout signe d'amélioration
 - b) que l'on fasse un test de compatibilité sanguine et que l'on prenne les dispositions en vue d'une laparotomie immédiate**
 - c) que l'on vérifie que le sang est disponible pour la transfusion avant d'exécuter l'intervention chirurgicale
 - d) tous les éléments susmentionnés
4. Une femme enceinte qui souffre d'anémie grave connaît généralement
 - a) des difficultés respiratoires et une faiblesse**
 - b) des difficultés respiratoires et une respiration sifflante
 - c) une respiration sifflante et une faiblesse
 - d) aucun des éléments susmentionnés
5. Pour la prise en charge immédiate du choc hypovolémique suite à l'hémorragie du post-partum, le liquide préféré pour démarrer la réanimation est
 - a) dextrose à 5%-eau
 - b) dextrose à 5%-sérum physiologique
 - c) sérum physiologique normal**
 - d) sang entier

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

6. Le médicament de première intention pour prévenir et traiter les convulsions lors de prééclampsie et éclampsie grave est le
- a) diazépam
 - b) gluconate de calcium
 - c) sodium de thiopentone
 - d) sulfate de magnésium**
7. La rachianesthésie convient à des patientes avec
- a) une numération de plaquettes de 100 000 par cc**
 - b) des signes d'infection généralisée
 - c) choc
 - d) nombre élevé de globules blancs
8. Le meilleur conseil pour la prise en charge des céphalées suivant la rachianesthésie consiste à
- a) soulever le pied du lit
 - b) indiquer à la patiente de boire beaucoup de liquides**
 - c) indiquer à la patiente de marcher
 - d) limiter la nourriture

REANIMATION DU NOUVEAU-NE

9. Lorsqu'on utilise un ballon et un masque pour réanimer un nouveau-né, le cou du nouveau-né doit être
- a) légèrement fléchi
 - b) entièrement fléchi
 - c) en extension entière
 - d) en légère extension**

ADMINISTRATION ET TECHNIQUES DE L'ANESTHESIE

10. Les mesures suivantes doivent être prises pour l'utilisation efficace de l'anesthésie à la kétamine pour l'acte obstétrical, SAUF
- a) administrer 2mg/kg pour l'induction de l'anesthésie
 - b) mélanger de la kétamine et du diazépam pour faciliter la perfusion intraveineuse**
 - c) démarrer l'infusion de kétamine après la naissance du bébé
 - d) être prêt pour l'intubation de la patiente, si nécessaire

11. La technique anesthésique idéale pour l'aspiration manuelle intra-utérine pour l'avortement incomplet à 14 semaines est
- a) la rachianesthésie
 - b) le bloc vulvaire
 - c) le bloc paracervical**
 - d) la péthidine et le diazépam par voie intraveineuse
12. Lorsque l'anesthésiste parle avec la patiente subissant une rachianesthésie, la patiente connaît
- a) une tension artérielle élevée
 - b) une dépression postopératoire
 - c) plus d'angoisse
 - d) moins d'angoisse**
13. Suivant l'hystérectomie subtotale d'urgence, les signes vitaux doivent être surveillés
- a) toutes les 15 minutes pendant 1 heure, puis toutes les 30 minutes pendant 2 heures, puis toutes les heures pendant 3 heures, suivi d'une fois toutes les 4 heures**
 - b) toutes les 15 minutes pendant 24 heures
 - c) toutes les 15 minutes pendant 1 heure, puis toutes les 30 minutes pendant 24 heures
 - d) aucun des éléments susmentionnés
14. Une fois établi le diagnostic de la rupture de l'utérus, l'anesthésie devrait être
- a) administrée immédiatement
 - b) administrée uniquement lorsqu'on dispose d'au moins une unité de sang
 - c) administrée simultanément avec les mesures de la réanimation**
 - d) administrée uniquement après avoir remplacé la quantité de sang perdu
15. L'agent anesthésique local pour la rachianesthésie lors de la césarienne est
- a) 15 g de bupivacaïne
 - b) 10 mg de bupivacaïne**
 - c) 10 mg de lidocaïne
 - d) 15 mg de lidocaïne
16. Après une rachianesthésie réussie pour la césarienne, précédée par l'administration de 1 000 ml de sérum physiologique, une patiente souffre de grave hypotension (tension artérielle 70/50 mm Hg). La prise en charge adéquate consiste à administrer
- a) 5 mg d'éphédrine en IV**
 - b) 0,5 mg d'adrénaline en IV
 - c) 0,5 mg d'atropine en IV
 - d) 100 mg d'hydrocortisone en IV

17. Une patiente qui est entrée en choc hypovolémique aura
- a) une tension artérielle normale
 - b) une faible fréquence respiratoire
 - c) un pouls bondissant
 - d) la tachycardie**
18. Une patiente avec une grossesse ectopique non rompue, un pouls de 60 battements par minute et une tension artérielle de 100/60 mm Hg a besoin
- a) d'aucune intervention
 - b) d'une perfusion rapide de liquides par voie intraveineuse
 - c) d'une surveillance de près du pouls et de la tension artérielle**
 - d) de l'atropine pour accélérer le pouls
19. Le meilleur choix d'anesthésie pour une patiente souffrant d'hypertension gestationnelle (avec un pouls de 110 battements par minute, une tension artérielle de 170/100 mm Hg) pour une césarienne est
- a) l'anesthésie générale à l'halothane
 - b) l'anesthésie à la kétamine
 - c) la rachianesthésie**
 - d) l'anesthésie d'infiltration locale
20. Une patiente prévue pour une césarienne avec un taux d'hémoglobine de 8 g/dl
- a) peut recevoir une rachianesthésie**
 - b) devrait être envoyée vers un autre hôpital
 - c) devrait recevoir une transfusion avec du sang entier avant l'anesthésie
 - d) devrait recevoir uniquement de la kétamine
21. Les réactions suivantes sont un signe d'opioïdes excédentaires (morphine, péthidine, fentanyl)
- a) tachycardie
 - b) diminution de la fréquence respiratoire**
 - c) hypertension
 - d) écoulement de larmes
22. Après l'administration de la rachianesthésie, si aucune sensation n'est ressentie jusqu'à l'ombilic, le niveau de bloc sensitif est au moins de
- a) T2
 - b) T5
 - c) T8
 - d) T10**

23. La complication la plus courante après la rachianesthésie est
- a) les vomissements
 - b) les maux de tête
 - c) l'hypotension**
 - d) les difficultés respiratoires
24. L'incidence de l'hypotension lors de l'intervention chirurgicale peut être réduite par tout ce qui suit SAUF
- a) précharge de la patiente
 - b) pencher la table
 - c) éviter un niveau élevé de bloc sensible
 - d) maintenir la patiente à plat sur la table**
25. Chez une patiente en état de choc, l'adéquation de la réanimation est indiquée par
- a) la tachycardie
 - b) un meilleur débit urinaire**
 - c) un taux élevé d'urée
 - d) un taux élevé d'hémoglobine
26. Si une patiente développe une réaction anaphylactique, le médicament de première intention est
- a) l'adrénaline**
 - b) l'atropine
 - c) l'éphédrine
 - d) l'antihistaminique
27. Si une patiente réagit à l'administration de sang
- a) il faut arrêter l'administration de sang**
 - b) donner des antihistaminiques et du sang
 - c) donner du sang très lentement
 - d) traiter les symptômes
28. La complication suivante peut se présenter avec la kétamine lors de la période postopératoire
- a) bradycardie
 - b) hypotension
 - c) hallucination**
 - d) faible fréquence respiratoire
29. Les avantages de la rachianesthésie englobent tout ce qui suit SAUF
- a) éviter la dépression néonatale
 - b) prévenir l'aspiration d'acide
 - c) permettre de réunir de suite la mère et le nouveau-né
 - d) peut être effectuée rapidement dans un cas d'urgence**

MEDICAMENTS DE L'ANESTHESIE ET DE LA REANIMATION

30. La dose approximative de péthidine pour la sédation en IV pour une patiente qui pèse 50 kg est de
- a) 10 µg
 - b) 50 mg**
 - c) 500 mg
 - d) 1 g
31. Une patiente sous rachianesthésie développe une bradycardie. La dose d'atropine que vous allez utiliser est de
- a) 0,1 mg
 - b) 0,5 mg**
 - c) 1 mg
 - d) 5 mg
32. Une patiente sous rachianesthésie développe un arrêt cardiaque. Le taux de ventilation pour la compression de la poitrine pour la réanimation est de
- a) 1:2
 - b) 2:15
 - c) 15:2**
 - d) 5:15

EQUILIBRE HYDRO-ELECTROLYTIQUE

33. Chez une patiente avec une grossesse à terme, le fait d'être couchée sur le côté
- a) évitera la compression de l'aorte**
 - b) causera une hypotension
 - c) diminuera l'apport de sang vers l'utérus
 - d) causera une accumulation veineuse dans les membres inférieurs
34. Une femme a perdu 500 ml de sang d'un hématome après une déchirure vaginale. Combien de crystalloïdes allez-vous administrer pour compenser la perte de sang ?
- a) 500 ml
 - b) 1 000 ml
 - c) 1 500 ml**
 - d) 2 000 ml

35. Si l'hémoglobine est de 10 g/dl, quels liquides allez-vous donner à la patiente qui a perdu 500 ml de sang ?

- a) dextrose à 5%
- b) sérum physiologique**
- c) albumine
- d) sang

36. La rachianesthésie est contre-indiquée dans les cas suivants

- a) coagulopathie**
- b) disproportion céphalopelvienne
- c) estomac rempli
- d) toxémie prééclampsique

REANIMATION

37. Lorsque de l'oxygène d'appoint est donné à la patiente, tous les états qui suivent se présentent SAUF

- a) l'oxygène dissolu augmente dans le sang
- b) la demande d'oxygène diminue dans les tissus**
- c) l'apport d'oxygène aux tissus augmente
- d) davantage d'hémoglobine est saturée

38. La perméabilité des voies aériennes est assurée de la meilleure manière chez une patiente inconsciente grâce à

- a) la réanimation bouche à bouche
- b) la ventilation ballon et masque
- c) l'utilisation d'un conduit aérien oral
- d) l'intubation endotrachéale**

39. Chez une patiente inconsciente, toutes les mesures suivantes aident à maintenir les voies aériennes SAUF

- a) soulever le menton
- b) incliner la tête
- c) pousser la mâchoire
- d) fléchir le cou**

40. Le diamètre interne du tube endotrachéal que vous allez choisir pour une patiente enceinte adulte est de

- a) 5 mm
- b) 7 mm**
- c) 9 mm
- d) 11 mm

