



East, Central and Southern Africa
Health Community



Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : *Cours pour les infirmières et les sages-femmes*



Ceci est la Version 1.0 et sera édité.

Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale :

Cours pour les infirmières et les sages-femmes

Un ouvrage collaboratif de
The East, Central, and Southern African Health Community
et
USAID
Fistula Care
EngenderHealth
ECSACON



East, Central and Southern Africa
Health Community



© 2012 East, Central, and Southern African Health Community (ECSA-HC) and EngenderHealth/Fistula Care. Tous droits réservés.

East, Central, and Southern African Health Community (ECSA-HC)
Le Directeur général
ECSA Health Community Secretariat
157 Olorien, Njiro Road
P.O. Box 1009
Arusha, Tanzanie
Téléphone : 255-27-254 9362/5/6
Fax: 255-27-254-9324/9392
e-mail: regsec@ecsa.or.tz ou info@ecsa.or.tz
<http://www.crhcs.or.tz>

Fistula Care
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
e-mail: info@fistulacare.org
www.fistulacare.org

Cet ouvrage a été rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Office of Maternal and Child Health (Bureau pour la santé maternelle et infantile), U.S. Agency for International Development (Agence des États-Unis pour le développement international), conformément aux termes de l'accord de coopération GHS-A-00-07-00021-0 et du partenariat Strategic Objective Grant Agreement (SOAG): Lettre de mise en œuvre n°4, n° d'activité : 623-SOAG6230011.02- 60087. Son contenu relève de la responsabilité de l'ECSA-HC et du projet Fistula Care et ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

Crédit photographique (couverture, de haut en bas) : C. Svingen/
EngenderHealth; C. Svingen/ EngenderHealth; L. Pessa/EngenderHealth.

ISBN 978-1-937410-02-5

Citation suggérée : East, Central, and Southern African Health Community (ECSA-HC) et Fistula Care/EngenderHealth. 2012. *Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : cours pour les infirmières et les sages-femmes*. New York : EngenderHealth/Fistula Care.

SOMMAIRE

Remerciements	v
Avant-Propos	vii
Préface	x
Introduction pour les formateurs	1
Module 1: Présentation de la fistule obstétricale	13
Module 2: Prévention de la fistule obstétricale pendant la grossesse, le travail et l'accouchement	78
Module 3: Prise en charge de la fistule obstétricale	159
Module 4: Droits des clientes, information, éducation et implication de la communauté ...	249
Module 5: Activités de conseil aux clientes présentant une fistule obstétricale	300
Module 6: Utilisation des données pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule	349
Annexe A : Travaux pratiques : Listes à cocher sur les compétences pour le traitement de la fistule	
Utilisation du partogramme	427
Sondage urinaire	429
Bilan physique	431
Soins préopératoires et postopératoires	434
Activités de conseil	
Prise de contact initiale	437
Hospitalisation	439
Admission et période préopératoire	441
Période peropératoire, rachianesthésie	444
Période peropératoire, anesthésie générale	447
Période postopératoire	450
Sortie et suivi	452
Annexe B : Formulaire d'évaluation de stage	455

REMERCIEMENTS

L'organisme East, Central and Southern Africa Health Community (ECSA-HC) et le projet Fistula Care d'EngenderHealth expriment leur sincère gratitude à tous ceux qui ont apporté leur concours à l'élaboration de ce cours.

Plusieurs experts ont pris part au projet initial. Voici leurs noms :

- Dr. Marietta Mahendeka, gynécologue-obstétricienne, chirurgienne de la fistule et spécialiste de contenus, Bugando Medical Centre, Tanzanie
- Stella M. Mpanda, coordinatrice du programme de stage et conceptrice du cours, I-TECH, Tanzanie
- Mary Nyawira Onsomu, chargée d'éducation, Ordre des infirmières du Kenya
- Roselyn A. Koech, examinatrice, Ordre des infirmières du Kenya
- Asteria L. M. Ndomba, conférencière, Institut de formation en soins infirmiers, Muhimbili University of Health and Allied Sciences, Tanzanie
- Catherine Kamugumya, chargée de programme, travaux de recherche et d'analyse des politiques, Women's Dignity, Tanzanie
- Anna H. Mganga, infirmière monitrice, Ministère de la Santé et de la Protection sociale, Tanzanie
- Kabugho Emmanuelina, infirmière, Kagando Hospital, Ouganda
- Dr. Isaac Achwal, directeur médical adjoint, EngenderHealth
- Hassana Yusuf Jega, infirmière en chef, Maryam Abacha Women and Children Hospital, Nigéria
- Sheillah Matinhure, chargée de programme en chef, East, Central and Southern African College of Nursing (ECSACON), ECSA-HC
- Doreen Marandu, assistante de programme, Santé familiale et génésique, ECSA-HC
- Mary Charles Mhomi, assistante de programme, Programme de développement des ressources humaines et des compétences, ECSA-HC

Une équipe d'ECSA et du projet Fistula Care d'EngenderHealth a revu et corrigé le projet initial et les ébauches successives. L'équipe d'ECSA se composait des membres suivants :

- Sheillah Matinhure, directrice, Ressources humaines en santé et pour le développement des compétences
- Dr. Odiyo Odongo, directeur, Santé familial et génésique
- Dr. Dr. Josaphat K. Byamugisha, Makerere University College of Health Sciences, Faculté de médecine, Ouganda
- Oslinah Gozo-Tagutanazvo, conférencier, Département de sciences obstétriques, University of Swaziland, Swaziland
- Dr. Weston Khisa, gynécologue-obstétricien, chirurgien de la fistule, AMREF, Kenya
- Dr. Dr. Leah Wamuyu Kirumbi, chargée d'études en chef, Kenya Medical Research Institute, Kenya
- Dr. Marietta Mahendeka, gynécologue-obstétricienne, chirurgienne de la fistule et spécialiste de contenus, Bugando Medical Centre, Tanzanie
- Catherine Mubita Ngoma, directrice du département des sciences infirmières, University of Zambia et présidente de ECSACON Faculty of Education, Zambia
- Dr. Tom Raassen, chirurgien-conseil de la fistule, Kenya

L'équipe du projet Fistula Care se composait des membres suivants : Dr. Isaac Achwal, Betty Farrell, Dr. Joseph Ruminjo, Pamela B. Harper, Michael Dorn, Karen Beattie, Evelyn Landry, Celia Pett, Mieke McKay, Renee Fiorentino et Dana Swanson. Cet ouvrage a été revu et corrigé par Christopher Caines et conçu et mis en forme par Elkin Konuk ; Michael Klitsch s'est chargé de la gestion globale de l'édition.

L'image à la page 41 a été reproduite avec l'autorisation de The McGraw-Hill Companies, Inc. L'autorisation de reproduire les illustrations à la page 44 a été accordée par Healthwise Incorporated qui détient l'ensemble des droits sur ces images ; toute utilisation, duplication et distribution de ces images en dehors de ce cours nécessitent l'autorisation écrite des détenteurs du droit d'auteur. Le dessin à la page 46 a été créé par Weronika Murray, EngenderHealth, d'après une illustration élaborée dans le cadre de la Campagne pour mettre fin à la fistule du Fond des Nations unies pour la population.

Les images aux pages 99, 102, 121, 131, 134, 137, 176, 178 et 371 sont reproduites avec l'aimable autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Paula Swisher a créé l'image reproduite aux pages 185 et 229.

ECSA-HC remercie tout particulièrement pour son aide financière USAID (United States Agency for International Development - Agence des États-Unis pour le développement international), Mission for East Africa (ex REDSO) par le biais du partenariat Strategic Objective Grant Agreement (SOAG) : Lettre de mise en œuvre n°4, n° d'activité : 623-SOAG6230011.02-60087.

Le projet Fistula Care d'EngenderHealth remercie tout particulièrement le peuple américain pour son généreux soutien fourni par USAID à travers Fistula Care, un accord de coopération de cinq ans (n° GHS-A-007-00021-00).

Les opinions exprimées dans cet ouvrage n'engagent que les éditeurs et ne reflètent pas nécessairement celles d'USAID.

AVANT-PROPOS

La fistule obstétricale est un problème significatif et souvent négligé qui sévit en Afrique de l'Est, centrale et australe. Plus de 2 millions de femmes dans le monde vivent avec une fistule obstétricale, la plupart en Afrique subsaharienne.¹ Ce chiffre pourrait être sous-estimé, dans la mesure où les données concernant cette pathologie sont souvent limitées. Une étude a estimé qu'au moins 33 450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent chaque année dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne.²

La fistule obstétricale a de lourdes conséquences pour les femmes et la société. Les femmes atteintes souffrent de pertes constantes d'urine et/ou de matières fécales ; elles peuvent aussi devoir affronter d'autres complications, comme une dermatite au niveau de la vulve et des cuisses, des infections des voies urinaires, des dysfonctions sexuelles et l'infertilité. Elles perdent leur dignité et sont souvent stigmatisées, y compris dans leur propre famille. La plupart du temps, leur époux les abandonnent. La société en pâtit car les femmes ne sont pas en mesure d'aller à l'école, d'apporter leur contribution sur le plan économique ou de prendre soin de leurs enfants de manière efficace.

Pourtant, il est possible de prévenir et de traiter la fistule obstétricale. L'accès à des soins obstétricaux fiables et aux services de planification familiale peut réduire la survenue de la fistule obstétricale. L'amélioration de la nutrition et de l'éducation des jeunes filles et des femmes peut jouer un rôle important. Les changements au niveau des pratiques traditionnelles (comme le mariage précoce, les mutilations génitales féminines et l'environnement dans lequel de telles pratiques ont lieu) peuvent également réduire l'ampleur de la fistule obstétricale. Si une femme présente une fistule obstétricale, une réparation chirurgicale peut souvent l'en guérir ou en alléger les effets.

Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans la prévention et le traitement de la fistule obstétricale. Elles peuvent éduquer les femmes et leur communauté sur les risques du travail prolongé et dystocique. Elles peuvent assurer des consultations prénatales. Elles peuvent prendre des mesures pendant le travail et l'accouchement qui contribuent à prévenir la fistule obstétricale. Elles sont aussi des soignantes attentionnées et compétentes pour les femmes qui nécessitent un traitement. Elles peuvent aider les femmes qui ont subi une réparation chirurgicale à reprendre leur place dans la communauté et une vie productive.

Ce cours à l'attention des infirmières et des sages-femmes, mis au point par l'organisme East, Central and Southern Africa Health Community, en collaboration avec le projet Fistula Care d'EngenderHealth, est un outil important pour les pays qui s'efforcent de juguler le problème de taille posé par la fistule obstétricale. Le cours témoigne des compétences et des connaissances de dizaines de professionnels de santé dévoués qui mènent le combat pour mettre fin à la fistule obstétricale en Afrique.

Dr. Josephine Kibaru-Mbae, MB.CHB U.O.N —1984; MMED-U.O.N—1992
Directrice générale, East, Central, and Southern Africa Health Community

¹ Ruminjo, J. 2007. Obstetric fistula and the challenge to maternal health care systems. *IPPF Medical Bulletin* 41(4):3-4.

² Vangeenderhuysen, D., Prual, A., and Ould el Joud, D. 2001. Obstetric fistula: Incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 73(1):65-66.

PRÉFACE

Les infirmières et les sages-femmes sont en première ligne sur le front des soins de santé en Afrique de l'Est, centrale et australe, notamment dans le domaine des soins aux femmes et aux enfants. Elles jouent un rôle essentiel dans la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles. Dans le cas de la fistule obstétricale, elles peuvent prendre des mesures de première nécessité pour prévenir cette pathologie ; ce sont des membres indispensables de l'équipe qui intervient dans le traitement de la fistule et la réintégration successive des femmes dans leur communauté.

Ce cours sur la fistule obstétricale pour les personnels infirmiers est le fruit d'une étroite collaboration unique entre East, Central and Southern Africa Health Community (ECSA-HC) et le projet Fistula Care d'EngenderHealth, une organisation internationale de santé. Une pléiade d'experts régionaux et internationaux, composée de médecins, d'enseignants et d'administrateurs infirmiers, de sages-femmes et d'infirmières, a contribué à l'élaboration de ce document. Ils ont cerné les compétences fondamentales des infirmières et des sages-femmes, préparé la documentation, revu les manuscrits, suggéré des sources et des illustrations et partagé leur expérience en matière de soins aux femmes qui vivent avec une fistule obstétricale avec les participants.

Ce cours complet aborde plusieurs domaines fondamentaux : soins préventifs, traitement chirurgical et rééducation postopératoire, information, éducation, implication de la famille et de la communauté, activités de conseil et collecte et utilisation des données. Il comporte également des activités pédagogiques et des listes à cocher pour les techniques basées sur les compétences qui aident les infirmières et les sages-femmes à développer des compétences réelles en milieu hospitalier.

ECSA-HC s'engage à mettre fin à la fistule obstétricale. Ce cours constitue une étape de plus dans l'accomplissement de cet objectif.

Sheillah Matinhure, MPH (UZ), BSc. Ordre des infirmières, directrice DNE, RM, RGN,
Ressources humaines en santé et pour le développement des compétence, East,
Central and Southern Africa Health Community

INTRODUCTION POUR LES FORMATEURS

Présentation du cours

But et objectifs

Les infirmières et les sages-femmes sont des pièces maîtresses du dispositif des services de soins complets pour le traitement de la fistule obstétricale. Ce cours se propose de former les infirmières et les sages-femmes afin qu'elles acquièrent les connaissances, les compétences et les aptitudes qui leur permettront de prévenir la fistule obstétricale et de prendre soin des clientes qui en sont atteintes. Le cours aidera les participants à répondre aux besoins des clientes atteintes de fistule et à ceux de leur communauté.

À l'issue de cette formation, les infirmières et les sages-femmes seront en mesure d'effectuer les missions suivantes :

1. Informer et éduquer les femmes et leur communauté sur la fistule obstétricale, la manière de la prévenir et de la traiter
2. Utiliser le partogramme pour prévenir le travail prolongé et dystocique
3. Fournir des soins aux femmes qui vivent avec une fistule obstétricale et qui subissent une réparation chirurgicale
4. Impliquer les communautés dans la prévention et la prise en charge de la fistule et dans la réintégration des femmes qui vivent avec une fistule obstétricale au sein de la communauté
5. Plaider en faveur des femmes qui présentent une fistule obstétricale, des femmes qui ont subi une réparation chirurgicale de la fistule, et de la mise en place de services de traitement de la fistule.
6. Utiliser des données pertinentes pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule

Participants au cours

Ce cours est destiné aux infirmières et aux sages-femmes qui assistent les femmes en âge de procréer en Afrique de l'Est, centrale et australe. Les principaux destinataires visés sont :

- Les infirmières et les sages-femmes qui fournissent des services aux femmes vivant avec une fistule, notamment celles qui ont été récemment embauchées. Des exemples de ces services peuvent être :
 - Conseiller les femmes qui vivent avec une fistule sur les options thérapeutiques
 - Prendre soin des femmes avant, pendant et après la réparation chirurgicale
 - Fournir des informations aux femmes qui ont subi une réparation chirurgicale à leur sortie de l'hôpital
- Les infirmières et les sages-femmes qui travaillent sur certains aspects des soins de santé relatifs à la prévention de la fistule, comme par exemple :
 - Assurer des consultations prénatales
 - Fournir une éducation sanitaire au sein de la communauté
 - Seconder le travail et l'accouchement
- Les étudiantes infirmières et sages-femmes en année de stage ou qui suivent des études universitaires supérieures

Certains des modules du cours ne s'adresseront pas à tous les participants. Le cours est conçu de façon à ce que vous puissiez sélectionner les modules et les séances de formation qui répondent le mieux aux besoins spécifiques des participants.

Les participants à la formation sont censés déjà posséder les connaissances, compétences et aptitudes de base adéquates avant de participer à ce stage. Chacun des modules du cours décrit les conditions préalables requises.

Nombre de participants

Le nombre de participants doit être limité à 25. En fonction de la taille du groupe, les formateurs pourront être amenés à modifier certaines activités, comme les exercices par simulation, les travaux en petits groupes et les travaux pratiques.

Formateurs pour le cours

Ce cours est conçu pour être animé par des formateurs compétents et expérimentés. Bien que le cours contienne des informations qui vous guideront dans le parcours de formation et vous aideront à prendre des décisions qui favoriseront l'apprentissage, vous êtes censé maîtriser les concepts de formation pour adultes, pouvoir employer différentes méthodes et techniques de formation et savoir adapter les supports en fonction des besoins des participants.

Les formateurs doivent également connaître les normes et les recommandations de l'établissement ou de l'organisme qui parraine la formation en ce qui concerne la délivrance de certificats, le suivi d'apprentissage et l'encadrement continu. Songez à ces aspects lorsque vous vous préparez à dispenser le cours.

Les formateurs doivent posséder un solide bagage en matière de soins infirmiers et obstétricaux pour la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale. Une équipe de deux formateurs (soit deux co-formateurs, soit un formateur principal et un adjoint) peut être mise sur pied. Pendant qu'un formateur anime la séance, l'autre peut noter les informations sur le tableau-papier, contrôler la durée, veiller à ce que la discussion ne s'écarte pas des objectifs de la séance, servir d'animateur pendant les travaux en petits groupes et participer aux jeux de rôle.

Durée de la formation

Si toutes les séances du cours sont dispensées, les séances de formation devraient totaliser 48 heures ; la formation elle-même peut s'articuler sur une période de 7 à 10 jours. La formation peut toutefois prendre plus ou moins de temps en fonction (a) des connaissances et des compétences des participants et (b), du choix du formateur d'omettre certains objectifs et activités pédagogiques.

La durée suggérée pour les travaux pratiques varie en fonction (a) des connaissances et des compétences des participants, (b) du choix du formateur d'omettre certains travaux pratiques et (c), de la disponibilité des clientes et du personnel d'encadrement. Les auteurs de ce cours recommandent vivement aux participants d'effectuer des travaux pratiques s'ils seront bientôt amenés à mettre en pratique les compétences abordées dans ces travaux.

Si vous modifiez la durée de la formation, vous devrez peut-être aussi changer l'ordre des séances afin de tenir compte des contraintes de temps.

Le cours de formation

Remarque à propos du langage

Tout au long de ce cours, les femmes seront souvent désignées sous le nom de *clientes*. Nombreux sont les centres de santé dans lesquels les personnes qui reçoivent des soins sont qualifiées de *patients*, un mot qui renferme souvent une connotation de passivité et de mauvais état de santé. Ce cours utilise le mot *clientes* pour renforcer la notion de prise en charge de soi et suggérer un rôle actif aux personnes qui recourent aux services de santé. (Voir EngenderHealth. 2003. *COPE Handbook: A Process for Improving Quality in Health Services*. New York. www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope-handbook.php.)

Ce cours aborde les trois principaux axes autour desquels s'articule la fistule obstétricale : prévention, traitement et réintégration. Certains ouvrages utilisent le terme *réhabilitation* plutôt que *réintégration*. Nous avons choisi le terme *réintégration* pour désigner une démarche plus intégrée visant à aider les femmes après une réparation chirurgicale de la fistule, notamment les seconder pendant la période de rétablissement, fournir des conseils et un soutien émotionnel et prendre en charge leur réintégration sociale, ce qui peut comporter des efforts pour réduire la stigmatisation et la discrimination et accompagner une formation et une prise en charge professionnelles et pédagogiques.

Éléments du programme de formation

Le cours de formation se compose de quatre éléments principaux : modules de formation avec séances de formation, photocopiés, fiches pédagogiques et annexes.

Modules de formation avec séances de formation

La méthodologie et les instructions relatives au déroulement de la formation sont incluses dans six modules de formation :

1. Présentation de la fistule obstétricale
2. Prévention de la fistule obstétricale pendant la grossesse, le travail et l'accouchement
3. Prise en charge de la fistule obstétricale
4. Droits des clientes, information, éducation et implication de la communauté
5. Activités de conseil aux clientes présentant une fistule obstétricale
6. Utilisation des données pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule

Chaque module traite d'un aspect spécifique des soins. Chaque module comprend une série de séances de formation. Chaque séance comporte :

- Les objectifs de la séance
- Les points à retenir
- Les méthodes de formation suggérées
- Les supports et le matériel requis
- La préparation en amont
- Des astuces pédagogiques
- Une estimation du temps nécessaire à la formation
- Une description des activités de formation

Avant de commencer chaque séance, le formateur doit passer en revue les objectifs de la séance en les indiquant sur une feuille du tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur. Le formateur devra revoir les objectifs avec les participants à la fin de chaque module en résumant les points qui ont été abordés.

La section Étapes de la formation donne des instructions détaillées sur le déroulement de la séance, avec une durée suggérée pour chaque activité. Les astuces pédagogiques, qui apparaissent dans des encadrés mis en évidence, fournissent au formateur des informations générales et des suggestions sur le contenu ou sur les méthodes de formation.

Polycopiés

Les photocopiés aident le formateur à animer les activités de formation et fournissent des informations et des exercices pour les participants. Lorsque vous passez en revue les étapes de la formation pour chaque séance, lisez attentivement les photocopiés et identifiez les points clés à aborder pendant les discussions de groupe. Cette préparation en amont facilitera le passage en revue et la synthèse des photocopiés.

Les photocopiés pour chaque séance se présentent après les activités de la séance. Le formateur doit photocopier les photocopiés utilisés dans chaque séance et les remettre aux participants.

Fiches pédagogiques

Les fiches pédagogiques fournissent des informations complémentaires uniquement destinées au formateur. Elles comprennent des éléments comme des outils d'évaluation, des informations à propos des jeux de rôle et des corrigés. Les fiches pédagogiques pour chaque séance se présentent après les photocopiés.

Annexes

L'annexe A fournit des listes à cocher pour la réalisation des travaux pratiques. L'annexe B fournit un exemple de formulaire d'évaluation de stage à remettre aux participants à la fin du cours.

Supports et matériel de formation

Avant de commencer chaque module, le formateur doit rassembler tout le matériel et les supports précisés. Pour chaque module, le formateur aura besoin d'un tableau-papier, de ruban-cache ou de pastilles adhésives (« gommettes ») et de marqueurs de couleur.

Cette formation s'appuie en grande partie sur l'utilisation de tableaux-papier pour mener ou résumer les discussions. La plupart de ces supports peuvent être préparés en amont. Il existe toutefois un risque à trop utiliser les tableaux-papier :

- Le papier est cher et parfois rare.
- Les participants peuvent finir par se lasser d'une « formation par tableau interposé », même si l'idée est de donner un caractère interactif à la formation.
- Les participants ont besoin de pouvoir mémoriser et se référer à certaines des informations présentées et les photocopiés fonctionnent souvent mieux dans ces cas-là.

Des instructions spécifiques sont données sur le moment opportun pour écrire sur le tableau-papier ; essayez de ne pas outrepasser ces recommandations.

Si vous disposez d'un ordinateur portable, d'un vidéoprojecteur, d'un rétroprojecteur, de transparents, de marqueurs pour transparents et de courant, vous pouvez utiliser ces outils en plus des tableaux-papier ou en remplacement.

Comment utiliser le matériel

Conception de la formation

Ce cours a été conçu avec une certaine souplesse de manière à tenir compte des paramètres suivants :

- Différentes catégories d'infirmières et de sages-femmes (étudiantes infirmières, infirmières et sages-femmes travaillant avec des femmes qui vivent avec une fistule, infirmières et sages-femmes dispensant des soins généraux de santé reproductive aux femmes, etc.).
- Différents niveaux d'expérience, de connaissance et de compétence des participants
- Différents environnements socioculturels

La conception du cours sera déterminée en partie par l'expérience et la formation antérieure des participants. **Dans la plupart des cas, vous pourrez probablement décider d'omettre certains objectifs et activités pédagogiques afin de mieux répondre aux besoins des participants. Le but doit être de dispenser une formation qui sera mise en pratique dans un avenir proche.** Lorsque la formation est dispensée dans un centre de santé, le temps à disposition des professionnels de santé risque d'être limité ; il est néanmoins préférable que tous les participants assistent à l'ensemble des séances.

Les activités de ce cours ont été conçues pour remplir des objectifs spécifiques. Même si vous devez adapter le cours aux besoins des participants – ainsi qu'à l'environnement, à la culture et à d'autres facteurs locaux – vous devez rester aussi fidèle que possible aux instructions.

Utilisation des méthodes de formation

Le cours repose sur un ensemble de méthodes de formation, notamment des présentations et des exercices interactifs. Les étapes des séances de la formation fournissent des instructions au formateur. Bien que vous deviez présenter une partie des documents sous forme d'exposés, il pourrait être judicieux d'utiliser des méthodes participatives, comme des exercices en petits groupes et en groupe élargi, des jeux de rôle, des exercices par simulation et des discussions. Faites en sorte que l'exposé ne dure jamais plus de 15 à 20 minutes à chaque fois. Pendant l'exposé, utilisez si possible des supports visuels pour illustrer le contenu. Encouragez les participants à poser des questions pendant ou après chaque exposé.

Les méthodes participatives, comme les exercices par simulation, les jeux de rôle et les travaux pratiques, ont prouvé leur utilité dans la réussite des formations pour adultes. Même si les méthodes utilisées pour cette formation doivent avoir un caractère nettement interactif, à la fois pour réduire la durée de l'exposé et pour impliquer davantage les participants, le contenu du cours ne se prête pas toujours à de telles activités. Vous pouvez également employer les principes de formation pour adultes en incitant les participants à débattre des questions et à trouver des solutions basées sur leur expérience.

Travaux pratiques

L'annexe A fournit des listes à cocher pour travaux pratiques dans les domaines suivants :

- Utilisation du partogramme
- Sondage urinaire
- Bilan physique des femmes qui vivent avec une fistule obstétricale
- Soins préopératoires et postopératoires
- Activités de conseil (sept travaux pratiques, chacun alloué à une phase de soins différente)

Les travaux pratiques ont un impact fondamental sur l'expérience globale de formation. Après avoir terminé la partie théorique de la formation, les participants mettent en pratique ce qu'ils ont appris avec de vraies clientes. L'environnement clinique donne un caractère sérieux à la mise en pratique des connaissances difficile à atteindre en classe. Chaque participant doit prendre part aux travaux pratiques qui correspondent le mieux à ses missions professionnelles actuelles ou à venir. Le contact avec plusieurs clientes dans des contextes extrêmement variés aide les participants à mieux appréhender la fistule obstétricale, sa prévention et sa prise en charge.

Remarque : Lorsque ce cours s'adresse à des participants en poste, la formation théorique doit être soigneusement planifiée afin de garantir :

- La continuité des services essentiels dans les établissements où travaillent les participants.
- La présence de différents profils de clientes en nombre suffisant dans l'établissement dans lequel se déroulent les travaux pratiques.

Pour les formations de participants en poste, les formateurs devront faire preuve de souplesse concernant le programme de la formation.

Évaluation

L'évaluation est un élément important de la formation. Elle donne aux formateurs et aux participants une idée de ce que les stagiaires ont appris et vous aide à déterminer si les stratégies de formation adoptées ont été efficaces.

L'instauration ou l'amélioration des pratiques, des services et des protocoles de qualité permet de réellement apprécier la réussite de ce cours. Seul un suivi de formation permettra de le déterminer. Cependant, une évaluation plus immédiate du cours lui-même est également requise.

Ce cours fournit les possibilités d'évaluation suivantes :

- Évaluer les progrès des participants pendant la formation en posant des questions aux individus et aux groupes visant à tester leurs connaissances et leur compréhension
- Utiliser les quiz et autres exercices du cours pour tester les connaissances et la compréhension des participants
- Créer un test de début et un test de fin de module pour l'ensemble du cours et pour chaque module (vous pouvez utiliser les questions d'évaluation présentées dans la première fiche pédagogique fournie avec chaque module ou créer vos propres questions en fonction des besoins pédagogiques des participants).
- Observer les travaux pratiques et utiliser les listes à cocher correspondantes pour évaluer l'évolution des compétences des participants

Pendant les travaux pratiques, les formateurs et/ou les responsables doivent utiliser les listes à cocher fournies (voir l'annexe A) pour observer les participants. Le but de cette évaluation est d'identifier les points forts et les points faibles dans les compétences des participants. À l'aide des listes à cocher, discutez avec chacun des participants de la manière d'améliorer leurs compétences. Pour les centres de service, les prestations des participants durant les travaux pratiques doivent servir de base d'appréciation. Les résultats des travaux pratiques peuvent également servir à repérer les participants qui possèdent des aptitudes particulières et qui pourraient être de futurs candidats au poste de formateur.

Après la formation, le formateur ou un autre professionnel qualifié doit assurer le suivi auprès des participants pour voir comment ils ont appliqué leurs connaissances et leurs compétences fraîchement acquises. Si le suivi est confié à un responsable, le formateur doit le contacter pour savoir comment la formation a contribué à améliorer les services dans le milieu professionnel du participant.

Une évaluation de fin de stage permet aux participants de fournir une appréciation sur l'ensemble du processus de formation et sur les acquis. On utilisera le formulaire d'évaluation de stage (Annexe B) à cette fin en invitant les participants à répondre avec franchise (il sera peut-être plus facile pour eux de remplir le formulaire en gardant l'anonymat).

Adaptation du cours

À mesure que le cours avance et que vous vous familiarisez avec les modes d'apprentissage, les connaissances et les compétences des participants, vous serez peut-être amené à modifier légèrement le contenu ou le programme du cours. Les impératifs du calendrier des séances de formation varieront en fonction de l'expérience et des centres d'intérêt des participants ainsi que de votre niveau d'expérience correspondant.

Les formateurs doivent traiter tous les thèmes importants – dans l'ordre prescrit par le programme et les séances de formation – et laisser suffisamment de temps pour la discussion.

Préparation en amont

Sélection des participants à la formation

Une sélection soignée des participants est la clé de la réussite du programme de formation. Avant le début de la formation, le formateur doit obtenir le plus grand nombre de renseignements sur l'expérience professionnelle des participants au cours, y compris leur niveau de connaissance, leurs compétences et leurs aptitudes concernant les conditions préalables précisées au début de chaque module.

Pour évaluer les besoins et les capacités des participants avant la formation, le formateur peut s'entretenir avec les participants, les observer pendant l'accomplissement de leur service ou leur faire passer un test initial en utilisant les questions présentées dans la première fiche pédagogique fournie avec chaque module.

Si les participants sont inscrits dans un institut de formation en soins infirmiers ou qu'ils suivent une formation diplômante, le formateur devra s'informer sur les travaux de cours et les stages cliniques que les participants ont effectués.

Si les participants sont déjà insérés dans le monde professionnel, le formateur devra s'informer sur les points suivants :

- Leurs missions professionnelles
- Leur expérience en matière de soins prénataux
- Leur expérience dans l'assistance des femmes en travail
- Leur expérience en matière de soins préopératoires, peropératoires et postopératoires
- Leur expérience en matière de soins dispensés aux femmes qui présentent une fistule obstétricale
- La hiérarchie dirigeante sur leur lieu de travail
- Les programmes éventuellement mis en place sur le lieu de travail des participants pour fournir des services complets de traitement de la fistule

Pour obtenir ces renseignements, ECSA-HC et EngenderHealth recommandent aux formateurs de s'entretenir avec les administrateurs plus particulièrement impliqués dans la formation sur le lieu de travail respectif des participants.

Recommandations relatives à la préparation de la formation

Les étapes suivantes vous aideront à vous familiariser avec le cours et à vous préparer à animer la formation :

- Commencez par lire rapidement l'intégralité du cours et des photocopiés en une seule fois pour vous faire une idée générale de l'objet, du contenu et de la méthode de formation.
- Entretenez-vous ensuite avec les administrateurs du programme dans le centre de service ou la faculté de l'établissement d'enseignement où se déroulera le cours. Travaillez ensemble pour examiner l'objet de la formation, veiller à ce que des participants adéquats aient été choisis et déterminer la durée disponible/allouée à la formation.
- Relisez ensuite le cours, plus lentement cette fois-ci. Sélectionnez les séances de formation que vous animerez. Envisagez chaque séance en fonction des besoins des participants et de leurs clientes. Passez soigneusement en revue chaque photocopié qui sera utilisé. Les photocopiés sont une trace permanente de la formation que les participants emporteront avec eux ; ceux qui n'ont pas pu assister à la formation pourront également les consulter. Remaniez les photocopiés le cas échéant pour refléter la situation, les problèmes et les comportements locaux.
- Après avoir examiné et remanié (le cas échéant) les photocopiés, faites un nombre de photocopies suffisant pour tous les participants. Si vous le souhaitez, distribuez des photocopiés au début du cours pour que les participants puissent les lire comme référence. D'autres photocopiés sont spécifiquement prévus pour être distribués dans le cadre de l'activité de formation. Dans certains cas, vous distribuerez les photocopiés avant une séance de formation comme travail à la maison. Chaque participant doit être prévenu à l'avance de la nécessité d'apporter un carnet ou un classeur pour ranger et organiser les documents à mesure qu'ils sont distribués.
- Avant le début de chaque séance, notez la liste des objectifs pour la séance sur une feuille du tableau-papier. Si vous disposez d'un matériel de projection, vous pouvez utiliser des diapositives informatisées ou des transparents pour rétroprojecteur. Au début de chaque séance, énoncez brièvement les objectifs qui seront abordés. Passez également en revue les objectifs de la séance au cours d'une « synthèse » qui procurera un cadre d'évaluation relatif à l'accomplissement des objectifs et aux éventuelles lacunes de compréhension des participants. Ces lacunes pourront être abordées au cours de séances successives.

Création d'un environnement pédagogique positif

De nombreux facteurs contribuent à la réussite d'un cours de formation. Un facteur clé est l'environnement pédagogique. Les formateurs peuvent créer un environnement pédagogique positif en :

- *Respectant chaque participant.* Reconnaître les connaissances et les compétences que les participants apportent au cours. Faire preuve de respect en apprenant et en utilisant les noms des participants, en les encourageant à prendre part aux discussions et en leur demandant de faire part de leurs commentaires sur le programme du cours.
- *Donnant de fréquentes appréciations positives.* Les appréciations positives - notamment durant les exercices par simulation et les travaux pratiques – accroissent la motivation des participants et leurs facultés d'apprentissage. Dans la mesure du possible, validez les bonnes réponses et les bons gestes en les reconnaissant devant la classe et en faisant des commentaires tels que : « Excellente réponse ! », « Bonne question ! » et « Bon travail ! » Vous pouvez également valider les réponses des participants en faisant des commentaires tels que : « Je comprends que vous vous sentiez comme ça ». Vous devez également aider les participants à reconnaître les pratiques erronées et à mettre en place un plan visant à améliorer les performances.
- *Impliquant les participants.* Utilisez différentes méthodes de formation qui augmentent l'implication des participants, comme des questions, des études de cas, des discussions et des travaux en petits groupes.
- *Veillant à ce que les participants soient à l'aise.* La ou les salles de classe doivent être bien éclairées, bien aérées, calmes et maintenues à une température confortable. Programmer des pauses avec des rafraîchissements.

Retour d'expérience des participants

Les formateurs doivent ménager des temps pendant la formation pour permettre aux participants de soulever des questions susceptibles de perturber l'apprentissage, comme des questions liées aux situations personnelles, à l'hébergement ou au contenu. Dans la même optique, prévoir du temps à la fin des séances de formation pour permettre aux participants de partager leurs impressions sur le processus d'apprentissage et leur évaluation de l'efficacité des séances. Ces évaluations vous permettent d'apporter les éventuelles modifications nécessaires aux programmes de formation et de donner aux participants la possibilité de commenter le déroulement de la formation. Un bon moyen d'y parvenir est d'effectuer un exercice « plus/delta » décrit ci-dessous.

Vers la fin de la formation, demandez aux participants s'ils souhaitent des éclaircissements sur l'un des points ou s'ils souhaitent inclure d'autres thèmes lors des séances finales.

Réalisation d'un exercice Plus/Delta

Les exercices Plus/delta peuvent être utilisés pour solliciter des commentaires sur la formation. Grâce à ces exercices, les participants sont à même d'évaluer l'expérience formative ensemble en discutant des aspects de la formation qui se sont bien déroulés et en suggérant des façons de l'améliorer à l'avenir. Cet exercice peut être effectué chaque jour en fin de journée ou à la fin du stage.

La durée type d'un exercice plus/delta est comprise entre 15 et 30 minutes. Vous pouvez commencer par demander aux participants de nommer des aspects de la formation qui leur ont plu. Notez leurs commentaires dans la colonne gauche du tableau-papier intitulée « Plus » (ou « Ce qui m'a plu dans cette formation »). Demandez ensuite aux participants de citer des façons d'améliorer la formation et notez ces réponses dans la colonne droite du tableau-papier intitulée « Delta » (ou « Ce qui pourrait être fait pour améliorer la formation »).

Pour chaque point dans la colonne « Delta », engagez la discussion en demandant combien de participants sont d'accord ou si cette impression n'est le fait que d'un seul participant et encouragez les participants à faire des recommandations sur la manière de mettre en place les changements suggérés. Continuez à leur demander de faire des recommandations pour améliorer la formation jusqu'à ce que les participants aient épuisé les suggestions. (*Remarque* : Si les participants semblent réticents à évoquer les aspects négatifs de la formation, vous pouvez mentionner une chose à laquelle vous avez pensé pour améliorer les formations futures).

Si les suggestions d'amélioration des participants comportent des changements dans la salle de classe ou dans l'environnement de formation, faites part de ces suggestions à la personne susceptible de pouvoir y remédier.

À la fin du cours de formation

Il est important de résumer le contenu et les activités du cours pour les participants. Soulignez les points essentiels et examinez les problèmes ou les difficultés spécifiques qui ont été soulevés pendant le cours.

À la fin de la formation, vous pouvez décider de faire passer un test de fin de module comportant les questions d'évaluation présentées dans la première fiche pédagogique fournie avec chaque module ou d'autres questions qu'ils jugent importantes. Le test de fin de module vous aidera à évaluer les changements dans les connaissances des participants en matière de fistule obstétricale. Il est également important que les participants renseignent l'évaluation de fin de stage (Annexe B) pour que vous puissiez examiner l'ensemble du processus de formation et les acquis.

Missions après la formation

Les participants qui terminent ce cours seront en mesure d'assurer les missions suivantes :

- Sensibiliser la communauté sur le thème de la fistule obstétricale et ses causes afin d'en prévenir la survenue et de diminuer la souffrance des jeunes filles et des femmes.
- Identifier et rectifier les mythes concernant la fistule obstétricale dans la communauté afin de sensibiliser ses membres sur la nécessité d'une intervention médicale en temps utile afin de prévenir une souffrance inutile chez les jeunes filles et les femmes.
- Plaider en faveur de l'instauration de services de traitement de la fistule auprès des autorités civiles et sanitaires locales.
- Fournir des informations aux clientes sur les facteurs qui peuvent contribuer à la formation d'une fistule obstétricale chez les jeunes filles et les femmes pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et après l'accouchement.
- Conseiller les personnes, les familles et les communautés sur la fistule obstétricale, notamment sur les causes, les interventions de réparation, l'autonomie en matière de santé, les résultats et les soins consécutifs à la réparation afin de leur donner les moyens de prendre des décisions éclairées.
- Identifier les jeunes filles et les femmes atteintes de fistule obstétricale au sein de la communauté et leur donner des informations sur le dispositif d'orientation et les endroits où elles peuvent se procurer de l'aide.
- Fournir des soins de qualité afin de prévenir la survenue de la fistule obstétricale :
 - Pendant la grossesse (consultations prénatales, planification des naissances, dépistage)
 - Pendant le travail et l'accouchement (utilisation du partogramme, sondage, assistance pendant la césarienne)
 - Après l'accouchement (dépistage de pertes, sondage)
- Dispenser des soins infirmiers avant, pendant et après la réparation chirurgicale de la fistule.
- Identifier les clientes présentant une fistule obstétricale dans le centre de santé, réaliser un bilan et une prise en charge préliminaires et rediriger les clientes vers un centre spécialisé pour une prise en charge adéquate.
- Appliquer les principes de prévention des infections en se recentrant sur les domaines de soins spécifiques aux services pour la fistule (évaluation de la cliente, préparation préopératoire, soins consécutifs à la réparation, sondage).
- Ranger, inventorier et conserver les instruments, le matériel et les fournitures dans les centres de santé afin de pouvoir traiter rapidement les clientes qui présentent une fistule obstétricale.
- Réintégrer les clientes qui ont subi une réparation chirurgicale de la fistule obstétricale dans la communauté par le biais de consultations individuelles et familiales et d'un travail en lien avec les organisations sociales afin de promouvoir la santé et la dignité des femmes.
- Travailler en lien avec les groupes de soutien, les organisations de protection sociale, les organisations juridiques, les partenaires de santé et les agences gouvernementales afin que les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale puissent se prendre en charge sur le plan psychologique, social et économique.
- Consigner et conserver des informations précises et correctes sur les clientes qui présentent une fistule obstétricale.
- Surveiller et évaluer les services de traitement de la fistule afin de les améliorer.
- Mener des études ou y prendre part, analyser les données et divulguer les conclusions liées à la fistule afin de les utiliser dans les prises de décision visant à améliorer les services de traitement de la fistule.

Après le cours de formation

Suivi

La connaissance de la fistule obstétricale ne s'arrête pas lorsque le cours prend fin. À la fin de la formation, la plupart des participants auront acquis de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences et auront une meilleure compréhension de la manière de prévenir et de prendre en charge la fistule obstétricale. À la fin de cours, travaillez avec les participants pour élaborer un plan d'action avec des buts et des objectifs ; ces plans mettent l'accent sur la façon de mettre à profit les connaissances et les compétences fraîchement acquises pendant la formation. Lors de l'examen des plans d'action en compagnie des participants, vous souhaiterez peut-être aborder la nécessité et la possibilité d'élargir les formations sur les questions liées à la fistule à l'ensemble du personnel de ou des centres dans lesquels évoluent les stagiaires (consulter le site Internet d'EngenderHealth, www.engenderhealth.org, pour de plus amples informations sur les formations élargies à l'ensemble du site).

Après le cours, assurez le suivi avec les responsables et/ou les administrateurs pour vérifier si les participants mettent à profit leurs connaissances et compétences fraîchement acquises lorsqu'ils dispensent des services de santé reproductive aux femmes en âge de procréer. Dans la mesure du possible, respecter le protocole de soins pour les femmes enceintes, les femmes en travail et les clientes présentant une fistule.

Si les participants ne bénéficient pas de la coopération de leurs collègues et du soutien de leurs responsables, il leur sera difficile de mettre en œuvre ce qu'ils ont appris sur leur lieu de travail. Pour ces raisons et d'autres encore, abordez le suivi avec les responsables du lieu de travail avant la formation et avec les participants pendant la formation. Dans la mesure du possible, les responsables et les administrateurs de l'établissement doivent être orientés vers le traitement de la fistule et explorer les implications en termes de changement dans les services existants afin de fournir des services de traitement de la fistule. Cette démarche aidera les responsables à apporter un soutien plus efficace aux professionnels de santé dans la mise en pratique de leurs compétences fraîchement acquises.

Avant de commencer la formation, vous devez comprendre votre rôle dans le processus de suivi. Ce suivi prendra différentes formes, dictées par les besoins des participants, votre disponibilité et des considérations financières. Les mécanismes de suivi comprennent les points suivants :

- *Rendre visite aux participants sur leur lieu de travail.* Il s'agit de la manière la plus efficace d'assurer le suivi du cours, notamment si les participants ont mis en place un plan d'action avec des buts et des objectifs. Dans la mesure du possible, engagez une discussion avec les participants pour aborder les défis et les réussites liés à l'intégration de leurs acquis dans les services existants. Les questions administratives et autres problèmes auxquels les participants peuvent devoir faire face seront débattus à ce moment-là.
- *Inviter les participants à se rendre dans d'autres établissements ou à rencontrer d'autres soignants qui dispensent des soins de qualité dans le cadre de la prévention et de la prise en charge de la fistule obstétricale.* Au cours de ces visites et de ces réunions, les participants pourront observer des services de qualité et obtenir des conseils utiles de la part des soignants qui dispensent avec succès des services de prévention et de prise en charge.

Le suivi est un aspect crucial de la formation et il est primordial pour la réussite d'un cours. Les participants à la formation doivent savoir qui assurera le suivi, comment il sera assuré et le moment et la façon dont il aura lieu.

MODULE 1: PRÉSENTATION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Introduction

Ce module présente le cours sur la fistule obstétricale pour infirmières et sages-femmes et fournit aux participants des informations de base concernant la fistule obstétricale, y compris l'anatomie et la physiologie affectées par celle-ci, les types et les manifestations de la pathologie et son incidence et sa prévalence en Afrique. Les participants identifieront les organes touchés par la fistule obstétricale, découvriront ses causes et ses conséquences et acquerront une meilleure compréhension de l'impact de la fistule sur les jeunes filles et les femmes qui vivent avec cette pathologie. Le contenu abordé dans ce module de présentation sert d'assise au reste du cours sur la fistule obstétricale en préparant les participants à l'acquisition de connaissances et de compétences pour prévenir et prendre en charge la fistule obstétricale, en éduquant et en conseillant les clientes qui présentent une fistule et en utilisant les données pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule.

Conditions préalables

- Connaissances de base de l'anatomie et de la physiologie des appareils génital, urinaire et gastro-intestinal de la femme

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Décrire le contenu des six modules qui composent le cours pour les infirmières et les sages-femmes sur la fistule obstétricale
- Définir la fistule obstétricale
- Décrire l'anatomie des structures suivantes affectées par la fistule obstétricale : vagin, utérus, vessie, urètre, uretères, rectum et appareil génital externe de la femme
- Décrire l'anatomie du bassin osseux de la femme
- Décrire la physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale
- Identifier et différencier les différents types de fistule obstétricale
- Mettre l'accent sur les causes médicales de la fistule obstétricale et les facteurs sociaux concourants
- Identifier les facteurs traditionnels/culturels qui affectent la santé reproductive des femmes et des jeunes filles et qui peuvent contribuer à la formation de la fistule obstétricale
- Expliquer les manifestations cliniques de la fistule obstétricale
- Décrire les conséquences médicales et sociales de la fistule
- Décrire l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique
- Identifier les tranches d'âge généralement affectées par la fistule obstétricale en Afrique

Présentation du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Introduction au cours sur la fistule obstétricale	30 minutes
A. Présentation de l'atelier	20 minutes
B. Présentation du cours	10 minutes
2. Anatomie et physiologie de la fistule obstétricale	1 heure et 15 minutes
A. Anatomie des structures affectées par la fistule obstétricale	45 minutes
B. Physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale	30 minutes
3. Types et manifestations de la fistule obstétricale	2 heures et 15 minutes
A. Types de fistule obstétricale	15 minutes
B. Causes de la fistule obstétricale	1 heure
C. Manifestations cliniques et conséquences médicales de la fistule obstétricale	30 minutes
D. Conséquences sociales de la fistule obstétricale	30 minutes
4. Incidence et prévalence de la fistule obstétricale en Afrique	1 heure et 10 minutes
A. Ampleur du problème posé par la fistule obstétricale en Afrique	30 minutes
B. Évaluation du module I	40 minutes
Durée totale	5 heures et 10 minutes

Évaluation

- Fiche pédagogique 1-1 : Évaluation et corrigé du module 1

SÉANCE I

Introduction au cours sur la fistule obstétricale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire les six modules qui composent le cours pour les infirmières et les sages-femmes sur la fistule obstétricale

POINTS À RETENIR

- Les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale sont victimes de conséquences physiques, psychologiques et sociales dévastatrices.
- Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale ainsi que dans la prise en charge et la rééducation des clientes qui vivent avec une fistule obstétricale.
- Cette formation fournira aux infirmières et aux sages-femmes les connaissances et les compétences nécessaires pour remplir ce rôle.
- Ce cours s'articule en six modules :
 1. Présentation de la fistule obstétricale
 2. Prévention de la fistule obstétricale pendant la grossesse, le travail et l'accouchement
 3. Prise en charge de la fistule obstétricale
 4. Droits, information, éducation des clientes et implication de la communauté
 5. Activités de conseil aux clientes présentant une fistule obstétricale
 6. Utilisation des données pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule

Méthodes de formation

- Accueil et introduction
- Histoire/discussion
- Présentation

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 1-A : Présentation du cours
- Fiche pédagogique 1-1 : Évaluation et corrigé du module 1
- [Facultatif] Fiche pédagogique 1-2 : L’histoire de Terefa
- [Facultatif] *Obstetric Fistula Digital Stories*, vidéo narrative numérique sur la fistule obstétricale

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

- Un récit personnel permet de relayer les conséquences physiques et sociales dévastatrices de la fistule obstétricale. Pour la partie A, activité 2, utilisez l’un des supports suivants :
 - L’une des vidéos narratives numériques sur la fistule obstétricale *Obstetric Fistula Digital Stories* racontant l’histoire de femmes vivant avec une fistule dans les régions rurales de l’Ouganda, consultables en ligne sur <http://www.engenderhealth.org/our-work/maternal/digital-stories-uganda-fistula.php>
 - L’histoire particulièrement convaincante d’une cliente présentant une fistule que vous avez vue, soignée ou rencontrée
 - Fiche pédagogique 1-2 : L’histoire de Terefa
- Cette séance est conçue pour les participants qui suivront la totalité ou la quasi-totalité des cours sur la fistule obstétricale dans l’ordre. Elle introduit ces participants aux thèmes qui seront abordés et explique l’organisation et la raison de ces travaux de cours. Si vous n’animez que certains modules choisis du cours sur la fistule obstétricale, ignorez la partie B de cette séance (Présentation du cours).

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Partie A, activité 2 : Décidez si vous allez montrer une vidéo ou raconter une histoire. Si vous optez pour un récit personnel, soulignez les principaux éléments de l'histoire de la cliente.
3. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant l'objectif de cette séance.
4. Partie B, activité 1 : Passez en revue le polycopié 1-A.
5. Photocopiez le polycopié 1-A pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si vous souhaitez effectuer un test initial pour le module I, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique I-I (en vous basant sur les séances et le contenu que vous allez aborder) pour créer le test. Le test initial rallongera la durée de la séance I de 20 minutes environ. Les bonnes réponses sont reproduites en **caractères gras**.

Durée de la séance (totale) : 30 minutes

SÉANCE I

Étapes de la formation

PARTIE A : PRÉSENTATION DE L'ATELIER

Durée : 20 minutes

Activité I : Accueil et présentations (10 minutes)

1. Accueillez les participants.
2. Présentez-vous (si les participants ne vous connaissent pas).
3. Demandez à chaque participant de se présenter brièvement (si vous ne connaissez pas tous les participants ou s'ils ne se connaissent pas tous).

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

- Ajustez la durée et le déroulement de la présentation pour tenir compte de la situation spécifique (par exemple, si le module est dispensé dans le cadre de la formation de participants en poste dans un établissement de taille relativement contenue, les présentations ne seront peut-être pas nécessaires).
- [Facultatif] Dans le cadre des présentations, demandez à chaque participant d'indiquer s'il a déjà rencontré une cliente présentant une fistule obstétricale. Ceci vous aidera à évaluer le degré de familiarité des participants avec cette pathologie. Si tous les participants ou certains d'entre eux ont déjà traité des cas de fistule obstétricale, vous pourrez puiser dans leur expérience pour rendre la formation plus interactive. Si la plupart des participants sont peu familiarisés avec la fistule obstétricale, vous devrez vous appuyer sur les exposés et les présentations.

Remarque : Cette option convient mieux aux participants qui ont déjà une expérience de la profession d'infirmière ou de sage-femme qu'aux étudiantes qui sont en année de stage.

Activité 2 : Histoire/Discussion (10 minutes)

1. Racontez l'histoire d'une femme présentant une fistule obstétricale (un récit personnel ou l'histoire de Terefa reproduite dans la fiche pédagogique 1-2) ou montrez l'une des vidéos narratives de la série *Obstetric Fistula Digital Stories*.
2. Demandez aux participants de décrire leurs réactions à l'écoute du récit ; qu'ont-ils ressenti ?
3. Résumez les commentaires des participants en mettant l'accent sur les conséquences médicales et sociales dévastatrices de la fistule obstétricale.

PARTIE B : PRÉSENTATION DU COURS

Durée : 10 minutes

Activité I : Présentation (10 minutes)

1. Passez en revue l'objectif de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Expliquez que les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale ainsi que dans la prise en charge et la rééducation des clientes qui vivent avec une fistule obstétricale.
3. Indiquez que cette formation fournira aux infirmières et aux sages-femmes les connaissances et les compétences nécessaires pour remplir ce rôle.
4. Distribuez le polycopié 1-A et décrivez brièvement le contenu de chaque module.
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant la formation.

SÉANCE 2

Anatomie et physiologie de la fistule obstétricale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir la fistule obstétricale
- Décrire l'anatomie des structures suivantes affectées par la fistule obstétricale : vagin, utérus, vessie, urètre, uretères, rectum et appareil génital externe de la femme
- Décrire l'anatomie du bassin osseux de la femme
- Décrire la physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale

POINTS À RETENIR

- La fistule obstétricale est une communication anormale entre l'appareil génital (habituellement le vagin) et les voies urinaires (la vessie le plus souvent) ou l'appareil digestif (habituellement le rectum) ou les deux. La fistule obstétricale se constitue généralement après plusieurs jours de travail prolongé ou dystocique.
- La vessie et l'urètre se situent directement en avant du vagin.
- Le rectum se situe directement en arrière du tiers supérieur du vagin.
- Les uretères ont un trajet latéral adjacent à la paroi antéro-supérieure du col de l'utérus.
- Une connaissance de la forme et des dimensions d'un bassin de femme normal est essentielle pour une bonne compréhension du travail et de ses anomalies.
- En cas de travail prolongé ou dystocique, la pression constante exercée par la tête du bébé contre le bassin de la mère peut réduire l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum. Ceci conduit à une *nécrose* (mort des tissus) qui provoque la formation d'une fistule.
- Comprendre les fonctions des structures affectées par la fistule obstétricale est essentiel à la compréhension des différents types de fistule obstétricale et de leurs manifestations cliniques.

Méthodes de formation

- Présentation
- Sac de pioche
- Séance de questions-réponses

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 1-B : Anatomie de la fistule obstétricale
- Polycopié 1-C : Physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale
- Fiche pédagogique 1-3 : Corrigé du jeu de pioche sur l'anatomie
- Éléments du jeu de pioche (sac, bouts de papier numérotés de 1 à 18)

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les photocopies 1-B et 1-C.
3. Préparez les tableaux-papier, les diapositives informatisées ou les transparents pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs pour cette séance
 - Anatomie externe de la femme
 - Anatomie externe de la femme
 - Anatomie du bassin osseux de la femme
4. Préparez les éléments du jeu de pioche (voir la description à la partie A, activité 2).
5. Photocopiez les photocopies 1-B et 1-C pour les participants.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 15 minutes

SÉANCE 2

Étapes de la formation

PARTIE A : ANATOMIE DES STRUCTURES AFFECTÉES PAR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 45 minutes

Activité I : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Distribuez le polycopié 1-B.
3. Lisez à haute voix la définition de la fistule obstétricale sur le polycopié.
4. Indiquez que les différents types de fistule obstétricale, et leurs causes, seront décrits en détail au cours de la séance suivante.

Activité 2 : Jeu de pioche (20 minutes)

1. Montrez le premier schéma du polycopié 1-B à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
2. Expliquez que vous allez utiliser un « jeu de pioche » pour examiner l'anatomie du bassin de la femme, en commençant par les structures externes.
3. Préparez le jeu de pioche comme suit :
 - Placez les bouts de papier numérotés de 1 à 6 dans un sac.
 - Demandez aux participants de piocher des numéros dans le sac.
 - Demandez au participant qui a pioché le numéro « 1 » d'identifier la structure anatomique correspondante. (*Remarque* : La fiche pédagogique 1-3 fournit un corrigé).
 - Si le participant donne la bonne réponse (clitoris), validez et notez « 1 = Clitoris » sur le tableau-papier.
 - Si le participant donne la mauvaise réponse, dites-lui que la réponse est incorrecte et demandez si quelqu'un d'autre reconnaît la structure. Dès que quelqu'un donne la bonne réponse, validez et notez celle-ci sur le tableau-papier.
 - Répétez le processus pour toutes les structures externes restantes.
4. Montrez le deuxième schéma du polycopié 1-B à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
5. Préparez un second jeu de pioche selon les indications ci-dessus, en utilisant les bouts de papier numérotés de 7 à 18 pour examiner les structures internes de l'anatomie du bassin de la femme.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En raison de leur formation d'infirmière/de sage-femme, les participants sont censés connaître l'anatomie féminine de base et être capables d'identifier les structures du schéma. Si vous n'effectuez pas de test initial, le jeu de pioche vous permettra d'évaluer leurs connaissances. Si les participants montrent qu'ils maîtrisent bien le sujet, passez à l'activité suivante ; dans le cas contraire, vous devrez passer les schémas en revue avec eux avant de poursuivre.

Activité 3 : Présentation (20 minutes)

1. Rappelez aux participants la définition de la fistule obstétricale donnée dans le polycopié 1-B.
2. Montrez le deuxième schéma du polycopié 1-B (Anatomie du bassin de la femme – Configuration interne) à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
3. Soulignez la proximité entre le vagin et la vessie, l'urètre, les uretères et le rectum.
 - La vessie et l'urètre se situent directement en avant du vagin.
 - Le rectum se situe directement en arrière du tiers supérieur du vagin.
 - Les uretères ont un trajet latéral adjacent à la paroi antéro-supérieure du col de l'utérus.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Le schéma anatomique du polycopié I-B ne reproduit pas les uretères. Si possible, utilisez un modèle ou un schéma anatomique tiré d'un précis d'anatomie pour montrer l'emplacement des uretères et souligner leur proximité du col de l'utérus.

4. Montrez le troisième schéma du polycopié 1-B (Anatomie du bassin osseux de la femme) à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
5. Dites bien qu'il est essentiel de connaître la forme et les dimensions d'un bassin de femme normal pour une bonne compréhension du travail et de ses anomalies.
6. Décrivez l'anatomie du bassin osseux de la femme, selon la description du polycopié 1-B, en citant :
 - L'ilium
 - L'ischium
 - Le pubis
 - Le sacrum
 - Le coccyx
7. Abordez le passage de la tête fœtale à travers les détroits supérieur et inférieur du bassin, en vous appuyant sur le polycopié 1-B.
8. Expliquez qu'en cas de travail prolongé ou dystocique, la pression constante exercée par la tête du bébé contre le bassin de la mère peut réduire l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum. Ceci conduit à une *nécrose* (mort des tissus) qui provoque la formation d'une fistule.
9. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'anatomie des structures affectées par la fistule obstétricale.

PARTIE B : PHYSIOLOGIE DES STRUCTURES AFFECTÉES PAR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Séance de questions-réponses (30 minutes)

1. Montrez le schéma anatomique des structures externes du polycopié 1-B à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
2. À l'aide du polycopié 1-C, préparez une séance de questions-réponses pour examiner les fonctions des structures externes affectées par la fistule obstétricale.
 - Demandez à un participant de décrire la fonction du clitoris.
 - Si le participant donne la bonne réponse, validez-la.
 - Si le participant donne une mauvaise réponse ou une réponse incomplète, dites-lui que la réponse est incorrecte (ou incomplète) et demandez si quelqu'un d'autre connaît sa fonction. Au besoin, fournissez des informations supplémentaires (tirées du polycopié 1-C).
 - Répétez le processus pour les autres structures externes reproduites dans le polycopié 1-C.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En raison de leur formation, les participants sont censés connaître la physiologie de base et être capables d'identifier les fonctions des structures concernées. Si les participants montrent qu'ils maîtrisent bien le sujet, passez à la séance suivante ; dans le cas contraire, vous devrez consacrer plus de temps à l'examen de ces informations avec eux avant de poursuivre.

3. Montrez le schéma anatomique des structures internes du polycopié 1-B à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier.
4. À l'aide du polycopié 1-C, préparez une séance de questions-réponses pour examiner les fonctions des structures internes affectées par la fistule obstétricale.
 - Demandez à un participant de décrire la fonction du vagin.
 - Si le participant donne la bonne réponse, validez-la.
 - Si le participant donne une mauvaise réponse ou une réponse incomplète, dites-lui que la réponse est incorrecte (ou incomplète) et demandez si quelqu'un d'autre connaît sa fonction. Au besoin, fournissez des informations supplémentaires (tirées du polycopié 1-C).
 - Répétez le processus pour les autres structures externes reproduites dans le polycopié 1-C.
5. Distribuez le polycopié 1-C.
6. Insistez sur le fait qu'il est essentiel de comprendre les fonctions des structures affectées par la fistule obstétricale pour bien appréhender les différents types de fistule obstétricale et leurs manifestations cliniques, dans la mesure où la fistule obstétricale modifie le fonctionnement normal des organes concernés.
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant la physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale.

SÉANCE 3

Types et manifestations de la fistule obstétricale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Identifier et différencier les différents types de fistule obstétricale
- Mettre l'accent sur les causes médicales de la fistule obstétricale et les facteurs sociaux concourants
- Identifier les facteurs traditionnels/culturels qui affectent la santé reproductive des femmes et des jeunes filles et qui peuvent contribuer à la formation de la fistule obstétricale
- Expliquer les manifestations cliniques de la fistule obstétricale
- Décrire les conséquences médicales et sociales de la fistule

POINTS À RETENIR

- Les cinq types de fistule obstétricale sont les suivants :
 - Fistule vésico-vaginale (FVV) : Entre la vessie et le vagin
 - Fistule recto-vaginale (FRV) : Entre le rectum et le vagin
 - Fistule uréthro-vaginale : Entre l'urètre et le vagin
 - Fistule urétéro-vaginale : Entre l'ostium urétral et le vagin
 - Fistule vésico-utérine : Entre l'utérus et la vessie
- La fistule vésico-vaginale (FVV) est le type de fistule obstétricale le plus fréquent
- Une cliente peut présenter une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale en même temps - la fistule combinée FVV et FRV est le second type de fistule obstétricale le plus fréquemment observé.
- La cause la plus fréquente de la fistule obstétricale dans les pays en développement est le travail prolongé ou dystocique.
- D'autres causes médicales à l'origine de la fistule peuvent être les suivantes :
 - Traumatisme provoqué par des violences sexuelles
 - Lésions chirurgicales accidentelles
 - Avortements non médicalisés
 - Pratiques traditionnelles nocives
 - Maladies ou traitements par radiothérapie
- La plupart des femmes qui développent une fistule obstétricale pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins médicaux dont elles avaient besoin.
- Les problèmes liés à l'accès aux soins obstétricaux en temps utile, qui peuvent se traduire par le décès de la mère ou par des complications (y compris la fistule), sont généralement désignés sous le nom de « Trois retards » :
 1. Un retard dans la décision de recourir aux soins
 2. Un retard à accéder au centre de santé
 3. Un retard à recevoir les soins/l'attention adéquats au centre
- D'autres facteurs sociaux contribuant à la fistule obstétricale peuvent être les suivants :
 - Pauvreté
 - Mariage et l'accouchement précoces
 - Discrimination liée au genre
 - Malnutrition et un développement compromis
 - Informations inadéquates sur la planification familiale

POINTS À RETENIR (suite)

- Les croyances culturelles peuvent contribuer au problème posé par la fistule obstétricale, notamment les rumeurs ou les mythes liés aux :
 - Causes de la fistule
 - Raisons pour lesquelles certaines femmes développent une fistule
 - Raisons pour lesquelles certaines femmes présentant une fistule ne recourent pas aux soins
- Les pertes d'urine et/ou de matières fécales constituent la première manifestation clinique de la fistule obstétricale.
- Le type de fistule détermine la forme d'incontinence dont souffre la femme.
- Les pertes d'urine et/ou de matières fécales provoquent en général une odeur désagréable et/ou des pertes vaginales malodorantes.
- Conjointement avec un travail prolongé ou dystocique, la fistule obstétricale peut entraîner une multitude de complications d'ordre physique et psychiques, et notamment :
 - Séquelles gynécologiques
 - Lésions nerveuses
 - Lésions dermatologiques
 - Anomalies osseuses
 - Anxiété et dépression
 - Pathologies connexes (déshydratation, calculs vésicaux, malnutrition, anémie, infections des voies urinaires et atteinte hépatique)
- Les conséquences sociales pour les femmes vivant avec une fistule obstétricale peuvent être les suivantes :
 - Stigmatisation liée à la naissance d'un enfant mort-né
 - Exposition aux mythes et aux idées reçues à propos de la fistule
 - Isolement social (à cause de l'odeur désagréable, les femmes qui présentent une fistule peuvent être perçues comme impures et sont souvent exclues, ou s'excluent elles-mêmes, de toute participation aux activités de la communauté).
 - Séparation/divorce
 - Honte, manque d'estime de soi et autres problèmes psychologiques
 - Incapacité de subvenir à ses besoins (de nombreuses femmes qui présentent une fistule vivent pendant des années sans le moindre soutien social ou financier et sombrent dans un dénuement extrême).
 - Suicide
- « Comprendre qu'il faut traiter la personne atteinte de fistule 'dans son ensemble' – non pas simplement ses lésions vésicales ou rectales - est la notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule » (Lewis Wall, 1998).

Méthodes de formation

- Exposé/discussion
- Discussion de groupe
- Histoire
- Exercice individuel/compte rendu en groupe
- Histoire/discussion

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 1-D : Types de fistule obstétricale
- Polycopié 1-E : Causes médicales de la fistule obstétricale
- Polycopié 1-F : Facteurs concourant à la fistule obstétricale
- Polycopié 1-G : Mythes et idées reçues à propos de la fistule
- Polycopié 1-H : Manifestations cliniques et conséquences médicales de la fistule obstétricale
- Polycopié 1-I : Conséquences sociales de la fistule obstétricale
- [Facultatif] Fiche pédagogique 1-2 : L'histoire de Terefa
- [Facultatif] *Obstetric Fistula Digital Stories*, vidéo narrative numérique sur la fistule obstétricale
- [Facultatif] *UNFPA Fistula Advocacy*, vidéo plaidoyer sur la fistule du FNUPA
- Papier et crayon/stylo pour chaque participant

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les polycopiés de 1-D à 1-I.
3. Décidez si vous allez montrer une vidéo ou raconter une histoire au cours de l'activité 2 de la partie D. Si vous optez pour un récit personnel, soulignez les principaux éléments de l'histoire de la cliente.
4. Préparez les tableaux-papier, les diapositives informatisées ou les transparents pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs pour cette séance
 - Schéma des quatre types de fistule obstétricale les plus fréquents (tiré du polycopié 1-D)
 - Schéma illustrant la manière dont un travail prolongé ou dystocique provoque une fistule obstétricale (tiré du polycopié 1-E)
 - Les « Trois retards » (tirés du polycopié 1-F)
 - Citation de Lewis Wall (tirée du polycopié 1-I)
5. Photocopiez les polycopiés 1-D et 1-I pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Dans la mesure où la séance 3 dure 2 heures et 15 minutes, il sera peut-être difficile de la mener à bien en un seul jour. Si vous devez diviser la séance, nous vous suggérons d'animer la partie A (Types de fistule obstétricale) et la partie B (Causes de la fistule obstétricale) un jour et la partie C (Manifestations cliniques et conséquences médicales de la fistule obstétricale) et la partie D (Conséquences sociales de la fistule obstétricale) le lendemain. Si vous animez toutes les séances en un seul jour, songez à programmer une pause entre les parties B et C.

Durée de la séance (totale) : 2 heures, 15 minutes

SÉANCE 3

Étapes de la formation

PARTIE A : TYPES DE FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 15 minutes

Activité 1 : Exposé/Discussion (15 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Demandez aux participants de nommer les structures anatomiques internes affectées par la fistule obstétricale :
 - Vagin
 - Vessie
 - Urètre
 - Uretère
 - Rectum
3. Distribuez le polycopié 1-D.
4. Décrivez les types de fistule obstétricale les plus fréquents à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier déjà préparé pour indiquer l'emplacement de chaque type :
 - Fistule vésico-vaginale (FVV) : Entre la vessie et le vagin
 - Fistule recto-vaginale (FRV) : Entre le rectum et le vagin
 - Fistule uréthro-vaginale : Entre l'urètre et le vagin
 - Fistule urétéro-vaginale : Entre l'ostium urétral et le vagin
 - Fistule vésico-utérine : Entre l'utérus et la vessie
5. Expliquez les informations suivantes concernant les types de fistule obstétricale :
 - Les noms des types de fistule obstétricale désignent les structures anatomiques affectées.
 - Une cliente peut parfois développer une fistule combinée FVV et FRV.
 - Le type de fistule obstétricale le plus fréquent est la FVV.
 - Le second type le plus fréquent est la fistule combinée FVV et FRV.
 - La fistule uréthro-vaginale est relativement peu fréquente, par rapport aux types FVV et FRV.
 - La fistule urétéro-vaginale, elle aussi relativement peu fréquente, est généralement le résultat de lésions subies au cours d'interventions gynécologiques.
 - La fistule vésico-utérine est une complication relativement rare de la césarienne.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les types de fistule obstétricale.

PARTIE B : CAUSES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 1 heure

Activité 1 : Exposé/Discussion (15 minutes)

1. Demandez aux participants de nommer une cause de fistule obstétricale que nous avons abordée auparavant :
 - Travail prolongé ou dystocique
2. Expliquez comment le travail prolongé ou dystocique provoque une fistule obstétricale à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou d'un dessin sur une feuille du tableau-papier déjà préparé pour indiquer le schéma de la vessie, du rectum et de la tête fœtale (polycopié 1-E) :
 - En cas de travail prolongé ou dystocique, la tête fœtale exerce une pression constante contre le bassin de la mère, ce qui peut réduire considérablement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum.
 - Si la mère survit, ce type de travail se termine souvent lorsque le fœtus meurt et que sa macération progressive est suffisante pour permettre son expulsion par le vagin.
 - Si la mère survit, le tissu pelvien délabré par la nécrose (mort des tissus) s'escarrifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre organes adjacents.
3. Dites bien que, si le travail prolongé ou dystocique est la principale cause de la fistule obstétricale, il existe d'autres causes médicales directes ainsi que des facteurs sociaux concourants.
4. Demandez aux participants s'ils peuvent songer à d'autres causes médicales (situations ou conditions qui peuvent constituer une fistule).
5. Notez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier.
6. Distribuez le polycopié 1-E.
7. Décrivez les causes médicales suivantes de la fistule en vous appuyant sur les informations du polycopié 1-E :
 - Traumatisme provoqué par des violences sexuelles
 - Lésions chirurgicales accidentelles
 - Avortements non médicalisés
 - Pratiques traditionnelles nocives
 - Maladies ou traitements par radiothérapie
8. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les causes médicales directes de la fistule obstétricale.

Activité 2 : Exposé/Discussion (30 minutes)

1. Expliquez que le manque d'accès aux services de santé est un facteur majeur concourant à la fistule obstétricale – la plupart des femmes qui développent une fistule obstétricale pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins médicaux dont elles avaient besoin.
2. Décrivez comment le manque d'accès aux soins de santé contribue à la prévalence de la fistule obstétricale, en vous appuyant sur les informations du polycopié 1-F, et notamment :
 - Manque de personnel compétent
 - Manque de centres convenablement équipés
 - Soins prénataux inadéquats/incomplets
 - Coûts élevés pour les clientes
 - Surveillance inadéquate pendant le travail
 - Manque d'accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence

Module I: Présentation de la fistule obstétricale

3. Abordez les « Trois retards » (décrits dans le polycopié 1-F) à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou du tableau-papier déjà préparé indiquant les « Trois retards », de la manière suivante :
 - Énumérez les « Trois retards ».
 - Demandez aux participants quelles sont les raisons/causes du premier retard (retard dans la décision de recourir aux soins).
 - Notez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. S'ils ne sont pas mentionnés, ajoutez les croyances et les pratiques culturelles (comme l'accouchement du premier enfant à la maison), l'ignorance de la nécessité de soins et des signes précoces de complication.
 - Demandez aux participants quelles sont les raisons/causes du deuxième retard (retard à accéder au centre de santé).
 - Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. S'ils ne sont pas mentionnés, ajoutez les problèmes liés au transport (moyen de transport non disponible, trop onéreux, trop lent, etc.).
 - Demandez aux participants quelles sont les raisons/causes du troisième retard (retard à recevoir les soins/l'attention adéquats au centre).
 - Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. S'ils ne sont pas mentionnés, ajoutez le manque de ressources (humaines, équipements, etc.) et les soins inadéquats ou dangereux (comme un diagnostic erroné).
4. Demandez aux participants s'ils peuvent songer à d'autres facteurs sociaux sous-jacents (situations/conditions sociales qui contribuent indirectement à la formation d'une fistule).
5. Notez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier.
6. Distribuez le polycopié 1-F.
7. Décrivez les facteurs sociaux suivants concourant à la fistule obstétricale en vous appuyant sur les informations du polycopié 1-F :
 - Pauvreté
 - Mariage et accouchement précoces
 - Discrimination liée au genre
 - Malnutrition et développement compromis
 - Informations inadéquates sur la planification familiale
8. Engagez une discussion de groupe sur l'interpénétration de l'ensemble des facteurs concourants répertoriés dans le polycopié 1-F.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Posez des questions ouvertes (telles que « Quels liens voyez-vous entre ces facteurs concourants ? ») pour aider à lancer la discussion. Le cas échéant, posez des questions plus spécifiques (telles que « Comment la pauvreté se rattache-t-elle au manque d'accès aux soins de santé ? ») pour relancer la discussion. Songez à suggérer certaines relations de cause à effet (par exemple : « La pauvreté est une cause de malnutrition et de mariage précoce. » « Les mariages précoces sont souvent des mariages arrangés ou forcés et sont donc une conséquence de la discrimination liée au genre »).

9. Remerciez le groupe pour sa participation.
10. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les facteurs concourant à la fistule obstétricale.

Activité 3 : Discussion de groupe (15 minutes)

1. Expliquez que – en lien avec ces facteurs sociaux concourants – les croyances culturelles peuvent contribuer au problème posé par la fistule obstétricale.
2. Engagez une discussion en demandant aux participants de décrire les rumeurs ou les mythes dont ils ont eu connaissance à propos de la fistule. Ces rumeurs ou mythes peuvent se rattacher aux :
 - Causes de la fistule
 - Raisons pour lesquelles certaines femmes développent une fistule
 - Raisons pour lesquelles certaines femmes qui développent une fistule ne recourent pas aux soins
3. Notez les rumeurs ou les mythes sur une feuille du tableau-papier.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si les participants ont du mal à identifier des mythes ou des rumeurs, aidez-les avec des exemples tirés du polycopié I-G.

4. Faites remarquer que beaucoup de ces rumeurs et mythes sont rattachés aux caractéristiques ou aux comportements personnels et/ou sociaux supposés de la femme.
5. Demandez aux participants « Pourquoi invente-t-on des rumeurs et des mythes de ce genre ? » Les réponses peuvent être :
 - L'ignorance
 - La peur
 - La discrimination à l'encontre des femmes
 - La honte
6. Demandez aux participants « Auquel des 'Trois retards' ces rumeurs et mythes contribuent-elles ? »
 - Le premier, un retard dans la décision de recourir aux soins
7. Distribuez le polycopié 1-G et demandez aux participants de le lire.
8. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les mythes et les idées reçues sur la fistule.

PARTIE C : MANIFESTATIONS CLINIQUES ET CONSÉQUENCES MÉDICALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 30 minutes

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si vous avez déjà déterminé (au cours de la présentation des participants dans la séance I de ce module) que les participants n'ont jamais rencontré de cliente présentant une fistule obstétricale, ignorez l'activité I et passez directement à l'activité 2.

Activité 1 : Histoire (5 minutes)

1. Demandez aux participants s'ils ont déjà eu une cliente qui présentait une fistule obstétricale.
2. Si certains des participants ont rencontré des clientes présentant une fistule obstétricale, demandez-leur de décrire brièvement :
 - La principale manifestation clinique de la fistule obstétricale
 - Toute autre pathologie dont la cliente était atteinte et qui se rattachait à la fistule obstétricale ou en découlait

Activité 2 : Exposé/Discussion (10 minutes)

1. Expliquez que les pertes d'urine et/ou de matières fécales constituent la première manifestation clinique de la fistule obstétricale.
2. Montrez la diapositive informatisée, le transparent pour rétroprojecteur ou le schéma esquissé sur le tableau-papier déjà préparé que vous avez utilisés dans la partie A de cette séance ; indiquez l'emplacement des quatre types de fistule obstétricale les plus fréquents.
3. Expliquez que le type de fistule détermine la forme d'incontinence dont souffre une femme de la manière suivante :
 - *Fistule vésico-vaginale (FVV)* : L'urine de la vessie s'écoule dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
 - *Fistule recto-vaginale (FRV)* : Les selles s'écoulent dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante de matières fécales.
 - *Fistule combinée FVV et FRV* : L'urine de la vessie s'écoule dans le vagin ainsi que les selles, ce qui entraîne une perte d'urine et de matières fécales.
 - *Fistule uréthro-vaginale* : L'urine de la vessie s'écoule dans l'urètre puis dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
 - *Fistule urétéro-vaginale* : L'urine de l'urètre contourne la vessie et s'écoule dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
 - *Fistule vésico-utérine* : L'urine de la vessie s'écoule dans l'utérus puis dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
4. Dites que les pertes d'urine et/ou de matières fécales provoquent souvent une odeur désagréable et/ou des pertes vaginales malodorantes.
5. Distribuez le polycopié 1-H.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les manifestations cliniques de la fistule obstétricale.

Activité 3 : Exposé/Discussion (15 minutes)

1. Décrivez les conséquences médicales de la fistule obstétricale (en vous appuyant sur les informations du polycopié 1-H), et notamment :
 - Séquelles gynécologiques
 - Lésions nerveuses
 - Lésions dermatologiques
 - Anomalies osseuses
 - Anxiété et dépression
 - Pathologies connexes (déshydratation, calculs vésicaux, malnutrition, anémie, infections des voies urinaires et atteinte hépatique)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si les participants ont déjà une expérience de la profession d'infirmière ou de sage-femme, demandez-leur de décrire des cas qu'ils ont observés et qui présentent les pathologies répertoriées dans le polycopié 1-H.

2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les conséquences médicales de la fistule obstétricale.

PARTIE D : CONSÉQUENCES SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 30 minutes

Activité I : Exercice individuel/Compte rendu en groupe (15 minutes)

1. Expliquez que, au-delà des manifestations cliniques et des conséquences médicales, les conséquences sociales pour les femmes présentant une fistule sont souvent dévastatrices.
2. Demandez à chaque participant de prendre trois ou quatre minutes pour :
 - Envisager de quelle manière les femmes qui présentent une fistule peuvent être victimes de stigmatisation ou de discrimination
 - Notez-les sur une feuille de papier
3. Demandez aux participants de partager ce qu'ils ont écrit (sans reprendre les exemples qui ont déjà été mentionnés).
4. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier.
5. Passez en revue et résumez les conséquences sociales de la fistule.
6. Distribuez le polycopié 1-I et attirez l'attention sur des exemples qui n'ont pas encore été mentionnés.

Activité 2 : Histoire/Discussion (15 minutes)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Comme dans la séance 1, une histoire aidera les participants à mieux appréhender les conséquences sociales dévastatrices de la fistule obstétricale. Pour cette activité, utilisez l'un des supports suivants :

- L'une des vidéos narratives numériques sur la fistule obstétricale *Obstetric Fistula Digital Stories* racontant l'histoire de femmes vivant avec une fistule dans les régions rurales de l'Ouganda, consultables en ligne sur <http://www.engenderhealth.org/our-work/maternal/digital-stories-uganda-fistula.php>
- La vidéo plaidoyer sur la fistule du Fond des Nations unies pour la population, consultable en ligne sur http://www.endfistula.com/video/unfpa_advocacy10.html
- L'histoire particulièrement convaincante d'une cliente présentant une fistule que vous avez vue, soignée ou rencontrée
- L'histoire de Terefa (fiche pédagogique 1-2)

Remarque : Choisissez une histoire différente de celle que vous avez utilisée au cours de la séance I.

1. Montrez l'une des vidéos ou racontez l'histoire d'une femme présentant une fistule obstétricale (un récit personnel ou l'histoire de Terefa reproduite dans la fiche pédagogique 1-2).
2. Demandez aux participants de décrire leurs réactions à l'écoute du récit ; qu'ont-ils ressenti ?
3. Résumez les commentaires des participants en mettant l'accent sur les conséquences sociales dévastatrices de la fistule obstétricale.
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les conséquences sociales de la fistule obstétricale.
5. Affichez la citation de Lewis Wall (tirée du polycopié 1-I) à l'aide d'une diapositive informatisée, d'un transparent pour rétroprojecteur ou du tableau-papier déjà préparé.

6. Terminez la séance en lisant à haute voix la citation de Lewis Wall : « Comprendre qu'il faut traiter la personne atteinte de fistule 'dans son ensemble' – non pas simplement ses lésions vésicales ou rectales - est la notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule ».

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

[Facultatif] Montrez (ou faites visionner comme travail à la maison) l'un des vidéos longs métrages suivants sur l'impact de la fistule obstétricale :

A Walk to Beautiful

Consultable sur : <http://www.youtube.com/watch?v=3w-fOmovijc>

DVD disponible sur : <http://www.walktobeautiful.com/>

Love, Labor, Loss

DVD disponible sur : <http://governessfilms.com/fistula/index2.html>

SÉANCE 4

Incidence et prévalence de la fistule obstétricale en Afrique

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique
- Identifier les tranches d'âge généralement affectées par la fistule obstétricale en Afrique

POINTS À RETENIR

- Le Fonds des Nations unies pour la population estime que, dans le monde, les fistules surviennent dans un à deux cas pour 1 000 accouchements. Toutefois, la prévalence réelle de la fistule demeure inconnue.
- Si 2 % seulement des cas de travail prolongé ou dystocique dans les pays en développement se traduisent par l'apparition d'une fistule, le nombre de nouveaux cas survenant chaque année s'élèverait à 130 000.
- En se basant sur le nombre de femmes qui consultent, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que plus de 2 millions de femmes présentent une fistule obstétricale non traitée. Toutefois, ce chiffre pourrait avoir été sous-estimé, car de nombreuses femmes qui présentent une fistule ne recourent pas aux soins.
- Le taux global de fistule obstétricale en Afrique est de trois à cinq cas pour 1 000 accouchements ; cependant, dans les régions rurales d'Afrique, le taux passe de cinq à dix cas pour 1 000 accouchements.
- Une étude a estimé qu'au moins 33 450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent par an dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne.
- La fistule provoquée par un travail prolongé ou dystocique peut frapper n'importe quelle femme enceinte, indépendamment de son âge ou de sa gravidité.
- Toutefois, les adolescentes qui contractent un mariage précoce présentent des caractéristiques spécifiques qui les exposent à un risque accru de fistule obstétricale. La plupart de ces adolescentes sont enceintes avant que leur bassin ne soit totalement développé pour permettre un accouchement normal.
- En Afrique de l'Est, la moyenne d'âge des clientes présentant une fistule se situe entre 20 et 24 ans.
- Les clientes qui présentent une fistule obstétricale en sont le plus souvent à leur première grossesse (primigeste).

Méthodes de formation

- Exposé/discussion de fin de test
- Revue/compte rendu

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 1-J : Ampleur du problème posé par la fistule obstétricale
- Fiche pédagogique 1-1 : Évaluation et corrigé du module 1

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue le polycopié 1-J.
3. Effectuez une recherche sur les taux de fistule obstétricale dans votre pays.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En général, les données sur l'incidence et la prévalence de la fistule sont très limitées. Plusieurs pays ont commencé à inclure des questions sur la fistule dans leurs enquêtes démographiques et de santé. Les formateurs dans ces pays doivent rechercher ces informations. Sinon, vous pouvez contacter un chirurgien ou un autre expert de l'établissement et recueillir des données anecdotiques sur le nombre de clientes qui présentent une fistule.

4. Concluez la dernière partie du polycopié 1-J en vous appuyant si possible sur votre recherche (voir le point précédent).
5. Passez en revue la fiche pédagogique 1-1.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique I-I pour le test de fin du module I. Les bonnes réponses sont reproduites ci-dessous en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

6. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
7. Photocopiez le test de fin du module 1 pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Donnez un caractère interactif à la séance en posant des questions et en sollicitant, dans la mesure du possible, le concours des participants - en fonction de leur niveau d'expérience sur la fistule.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 10 minutes

SÉANCE 4

Étapes de la formation

PARTIE A : AMPLEUR DU PROBLÈME POSÉ PAR LA FISTULE OBSTÉTRICALE EN AFRIQUE

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Exposé/Discussion (30 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Commentez les informations suivantes concernant les taux de fistule obstétricale à l'échelle mondiale :
 - Le Fonds des Nations unies pour la population estime que, dans le monde, les fistules surviennent dans un à deux cas pour 1 000 accouchements (FNUPA, 2003). Toutefois, la prévalence réelle de la fistule demeure inconnue.
 - Une estimation tirée d'une étude de l'Organisation mondiale de la Santé sur la charge mondiale de morbidité a suggéré que le travail prolongé ou dystocique affecte au moins 7 millions de femmes chaque année ; 6,5 millions d'entre elles vivent dans les régions du monde les moins développées, où l'accès à des soins obstétricaux adéquats est le plus faible et où la probabilité de complications graves est la plus élevée (AbouZahr, 1998).
 - Si 2 % seulement des cas de travail prolongé ou dystocique dans les pays en développement se traduisent par l'apparition d'une fistule, le nombre de nouveaux cas survenant chaque année s'élèverait à 130 000.
 - En se basant sur le nombre de femmes qui consultent, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que plus de 2 millions de femmes présentent une fistule obstétricale non traitée (FNUPA, 2003). Toutefois, ce chiffre pourrait avoir été sous-estimé, car de nombreuses femmes qui présentent une fistule ne recourent pas aux soins.
3. Demandez aux participants de chiffrer la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique.
4. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier.
5. Distribuez le polycopié 1-J aux participants
6. Soulignez les taux de fistule obstétricale en Afrique, tels qu'indiqués dans la deuxième partie du polycopié :
 - Le taux global en Afrique est de trois à cinq cas pour 1 000 accouchements.
 - Cependant, dans les régions rurales d'Afrique, le taux passe de cinq à dix cas pour 1 000 accouchements. Le taux est plus important dans les zones de montagne et dans les îles.
 - Une étude a estimé qu'au moins 33 450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent par an dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne (Vangeenderhuysen, 2001). Cette estimation est nettement supérieure aux estimations qui reposent sur les rapports des hôpitaux.
7. Demandez aux participants pourquoi les taux de fistule obstétricale sont plus importants dans les régions rurales d'Afrique.

8. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. S'ils ne sont pas mentionnés, ajoutez les points suivants :
 - Manque de services obstétricaux d'urgence
 - Manque de transport/éloignement du site
 - Pauvreté
 - Croyances culturelles
9. Demandez aux participants si la fistule obstétricale n'affecte que les adolescentes.
10. Engagez une brève discussion. S'ils ne sont pas mentionnés, ajoutez les points suivants :
 - La fistule provoquée par un travail prolongé ou dystocique peut frapper n'importe quelle femme enceinte, indépendamment de son âge ou de ses antécédents de grossesse, y compris celles qui ont déjà connu des accouchements sans complications.
 - Les adolescentes qui contractent un mariage précoce présentent des caractéristiques spécifiques qui les exposent à un risque accru de travail prolongé ou dystocique et par conséquent, de fistule.
 - La plupart de ces adolescentes sont enceintes avant que leur bassin ne soit totalement développé pour permettre un accouchement normal ; elles sont donc susceptibles de connaître un travail prolongé ou dystocique.
11. Décrire les tranches d'âge généralement affectées par la fistule obstétricale en Afrique, telles qu'indiquées dans la troisième partie du polycopié 1-J :
 - La tranche d'âge des femmes affectées varie selon le pays et la région du pays.
 - Au Nigéria, environ 30 % des cas de fistule surviennent chez les jeunes filles âgées de moins de 16 ans.
 - En Afrique de l'Est, la moyenne d'âge des clientes qui présentent une fistule se situe entre 20 et 24 ans.
 - Une étude menée en Ouganda a montré que l'âge moyen des femmes au moment où elles ont développé une fistule était de 19 ans ; la plus jeune était âgée de 13 ans et la plus âgée, de 41 ans (Women's Dignity Project/EngenderHealth, 2007).
12. [Facultatif] Discutez des taux de fistule obstétricale dans votre pays (en fonction des données disponibles).
13. Demandez aux participants quelle est, selon eux, la mesure la plus importante qui pourrait être prise pour réduire la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique.
14. Engagez une brève discussion et notez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses peuvent être :
 - Fournir des programmes éducatifs sur la nutrition et la planification familiale
 - Améliorer l'accès à des soins de qualité au cours de la grossesse et de l'accouchement
 - Augmenter le nombre de centres qui offrent des soins obstétricaux d'urgence complets
 - Élargir les compétences et la motivation des soignants qui dispensent des soins prénataux, en offrant des informations et des conseils aux clientes et en recourant aux partogrammes pour la surveillance des femmes qui accouchent dans les centres de santé
 - Augmenter le nombre de centres qui pratiquent des réparations chirurgicales de la fistule et une rééducation postopératoire.
15. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale en Afrique.

PARTIE B : ÉVALUATION DU MODULE I

Durée : 40 minutes

Activité I : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 1 (en fonction des questions figurant dans la fiche pédagogique 1-1) aux participants et dites-leur qu'ils disposent de 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests 20 minutes plus tard.

Activité 2 : Corrigé/Compte rendu (20 minutes)

1. Corrigez les réponses à l'évaluation du module 1 (en vous appuyant sur le corrigé qui se trouve dans la fiche pédagogique 1-1).
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si le temps le permet, faites le tour de la salle en demandant aux participants de donner les réponses aux questions du test de fin de module. Si vous n'avez pas le temps, lisez les réponses à haute voix.

RESSOURCES DU MODULE I

POLYCOPIÉ 1-A

Présentation du cours

Objet

Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale ainsi que dans la prise en charge et la rééducation des clientes qui vivent avec une fistule obstétricale. Cette formation fournira aux infirmières et aux sages-femmes les connaissances et les compétences nécessaires pour remplir ce rôle.

Sommaire

Prévention et prise en charge de la fistule obstétricale : cours pour les infirmières et les sages-femmes

Le cours se compose des six modules suivants :

1. Présentation de la fistule obstétricale
 - Introduction au cours sur la fistule obstétricale
 - Anatomie et physiologie de la fistule obstétricale
 - Types et manifestations de la fistule obstétricale
 - Incidence et prévalence de la fistule obstétricale en Afrique
2. Prévention de la fistule obstétricale pendant la grossesse, le travail et l'accouchement
 - Surveillance et prise en charge de la grossesse visant à prévenir la fistule obstétricale
 - Utilisation du partogramme
 - Orientation des clientes en travail prolongé ou dystocique
 - Prise en charge préventive des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique
3. Prise en charge de la fistule obstétricale
 - Prévention des infections
 - Évaluation des clientes vivant avec une fistule obstétricale
 - Prise en charge des clientes qui se présentent avec une fistule immédiatement après l'accouchement
 - Soins préopératoires des clientes subissant une réparation chirurgicale de la fistule
 - Prise en charge des clientes présentant une fistule obstétricale pendant la réparation chirurgicale
 - Prise en charge postopératoire des clientes après la réparation chirurgicale de la fistule obstétricale
4. Droits des clientes, information, éducation et implication de la communauté
 - Droits des clientes dans le traitement de la fistule
 - Facteurs communautaires contribuant à la fistule
 - Information, éducation et communication pour faire changer les comportements
 - Implication et mobilisation de la communauté
 - Plaidoyer stratégique
 - Implication des hommes
 - Constitution d'un réseau d'entraide avec les partenaires et les parties prenantes

Module I: Présentation de la fistule obstétricale

5. Activités de conseil aux clientes présentant une fistule obstétricale

- Introduction aux activités de conseil
- Introduction aux services de conseil REDI
- Présentation de l'activité de conseil en matière de fistule

6. Utilisation des données pour informer les acteurs au sein des services de traitement de la fistule

- Introduction aux données destinées à la prise de décision
- Collecte et gestion des données de routine sur la prise en charge de la fistule
- Assurance qualité des données collectées en routine sur la prise en charge de la fistule
- Utilisation de la recherche pour améliorer les services de traitement de la fistule
- Affichage, présentation et divulgation des données pour renforcer leur utilisation dans l'information des acteurs

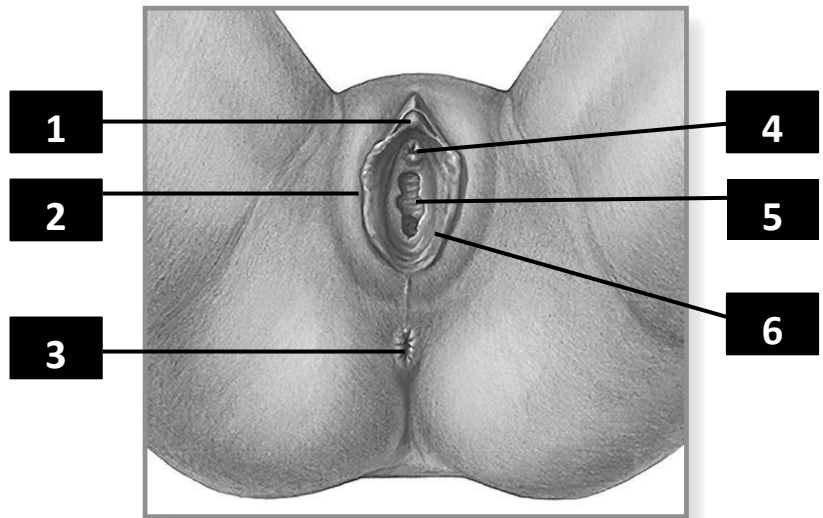
POLYCOPIÉ 1-B

Anatomie de la fistule obstétricale

Définition de la fistule obstétricale

La fistule obstétricale est une communication anormale entre l'appareil génital (habituellement le vagin) et les voies urinaires (la vessie le plus souvent) ou l'appareil digestif (habituellement le rectum) ou les deux. La fistule obstétricale se constitue généralement après plusieurs jours de travail prolongé ou dystocique.

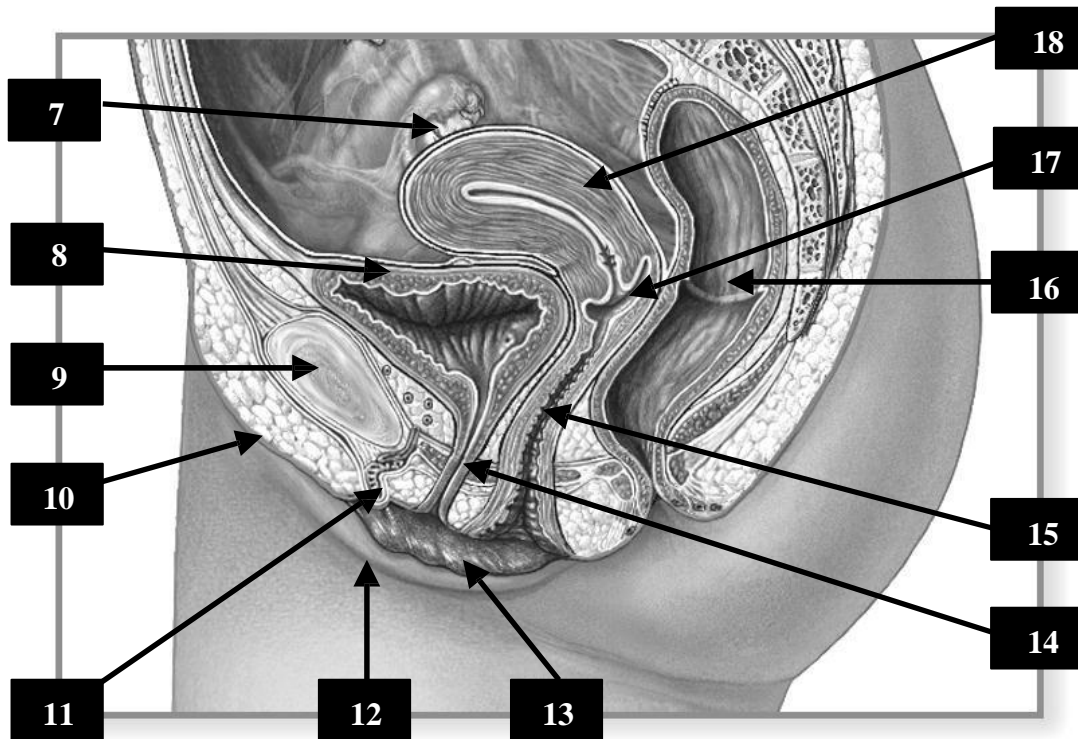
Anatomie pelvienne de la femme— Configuration externe



Source : A.D.A.M. Images. Adamimages.com. Imageld 107_72EWJ. Extrait de <http://www.adamimages.com/Female-reproductive-anatomy-Illustration/PI366/F4>, 29 juin 2011.

1		4	
2		5	
3		6	

Anatomie pelvienne de la femme— Configuration interne

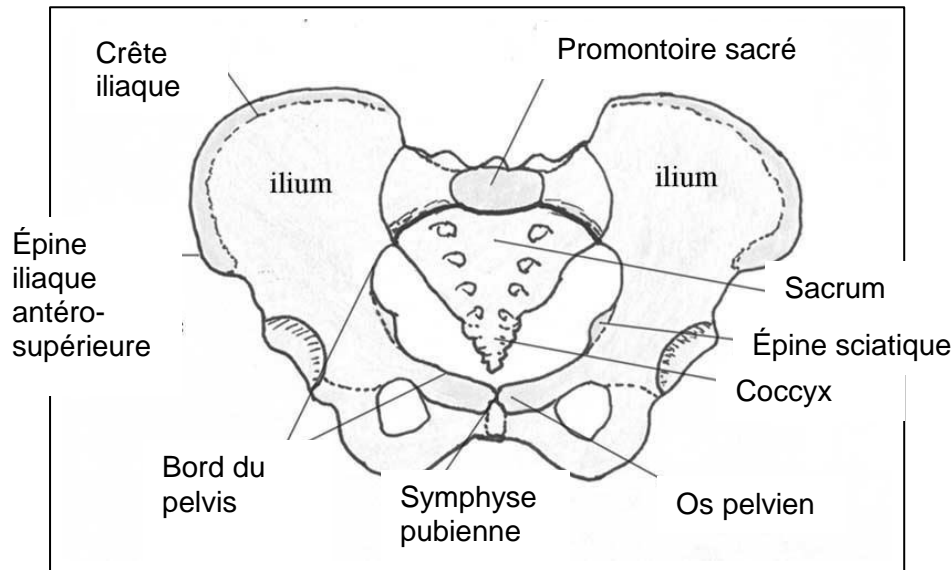


Source : Programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) de l'Institut national du cancer des États-Unis (NCI). [pas de date communiquée] Appareil génital de la femme. Atlanta: Register du cancer SEER NCI. Consultable sur www.training.seer.cancer.gov/module_anatomy/unit12_3_repdt_female.html/, 12 mars 2008.

7		13	
8		14	
9		15	
10		16	
11		17	
12		18	

Anatomie du bassin osseux de la femme

Le bassin osseux de la femme est de forme plus large et plus aplatie que le bassin de l'homme, ce qui le rend adapté à l'accouchement. Une connaissance de la forme et des dimensions d'un bassin de femme normal est essentielle pour une bonne compréhension du travail et de ses anomalies.



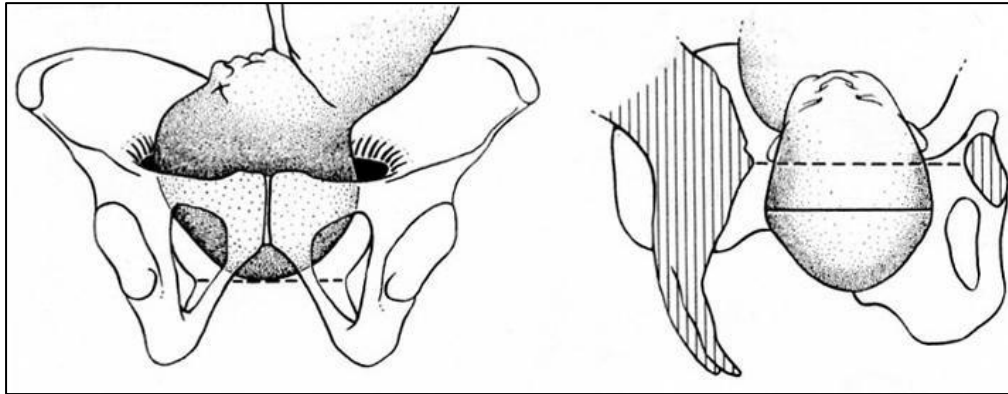
Source : Ministère de la Santé éthiopien (FMOH) Health Education and Training (HEAT) Programme, Antenatal Care Module Consultable sur http://labspace.open.ac.uk/mod/oucontent/view.php?id=452208&extra=thumbnail_id392363172318, 9 décembre 2011.

Le bassin est un cadre osseux qui soutient et protège les organes pelviens et le contenu de la cavité abdominale. Il se compose de trois paires d'os iliaques : l'*ilium*, l'*ischium* et le *pubis*, ainsi que le *sacrum* et le *coccyx*.

- La majeure partie du bassin se compose de deux os, appelé chacun *ilium* – un de chaque côté du rachis (colonne vertébrale) qui se recourbent vers l'avant du corps.
- L'*ischium* est la partie inférieure épaisse du bassin, formée de deux os fusionnés – un de chaque côté. Lorsqu'une femme est en travail, la descente de la tête fœtale qui progresse le long de la filière pelvienne est estimée par rapport aux *épinés sciatiques*, des saillies internes de l'*ischium* de chaque côté.
- Les os pubiens de chaque côté forment la partie antérieure du bassin. Les deux os pubiens se rejoignent au milieu de la *symphyse pubienne*.
- Le *sacrum* est un os conique en forme pyramidale à base crâniale à l'arrière du bassin, formé de la soudure de cinq vertèbres. Le bord supérieur de la première vertèbre du sacrum est en saillie et pointe vers l'avant du corps ; cette base est appelée le *promontoire sacré*.
- Le *coccyx* est une saillie osseuse en forme de queue, articulée avec le *sacrum*.

Le *détroit supérieur* est constitué par le bord supérieur du pubis. Le bord pelvien est de forme ronde, excepté à l'endroit où le promontoire sacré et les épines sciatiques font saillie.

Le *détroit inférieur* est constitué par la bordure inférieure des os pubiens en avant et par la bordure inférieure du sacrum en arrière. Il est limité par les épines sciatiques de chaque côté.



Source : *Oxorn-Foote Human Labor & Birth*, 5^{ème} édition par Harry Oxorn, McGraw Hill, 1986. Page 67. Cette illustration est reproduite avec l'autorisation de The McGraw-Hill Companies, Inc. qui détient le droit d'auteur associé. McGraw-Hill ne fournit aucune déclaration ou garantie quant à la fiabilité des informations fournies ici-même ; McGraw-Hill ne sera en aucun cas tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de cette illustration.

Le détroit supérieur est l'espace par lequel la tête fœtale s'engage dans le bassin ; il est plus large que le détroit inférieur par lequel la tête fœtale émerge du bassin. Afin de pouvoir passer à travers le diamètre le plus large des détroits supérieur et inférieur, le fœtus doit effectuer une rotation lors de son passage à travers la filière pelvienne.

Bibliographie

Elsevier, Inc. 2007. Elsevier, Inc. 2007. *Dorland's illustrated medical dictionary*, 31^{ème} éd. Londres : Saunders.

Ministère de la Santé éthiopien (FMOH) Health Education and Training (HEAT) Programme, Antenatal Care Module. <http://labspace.open.ac.uk/mod/oucontent/view.php?id=452208§ion=6.3>

Oxorn, H. 1986. *Oxorn-Foote human labor and birth*, 5^{ème} éd. New York: McGraw Hill.

Sokol, A., and Shveiky, D. 2008. *The Global Library of Women's Medicine*. http://www.glowm.com/?p=glowm.cml/section_view&articleid=445#10621

POLYCOPIÉ 1-C

Physiologie des structures affectées par la fistule obstétricale

Anatomie pelvienne de la femme— Configuration externe

L'appareil génital externe de la femme se compose du monticule prépubien, du clitoris, des grandes lèvres et des petites lèvres. Avec l'ouverture du vagin, ils forment la vulve.

- **Clitoris**— Organe érectile encapuchonné, situé à la jonction supérieure des lèvres, qui abrite une forte concentration de terminaisons nerveuses et reste très sensible à la stimulation. Au cours des mutilations génitales féminines (MGF), le clitoris est l'organe qui peut être partiellement ou totalement excisé.
- **Grandes lèvres**— Il s'agit de deux replis cutanés spongieux (un de chaque côté de l'orifice vaginal) qui recouvrent et protègent les organes génitaux.
- **Petites lèvres**— Il s'agit de deux replis cutanés érectiles situés entre les grandes lèvres, en prolongement du clitoris, qui encadrent l'orifice vaginal et le méat urinaire. La région couverte par les petites lèvres (y compris l'orifice vaginal et le méat urinaire) s'appelle le vestibule.

Anatomie pelvienne de la femme— Configuration interne

Les structures internes affectées par la fistule obstétricale comprennent le vagin, l'utérus, la vessie, l'urètre, les uretères et le rectum.

- **Vagin**— Il s'agit d'une cavité tubulaire musculaire hautement extensible qui s'étend du vestibule au col de l'utérus. Outre la pénétration du pénis au cours des rapports sexuels, il assure l'écoulement du flux menstruel et donne le passage au fœtus lors d'un accouchement spontané par présentation du siège.
- **Utérus**— Il s'agit d'un organe musculaire creux, en forme de poire, aux parois épaisses, situé entre la vessie et le rectum ; le segment inférieur (le col) s'insère dans le vagin. La couche fonctionnelle de l'endomètre se désagrège une fois par mois pendant les menstruations ; il est le siège d'implantation de l'œuf fécondé, où le fœtus se développe pendant la grossesse.
- **Vessie**— Il s'agit d'une poche membraneuse dans laquelle s'accumule l'urine secrétée jusqu'à ce qu'elle soit évacuée. La contraction de la vessie se traduit par une miction. C'est un organe pelvien qui peut toutefois s'élever jusqu'à l'abdomen lorsqu'il est plein ; la vessie se transforme également en organe abdominal pendant le travail.
- **Urètre**— Il s'agit d'un conduit étroit qui transporte l'urine depuis la vessie. Chez la femme, il part du col de la vessie et débouche sur le vestibule de la vulve au niveau du méat urinaire.
- **Uretères**— Ce sont des conduits qui partent des reins et transportent l'urine vers la vessie. Les individus ayant généralement deux reins (rein gauche et rein droit), il y a donc deux uretères correspondants.
- **Rectum**— Il s'agit du segment terminal du tube digestif (colon) ; il relie le colon sigmoïde (au-dessus) à l'anus (en dessous). L'ampoule rectale permet le stockage temporaire des matières fécales en attente de la défécation ; les muscles du rectum expulsent les selles par l'anus.
- **Périnée**— Il s'agit d'un ensemble de muscles, situés entre et entourant le vagin et l'anus, qui soutient la cavité pelvienne et contribue à maintenir les organes pelviens en place. Une déchirure du périnée peut se produire pendant la naissance, notamment lors des premiers accouchements.

Remarque : Lorsqu'une fistule obstétricale se forme, elle modifie le fonctionnement normal des organes concernés.

Bibliographie

Elsevier, Inc. 2007. Elsevier, Inc. 2007. *Dorland's illustrated medical dictionary*, 31^{ème} éd. Londres : Saunders.

EngenderHealth. 2002. *Sexuality and sexual health* (mini-cours en ligne). New York: EngenderHealth.

Henderson, C., and Macdonald, C. 2011. *Maye's midwifery: A textbook for midwives*, 14^{ème} éd. Londres : Baillière Tindall.

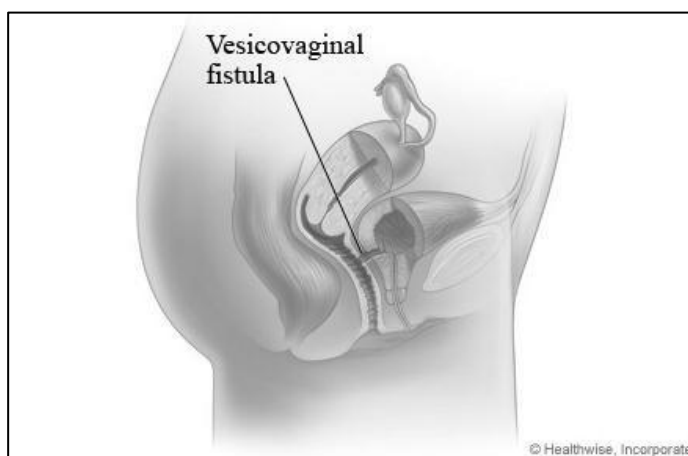
MedicineNet.com. 1996–2011. *MedTerms™ online medical dictionary*.
<http://www.medterms.com/script/main/hp.asp>. New York: MedicineNet, Inc.

POLYCOPIÉ 1-D

Types de fistule obstétricale

Les noms des types de fistule obstétricale désignent les structures anatomiques affectées.

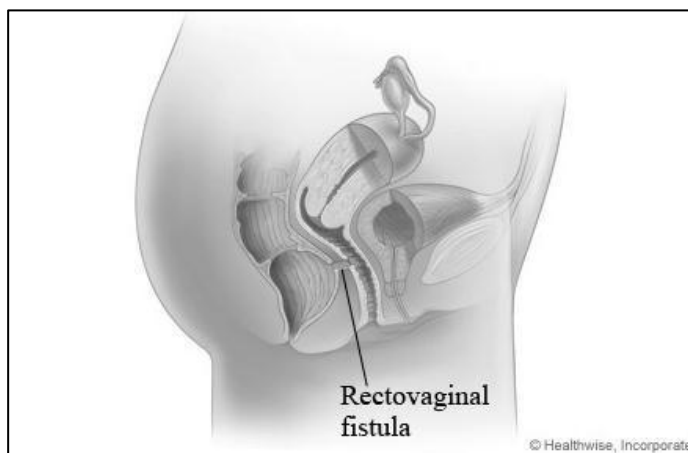
Fistule vésico-vaginale (FVV)



Source : © Healthwise Incorporated. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

La fistule vésico-vaginale est une communication entre la vessie et le vagin. Il s'agit du type de fistule obstétricale le plus fréquent.

Fistule recto-vaginale (FRV)



Source : © Healthwise Incorporated. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

La fistule recto-vaginale (FRV) est une communication entre le rectum et le vagin. Une cliente peut présenter une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale en même temps - la fistule combinée FVV et FRV est le second type de fistule obstétricale le plus fréquemment observé.

(Remarque : Les droits relatifs à ces images sont détenus par Healthwise Incorporated et l'utilisation ou la duplication et la distribution de cette image en dehors de ce cours nécessitent l'autorisation écrite des détenteurs du droit d'auteur).

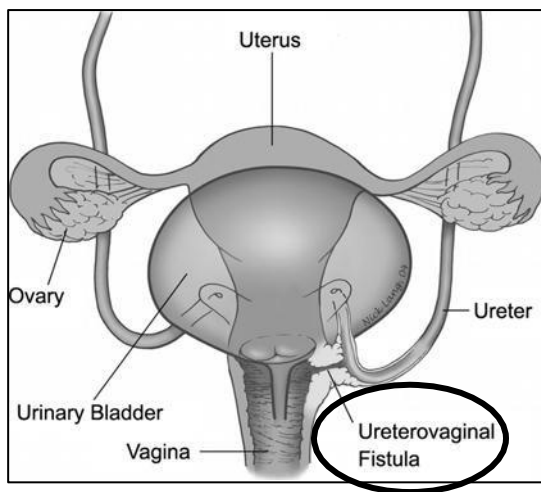
Fistule uréthro-vaginale



Source : Copyright © 2001–2011 Mayo Foundation for Medical Education and Research. Extrait de <http://www.mayoclinic.org/images/vaginal-fistulas-275-bdy.jpg>, 6 mars 2011.

La fistule uréthro-vaginale est une communication entre l'urètre et le vagin. La fistule uréthro-vaginale est relativement peu fréquente par rapport aux types FVV et FRV.

Fistule urétéro-vaginale



Utérus

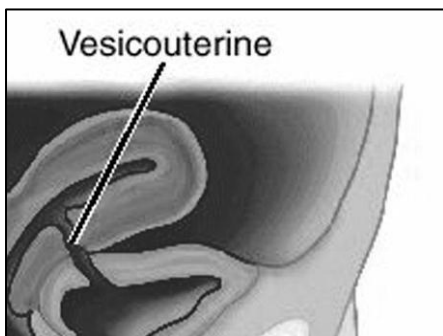
Ovaire
Urètre

Vessie
Vagin
Fistule urétéro-vaginale

Source : Geneva Foundation for Medical Education and Research. Extrait de http://radiographics.rsna.org/content/vol24/suppl_1/images/large/g04oc14c02x.jpeg, 6 mars 2011.

La fistule urétéro-vaginale est une communication entre l'ostium urétral et le vagin. Cette pathologie, elle aussi relativement peu fréquente, est généralement le résultat de lésions subies au cours d'interventions gynécologiques.

Fistule vésico-utérine



Source : Merck & Co., Inc. 2006. *Dorland's illustrated medical dictionary*. Whitehouse Station, NJ.

La fistule vésico-utérine est une communication entre l'utérus et la vessie. Il s'agit d'une complication relativement rare de la césarienne.

POLYCOPIÉ 1-E

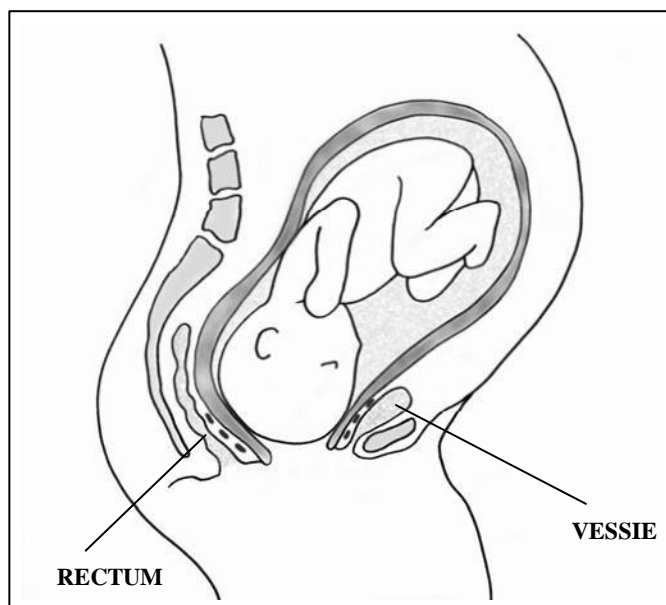
Causes médicales de la fistule obstétricale

La fistule obstétricale a des causes à la fois directes, médicales, et des causes concourantes indirectes, sous-jacentes ou sociales.

Ce polycopié décrit les causes médicales courantes de la fistule obstétricale. Une connaissance de ces causes médicales permet aux infirmières et aux sages-femmes de fournir des soins appropriés en fonction des besoins individuels des clientes. Le polycopié 1-F aborde les facteurs sociaux concourants.

Travail prolongé ou dystocique

La cause la plus fréquente de la fistule obstétricale dans les pays en développement est le travail prolongé ou dystocique. Le travail prolongé ou dystocique peut durer plusieurs jours, voire des semaines, avant qu'une femme ne reçoive des soins obstétricaux ou ne décède.



En cas de travail prolongé ou dystocique, la pression constante exercée par la tête du bébé contre le bassin de la mère peut réduire considérablement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum. Lorsque la mère survit, ce type de travail se termine souvent lorsque le fœtus meurt et que sa macération progressive est suffisante pour permettre son expulsion par le vagin. Si la mère survit, le tissu pelvien délabré par la nécrose (mort des tissus) s'escarifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre organes adjacents.

Si la cliente avait reçu des soins appropriés en temps utile, le bébé aurait été mis au monde par césarienne, et tous deux auraient très probablement survécu.

Traumatisme provoqué par des violences sexuelles

La fistule peut se constituer à la suite de violences sexuelles – généralement due à un traumatisme ou une déchirure au cours d'un viol et/ou de l'insertion forcée d'objets dans le vagin d'une femme – souvent, mais pas toujours, dans des régions en proie aux conflits ou sortant de conflits (ACQUIRE Project, 2006). Sur les théâtres de guerre, les violences sexuelles sont fréquentes et sont souvent utilisées comme tactique d'intimidation et de contrôle. Dans certaines régions ravagées par la guerre, des travailleurs sociaux ont estimé qu'une femme sur trois a été victime de viol et que la majorité des nouveaux cas de fistule sont causés par un viol.

Lésions chirurgicales accidentelles

Au cours des interventions obstétricales, des accidents se produisent parfois qui peuvent léser la vessie ou d'autres tissus mous du bassin. Un traumatisme chirurgical peut se produire au cours des naissances par césarienne, des accouchements difficiles au forceps et des extractions fœtales par voie basse (p. ex. fracture délibérée de la clavicule en cas de dystocie des épaules ou perforation crânienne pour l'hydrocéphalie).

Avortements non médicalisés

Les avortements pratiqués par des personnes mal formées ou pratiqués dans des conditions d'hygiène précaire peuvent déboucher sur des complications dangereuses, y compris des traumatismes viscéraux – le plus souvent à la paroi utérine, mais aussi aux organes génitaux, au rectum et à la vessie – susceptibles de constituer une fistule.

Pratiques traditionnelles nocives

Les mutilations génitales féminines (MGF) renforcent également le risque de fistule. Ces pratiques sont généralement réalisées dans des conditions d'hygiène précaires, souvent par ablation d'une grande partie des tissus vaginaux ou vulvaires, entraînant ainsi le rétrécissement du canal vaginal et de la filière pelvienne par un tissu cicatriciel épais. Elles augmentent la probabilité de complications gynécologiques et obstétricales, y compris le travail prolongé ou dystocique (OMS, 2006).

Les incisions nocives avant ou pendant le travail par des accoucheurs non qualifiés (« incisions du vagin ») contribuent également à la formation d'une fistule. Dans certains pays, une matrone ou une coiffeuse utilise un instrument tranchant, comme un couteau, une lame de rasoir ou un morceau de verre cassé, pour pratiquer de multiples incisions vaginales au hasard pour tenter soit de préparer le vagin à l'accouchement, soit au cours du travail pour lever l'obstacle et créer un passage pour le bébé. Dans certaines régions d'Afrique, ces pratiques peuvent expliquer jusqu'à 15 % des cas de fistule (Wall, 2004).

Maladies ou traitements par radiothérapie

Certaines maladies peuvent être à l'origine d'une fistule, notamment la lymphogranulomatose vénérienne et le cancer du rectum. Les traitements par radiothérapie de certains cancers gynécologiques peuvent également provoquer une fistule. Il s'agit d'une cause beaucoup plus rare dans les pays en développement.

Bibliographie

The ACQUIRE Project. 2006. *Traumatic gynecologic fistula as a result of sexual violence*. New York: EngenderHealth.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Wall, L.L., et al. 2004. The obstetric vesicovaginal fistula: Characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 190(4):1011–1019.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

POLYCOPIÉ 1-F

Facteurs concourant à la fistule obstétricale

La fistule obstétricale a des causes à la fois directes, médicales, et des causes concourantes indirectes, sous-jacentes ou sociales.

Une connaissance des facteurs sociaux concourants peut aider les infirmières et les sages-femmes à élaborer et à mettre en place des stratégies visant à réduire l'incidence de la fistule.

Manque d'accès aux services de santé

La plupart des femmes qui développent une fistule obstétricale pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins médicaux dont elles avaient besoin (OMS, 2006).

La fistule obstétricale est rare dans les pays développés où l'accès aux services de santé est largement répandu : Les anomalies du travail peuvent être prévues pendant la consultation prénatale, un travail potentiellement difficile qui peut se prolonger ou évoluer vers une dystocie peut être diagnostiqué et des soins obstétricaux d'urgence (comme une césarienne) peuvent être pratiqués.

En revanche, dans les pays en développement, ces services ne sont pas toujours disponibles, ou les femmes ne sont pas toujours en mesure, pour diverses raisons, d'accéder aux services de santé locaux. Plusieurs facteurs peuvent expliquer l'inaccessibilité des services de santé, et notamment :

- *Manque de personnel qualifié* : La moitié seulement des femmes vivant dans les pays en développement reçoivent l'assistance d'un personnel compétent pendant l'accouchement (AbouZahr, 2003).
- *Manque de centres convenablement équipés* : Des études réalisées en 2003 et en 2004 au Sud Soudan et au Rwanda ont montré que la couverture des services obstétricaux d'urgence complets se situait entre 0,5 et 4,3 pour 500 000, comparé au niveau recommandé de 1 pour 500 000. Cependant, une grande disparité dans la couverture des services obstétricaux d'urgence *de base*, de zéro à un pour 500 000 habitants, a été relevée (Pearson & Shoo, 2005).
- *Soins prénataux inadéquats/incomplets* : En dépit d'un taux de consultation élevé dans la plupart des pays, les clientes ne sont pas toujours informées de ce qui les attend, du lieu où elles vont accoucher et des risques de complications possibles si l'accouchement n'est pas pratiqué par un personnel compétent (Women's Dignity Project, 2003).
- *Coûts élevés pour les clientes* : Il est souvent demandé aux femmes enceintes de fournir elles-mêmes les gants chirurgicaux, les pansements et les serviettes hygiéniques nécessaires à un accouchement propre. Il leur est aussi parfois demandé de payer des frais officiels, voire souvent officieux. Pour une famille pauvre, vivant dans un dénuement extrême, le coût d'une césarienne d'urgence peut être exorbitant ; certaines familles ne peuvent y faire face ou seront endettées pendant de nombreuses années (Women's Dignity Project, 2003).
- *Surveillance inadéquate pendant le travail* : Les soignants n'ont pas toujours recours au partogramme pour surveiller le travail dans leur centre de santé et rediriger la parturiente en temps utile.

- *Manque d'accès rapide aux soins obstétricaux d'urgence* : La probabilité de formation d'une fistule est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Pour les femmes vivant dans les régions rurales, les centres de santé à même de fournir des soins obstétricaux d'urgence de base sont souvent éloignés, alors que les moyens de transport sont rares ou trop onéreux. Même quand ce type de centre existe, les structures de référence fournissant des soins obstétricaux d'urgence peuvent être limitées.

Améliorer l'accès aux soins obstétricaux en temps utile est la première mesure essentielle qui peut être prise pour prévenir la survenue de la fistule. Les problèmes d'accès aux soins prénataux pouvant mener au décès de la mère ou à des complications sont communément appelés les « Trois retards » (Thaddeus & Maine, 1994). Une fistule peut se développer à cause d'une des trois causes ci-dessous :

1. **Un retard dans la décision de recourir aux soins** : Les retards dans la décision de recourir aux soins se réfèrent au retard avec lequel la femme ou sa famille recourent aux services d'un personnel compétent, ainsi qu'au retard avec lequel ce dernier redirige la patiente, selon un protocole adéquat, vers un centre de soins obstétricaux d'urgence. Parmi les facteurs contribuant à ces retards, citons les tabous culturels, un manque de connaissances et de compétences (y compris l'ignorance des paramètres qui définissent une grossesse, un travail et un accouchement spontanés et compliqués), peu ou pas de préparation à la naissance ou aux complications éventuelles, des soins prénataux inadéquats/incomplets, des options de transport limitées et inadéquates et un manque de ressources.
2. **Un retard à accéder au centre de santé** : Il a été dit que la fistule obstétricale résulte de la combinaison d'un travail dystocique et de problèmes de transport. Même après avoir pris la décision de recourir à des soins, il se peut que la femme n'arrive pas au centre à temps pour recevoir des soins d'urgence. Les problèmes liés au transport peuvent être les suivants :
 - Manque de véhicule (la seule alternative étant alors de transporter la cliente sur les épaules, dans une brouette, sur le dos d'un âne ou autre bête de somme)
 - Manque de moyens pour louer un véhicule
 - Manque de véhicules de location
 - Routes impraticables ou inexistantes
 - Îles mal desservies par bateau ou par ferry
 - Éloignement du site
 - Terrain raide ou accidenté
3. **Un retard à recevoir les soins/l'attention adéquats au centre** Bon nombre d'hôpitaux et de cliniques manquent de personnel qualifié pour offrir un traitement chirurgical rapide aux urgences obstétricales. L'administration de soins d'urgence peut être retardée parce que les équipements sont déjà utilisés ou que le matériel manque, que les diagnostics sont tardifs ou erronés, que les gestes sont incorrects ou que les femmes n'ont pas les moyens de payer les services ou qu'il n'y a pas de politique de subventions pour les traitements d'urgence (Hinrichsen, 2004). Une maîtrise imparfaite de l'utilisation des partogrammes pour la surveillance du travail et l'incapacité à rediriger les parturientes en temps utile peuvent se traduire par l'apparition d'une fistule.

Pauvreté

Les femmes qui sont au bas de l'échelle socioéconomique s'exposent à un risque accru de fistule et autres complications obstétricales. Il est donc très difficile pour elles de réunir l'argent nécessaire aux frais de transport et d'hospitalisation. Elles vivent souvent dans des régions reculées, sont mal nourries et en sous-poids et ont généralement reçu une éducation sommaire. Deux études épidémiologiques sur la fistule ont montré que plus de 99 % des femmes qui ont subi une réparation chirurgicale étaient analphabètes (Tahzib, 1983; et Emembolu, 1992).

Mariage et accouchement précoces

Dans certains pays d'Afrique subsaharienne, les femmes se marient souvent pendant l'adolescence. Des parents démunis donnent parfois leurs filles en mariage – dès l'âge de 10 ans – pour lever des fonds. D'autres fois, les parents laissent aux futurs maris le soin d'élever les jeunes filles de sorte que l'honneur communautaire ou religieux de la famille soit sauvegardé (mais aussi pour dissimuler une éventuelle grossesse illégitime). Nombreuses sont celles à être enceintes immédiatement après, sans que leur bassin soit totalement développé pour permettre un accouchement normal, ce qui les expose à un risque accru de travail prolongé ou dystocique. Les probabilités de formation d'une fistule sont aussi plus élevées après un premier travail (Kelly & Kwast, 1993).

Discrimination liée au genre

Dans de nombreux pays d'Afrique, les femmes sont au bas de l'échelle socioéconomique (p. ex. les possibilités d'éducation pour les femmes sont limitées). Les valeurs culturelles et sociales et les systèmes de croyance peuvent poser des difficultés aux femmes qui souhaitent prendre leur vie en main et disposer de leur corps sans crainte et sans interférence. Bien souvent, les femmes n'ont pas le pouvoir de prendre des décisions concernant leur santé ; la responsabilité de recourir aux soins pendant la grossesse, voire même après un travail prolongé ou dystocique, incombe au mari ou aux membres de la famille, notamment à la belle-mère. De plus, les femmes peuvent avoir été victimes de mariages forcés et ne pas être à même de planifier la première grossesse ou le lieu de naissance.

Malnutrition et développement compromis

La croissance et le développement de nombreuses jeunes femmes dans les pays en développement sont compromis en raison des normes culturelles sur le choix des aliments (alimentation des femmes et des petites filles). Certaines ont un bassin trop étroit provoqué par la malnutrition pendant l'enfance, des infections contractées pendant l'adolescence ou des maladies comme le rachitisme, la polio (absence de vaccination) et d'autres troubles de la marche.

Informations inadéquates sur la planification familiale

Dans de nombreuses communautés traditionnelles, les familles nombreuses sont la norme. Avoir beaucoup d'enfants procure le respect et une position enviable au sein de la communauté ; ils sont perçus comme une « assurance » pour les vieux jours de leurs parents. Rares sont ceux ou celles qui mesurent les risques liés à une grossesse précoce ; les femmes (et leur mari) ne savent pas toujours qu'il est important d'espacer correctement les grossesses pour permettre à la mère de reprendre des forces avant la grossesse suivante (OMS, 2006).

Bibliographie

AbouZahr, C. 2003. Global burden of maternal death and disability. *British Medical Bulletin* 67(1):1–11.

Emembolu, J. 1992. The obstetric fistula: factors associated with improved pregnancy outcome after a successful repair. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 39(3):205–212.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, no. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/The INFO Project.

Kelly, J., and Kwast, B. E. 1993. Epidemiological study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia. *International Urogynecology Journal* 4(5):278–281.

Pearson, L., and Shoo, R. 2005. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 88(2): 208–215.

Tahzib, F. 1983. Epidemiological determinants of vesicovaginal fistula. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 90(5):387–391.

Thaddeus, S., and Maine, D. 1994. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 38(8):1091–110.

Women's Dignity Project. 2003. *Faces of dignity*. Dar es Salaam, Tanzanie.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

POLYCOPIÉ 1-G

Mythes et idées reçues à propos de la fistule

Dans de nombreux pays où il y a une prévalence de la fistule, les croyances culturelles conditionnent la capacité et le désir d'une femme d'avoir recours aux services médicaux. Bien que certains membres de la communauté reconnaissent à juste titre que le travail prolongé ou dystocique est la cause de la fistule obstétricale, ils peuvent attribuer la durée du travail, son absence de progression et/ou, en dernier ressort, la formation d'une fistule à une multitude d'autres causes, nombre desquelles sont perçues comme étant rattachées aux caractéristiques ou aux comportements personnels et/ou sociaux de la femme. Les mythes et les idées reçues peuvent jouer un rôle dans l'absence de prévention, la stigmatisation et la discrimination injustifiées, et un accès inadéquat au traitement.

Les mythes et les idées reçues à propos de l'origine de la fistule varient en fonction du contexte culturel. Certains exemples de croyances qu'une femme (ou d'autres membres de sa communauté) peut entretenir sur les causes qui ont abouti à la formation d'une fistule peuvent être :

- Elle a eu une aventure avec un homme qui n'est pas son mari.
- Elle a été victime de « l'attaque d'esprits » parce que son enfant n'a pas été mis au monde par une personne capable d'assurer sa protection spirituelle.
- Une personne jalouse d'elle a pratiqué des rituels de sorcellerie à son endroit (peut-être en raison de son mariage, de son statut socioéconomique ou parce qu'elle avait beaucoup d'enfants).
- Les ongles d'une matrone ou d'un soignant dans un centre de santé ont pincé sa vessie pendant le travail ou l'accouchement.
- Elle a contracté une infection sexuellement transmissible.
- Sa mère ou elle-même ont offensé les esprits pendant la grossesse.
- Il s'agit d'une jeune fille mariée à un homme plus âgé.
- Elle a eu un enfant illégitime (et il se peut aussi que ses parents lui aient jeté une malédiction pour avoir été enceinte avant le mariage).
- Elle n'a pas pu constituer sa dot et a été punie de ce fait.
- Elle a tenté d'avorter alors qu'elle était enceinte.
- Elle a été envoutée par une coépouse.

D'autres croyances et pratiques culturelles susceptibles de contribuer à l'incidence et à la prévalence de la fistule peuvent être :

- Certaines sociétés s'attendent à ce qu'une femme accouche par voies naturelles ; si elle ne le peut pas, elle est considérée comme étant lâche ou « pas assez féminine ».
- Dans certaines sociétés, une femme est censée accoucher de son premier enfant chez elle (sous prétexte, par exemple, qu'une « vraie femme est capable de vivre son premier accouchement chez elle »). Ces pratiques peuvent empêcher une femme de se rendre dans un centre de santé, même lorsque des complications surviennent pendant le travail.
- Dans certaines cultures, une femme est censée accoucher à la maison pour que le placenta puisse être enterré dans la propriété familiale.
- Du fait de sa religion, une femme peut être amenée à croire qu'elle doit accepter la fistule comme un signe du destin et vivre avec pour le reste de ces jours. Elle peut croire qu'elle sera récompensée de ses souffrances au paradis et qu'elle ne doit donc pas se faire traiter.

Bibliographie

The ACQUIRE Project and EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: 29 et 30 mars 2005, Kampala, Ouganda*. New York.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

POLYCOPIÉ 1-H

Manifestations cliniques et conséquences médicales de la fistule obstétricale

Manifestations cliniques de la fistule obstétricale

Les pertes d'urine et/ou de matières fécales constituent la première manifestation clinique de la fistule obstétricale. Le type de fistule détermine la forme d'incontinence dont souffre la femme de la manière suivante :

- *Fistule vésico-vaginale (FVV)* : L'urine de la vessie s'écoule dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
- *Fistule recto-vaginale (FRV)* : Les selles s'écoulent dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante de matières fécales.
- *Fistule combinée FVV et FRV* : L'urine de la vessie s'écoule dans le vagin ainsi que les selles, ce qui entraîne une perte d'urine et de matières fécales
- *Fistule uréthro-vaginale* : L'urine de la vessie s'écoule dans l'urètre puis dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
- *Fistule urétéro-vaginale* : L'urine de l'urètre contourne la vessie et s'écoule dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.
- *Fistule vésico-utérine* : L'urine de la vessie s'écoule dans l'utérus puis dans le vagin, ce qui entraîne une perte totale ou constante d'urine.

Les pertes d'urine et/ou de matières fécales provoquent généralement une odeur désagréable et/ou des pertes vaginales malodorantes.

Conséquences médicales de la fistule obstétricale

Conjointement avec le travail prolongé ou dystocique, la fistule obstétricale peut entraîner une multitude de complications d'ordre physique et psychique, et notamment :

- Séquelles gynécologiques
 - Des troubles de l'hypophyse et de l'hypothalamus éventuellement imputables à la fistule peuvent entraîner une aménorrhée.
 - Les femmes qui ont eu un travail prolongé ou dystocique présentent également un risque plus élevé de contracter des infections, y compris une maladie inflammatoire pelvienne.
 - La présence de tissu de cicatrisation dans l'appareil génital peut entraîner une dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels) et une atrésie vaginale totale.
 - Le syndrome d'Asherman (tissu de cicatrisation dans l'endomètre) peut être secondaire à des infections à répétition ou à la présence d'urine dans la cavité de l'utérus.
 - Des lésions de l'appareil génital peuvent également entraîner une sténose vaginale et une sténose du col utérin.
 - La combinaison d'aménorrhée, de maladie inflammatoire pelvienne et de tissu de cicatrisation dans l'appareil génital se traduit par un fort taux d'infertilité secondaire chez ces clientes – un problème de taille, si l'on considère l'importance que revêtent les naissances dans la plupart des sociétés du monde en développement.

- Lésions nerveuses
 - Un certain nombre de femmes atteintes de fistule présentent les symptômes d'une lésion du nerf pudendal, notamment le *ped tombant**. Le pied tombant est secondaire à

* Le pied tombant est un allongement de la position du pied causé par la paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe; chez les femmes, il peut être provoqué par un travail prolongé ou dystocique.

une compression excessive du plexus sacral par la tête fœtale. Des lésions du nerf pudendal peuvent également être secondaires à un travail de plusieurs jours en position accroupie. L'application d'une pression sur l'abdomen gravide par les aides des matrones peut aggraver les lésions.

- Les lésions des nerfs sacrés de la zone pelvienne irradiant dans les jambes laissent certaines femmes dans l'incapacité de marcher, et elles pourront devoir suivre une rééducation physique intensive qui commence avant l'intervention chirurgicale et prend fin après le traitement.
- De nombreuses femmes souffrent de lésions nerveuses de la vessie, ce qui se traduit par des problèmes vésicaux/urinaires complexes.
- Lésions dermatologiques
 - Les femmes qui présentent des fistules vésico-vaginales souffrent souvent d'excoriations douloureuses de la vulve.
 - Des pertes d'urine constantes peuvent provoquer une dermatite ammoniacale. Lorsque la cliente est incontinente, les phosphates et les nitrates contenus dans l'urine irritent la peau, ce qui provoque une hyperkératose locale et une ulcération secondaire.
- Anomalies osseuses
 - Un travail prolongé ou dystocique peut se traduire par des complications telles qu'une résorption osseuse, des fractures, des excroissances osseuses et une destruction ou disjonction de la symphyse.
- Anxiété et dépression
- Pathologies connexes
 - Certaines femmes souffrent de déshydratation car elles boivent le moins possible pour éviter les pertes d'urine. Cette absorption réduite peut aussi causer des calculs vésicaux.
 - De nombreuses femmes présentant des fistules sont isolées socialement et ne reçoivent pas toujours une nutrition adéquate.
 - Certaines femmes souffrent d'infections ou d'hémorragies au moment de la naissance et peuvent ensuite devenir anémiques.
 - Les femmes risquent de développer de fréquentes ulcérations et infections des voies urinaires qui peuvent entraîner une atteinte rénale.
 - D'autres infections liées à la fistule peuvent inclure une hydronéphrose et, dans de rares cas, une insuffisance rénale.

Bibliographie

Arrowsmith, S., Hamlin, E. C., and Wall, L. L. 1996. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9):568–574.

Bello, K. 2002. *A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF)—Only to a woman accursed*. Ottawa: International Development Research Center. Consultable sur : http://cmsweb.idrc.ca/mimap/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, no. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/INFO Project.

POLYCOPIÉ 1-I

Conséquences sociales de la fistule obstétricale

Une fistule peut avoir des effets dévastateurs. Non seulement, la femme qui en est atteinte perd souvent son bébé, mais les manifestations durables de la maladie – notamment les pertes constantes d'urine, de matières fécales, ou les deux, et l'odeur qui s'en dégage – font qu'il est difficile, voire impossible, pour elle de mener une vie normale. Associées aux problèmes sociaux et économiques qui s'y rattachent, ces manifestations contribuent souvent à un affaiblissement général de son état de santé et de son bien-être qui aboutit à une mort prématurée.

Le grand nombre de conséquences médico-sociales négatives comporte des implications cruciales pour les soins. « Comprendre qu'il faut traiter la personne atteinte de fistule 'dans son ensemble' – non pas simplement ses lésions vésicales ou rectales - est la notion la plus importante dans la prise en charge de la fistule », écrit Lewis Wall (1998).

Stigmatisation liée à la naissance d'un enfant mort-né

L'accouchement d'un enfant mort-né (qui survient dans presque 90 % des cas de travail prolongé ou dystocique) est un événement particulièrement pénible dans les sociétés qui accordent une grande importance aux naissances. La naissance d'un bébé vivant est fêtée par la famille de la femme et sa communauté, tandis qu'une femme qui accouche d'un enfant mort-né est habituellement une source d'affliction et de honte pour sa famille.

Exposition aux mythes et aux idées reçues à propos de la fistule

Les causes et les conséquence du travail prolongé ou dystocique sont souvent mal comprises et certaines personnes croient que le problème est l'œuvre d'esprits maléfiques ou le résultat d'infections sexuellement transmissibles (voir le polycopié 1-G).

Isolement social

- À cause de l'odeur désagréable, les femmes qui présentent une fistule peuvent être perçues comme impures ; par conséquent, elles sont souvent exclues, ou s'excluent elles-mêmes, de toute participation aux activités de la communauté, y compris des cérémonies religieuses ou des célébrations publiques.
- L'odeur, l'incontinence et l'infécondité causées par le travail prolongé ou dystocique et une fistule aboutissent parfois à une séparation du couple, voire à un divorce. Par exemple, une étude menée au Nigéria a montré que 71 % des clientes présentant une fistule étaient divorcées ou séparées de leur mari (Wall, 2004).
- Dans certains cas, les femmes qui présentent une fistule ne sont pas autorisées à vivre dans la même maison que leur famille ou leur mari, pas plus qu'il ne leur est permis de manipuler la nourriture, de cuisiner ou de prier.
- Dans certains cas, les femmes qui présentent une fistule ont le sentiment d'être une source de déshonneur pour leur famille et de mériter de vivre comme des parias. La honte que ces femmes éprouvent peut les conduire à développer un manque d'estime de soi et d'autres problèmes psychologiques.
- Les femmes hospitalisées pour une réparation chirurgicale de la fistule peuvent ne pas recevoir autant d'affection et de soutien de la part de leur mari que les femmes traitées pour d'autres pathologies ou maladies, et le soutien pratique que leur apportent les membres de leur famille tend à diminuer avec le temps.

- Confrontées au rejet de leur famille et de la société et incapables de subvenir à leurs propres besoins, de nombreuses femmes qui présentent une fistule vivent pendant des années sans le moindre soutien social ou financier. Nombreuses sont celles qui sombrent dans un dénuement extrême. Par exemple, à l'hôpital pour le traitement de la fistule d'Addis Abeba, une femme sur cinq déclarait survivre en mendiant sa nourriture (Wall, 2001).
- Certaines femmes ne peuvent pas endurer la douleur et la souffrance et ont recours au suicide.

En dépit de la stigmatisation et de la discrimination, de nombreuses femmes qui présentent une fistule font preuve d'une capacité d'adaptation et d'une force remarquables. Elles apprennent à se poser en survivantes plutôt qu'en victimes ; elles subviennent à leurs besoins et à ceux de leurs enfants ; et certaines parviennent à mettre suffisamment d'argent de côté au fil des ans pour pouvoir subir une réparation chirurgicale de la fistule.

Bibliographie

Arrowsmith, S., Hamlin, E. C., and Wall, L. L. 1996. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9):568–574.

Bello, K. 2002. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF)—Only to a woman accursed. Ottawa: International Development Research Center. Consultable sur : http://cmsweb.idrc.ca/mimap/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, no. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/INFO Project.

Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4):341–359.

Wall, L. L. 2001. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. In: Abrams P, et al., (eds). *Incontinence: Proceedings from the Second International Consultation on Urinary Incontinence*. Plymouth, UK: Health Publications, Inc., pp. 893–935.

Wall, L. L., et al. 2004. The obstetric vesicovaginal fistula: Characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 190(4):1011–1019.

POLYCOPIÉ 1-J :

Ampleur du problème posé par la fistule obstétricale

Taux de fistule obstétricale à l'échelle mondiale

- Dans les pays où des soins obstétricaux de qualité sont disponibles, la fistule obstétricale due au travail prolongé ou dystocique a été quasiment éradiquée il y a cinquante ans.
- Le Fonds des Nations unies pour la population estime que, dans le monde, les fistules surviennent dans un à deux cas pour 1 000 accouchements (FNUPA, 2003). Toutefois, la prévalence réelle de la fistule demeure inconnue.
 - Une estimation tirée d'une étude de l'Organisation mondiale de la Santé sur la charge mondiale de morbidité a suggéré que le travail prolongé ou dystocique affecte au moins 7 millions de femmes chaque année ; 6,5 millions d'entre elles vivent dans les régions du monde les moins développées, où l'accès à des soins obstétricaux adéquats est le plus faible et où la probabilité de complications graves est la plus élevée (AbouZahr, 1998). Si 2 % seulement des cas de travail prolongé ou dystocique dans les pays en développement se traduisent par l'apparition d'une fistule, le nombre de nouveaux cas survenant chaque année s'élèverait à 130 000.
- En se basant sur le nombre de femmes qui consultent, l'Organisation mondiale de la Santé a estimé que plus de 2 millions de femmes présentent une fistule obstétricale non traitée (FNUPA, 2003). Toutefois, ce chiffre pourrait avoir été sous-estimé, car de nombreuses femmes qui présentent une fistule ne recourent pas aux soins.

Taux de fistule obstétricale en Afrique

- Le taux global de fistule obstétricale en Afrique est de trois à cinq cas pour 1 000 accouchements (Achwall, 2008).
- Cependant, dans les régions rurales d'Afrique, le taux passe de cinq à dix cas pour 1 000 accouchements (Achwall, 2008).
- Une étude a estimé qu'au moins 33 450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent par an dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne (Vangeenderhuysen, 2001). Cette estimation est nettement supérieure aux estimations qui reposent sur les rapports des hôpitaux.

Tranches d'âge des femmes affectées par la fistule obstétricale en Afrique

La fistule provoquée par un travail prolongé ou dystocique peut frapper n'importe quelle femme enceinte, indépendamment de son âge ou du nombre de grossesses, y compris celles qui ont déjà connu des accouchements sans complications. Cependant, les adolescentes très tôt enceintes présentent des caractéristiques spécifiques qui les exposent à un risque sensiblement accru de travail prolongé ou dystocique et par conséquent, de fistule. La plupart de ces adolescentes sont enceintes avant que leur bassin ne soit totalement développé pour permettre un accouchement normal ; elles sont donc susceptibles d'avoir un travail prolongé ou dystocique. Par conséquent, les femmes en sont le plus souvent à leur première grossesse (primigeste) lorsqu'elles développent une fistule.

La tranche d'âge des femmes affectées varie selon le pays et la région du pays :

1. Au Nigéria, environ 30 % des cas de fistule surviennent chez les jeunes filles âgées de moins de 16 ans
2. En Afrique de l'Est, la moyenne d'âge des clientes présentant une fistule se situe entre 20 et 24 ans
3. Une étude menée en Ouganda a montré que l'âge moyen des femmes au moment où elles ont développé une fistule était de 19 ans ; la plus jeune était âgée de 13 ans et la plus âgée, de 41 ans (Women's Dignity Project & EngenderHealth, 2007).

Taux de fistule obstétricale en [insérer le nom du pays]

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En général, les données sur l'incidence et la prévalence de la fistule sont très limitées. Plusieurs pays ont commencé à inclure des questions sur la fistule dans leurs enquêtes démographiques et de santé. Les formateurs dans ces pays doivent rechercher ces informations et insérer (ci-dessus) le nombre de cas pour 1 000 accouchements, le pourcentage de femmes en âge de procréer qui présentent une fistule obstétricale et/ou le nombre de nouveaux cas par an pour leur pays, si ces données sont disponibles. Par exemple, en Ouganda :

- La prévalence nationale est de 142 000 femmes.
- On estime que 2,6 % des femmes en âge de procréer ont présenté une fistule obstétricale (UBOS & Macro International, 2007).

Sinon, vous pouvez contacter un chirurgien ou un autre expert dans votre établissement et recueillir des données anecdotiques sur le nombre de clientes qui présentent une fistule.

Bibliographie

AbouZahr, C. 1998. Maternal mortality overview. In *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies.*, Volume III, Global Burden of Disease and Injury Series. C. J. Murray and A. D. Lopez, eds. Genève: OMS.

Achwal, I. 2008. Presentation at the fistula nursing curriculum development workshop. ECSA.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, no. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/INFO Project.

Bureau de la statistique de l'Ouganda (UBOS) et Macro International Inc. 2007. *Uganda Demographic and Health Survey 2006*. Calverton, Maryland, USA: UBOS and Macro International Inc.

Fonds des Nations unies pour la population (FNUPA) et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries*. New York.

Vangeenderhuysen, D., Prual, A., and Ould el Joud, D. 2001. Obstetric fistulae: Incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*. 73(1):65–66.

Women's Dignity Project and EngenderHealth. 2007. *Sharing the burden: Ugandan women speak about obstetric fistula*. Dar es Salaam, Tanzanie.

FICHE PÉDAGOGIQUE 1-1 : Évaluation et corrigé du module 1

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes pour le test de début et/ou le test de fin du module I. Les bonnes réponses sont reproduites ci-dessous en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

1. Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale ainsi que dans la prise en charge et la rééducation des clientes qui vivent avec une fistule obstétricale.
 - a. **Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 1-A]

2. Parmi les modules suivants, lesquels font partie du cours sur la fistule obstétricale pour infirmières et sages-femmes ?
 - a. Prévention de la fistule obstétricale pendant la grossesse, le travail et l'accouchement
 - b. Prise en charge de la fistule obstétricale
 - c. Activités de conseil aux clientes présentant une fistule obstétricale
 - d. **Toutes les réponses qui précèdent**[Polycopié 1-A]

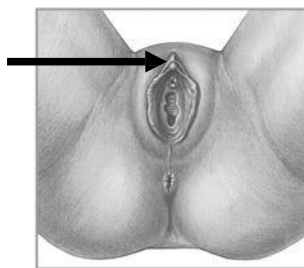
3. La fistule obstétricale survient généralement après _____.
 - a. Une césarienne
 - b. **Plusieurs jours de travail prolongé ou dystocique**
 - c. Un ou plusieurs accouchements sans complications
 - d. Toutes les réponses qui précèdent[Polycopié 1-B]

4. La fistule obstétricale est une communication anormale entre l'appareil génital et _____.
 - a. Les voies urinaires
 - b. L'appareil digestif
 - c. Les voies urinaires et l'appareil digestif
 - d. **Toutes les réponses qui précèdent**[Polycopié 1-B]

5. La structure entourée représente
 - a. L'urètre
 - b. L'utérus
 - c. **La vessie**
 - d. Aucune des réponses qui précèdent[Polycopié 1-B]



6. La flèche en gras pointe dans la direction
- De l'anus
 - Du clitoris**
 - Du vagin
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-B]



7. Le rectum se situe directement en avant du tiers supérieur du vagin.
- Vrai
 - Faux**
- [Séance 2, partie A, activité 3—Le rectum se situe directement *en arrière* du tiers supérieur du vagin]

8. Le périnée :
- Est un ensemble de muscles situés entre et entourant le vagin et l'anus
 - Soutient la cavité pelvienne
 - Contribue à maintenir les organes pelviens en place
 - Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 1-C]

9. Quelle structure est une cavité tubulaire musculaire particulièrement extensible qui s'étend du vestibule au col de l'utérus ?
- Le vagin**
 - L'urètre
 - Le rectum
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-C]

10. Lorsqu'une femme est en travail, la descente de la tête fœtale qui progresse le long de la filière pelvienne est estimée par rapport _____.
- À la symphyse pubienne
 - Au sacrum
 - Aux épines sciatiques**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-B]

11. Quel est le type de fistule obstétricale reproduit dans ce schéma ?
- La fistule vésico-vaginale
 - La fistule recto-vaginale**
 - La fistule uréthro-vaginale
 - La fistule urétéro-vaginale
- [Polycopié 1-D]



12. Une cliente ne peut pas présenter une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale en même temps.

- Vrai
- Faux**

[Polycopié 1-D— Une cliente *peut* présenter une fistule vésico-vaginale et une fistule recto-vaginale en même temps.]

13. Quel est le type de fistule obstétricale le plus fréquent ?
- La fistule vésico-vaginale**
 - La fistule recto-vaginale
 - La fistule uréthro-vaginale
 - La fistule urétéro-vaginale
- [Polycopié 1-D]
14. En cas de travail prolongé ou dystocique, la tête fœtale exerce une pression constante contre _____ de la mère, ce qui peut considérablement réduire l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum.
- La colonne vertébrale
 - L'anūs
 - Le bassin**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-E]
15. En plus du travail prolongé ou dystocique, laquelle des causes suivantes peut-elle être à l'origine de la fistule ?
- Un traumatisme provoqué par des violences sexuelles
 - Des lésions chirurgicales accidentelles
 - Des pratiques traditionnelles nocives
 - Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 1-E]
16. La plupart des femmes qui développent une fistule obstétricale pendant l'accouchement n'ont pas reçu les soins médicaux dont elles avaient besoin.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 1-F]
17. Quels sont les « Trois retards ? » Un retard dans la décision de recourir aux soins
Un retard à accéder au centre de santé
Un retard à recevoir les soins/l'attention adéquats au centre
- [Polycopié 1-F]
18. Parmi les énoncés suivants, lequel *n'est pas* considéré comme un facteur social concourant à la fistule obstétricale ?
- La pauvreté
 - La discrimination liée au genre
 - Les rapports sexuels avant le mariage**
 - La malnutrition et un développement compromis
- [Polycopié 1-F]
19. Certains des mythes et des idées reçues sur les causes de la fistule obstétricale peuvent être :
- Elle a eu une aventure avec un homme qui n'est pas son mari.
 - Une personne jalouse d'elle a pratiqué des rituels de sorcellerie à son endroit.
 - Elle n'a pas pu constituer sa dot et a été punie de ce fait.
 - Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 1-G]

20. Dans certaines sociétés, une femme est censée accoucher de son premier enfant chez elle, même si des complications surviennent pendant le travail.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 1-G]
21. La première manifestation clinique de la fistule obstétricale est une perte vaginale malodorante.
- Vrai
 - Faux**
- [Polycopié 1-H— Les pertes d'urine et/ou de matières fécales constituent la première manifestation clinique de la fistule obstétricale].
22. La fistule vésico-vaginale (FVV) provoque une perte totale ou constante _____.
- De matières fécales
 - D'urine**
 - De matières fécales et d'urine
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-H]
23. Dans les cas de fistule urétéro-vaginale, l'urine de la vessie s'écoule dans le vagin.
- Vrai
 - Faux**
- [Polycopié 1-H] Dans les cas de fistule urétéro-vaginale, *l'urine de l'urètre contourne la vessie et s'écoule dans le vagin.*
24. Les femmes qui présentent une fistule peuvent souffrir d'un pied tombant, un symptôme .
- D'une lésion du nerf pudendal**
 - D'une maladie inflammatoire pelvienne
 - D'une résorption osseuse
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-H]
25. Certaines femmes souffrent de déshydratation car elles boivent le moins possible pour éviter les pertes d'urine.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 1-H]
26. L'accouchement d'un enfant mort-né survient dans presque _____ des cas de travail prolongé ou dystocique.
- 50%
 - 75%
 - 90%**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-I]

27. Les femmes qui présentent une fistule doivent fréquemment faire face à des conséquences sociales, y compris _____.
- a. L'exclusion de toute participation aux activités communautaires
 - b. La séparation de leur mari ou le divorce
 - c. Le dénuement extrême.
 - d. **Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 1-I]
28. Une étude a estimé qu'au moins 130 000 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent par an dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne.
- a. Vrai
 - b. **Faux**
- [Polycopié 1-J— Une étude a estimé qu'au moins 33 450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent par an dans les régions rurales d'Afrique subsaharienne]
29. Dans les régions rurales d'Afrique, l'incidence et la prévalence de la fistule obstétricale sont de _____.
- a. Un ou deux cas pour 1 000 accouchements
 - b. Trois à cinq cas pour 1 000 accouchements
 - c. **Cinq à dix cas pour 1 000 accouchements**
- Aucune des réponses qui précèdent
[Polycopié 1-J]
30. Les femmes en sont le plus souvent à leur première grossesse (primigeste) lorsqu'elles développent une fistule.
- a. **Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 1-J]
31. En Afrique de l'Est, la moyenne d'âge des clientes qui présentent une fistule est de _____.
- a. **20 à 24 ans**
 - b. 19 ans
 - c. 16 ans
 - d. Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 1-J]

FICHE PÉDAGOGIQUE 1-2 : **L'histoire de Terefa**

Terefa a quatorze ans. Elle vit dans un petit village en Afrique, à plus de 200 km de la capitale du pays. Elle est la sixième d'une famille de huit enfants et n'a jamais été à l'école. Son père, un paysan, n'avait pas assez d'argent pour envoyer tous ses enfants à l'école du village. Les aînés, deux garçons, ont ainsi bénéficié d'une scolarisation, pendant que Terefa restait à la maison pour aider sa famille à survivre. Ses tâches quotidiennes étaient de ramasser du bois, puiser de l'eau et travailler aux champs.

A l'âge de 13 ans, son père l'a mariée à un de ses amis, un peu plus fortuné que la famille de Terefa. Terefa ne pouvait qu'accepter ce mariage et, quelques mois plus tard, la voilà enceinte. Elle a continué à travailler tout au long de sa grossesse, comme si de rien n'était. Le dispensaire le plus proche était situé à une douzaine de kilomètres de chez elle, mais elle n'y est jamais allée parce qu'elle n'avait pas d'argent pour le transport. De plus, tout le monde dans le village lui disait que la grossesse n'était pas une maladie et que les autres femmes avaient toujours accouché sans problème, alors pourquoi en aurait-elle ?

Quand le travail a débuté, le mari de Terefa et sa belle-mère ont contacté la matrone. Les contractions sont devenues de plus en plus violentes et de plus en plus douloureuses, mais le bébé ne semblait pas vouloir sortir. Par trois fois, Terefa a vu le soleil se lever et se coucher, épuisée par cette longue épreuve. La matrone a bien tenté d'activer les choses, d'abord, en lui donnant des décoctions, puis en lui introduisant diverses substances dans le vagin, et finalement en pratiquant des incisions sur la vulve avec un couteau rouillé. Mais rien n'y faisait.

Les anciens du village se sont alors réunis pour prendre une décision : Terefa devait être envoyée au centre de santé. Il a fallu plusieurs heures pour réunir l'argent nécessaire, transporter Terefa dans une charrette pour atteindre la route et trouver un chauffeur pour la conduire en ville. Terefa avait peur, car elle ne connaissait personne là-bas et se demandait comment elle, une simple paysanne, serait reçue.

Au centre de santé, une sage-femme l'a examinée. Elle n'était pas contente que Terefa soit arrivée si tard et elle lui a dit que le bébé était mort, mais qu'une opération était nécessaire. Comme le médecin qui devait pratiquer la césarienne était parti pour plusieurs jours en formation, il fallait aller dans un autre hôpital.

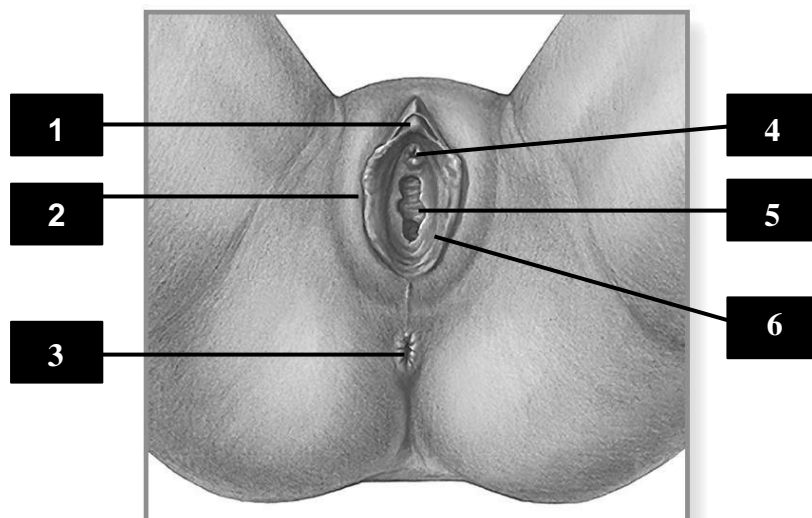
Après l'opération, Terefa s'est rendu compte qu'elle ne pouvait pas contrôler son urine. De retour au village, elle avait honte parce qu'elle avait perdu son bébé, était constamment mouillée et dégageait continuellement une odeur d'urine. Voyant que la situation ne s'améliorait pas, son mari l'a répudiée et a choisi une autre femme. Peu à peu, le village entier a tourné le dos à Terefa. Depuis ce jour, Terefa et sa mère vivent sous une tente aux abords du village. Quelques personnes charitables aident les deux femmes à subsister, mais la santé de Terefa devient chaque jour un peu plus précaire. Personne ne sait combien de temps elle survivra.

*Adapté de : Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.*

FICHE PÉDAGOGIQUE 1-3 :

Corrigé du jeu de pioche sur l'anatomie

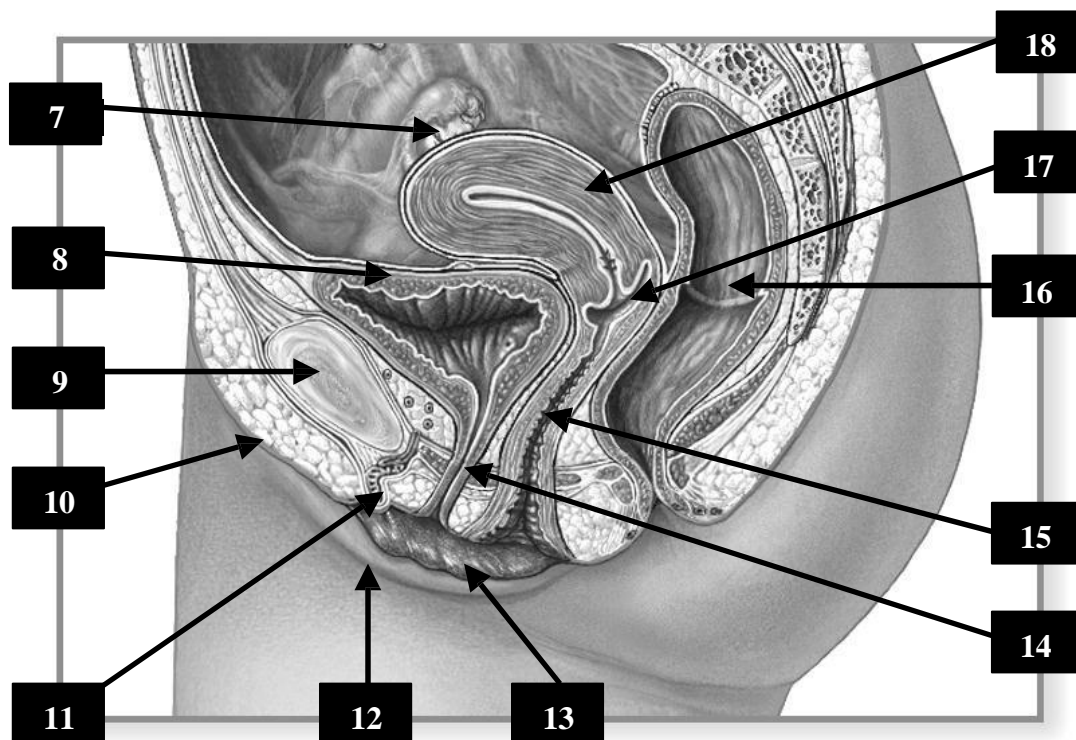
Anatomie pelvienne de la femme— Configuration externe



Source : A.D.A.M. Images. Adamimages.com. Imageld 107_72EWJ. Extrait de <http://www.adamimages.com/Female-reproductive-anatomy-Illustration/PI366/F4>, 29 juin 2011.

1	Clitoris	4	Méat urinaire
2	Grandes lèvres	5	Vagin
3	Anus	6	Petites lèvres

Anatomie pelvienne de la femme— Configuration interne



Source : Programme SEER (Surveillance, Epidemiology, and End Results) de l'Institut national du cancer des États-Unis (NCI). [pas de date communiquée] Appareil génital de la femme. Atlanta: Register du cancer SEER NCI. Consultable sur www.training.seer.cancer.gov/module_anatomy/unit12_3_repdt_female.html/, 12 mars 2008.

7	Ovaire	13	Petites lèvres
8	Vessie	14	Urètre
9	Symphyse pubienne	15	Vagin
10	Monticule prépubien	16	Rectum
11	Clitoris	17	Col de l'utérus
12	Grandes lèvres	18	Utérus

MODULE 2 : PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE PENDANT LA GROSSESSE, LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

Introduction

L'incidence de la fistule obstétricale peut être réduite si les femmes enceintes ont accès à des soins prénataux de qualité, à des soins de qualité pendant le travail et l'accouchement et à des soins obstétricaux d'urgence. La famille de la femme et sa communauté peuvent jouer un rôle pour l'aider à obtenir de tels soins. L'utilisation du partogramme dans la prise en charge du travail peut améliorer l'issue de la grossesse et réduire l'apparition d'une fistule obstétricale. Dispenser des soins professionnels rapides aux femmes qui ont récemment eu un travail prolongé et dystocique peut également prévenir l'apparition d'une fistule obstétricale. Pour finir, un dispositif d'orientation fonctionnel garantit que les femmes reçoivent les soins dont elles ont besoin pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Conditions préalables

- Réussite du module 1 de ce cours (ou connaissances et expérience équivalentes)
- Compétences de base dans l'accomplissement des gestes suivants acquises par des études ou issues d'une expérience pratique :
 - Soins prénataux
 - Surveillance et enregistrement des constantes
 - Bilan physique (bilan prénatal et pernatal)
 - Prise en charge du travail, y compris la réalisation de touchers vaginaux pendant le travail
 - Pose et entretien d'une sonde à demeure
 - Utilisation du partogramme

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Expliquer le rôle des soins prénataux dans la prévention de la fistule obstétricale
- Identifier les facteurs de risque de la fistule obstétricale au cours de consultations prénatales ciblées
- Élaborer des stratégies visant à relever les défis posés par l'administration de soins prénataux
- Manifester la volonté de dispenser des soins prénataux ciblés satisfaisant aux normes
- Identifier les signes du vrai travail
- Décrire les étapes et les phases du travail
- Expliquer le but du partogramme
- Décrire les composantes du partogramme et la manière dont ces dernières peuvent contribuer à la prévention et à la prise en charge de la fistule obstétricale
- Décrire la manière dont la progression normale du travail se présente sur le partogramme
- Décrire les responsabilités des infirmières et des sages-femmes dans l'utilisation du partogramme

- Énoncer les signes et les symptômes du travail prolongé et du travail dystocique
- Identifier les signes du travail prolongé et du travail dystocique et les noter soigneusement sur le partogramme
- Identifier les signes du travail prolongé et du travail dystocique
- Noter soigneusement les résultats relatifs au travail prolongé et au travail dystocique sur le partogramme
- Décrire les conditions dans lesquelles les résultats du partogramme indiquent qu'une parturiente doit être redirigée vers des soins d'urgence
- Expliquer l'importance de rediriger en temps utile les clientes en travail prolongé ou dystocique lorsqu'il est impossible de pratiquer une césarienne ou un accouchement avec ventouse obstétricale dans le centre où la parturiente est en travail
- Décrire les caractéristiques d'un dispositif d'orientation fonctionnel
- Décrire les différents types de dispositifs d'orientation
- Souligner le rôle de la communauté dans le dispositif d'orientation pour la fistule obstétricale
- Interpréter les données d'un audit d'orientation
- Souligner les principes de la prise en charge immédiate d'une parturiente ayant récemment survécu à un travail prolongé ou dystocique afin de prévenir la formation d'une fistule obstétricale

Présentation du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Surveillance et prise en charge de la grossesse visant à prévenir la fistule obstétricale	2 heures
A. Soins prénataux	2 heures
2. Utilisation du partogramme	2 heures et 25 minutes
A. Travail	30 minutes
B. Le partogramme	1 heure et 20 minutes
C. Travail prolongé et travail dystocique	35 minutes (hors travaux pratiques)
3. Orientation des clientes ayant un travail prolongé ou un travail dystocique	1 heure et 50 minutes
A. Orientation des clientes ayant un travail prolongé ou un travail dystocique	40 minutes
B. Le rôle de la communauté dans les dispositifs d'orientation pour la fistule obstétricale	30 minutes
C. L'audit d'orientation	40 minutes
4. Prise en charge préventive des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique	1 heure et 20 minutes
A. Prise en charge préventive des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique	40 minutes
B. Évaluation du module 2	40 minutes
Durée totale	7 heures et 35 minutes

Évaluation

- Fiche pédagogique 2-1 : Évaluation et corrigé du module 2

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez entre 10 et 15 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 2-I pour les tests de début et de fin du module 2.

SÉANCE 1

Surveillance et prise en charge de la grossesse visant à prévenir la fistule obstétricale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Expliquer le rôle des soins prénataux dans la prévention de la fistule obstétricale
- Identifier les facteurs de risque de la fistule obstétricale au cours de consultations prénatales ciblées
- Élaborer des stratégies visant à relever les défis posés par l'administration de soins prénataux
- Manifester la volonté de dispenser des soins prénataux ciblés satisfaisant aux normes

POINTS À RETENIR

- Les soins prénataux jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale
- Certains facteurs qui augmentent le risque de fistule obstétricale peuvent être identifiés pendant les consultations prénatales. Bien que ces facteurs de risque ne permettent pas de prévoir quelles sont les femmes qui développeront une fistule obstétricale, ils alertent le soignant sur le besoin de conseiller les femmes, leur partenaire et leur famille pour qu'ils planifient l'accouchement dans un centre de santé afin de garantir l'issue la plus favorable pour la mère et le bébé.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail à la maison
- Études de cas
- Exercice en binômes
- Intervenant
- Travail en groupe élargi

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 2-A : Soins prénataux et prévention de la fistule obstétricale
- Polycopié 2-B : Identification des femmes qui présentent un risque accru de fistule obstétricale
- Polycopié 2-C : Identification des facteurs de risque de la fistule obstétricale pendant la grossesse : Études de cas
- Polycopié 2-D : Défis posés par l'administration de soins prénataux
- Fiche pédagogique 2-1 : Évaluation et corrigé du module 2 (si vous réalisez un test de début de module)
- Fiche pédagogique 2-2 : Identification des facteurs de risque de la fistule obstétricale pendant la grossesse : Études de cas : Corrigé
- Fiche pédagogique 2-3 : Exemple de manifeste : Dispenser des soins prénataux ciblés

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopiés 2-A, 2-B, 2-C et 2-D.
4. Photocopiez les photocopiés 2-A, 2-B, 2-C et 2-D pour les participants
5. Partie A, activité 2 : Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.
6. Partie A, activité 4 : Organisez la venue d'une infirmière, d'une sage-femme ou d'un docteur jouissant d'une excellente réputation qui s'exprimera devant le groupe sur l'importance de dispenser des soins prénataux ciblés qui répondent aux normes établies.
7. Partie A, activité 4 : Prenez les dispositions nécessaires pour aider le ou la bénévole à préparer les photocopies du manifeste pour le groupe (p. ex. fournir l'accès à un ordinateur et à une photocopieuse).

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si les participants ont terminé le module I, tentez de faire le lien entre le contenu du module I et le contenu de ce module. Ceci renforcera les connaissances déjà acquises. Par exemple, établissez un lien entre les causes médicales et les facteurs concourants du module I et la discussion sur les facteurs de risque dans ce module.

Durée de la séance (totale) : 2 heures

SÉANCE 1

Étapes de la formation

Durée : 2 heures

Activité 1 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites bien que l'objet de la séance est d'explorer **comment les soins prénataux peuvent contribuer à prévenir la fistule obstétricale**.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez aux participants de définir les soins prénataux.
5. Faites un résumé en validant les apports des participants. Ajoutez des aspects de la définition que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-A comme référence.
6. Demandez aux participants comment les soins prénataux peuvent contribuer à prévenir la fistule obstétricale. Notez leurs commentaires sur le tableau-papier.
7. Faites un nouveau résumé en validant les apports des participants. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-A comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.
8. Demandez aux participants d'énumérer les « Trois retards » qui contribuent à l'apparition de la fistule obstétricale et qui ont été présentés dans le module 1 :
 - Un retard dans la décision de recourir aux soins en cas de travail prolongé ou dystocique
 - Un retard à accéder au centre de santé
 - Un retard à recevoir les soins au centre

Insistez sur le fait que les soins prénataux peuvent contribuer à prévenir les deux premiers retards en identifiant les femmes à risque et en les éduquant.

9. Insistez sur le fait qu'en l'absence de soins prénataux, les infirmières et les sages-femmes peuvent œuvrer aux côtés des communautés pour faire pression sur les autorités locales et les gouvernements afin d'obtenir davantage de services de qualité et de centres maternels ou d'hébergement pour les futures parturientes. (Pour de plus amples informations concernant le plaidoyer stratégique, consultez le module 4).
10. À la fin de l'activité, distribuez les photocopies du polycopié au groupe.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En 1989, l'Organisation mondiale de la Santé a produit une excellente cassette vidéo intitulée *Why Did Mrs. X Die? (Pourquoi Mme X est-elle morte ?)* aux formats VHS et SECAM. La vidéo raconte l'histoire d'une femme qui se terminera par son décès en couche et présente les principales causes de la mortalité maternelle. Elle explique également les mesures qui peuvent être prises pour prévenir un si grand nombre de décès inutiles. Bien que la vidéo soit actuellement épuisée, de nombreuses cassettes ont été distribuées. Si vous réussissez à vous en procurer une, il sera peut-être utile de la visionner pendant l'activité I de la partie A.

Activité 2 : Travail à la maison, études de cas et discussion (30 minutes pour les études de cas et la discussion)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier la partie du polycopié 2-B consacrée à l'identification des facteurs de risque de la fistule obstétricale pendant la grossesse.

2. Insistez sur le fait que les infirmières et les sages-femmes peuvent prendre des mesures pendant les consultations prénatales qui peuvent contribuer à prévenir la fistule obstétricale.
3. Lorsque le groupe se réunit, distribuez les photocopies du polycopié 2-C qui comporte des études de cas de clientes qui se présentent dans un centre de consultation prénatale. Demandez aux volontaires de présenter chaque étude de cas :
 - Le ou la volontaire lit chaque phrase du cas puis observe une pause.
 - Dès que les participants du groupe entendent une phrase qui décrit au moins un facteur de risque, ils lèvent le doigt.
 - Le ou la volontaire demande à l'un des participants qui a levé le doigt de nommer le ou les facteurs de risque dans la phrase.

La fiche pédagogique 2-2 fournit un corrigé.

4. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires concernant les cas. Répondez à leurs commentaires.

Activité 3 : Discussion, présentation et exercice en binômes (25 minutes)

1. Demandez aux participants d'énumérer les défis posés par l'administration de soins prénataux.
2. Résumez en validant les apports des participants. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-D comme référence.
3. Mettez les participants en binômes. Demandez-leur d'identifier des stratégies pour relever les défis.

Donnez cinq minutes à chaque binôme.

4. Repassez en classe entière. Demandez aux volontaires de définir une stratégie et d'éviter de répéter ce qui a déjà été dit.
5. Résumez l'activité en validant les apports des participants. Ajoutez des points que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-D comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires. À la fin de l'activité, distribuez les photocopies du polycopié au groupe.

Activité 4 : Intervenant, discussion et travail en groupe élargi (45 minutes)

1. Présentez l'intervenant qui s'exprimera pendant 15 minutes environ devant le groupe sur l'importance de dispenser des soins prénataux ciblés qui répondent aux normes établies. L'intervenant souhaitera peut-être puiser dans son expérience personnelle et raconter une histoire sur la manière dont le manque de soins prénataux a abouti au décès d'une femme et/ou de son bébé. Encouragez les participants à poser des questions à l'intervenant.
2. Pour la formation de participants en poste :
 - Option 1: Demandez aux participants de repenser à des occasions au cours desquelles ils se sont impliqués pour dispenser des soins prénataux ciblés en dépit des obstacles. Demandez aux volontaires de partager leurs expériences avec le groupe.
 - Option 2 : Demandez aux participants d'identifier au moins une chose qu'ils cesseront de faire, qu'ils commenceront à faire ou qu'ils continueront à faire lorsqu'ils dispensent des soins prénataux. Demandez aux volontaires de partager leurs idées avec le groupe.
3. Contribuez à la rédaction d'un bref manifeste attestant d'un engagement à fournir des soins prénataux ciblés de qualité. Demandez aux participants de lire le manifeste à haute voix qu'un volontaire ou vous-même pouvez retranscrire sur une feuille du tableau-papier. L'intervenant peut également contribuer à cette partie de l'activité. La fiche pédagogique 2-3 contient un exemple de manifeste pour référence.

4. Après avoir rédigé le manifeste sur le tableau-papier, demandez aux participants de s'avancer dans la salle et de signer leur nom au bas du manifeste.
5. Demandez à un volontaire de produire une version électronique du manifeste avec une liste des participants qui l'ont signé et de distribuer des photocopies aux participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

L'Organisation mondiale de la Santé a émis des recommandations actualisées sur les soins prénataux (consultez les références bibliographiques citées dans le polycopié 2-D). Pendant l'activité 4 de la partie A, l'intervenant ou vous-même souhaitez peut-être attirer l'attention sur cette recommandation et la passer en revue avec les participants au cours de la séance.

SÉANCE 2

Utilisation du partogramme

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Identifier les signes du vrai travail
- Décrire les étapes et les phases du travail
- Expliquer le but du partogramme
- Décrire les composantes du partogramme et la manière dont ces dernières peuvent contribuer à la prévention et à la prise en charge de la fistule obstétricale
- Décrire la manière dont la progression normale du travail se présente sur le partogramme
- Décrire les responsabilités des infirmières et des sages-femmes dans l'utilisation du partogramme
- Énoncer les signes et les symptômes du travail prolongé et du travail dystocique
- Identifier les signes du travail prolongé et du travail dystocique
- Noter soigneusement les résultats relatifs au travail prolongé et au travail dystocique sur le partogramme
- Décrire les conditions dans lesquelles les résultats du partogramme indiquent qu'une parturiente doit être redirigée vers des soins d'urgence

POINTS À RETENIR

- Le soignant détermine le rythme cardiaque fœtal par auscultation juste après la partie la plus forte d'une contraction.
- Pendant la première étape du travail spontané, le soignant enregistre le rythme cardiaque fœtal toutes les demi-heures.
- Le rythme cardiaque fœtal est constant entre 120 et 160 battements par minute.
- Une intensification du modelage avec une tête haute est un signe de disproportion (le bébé est trop grand pour le bassin de la mère).
- Pendant la phase de latence de la première étape du travail, la dilatation du col doit atteindre 4 cm en huit heures ; le col de l'utérus s'efface également (il s'assouplit et se raccourcit) durant cette phase.
- Pendant la phase active de la première étape du travail, la dilatation du col se situe entre 4 et 10 cm, à un rythme d'un cm/heure environ.
- En l'absence d'anomalies dans la progression du travail, la dilatation du col se maintient sur la ligne d'alerte du partogramme ou à gauche de celle-ci.
- Mesurer la descente de la tête fœtale aide le soignant à suivre la progression du travail. La tête qui ne descend pas peut indiquer un travail dystocique.
- Une palpation abdominale est systématiquement pratiquée avant le toucher vaginal pour identifier des cicatrices, des signes de césarienne ou d'une autre intervention chirurgicale et un anneau de Bandl.
- Le soignant observe la fréquence et la durée des contractions et les enregistre sur le partogramme toutes les 30 minutes.
- Le soignant enregistre le nombre de contractions par période de 10 minutes sur le partogramme.
- Le soignant note la durée des contractions en trois catégories :
 - Moins de 20 secondes
 - Entre 20 et 40 secondes
 - Plus de 40 secondes
- La ligne d'action signifie qu'une intervention immédiate est requise (p. ex. conférer avec un médecin sur la nécessité d'accélérer l'accouchement ou de pratiquer une intervention chirurgicale ; rediriger la parturiente si le centre n'est pas en mesure de fournir les soins nécessaires). Si la parturiente doit être transférée, l'Organisation mondiale de la Santé recommande de la faire accompagner par un soignant durant le trajet.

Méthodes de formation

- Présentation
- Travail à la maison
- Travail en groupe élargi
- Discussion
- Quiz
- Travaux pratiques

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Un crayon pour chaque participant
- Polycopié 2-E : Signes et étapes du travail
- Polycopié 2-F : Utilisation du partogramme
- Polycopié 2-G : Le partogramme
- Polycopié 2-H : Étude de cas n°1 sur le partogramme
- Polycopié 2-I : Le partogramme : Responsabilités des infirmières et des sages-femmes
- Polycopié 2-J : Travail prolongé
- Polycopié 2-K : Travail dystocique
- Polycopié 2-L : Étude de cas n°2 sur le partogramme
- Polycopié 2-M : Étude de cas n°3 sur le partogramme
- Fiche pédagogique 2-4 : Signes et étapes du travail : Exercice
- Fiche pédagogique 2-5 : Étude de cas n°1 sur le partogramme : Corrigé (travail spontané)
- Fiche pédagogique 2-6 : Travail prolongé et travail dystocique : Quiz - Corrigé
- Fiche pédagogique 2-7 : Étude de cas n°2 sur le partogramme : Corrigé (travail prolongé)
- Fiche pédagogique 2-8 : Étude de cas n°3 sur le partogramme : Corrigé (travail dystocique)

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 2-E, 2-F, 2-G, 2-H, 2-I, 2-J, 2-K, 2-L et 2-M.
4. Photocopiez les polycopiés 2-E, 2-F, 2-G, 2-H, 2-I, 2-J, 2-K, 2-L et 2-M pour les participants. Chaque participant aura besoin d'au moins cinq photocopies du polycopié 2-G, le partogramme pré-imprimé, qui sera utilisé dans les études de cas.
5. Partie A : Si vous êtes en petit groupe et que la salle de classe est suffisamment grande, notez les quatre phases du travail sur quatre feuilles du tableau-papier. Accrochez les quatre feuilles aux quatre coins de la salle. Le groupe se déplacera d'une feuille à l'autre, en fonction des bonnes réponses dans l'exercice.
6. Partie B, activité 1 : Notez la définition et l'objet du partogramme tirés du polycopié 2-F sur une feuille du tableau-papier.
7. Partie C, activité 3 : Organisez la séance de travaux pratiques.
8. Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

Même si la plupart des participants sont probablement rompus à l'utilisation du partogramme, il se peut qu'ils ne l'utilisent pas de façon active et constante dans la prise en charge du travail ou qu'ils ne l'aient pas vu être utilisé de manière active et constante dans la prise en charge du travail.

Managing Prolonged and Obstructed Labour: Education Materials for Teachers of Midwifery: Midwifery Education Modules, 2^{ème} éd., consultable sur le site Internet de l'Organisation mondiale de la Santé (www.who.org), est un excellent document pour ce module. Invitez les participants à télécharger ce livret. S'ils n'ont pas accès à Internet, voyez si vous ne pouvez pas leur en faire des photocopies.

Il sera peut-être utile de fournir des photocopies des corrigés des études de cas sur le partogramme (Fiche pédagogiques 2-5, 2-7 et 2-8). Les participants pourront utiliser les corrigés pour vérifier leur travail. Vous pouvez aussi les mettre en binômes pour qu'ils vérifient leur travail mutuel. Le groupe peut ensuite discuter des résultats obtenus et de ce que les cas d'étude leur ont appris.

Active management of the third stage of labor: A demonstration. Il s'agit d'une présentation en ligne produite par Access Program, consultable sur le site www.accesstohealth.org/toolres/amtslweb/amtsl.html. Il pourrait être intéressant de l'utiliser pendant cette séance.

Durée de la séance (totale) : 2 heures et 25 minutes (hors travaux pratiques)

SÉANCE 2

Étapes de la formation

PARTIE A : TRAVAIL

Durée : 30 minutes

Activité : Présentation, travail à la maison et travail en groupe élargi (Revue) (30 minutes)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier la partie du polycopié 2-E consacrée aux signes du vrai travail et aux étapes du travail.
2. Lorsque le groupe se réunit, passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
3. Dites bien que l'objet de la séance est d'explorer *comment le partogramme peut contribuer à prévenir la fistule obstétricale*.
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
5. Demandez aux participants du groupe s'ils ont des questions ou des commentaires concernant le polycopié.
6. Demandez à un volontaire de décrire ce qu'il conseillerait aux clientes pour reconnaître les signes du travail. Invitez-le à utiliser un langage simple que la cliente peut facilement comprendre.
7. Dites au groupe que vous allez le diriger dans un exercice consacré au travail. Commencez par lire l'un des signes indiqués dans la fiche pédagogique 2-4. Demandez aux participants s'il s'agit d'un signe de vrai travail. Demandez-leur de lever le doigt si un signe indique un vrai travail.
8. Pour les étapes et les phases du travail, lisez chaque point de la fiche pédagogique 2-4.
 - Si vous êtes en petit groupe et que la salle de classe est suffisamment grande, demandez aux participants d'aller se placer devant le tableau-papier qui désigne l'étape correcte du travail. Une fois l'étape correcte identifiée, demandez au groupe de nommer la phase du travail.
 - Si vous êtes en groupe élargi, nommez à haute voix la première étape, la deuxième étape, la troisième étape et la quatrième étape ; les participants doivent lever le doigt lorsque vous nommez l'étape correcte. Demandez ensuite aux participants d'identifier la phase.
9. Résumez l'activité en validant les apports des participants et en éclaircissant les points qui ont posé problème.

PARTIE B : LE PARTOGRAMME

Durée : 1 heure et 20 minutes

Activité 1 : Travail à la maison, présentation et discussion (30 minutes pour la présentation et la discussion)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier les parties des polycopiés 2-F et 2-G consacrées au partogramme.
2. En vous référant à la définition sur le tableau-papier, donnez la définition du partogramme et expliquez-en l'objet.
3. En prenant le polycopié 2-F comme référence, passez brièvement en revue les composantes du partogramme.
4. Présentez et insistez sur les points à retenir en rapport avec le partogramme à la page 73 de ce module.
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

Activité 2 : Discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants comment le partogramme peut contribuer à prévenir la fistule obstétricale ou à la prendre en charge. Les réponses peuvent être : identification du travail prolongé, identification du travail dystocique et un outil visuel pour que les acteurs puissent agir en conséquence.
2. Demandez aux participants s'ils utilisent le partogramme ou s'ils l'ont déjà fait. Demandez à ceux qui l'utilisent régulièrement de décrire les défis auxquels ils ont pu être confrontés. Demandez au groupe de faire des propositions pour relever ces défis. Complétez leur suggestions le cas échéant. Les défis liés à l'utilisation du partogramme peuvent être les suivants :
 - Nombre insuffisant de graphiques pour partogramme
 - Manque de connaissances et de compétences liées à l'utilisation du partogramme chez le personnel infirmier et obstétrique.
 - Utilisation irrégulière du partogramme pendant le travail
 - Annotation du partogramme après l'accouchement, mais sans que l'outil ait été utilisé pendant le travail
 - Manque de familiarité avec le partogramme de la part du personnel médical
3. Relever ces défis dépend de la marge de manœuvre laissée aux infirmières et aux sages-femmes par les protocoles de l'établissement pour plaider leur cause auprès des responsables et des chefs de service. Les réponses aux défis peuvent être :
 - Renforcer les compétences liées à l'utilisation du partogramme pour l'ensemble du personnel concerné
 - Superviser le personnel impliqué dans le travail pour garantir l'utilisation du partogramme pendant la prise en charge du travail
 - Identifier et réduire les obstacles afin de maintenir un nombre adéquat de partogrammes

Activité 3 : Travail à la maison et discussion (15 minutes pour la discussion)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

L'organisation mondiale de la Santé a mis au point un partogramme de la taille d'un poster en papier laminé effaçable qui peut être utilisé pour la formation. Contactez le ministère de la Santé ou le Service de santé reproductive de votre pays pour voir s'ils disposent de ce document. Les participants peuvent utiliser le graphique laminé pour enregistrer les résultats du partogramme pour les trois études de cas présentées dans ce module (polycopiés 2-H, 2-L et 2-M). Cette activité peut remplacer le travail à la maison dans l'activité 3 de la partie B. Il sera peut-être utile de remplir le partogramme laminé de sorte que les participants puissent contrôler leur travail sur les études de cas.

1. Distribuez les photocopies des polycopiés 2-G et 2-H (le graphique pour partogramme et l'étude de cas n°1). L'étude de cas décrit un travail spontané.
2. Demandez à chaque participant d'enregistrer les résultats au crayon sur le partogramme.
3. Lorsque les participants rendent leurs devoirs, contrôlez le travail de chaque participant en vous aidant du corrigé fourni avec la fiche pédagogique 2-5. Donnez une appréciation sur le travail de chaque participant.
4. Lorsque le groupe se réunit, abordez avec les participants ce qui a été fait de manière correcte et incorrecte. Donnez des conseils si besoin est.

Activité 4 : Discussion (15 minutes)

1. Demandez aux participants de décrire les responsabilités des infirmières et des sages-femmes dans l'utilisation du partogramme. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier.
2. Résumez la discussion en validant les apports des participants. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-I comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez les photocopies du polycopié au groupe.

PARTIE C : TRAVAIL PROLONGÉ ET TRAVAIL DYSTOCIQUE

Durée : 35 minutes (hors travaux pratiques)

Activité 1 : Travail à la maison, discussion et quiz (20 minutes)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier les parties des photocopiés 2-J et 2-K consacrées au travail prolongé et au travail dystocique.
2. Lorsque le groupe se réunit, demandez aux participants comment le travail prolongé et le travail dystocique se rattachent à la fistule obstétricale. Les réponses peuvent être :
 - En cas de travail prolongé ou dystocique, la tête fœtale exerce une pression constante contre le bassin de la mère.
 - Cette pression réduit considérablement l'irrigation sanguine des tissus mous entourant le vagin, la vessie, l'urètre et/ou le rectum.
 - Si la mère survit, le tissu pelvien délabré par la nécrose (mort des tissus) s'escarifie et se décompose laissant un orifice, ou fistule, entre organes adjacents.
3. Lisez les questions du quiz dans la fiche pédagogique 2-6 et demandez au groupe d'y répondre oralement.
4. À la fin du quiz, demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

Activité 2 : Travail à la maison, discussion (15 minutes pour la discussion)

1. Distribuez les photocopies des photocopiés 2-G (deux photocopies par participant), 2-L et 2-M (le graphique pour polygramme et les études de cas n°2 et 3). Les études de cas décrivent le travail prolongé et le travail dystocique.
2. Demandez à chaque participant d'enregistrer les résultats de chaque étude de cas au crayon sur le partogramme.
3. Lorsque les participants rendent leurs devoirs, contrôlez le travail de chaque participant en vous aidant des corrigés fournis avec les fiches pédagogiques 2-7 et 2-8. Donnez une appréciation sur le travail de chaque participant.
4. Lorsque le groupe se réunit, demandez aux participants d'identifier les signes qui indiquaient un travail prolongé ou dystocique sur les partogrammes. Abordez avec le groupe ce qui a été fait de manière correcte et incorrecte dans le travail à la maison. Donnez des conseils si besoin est.

Activité 3 : Travaux pratiques

1. Organisez une séance de travaux pratiques sur l'utilisation du partogramme, qui doit être supervisée par du personnel clinique formé et ayant l'expérience de l'utilisation du partogramme. L'annexe A contient une liste à cocher (page 405) sur l'utilisation du partogramme qui peut être utilisée pour ces travaux pratiques.
2. Après les travaux pratiques, demandez aux participants :
 - Quelles sont les choses qu'ils ont trouvées les plus utiles pendant les travaux pratiques ?
 - Que doivent-ils pratiquer davantage ?
 - Ont-ils des questions ou des commentaires sur les travaux pratiques ?

SÉANCE 3

Orientation des clientes en travail prolongé ou dystocique

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Expliquer l'importance de rediriger en temps utile les clientes en travail prolongé ou dystocique lorsqu'il est impossible de réaliser une césarienne ou un accouchement par ventouse obstétricale dans le centre où elles sont en travail
- Décrire les caractéristiques d'un dispositif d'orientation fonctionnel
- Décrire les différents types de dispositifs d'orientation
- Souligner le rôle de la communauté dans le dispositif d'orientation pour la fistule obstétricale
- Interpréter les données d'un audit d'orientation

POINTS À RETENIR

- L'orientation en temps utile des clientes en travail prolongé ou dystocique est souvent indispensable pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. Cette mesure peut aussi contribuer à prévenir la fistule obstétricale et d'autres complications liées à la grossesse, au travail et à l'accouchement.
- Les communautés peuvent participer aux dispositifs d'orientation pour la fistule obstétricale et les renforcer.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail à la maison
- Travail en petits groupes

Support et matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 2-N : Dispositifs d'orientation
- Polycopié 2-O : Exemple de fiche d'orientation
- Polycopié 2-P : L'audit d'orientation
- Polycopié 2-Q : L'audit d'orientation : Exercice
- Fiche pédagogique 2-9 : L'audit d'orientation : Exercice - Corrigé

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 2-N, 2-O, 2-P et 2-Q.
4. Photocopiez les polycopiés 2-N, 2-O, 2-P et 2-Q pour les participants.

5. Partie A, activité 2 : Notez la définition d'un dispositif d'orientation sur une feuille du tableau-papier en prenant le polycopié 2-N comme référence. En puisant dans votre propre expérience, repensez aux aspects d'un dispositif d'orientation qui se sont révélés extrêmement efficaces et à ceux qui ont nécessité des améliorations.
6. Partie C : Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Les participants contribueront à la connaissance des dispositifs d'orientation en puisant dans leur expérience personnelle et professionnelle. Incitez-les à partager leurs connaissances avec le groupe et à réfléchir sur la façon d'améliorer les dispositifs d'orientation.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 50 minutes

SÉANCE 3

Étapes de la formation

PARTIE A : ORIENTATION DES CLIENTES EN TRAVAIL PROLONGÉ OU DYSTOCIQUE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (10 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites bien que l'objet de la séance est d'expliquer *l'importance de l'orientation dans la prise en charge du travail prolongé et dystocique et dans la prévention de la fistule obstétricale*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Dites aux participants qu'ils peuvent être amenés à exercer dans un environnement clinique qui n'est pas équipé pour réaliser une césarienne ou d'autres interventions requises par les parturientes en travail prolongé ou dystocique.
5. Demandez aux participants pourquoi il est important de rediriger ces clientes en temps utile.

Les réponses peuvent être :

- « La vie de la cliente est en danger. »
- « La vie de l'enfant est en danger. »
- « Une orientation en temps utile peut contribuer à prévenir la fistule obstétricale et d'autres complications. »

Activité 2 : Présentation et discussion (30 minutes)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Pour la partie A, activité 2, il sera peut-être utile de demander à un intervenant de venir parler des dispositifs d'orientation locaux. Cette option peut s'avérer particulièrement profitable pour les participants en année de stage qui manquent d'expérience professionnelle en matière d'orientation.

1. En vous reportant à la définition sur une feuille du tableau-papier, donnez la définition d'un dispositif d'orientation.
2. Demandez aux participants de décrire les caractéristiques d'un dispositif d'orientation fonctionnel en se référant à des formations précédentes et en puisant dans leur expérience personnelle et professionnelle. Notez leurs commentaires sur une feuille du tableau-papier.
3. Résumez les apports des participants. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-N comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.
4. Demandez à deux ou trois participants de décrire des dispositifs d'orientation locaux et d'identifier les aspects qui sont particulièrement efficaces ou nécessitent des améliorations en puisant dans leur expérience personnelle et professionnelle. Proposez vos propres exemples si besoin est. Demandez au groupe de faire des suggestions sur la façon d'améliorer les dispositifs qui doivent l'être.

5. En prenant le polycopié 2-N comme référence, décrivez les types d'orientation. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.
6. À la fin de l'activité, distribuez les polycopiés 2-N et 2-O au groupe. Dites aux participants que le polycopié 2-O est un exemple de fiche d'orientation qu'ils peuvent adapter et réutiliser dans leur centre.

PARTIE B : LE RÔLE DE LA COMMUNAUTÉ DANS LES DISPOSITIFS D'ORIENTATION POUR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 30 minutes

Activité : Discussion (30 minutes)

1. Demandez au groupe de :
 - Donner des exemples de la façon dont la communauté peut participer au dispositif d'orientation, sans regarder le polycopié 2-N.
 - Décrire les membres de la communauté qui sont des pièces maîtresses du dispositif d'orientation.
Les exemples incluent des leaders dans les domaines suivants : santé, autorités locales, organisations féminines, organisations religieuses, transport.
 - Décrire comment les membres de ces communautés doivent travailler avec les infirmières, les sages-femmes et autres professionnels de santé pour renforcer le dispositif d'orientation.

Notez les réponses du groupe sur le tableau-papier.

2. Résumez l'activité en validant les apports du groupe. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-N comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

PARTIE C : L'AUDIT D'ORIENTATION

Durée : 40 minutes

Activité : Travail à la maison, travail en petits groupes et discussion (40 minutes pour le travail en petits groupes et la discussion)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier les parties du polycopié 2-P consacrées aux audits d'orientation.
2. Divisez le groupe en petits groupes de quatre à cinq participants chacun. Demandez aux groupes de passer en revue le polycopié 2-Q et de répondre aux questions suivantes :
 - Les orientations étaient-elles justifiées ?
 - Quelles mesures prendraient-ils en se basant sur les résultats de l'audit d'orientation ?
3. Donnez 15 minutes à chaque groupe. Demandez à chaque groupe de nommer un présentateur – preneur de notes.
4. Repassez en classe entière. Passez en revue les résultats de l'audit d'orientation pour chaque établissement et demandez aux participants-preneurs de notes de présenter les conclusions de leur groupe.
5. Résumez l'activité en validant les apports du groupe. Ajoutez des points essentiels que les petits groupes n'ont pas traités en vous appuyant sur la fiche pédagogique 2-9. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.

6. Demandez au groupe élargi comment les audits d'orientation se rattachent aux trois retards présentés dans le module 1.

Les réponses peuvent être :

- Les audits d'orientation permettent d'identifier les problèmes de transport et contribuent à résoudre le deuxième retard (accéder au centre de santé).
- Les audits d'orientation permettent d'identifier les problèmes au sein d'un système de santé liés au troisième retard (recevoir les soins).

SÉANCE 4

Prise en charge préventive des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Souligner les principes de prise en charge immédiate d'une femme qui a récemment survécu à un travail prolongé ou dystocique afin de prévenir la fistule obstétricale.

POINTS À RETENIR

- Toutes les maternités doivent rédiger un protocole pour la prise en charge des femmes qui ont survécu à un travail prolongé ou dystocique.
- Pour les femmes qui ont récemment eu un travail prolongé ou dystocique :
 - Une sonde à demeure est insérée dès que possible pour faciliter l'écoulement de l'urine.
 - Deux fois par jour, la toilette du périnée et du vagin est réalisée avec de l'eau salée (bains de siège) ou avec une solution de détergent doux dilué dans l'eau.
 - Le personnel invite les femmes à boire du liquide en grande quantité, environ 4 à 5 litres par jour.
 - Un examen au spéculum est réalisé le plus tôt possible.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion

Support et matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 2-R : Une cliente a-t-elle récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique ? Facteurs à prendre en considération
- Polycopié 2-S : Prévention de la fistule obstétricale : Prise en charge des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique
- Fiche pédagogique 2-1 : Évaluation et corrigé du module 2

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 2-R et 2-S.
4. Photocopiez les polycopiés 2-R et 2-S pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Il se peut que certains participants aient déjà soigné des femmes qui ont récemment eu un travail prolongé ou dystocique. Incitez-les à partager ce qu'ils ont appris et observé avec le reste du groupe. Comment les femmes étaient-elles prises en charge ? Quels furent les issues ?

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 20 minutes

SÉANCE 4

Étapes de la formation

PARTIE A : PRISE EN CHARGE PRÉVENTIVE DES CLIENTES QUI ONT RÉCEMMENT EU UN TRAVAIL PROLONGÉ OU UN TRAVAIL DYSTOCIQUE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites bien que l'objet de la séance est de décrire *la façon de prendre en charge les clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Dites aux participants qu'ils seront peut-être amenés à travailler dans des centres où les femmes qui ont récemment eu un travail prolongé ou un travail dystocique se présentent pour recevoir des soins. Demandez au groupe de prendre en considération ce qu'ils ont appris sur le travail prolongé ou le travail dystocique (séance 2 de ce module) et de désigner les signes qui pourraient identifier ces femmes. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier.
5. Résumez en validant les apports des participants. Ajoutez des points essentiels que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 2-R comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.
6. À la fin de l'activité, distribuez les photocopies du polycopié au groupe.

Activité 2 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. En prenant le polycopié 2-S comme référence, décrivez les principes d'une prise en charge immédiate des clientes qui ont récemment eu un travail prolongé ou dystocique.
2. Insistez sur le fait que toutes les maternités doivent avoir un protocole pour la prise en charge des femmes qui ont survécu à un travail prolongé ou dystocique.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires.
4. À la fin de l'activité, distribuez les photocopies du polycopié au groupe.

PARTIE B : ÉVALUATION DU MODULE 2

Durée : 40 minutes

Activité I : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 2 (en fonction des questions figurant dans la fiche pédagogique 2-1) aux participants et dites-leur qu'ils disposent de 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests 20 minutes plus tard.

Activité 2 : Corrigé/Compte rendu (20 minutes)

1. Corrigez les réponses à l'évaluation du module 2 (en vous appuyant sur le corrigé qui se trouve dans la fiche pédagogique 2-1).

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si le temps le permet, faites le tour de la salle en demandant aux participants de donner les réponses aux questions du test de fin de module. Si vous n'avez pas le temps, lisez les réponses à voix haute.

2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

**DOCUMENTS DU
MODULE 2**

POLYCOPIÉ 2-A

Les soins prénataux et la prévention de la fistule obstétricale

Les **soins prénataux** désignent les soins dispensés aux femmes dès le moment de la conception jusqu'au déclenchement du travail dans le cadre de consultations prénatales. Les soins prénataux reposent sur une approche pragmatique, orientée vers un but et axée sur la recherche de solutions et la résolution des problèmes. Chaque femme doit pouvoir recevoir des soins intégrés et personnalisés au sein de sa famille et de la communauté.

Les femmes qui vivent dans la pauvreté, les femmes qui vivent dans des régions reculées et les femmes qui sont peu instruites ou analphabètes sont les moins susceptibles de recevoir des soins prénataux. Bon nombre de ces femmes présentent un risque accru de fistule obstétricale. Les études montrent que les femmes qui reçoivent des soins prénataux sont plus susceptibles de recevoir une assistance qualifiée pendant le travail et l'accouchement que les femmes qui ne bénéficient pas de consultations prénatales.

Comment les soins prénataux peuvent prévenir la fistule obstétricale

Les soins prénataux de qualité en consultation :

- Identifient les jeunes filles et les femmes qui présentent un risque accru de fistule obstétricale (voir le polycopié 2-B)
- Permettent à la cliente de planifier un lieu adéquat pour l'accouchement
- Permettent à la cliente d'élaborer un plan dans l'éventualité d'une urgence
- Informent la cliente sur les signes du travail prolongé, du travail dystocique et d'autres complications pendant la grossesse
- Informent la cliente du moment où il est essentiel pour elle de recourir sans tarder aux soins d'un personnel compétent
- Aident la cliente à mettre en place une cagnotte pour faire face aux frais liés à la grossesse et à l'accouchement
- Aident la cliente à identifier des personnes de confiance dans sa famille et la communauté (p. ex. une personne qui puisse assurer le transport, une autre qui puisse s'occuper de la maison et des enfants)
- Fournissent une occasion d'informer la cliente et son partenaire sur les causes de la fistule obstétricale et de rectifier les mythes ou les rumeurs concernant cette pathologie

Si une femme a l'intention d'accoucher dans un centre de santé, les soins prénataux de qualité en consultation :

- L'aident à organiser le transport au centre de santé avant qu'elle n'en ait besoin
- L'informent du moment où elle doit se rendre au centre de santé après le début du travail et de ce qu'elle doit emporter

Pendant la grossesse : À quel moment se rendre le plus tôt possible dans un centre de santé

Si une femme manifeste l'un des symptômes suivants, elle doit se rendre immédiatement dans un centre de santé :

- Fièvre supérieure à 38,5 °C
- Saignements vaginaux
- Convulsions (crise d'épilepsie)
- Maux de tête sévères et continus accompagnés d'une vision troublée
- Fortes douleurs dans le bas-ventre
- Respiration rapide ou difficile
- Fatigue extrême (trop faible pour sortir du lit)
- Sensation de malaise
- Gonflement des doigts, du visage ou des jambes

Aussi bien les femmes enceintes que les membres de leur famille doivent reconnaître ces signes d'alerte, dans la mesure où la femme peut ne pas être capable de demander de l'aide si elle ressent l'un de ces symptômes.

Pendant la grossesse : À quel moment se rendre le plus tôt possible dans un centre de santé

Une femme enceinte doit se rendre immédiatement dans un centre de santé si :

- La poche des eaux se rompt et (a) le travail ne commence pas dans les six heures qui suivent ou (b) elle et/ou son(s) soignant(s) ne détectent aucun mouvement fœtal.
- Ses douleurs (contractions) se prolongent pendant 12 heures.

Bibliographie

Carroli, G., et al. 2001. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 357(9268):1565–1570.

Dowswell, T., et al. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, numéro 10, n° d'article CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2. Extrait de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub2/abstract>, 12 septembre 2011.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, no. 2. Baltimore, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/INFO Project.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: A guide for essential practice*, 2^{ème} éd. Genève.

OMS. 2003. *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements, and missed opportunities*. Genève.

OMS. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*, 2^{ème} éd. Genève.

OMS. 2009. *Training manual for cluster representatives and health volunteers, module 1, family health*. Genève.

OMS. 2009. *WHO recommended interventions for improving maternal and newborn health*. Genève.

OMS. 2011. *WHO statement on antenatal care*. Genève.

POLYCOPIÉ 2-B

Identification des femmes qui présentent un risque accru de fistule obstétricale :

IMPORTANT : Toutes les femmes enceintes présentent un risque de complications obstétricales, fistule comprise. Toutes les femmes doivent recevoir des soins prénataux ciblés, conformes aux normes internationales et nationales, y compris une activité de conseil et une planification de l'accouchement dans un centre de santé. La décision de rediriger la parturiente vers un établissement spécialisé doit être basée sur les facteurs de risque, sans préjudice ou discrimination.

Le risque de fistule obstétricale est plus grand chez certaines femmes. Les facteurs de risque suivants ne sont pas prévisibles. Les femmes qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque peuvent ou non développer une fistule obstétricale. Toutefois, si une femme présente un facteur de risque, le professionnel de santé conseillera à la femme, son partenaire et sa famille, de planifier l'accouchement dans un centre de santé afin de garantir l'issue la plus favorable pour la mère et le bébé. L'identification des facteurs de risque peut également aider le professionnel de santé à déterminer quelles sont les femmes qui doivent être redirigées vers un établissement spécialisé.

Lors du recueil des antécédents médicaux d'une femme enceinte, il est important de noter l'ensemble des facteurs suivants :

Recueil des antécédents : Facteurs médicaux

- Petite corpulence, bassin trop étroit et/ou malnutrition provoquant un arrêt de croissance prématuré et un faible poids
- Dernière naissance et grossesse actuelle espacées de moins de deux ans
- Travail prolongé ou dystocique lors d'une précédente grossesse
- Naissance inexplicite d'un enfant mort-né à l'issue d'une précédente grossesse
- La femme en est au moins à sa cinquième grossesse (on parle alors de grande multiparité), ce qui accroît l'éventualité d'une position instable et d'un travail prolongé avec présentation anormale
- Primigeste (première grossesse)
- Avortement provoqué dans de mauvaises conditions (des instruments tranchants peuvent léser l'appareil génital et les organes sous-jacents)
- Pratiques traditionnelles nocives, comme les mutilations génitales féminines
- Traumatisme provoqué par un abus sexuel ou un viol
- Antécédents de maladies ou de traitements qui augmentent le risque de fistule obstétricale (p. ex. diabète ou diabète gestationnel diagnostiqués comportant un risque de gros bébé, cancer du rectum, infection provoquée par la lymphogranulomatose vénérienne, radiothérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus)
- Lésions chirurgicales
- Précédente fistule obstétricale (avec ou sans réparation)
- Gros bébé (qui peut également provoquer du diabète pendant la grossesse)

Recueil des antécédents : Facteurs sociaux

- Jeune âge (moins de 18 ans)
- Pauvreté
- Mariage et accouchement précoces
- Faible niveau d'instruction
- Planification familiale inadéquate
- Discrimination liée au genre
- Résidence dans une zone reculée

Recueil des antécédents : Facteurs liés à l'administration des services

- Manque d'accès à des soins qualifiés en période prénatale et pendant l'accouchement
- Manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence
- Manque d'accès aux centres de santé
- Manque d'accès à la planification familiale

Palpation abdominale

- Après 36 semaines de gestation : la hauteur utérine est supérieure à l'âge gestationnel (ce qui peut indiquer un risque accru de travail prolongé ou dystocique)
- Présentation ou position anormale : une présentation anormale, notamment après 36 semaines de gestation, se traduira très probablement par un travail dystocique ; toutes les parturientes avec une présentation anormale doivent accoucher dans un centre de santé équipé pour dispenser des soins obstétricaux d'urgence ; la présentation anormale peut être un signe d'hydrocéphalie.

Bibliographie

De Cock, J., and Van der Walt, C. 2004. *Maternal and newborn care: A complete guide for midwives and other health professionals*. Landsdowne, Afrique du Sud : Juta.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

POLYCOPIÉ 2- -C

Identification des facteurs de risque de fistule obstétricale pendant la grossesse : Études de cas

Les clientes ci-après se rendent dans un centre de santé dans lequel vous dispensez des soins prénataux. Identifiez les facteurs de risque de fistule obstétricale.

Cas 1 : Tigrest

1. Tigrest a été mariée à l'âge de 12 ans.
2. Elle vit dans un village reculé.
3. Tigrest est analphabète et n'a jamais été scolarisée.
4. Tigrest a été enceinte à l'âge de 14 ans.

Cas 2 : Pendo

1. Pendo a 17 ans.
2. Elle est pauvre.
3. Elle souffre de malnutrition.
4. Pendo est mariée à un homme nettement plus âgé.
5. Elle a eu une grossesse précédente qui s'est terminée par la naissance d'un enfant mort-né.
6. Pendo a subi des mutilations génitales féminines.

Cas 3 : Aberesh

1. Aberesh a 25 ans.
2. Aberesh a eu deux grossesses précédentes qui se sont toutes deux terminées par l'accouchement sans problèmes de deux bébés en bonne santé, en dépit d'abus physiques au cours de ses grossesses.
3. Aberesh a souffert d'hypertension au cours de l'une de ses grossesses.

Cas 4 : Naneye

1. Naneye a 16 ans.
2. Son bassin est trop étroit.
3. Naneye a eu une précédente grossesse au cours de laquelle elle a dû endurer un travail prolongé. Elle a accouché d'un petit bébé sous assistance médicale. Le bébé est en vie, il a un aspect normal et est aujourd'hui âgé de 18 mois.

POLYCOPIÉ 2-D

Défis posés par l'administration des soins prénataux

Les défis

- Pour toute une série de raisons, nombreuses sont les jeunes filles et les femmes qui ne reçoivent pas de soins. Elles peuvent ne pas avoir d'argent ou accès à un moyen de transport. Il se peut qu'elles doivent demander la permission de quitter le domicile. Les tâches domestiques peuvent les empêcher de recourir aux soins, notamment lorsqu'elles doivent attendre des heures avant de les recevoir. Elles peuvent ne pas être en mesure de se rendre d'elles-mêmes dans le centre de santé et n'avoir personne qui les accompagne. Elles peuvent faire face à une discrimination de la part des agents de santé, notamment si elles sont pauvres, très jeunes ou qu'elles appartiennent à certains groupes ethniques.
- Les services de santé peuvent être éloignés des villages dans lesquels les jeunes filles et les femmes résident.
- Les centres de santé n'ont peut-être pas suffisamment de personnel formé à l'administration des soins prénataux.
- Les centres de santé ne disposent peut-être pas des laboratoires et des services de diagnostic nécessaires.
- Les professionnels de santé peuvent ne pas avoir les compétences requises pour établir une communication pertinente, efficace, indifférenciée et respectueuse avec des clientes très disparates, notamment issues de populations vulnérables comme les pauvres, les jeunes et les femmes porteuses de handicap.
- Le personnel peut manquer du temps nécessaire pour dispenser les soins prénataux recommandés.
- Des urgences médicales peuvent prendre le pas sur les soins prénataux.
- Les professionnels de santé peuvent ne pas avoir les compétences requises ni être suffisamment attentifs aux besoins des femmes pour conseiller ces dernières et leur famille sur les facteurs de risque et les signes d'alerte liés à la grossesse et au travail.
- Les ressources peuvent ne pas être formées pour se tourner vers les acteurs qui ont vocation à prendre des décisions pendant la grossesse, comme les partenaires, les beaux-parents et les membres de la communauté.
- Les centres de santé peuvent ne pas être équipés de centres d'hébergement ou de salles pour les futures parturientes qui vivent dans des régions reculées ou chez qui des facteurs de risque ont été diagnostiqués.
- Les professionnels de santé peuvent ne pas avoir les compétences nécessaires pour aborder des problèmes sociaux comme la discrimination liée au genre, le mariage précoce, les abus et la violence.
- Les communautés peuvent ne pas disposer des moyens nécessaires pour aider les femmes victimes d'abus ou de violence.

Stratégies pour relever les défis

- Éduquer les jeunes filles, les femmes et leur communauté sur l'importance des consultations prénatales, des complications maternelles éventuelles et de la nécessité de soins qualifiés pendant le travail et l'accouchement.
- Travailler avec les communautés pour assurer un moyen de transport aux femmes qui se rendent aux consultations prénatales.
- Former les agents de santé communautaires dans les régions reculées à dispenser les quatre consultations prénatales ciblées recommandées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2002) et à identifier les jeunes filles et les femmes qui présentent un risque élevé de complications pendant la grossesse, y compris de fistule obstétricale.
- Former les agents de santé aux procédures d'orientation.
- Moderniser les laboratoires et les services de diagnostic dans les centres de santé.
- Former les professionnels de santé aux problèmes sociaux liés à la fistule obstétricale.
- Aider les communautés à se doter des moyens nécessaires pour assister les femmes victimes d'abus ou de violence.
- Envisager de fournir des informations prénatales au cours de séances de groupe, suivies de séances cliniques et de conseil individuelles, personnalisées en fonction des besoins des femmes et des couples.
- Utiliser le modèle de consultation prénatale mis au point par l'OMS (2002). Ce modèle identifie les femmes qui présentent un état de santé particulier ou des facteurs de risque de complications pendant la grossesse ; ce sont ces femmes qui bénéficient le plus des soins prénataux ou qui sont redirigées vers un établissement spécialisé. Les femmes qui ne sont pas à haut risque reçoivent quatre consultations prénatales au minimum. La plupart des femmes ne se voient plus recommander un nombre de consultations majeur en raison de la charge qu'elles font peser sur les systèmes de santé. Des études ont montré que, pour la plupart des femmes, la réduction du nombre de consultations n'a pas de répercussions négatives sur l'issue pour la mère ou pour l'enfant.
- Se reporter aux recommandations de l'OMS concernant le contenu à inclure dans chaque consultation. Ceci permettra de gagner en efficacité et de recentrer également les soins prénataux sur la prévention des complications les plus graves de la grossesse. Le document *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*, cité plus bas, met l'accent sur les quatre consultations recommandées pour les femmes qui ne présentent pas de risque élevé.
- Pour dissiper les idées reçues à propos de la fistule obstétricale, il convient de donner aux femmes et à leur famille des informations complètes concernant la nature médicale de cette pathologie et de ses causes.
- Informer les femmes, leur famille et la communauté de l'existence de services de réparation chirurgicale de la fistule.

Bibliographie

Caroli, G., et al. 2001. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 357(9268):1565–1570.

Dowswell, T., et al. 2010. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, numéro 10, n° d'article CD000934. DOI: 10.1002/14651858.CD000934.pub2. Extrait de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000934.pub2/abstract>, 12 septembre 2011.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2002. *WHO antenatal care randomized trial: Manual for the implementation of the new model*. Genève.

OMS. 2003. *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements, and missed opportunities*. Genève.

OMS. 2009. *WHO recommended interventions for improving maternal and newborn health*. Genève.

OMS. 2011. *WHO statement on antenatal care*. Genève.

POLYCOPIÉ 2-E

Signes et étapes du travail

Il est important que l'ensemble des professionnels de santé qui travaillent avec les femmes enceintes soient en mesure de faire la distinction entre les signes d'un vrai travail et ceux qui orientent vers un faux travail.

Les signes du vrai travail : Signes observés par la femme

- *Rupture des membranes* : Le sac amniotique fuit ou se rompt.
- *Contractions* : Une contraction est un resserrement de l'utérus. Lorsqu'une femme est en travail, les contractions se produisent à intervalles réguliers. L'intervalle entre les contractions se réduit progressivement pendant le travail, tandis que l'intensité et la durée des contractions s'intensifient avec le temps. Les contractions légères durent moins de 20 secondes ; modérées, entre 20 et 40 secondes ; fortes, plus de 40 secondes. Les vraies contractions continuent, quelle que soit l'activité ou la position de la parturiente. La douleur commence dans le bas du dos, puis irradie vers l'avant.
- *Perte du bouchon muqueux* : Le vrai travail s'accompagne souvent de l'expulsion d'un amalgame glaireux teinté de sang par le vagin (appelé perte de bouchon muqueux) ; le travail se déclenche habituellement dans les 24 à 48 heures qui suivent la perte du bouchon muqueux (Varney et al., 2004).

Les signes du vrai travail : Signes observés par le soignant

- Le col de l'utérus s'efface (il s'assouplit et se raccourcit).
- Le col de l'utérus se dilate (il s'ouvre).
- L'utérus se durcit (plus l'utérus est dur, plus la douleur est intense).
- La présentation descend.
- La présentation/la tête fœtale est fixée entre les contractions.
- La prise d'un analgésique n'arrête pas le vrai travail.

Une femme enceinte qui présente les signes du vrai travail doit se rendre immédiatement dans un centre de santé qui dispense des soins obstétricaux. Après 37 semaines de gestation, toutes les femmes qui vivent loin d'un centre de santé qui propose des soins obstétricaux d'urgence doivent se rendre soit (a) dans un centre de ce type, soit (b) dans un centre d'hébergement établi pour les futures parturientes situé à proximité de ce centre.

Faux travail

- La femme n'a pas de contractions palpables, ou les contractions sont irrégulières, variables en durée, et un changement d'activité ou de position peut parfois les arrêter. L'intervalle entre les contractions ne diminue pas avec le temps ; la durée et l'intensité des contractions ne s'intensifient pas. La douleur est principalement localisée dans le bas du ventre.
- Le durcissement de l'utérus et l'intensité de la douleur ne sont pas liés.
- Le bouchon muqueux reste en place.
- Le col de l'utérus ne se dilate pas.
- La présentation ne descend pas.
- La tête fœtale n'est pas encore engagée.
- La prise d'un analgésique arrête les douleurs déclenchées par le faux travail.

Étapes et phases du travail

Étape	Phase	Symptômes et signes
Première	Latence	Dilatation du col inférieure à 4 cm
Première	Active	Dilatation du col entre 4 et 9 cm Le rythme de dilatation est de 1 cm/heure ou plus Descente de la tête fœtale
Deuxième	Précoce (non expulsive)	Dilatation complète du col (10 cm) La descente fœtale continue La parturiente n'éprouve pas le besoin de
Deuxième	Tardive (expulsive)	Dilatation complète du col (10 cm) La présentation atteint le plancher pelvien La parturiente éprouve une envie impérieuse de
Troisième		Naissance du bébé Expulsion du placenta

Bibliographie

Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *Reproductive health curriculum for service providers*. Nairobi.

Mayo Clinic. [no date given] Signs of labor: Know what to expect. Extrait de <http://www.mayoclinic.com/health/signs-of-labor/PR00083>, 2 février 2011.

Oxorn, H. 1986. *Oxorn-Foote human labor and birth*, 5^{ème} éd. New York: McGraw Hill.

Starrs, A. 1987. *Preventing the tragedy of maternal death: A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, février 1987*. Washington DC: Banque mondiale

Varney, H., Kriebs, J. M., and Gegor, C. L. 2004. *Varney's midwifery*, 4^{ème} éd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Organisation mondiale de la Santé. 2000. *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Genève.

POLYCOPIÉ 2-F

Utilisation du partogramme

Définition et objet

Un *partogramme* est un enregistrement de toutes les observations faites sur l'état d'une femme en travail. L'élément principal du partogramme est la représentation graphique de la dilation du col de l'utérus évaluée par le toucher vaginal. Le partogramme fournit des informations qui aident le professionnel de santé à évaluer l'état de la mère et du fœtus pendant le travail. L'objet du partogramme est de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales.

Toucher vaginal

Les touchers vaginaux sont réalisés toutes les quatre heures environ. Certaines femmes, notamment les multipares (les femmes qui ont eu deux ou plusieurs grossesses au cours desquelles le ou les fœtus ont atteint le seuil de viabilité, à savoir 20 semaines de gestation ou 500 grammes ; voir Varney et al., 2004), peuvent devoir bénéficier d'un suivi plus fréquent pendant la phase avancée du travail. Une palpation est systématiquement pratiquée avant le toucher vaginal pour identifier des cicatrices, des signes de césarienne ou d'une autre intervention chirurgicale et un anneau de Bandl.

Si les membranes se sont rompues et que la parturiente n'a pas de contractions, le soignant n'effectue pas de toucher vaginal qui n'aiderait pas à poser un diagnostic et qui risquerait de provoquer une infection.

Composantes du partogramme

- Collecte d'informations sur la femme et sa grossesse
- Rythme cardiaque fœtal
- Liquide amniotique
- Modelage
- Dilatation du col
- Ligne d'alerte (segment prenant son origine à 4cm de la dilatation du col et se terminant au point où la dilatation est complète, à raison d'une progression de 1 cm par heure)
- Ligne d'action (parallèle à la ligne d'alerte, quatre heures plus à droite de la ligne d'alerte)
- Descente de la tête
- Nombre d'heures (se réfère à la durée écoulée depuis le début de la phase active du travail)
- Heure (l'heure qu'il est)
- Contractions
- Ocytocine, médicaments et liquides par voie intraveineuse
- Pouls, tension artérielle et température
- Urine

Enregistrement et interprétation des résultats

Rythme cardiaque fœtal

Pour surveiller l'état du fœtus, le soignant enregistre le rythme cardiaque fœtal toutes les demi-heures pendant la première étape du travail et plus souvent à la fin de la première étape et au cours de la seconde. Le rythme cardiaque fœtal normal est constant entre 120 et 160 battements par minute. Le soignant détermine le rythme cardiaque fœtal par auscultation juste après la partie la plus forte d'une contraction.

Sur le partogramme, chaque case allouée au rythme cardiaque fœtal représente 30 minutes. Les lignes correspondant à 100 et 180 battements par minute sont plus foncées pour rappeler au soignant qu'un rythme cardiaque fœtal inférieur à 100 ou supérieur à 180 indique un état fœtal non rassurant.

Liquide amniotique

Le soignant note l'aspect du liquide amniotique au cours de chaque toucher vaginal. Si les membranes sont intactes, le soignant note « L ». Si les membranes sont rompues, le soignant note l'aspect du liquide comme suit :

- Clair (couleur normale) (C)
- Teinté de sang (B)
- Teinté de méconium (M)
- Absent (A)

Le soignant détermine le rythme cardiaque fœtal par auscultation toutes les cinq minutes si :

- Le liquide contient un méconium épais vert ou noir
- Le liquide est absent au moment de la rupture des membranes

Modelage

Cette évaluation repose sur le chevauchement des sutures sagittales fœtales à mesure que la tête fœtale descend pour s'engager et passer par le bassin osseux de la mère. Le but est double : décrire la façon dont la tête du bébé s'engage dans le bassin et indiquer la pression que le bassin exerce sur la tête pendant le travail (p. ex. un large bassin exerce peu de pression sur une petite tête, un petit bassin exerce une pression marquée sur une grosse tête). L'enregistrement se présente comme suit :

- Les os ne sont pas soudés et les sutures sont aisément palpables (0).
- Les os se touchent à peine (+).
- Les os se chevauchent, mais une pression des doigts du soignant peut facilement les séparer (++).

Ces trois signes indiquent un modelage de léger à modéré qui est considéré dans la norme ; la parturiente doit faire l'objet d'une surveillance étroite. Si le modelage s'intensifie, des mesures doivent être prises ou la parturiente doit être redirigée vers un établissement spécialisé.

- Les os se chevauchent, mais une pression des doigts du soignant ne suffit pas à les séparer facilement (+++).

Ce signe indique que des mesures doivent être prises ou que la parturiente doit être redirigée vers un établissement spécialisé.

Une intensification du modelage avec une tête haute est un signe de disproportion (le bébé est trop grand pour le bassin de la mère).

Dilatation du col

Cette évaluation constitue l'observation la plus importante pour surveiller la progression du travail. Le soignant mesure la dilatation, qui doit être progressive, lors de chaque toucher vaginal, marquée d'une croix (X). Le tracé commence à 4 cm.

Des subdivisions de 0 à 10 apparaissent à gauche du partogramme ; chaque numéro/intervalle représente 1 cm de dilatation. Numérotée de 0 à 24, la ligne en bas du partogramme représente les heures, chaque intervalle correspond à une heure.

Pendant la phase de latence de la première étape du travail, la dilatation du col doit atteindre 4 cm en huit heures ; le col s'efface également à ce moment-là. Les résultats enregistrés pendant la phase de latence ne sont pas notés sur le partogramme.

La phase active de la première étape du travail prend son origine à 4 cm de la dilatation et se termine au point où la dilatation est complète (10 cm). Pendant cette phase, la progression est d'environ 1 cm par heure, voire plus rapide chez les femmes multipares (femmes qui ont été enceintes deux fois ou plus). Si la progression est satisfaisante, les résultats de la dilatation du col se maintiennent sur la ligne d'alerte ou sur sa gauche.

Descente de la présentation

Pour une progression correcte du travail, la dilatation doit s'accompagner de la descente de la présentation. La descente est évaluée à la palpation abdominale, tout de suite avant un toucher vaginal. Le but est de permettre au soignant de connaître (a) le degré de descente et (b) l'endroit où il doit s'attendre à sentir la présentation durant le toucher vaginal.

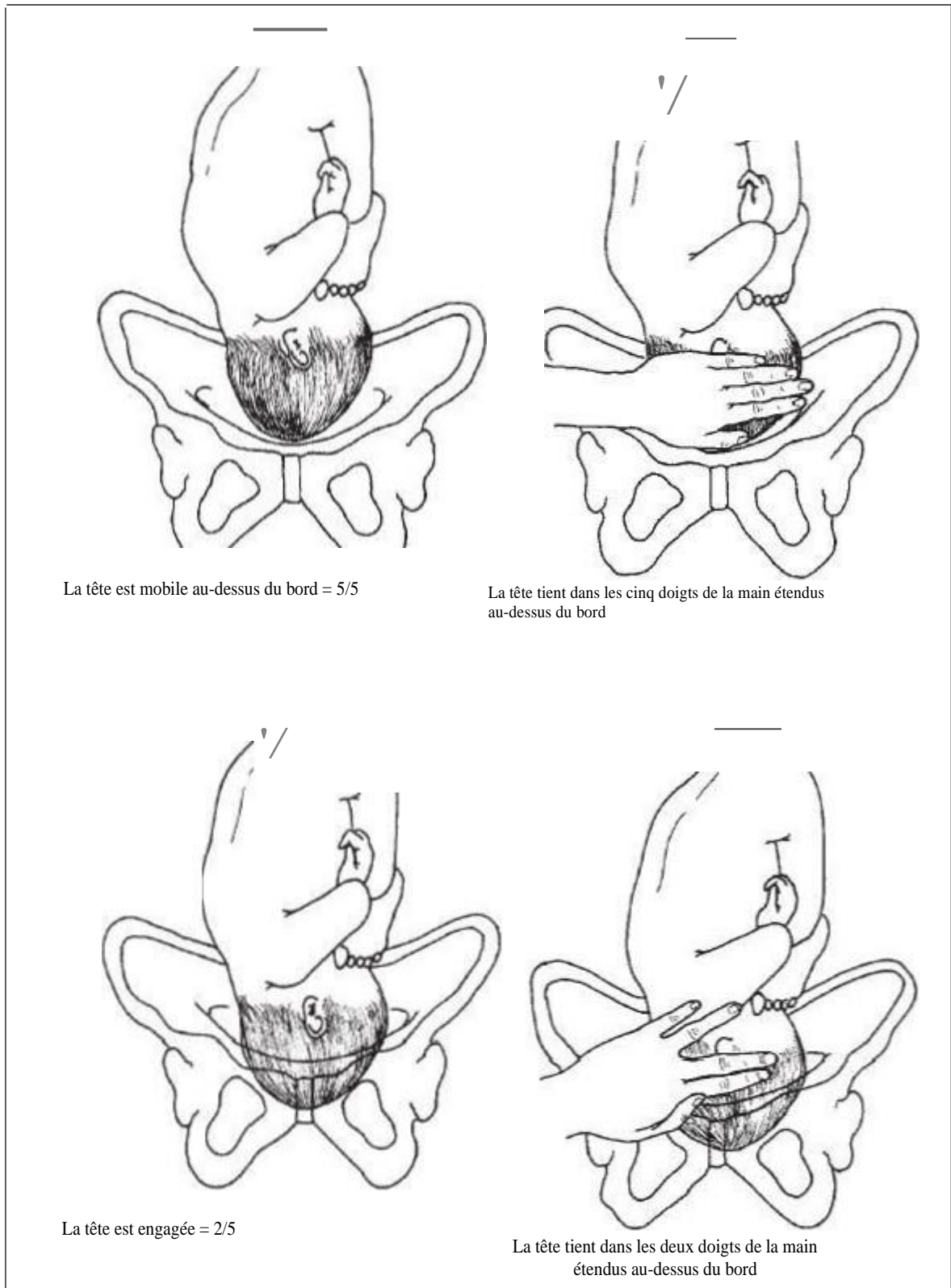
Aux fins de l'évaluation, la tête, palpable au-dessus de la symphyse pubienne, est divisée en cinq parties. La largeur de quatre doigts fermés et du pouce peut être utilisée pour mesurer les cinq parties de la tête au-dessus du bord ; une tête mobile correspond à la largeur des cinq doigts de la main étendus au-dessus du bord (cf. page 99).

À mesure que la tête descend, la hauteur encore palpable au-dessus du bord correspond à un nombre de doigts moindre (4/5, 3/5, etc.). Lorsque la hauteur de la tête palpable au-dessus du bord correspond à la largeur de deux doigts ou moins, la tête est en principe engagée. La descente est marquée d'un cercle (O).

Contractions utérines


En principe, les contractions s'intensifient en fréquence et en durée à mesure que le travail progresse. Le soignant enregistre les contractions toutes les 30 minutes ; il détermine à la palpation le nombre de contractions en dix minutes et note leur durée en secondes. La durée est enregistrée de trois façons :

- Moins de 20 secondes
- Entre 20 et 40 secondes
- Plus de 40 secondes



Les cases dans cette partie du partogramme sont numérotées de 1 à 5. Chaque case représente une contraction (par exemple, si deux contractions se succèdent en 10 minutes, le soignant ombrage deux cases).

LÉGENDE DES CASES OMBRAGÉES	
•	Pointillés : légères contractions d'une durée inférieure à 20 secondes
•	Lignes diagonales : contractions modérées d'une durée comprise entre 20 et 40 secondes
•	Couleur pleine : fortes contractions d'une durée supérieure à 40 secondes



Si les contractions sont faibles, il va falloir accélérer le travail. Il convient de consulter un médecin. L'accélération est uniquement réalisée après une évaluation minutieuse des risques.

Ocytocine, médicaments et liquides par voie intraveineuse

Le soignant note l'heure à laquelle les médicaments et les liquides sont perfusés.

Pouls, tension artérielle et température

Le soignant mesure le pouls de la parturiente toutes les demi-heures ; la pression artérielle, toutes les quatre heures et la température, toutes les deux heures.

Limites normales des constantes	
Pouls	entre 60 et 90
Tension artérielle	entre 90/60 et 130/80
Température	37,2 C° (98.6 F)

Urine

Si la tension artérielle de la parturiente est élevée lors de l'admission, le soignant recherche des traces d'acétone, d'albumine et de glucose dans les urines. Le soignant encourage la parturiente à uriner toutes les deux heures pendant le travail. Il examine le volume et la concentration des urines. Une couleur sombre est un signe de déshydratation. Une recherche de protéines et de cétones est réalisée pour chaque échantillon. Le soignant note chaque miction de la parturiente.

Vomissements

Les parturientes vomissent parfois pendant le travail. Le soignant enregistre les vomissements sur le partogramme en notant la couleur et la consistance.

Ligne d'action

La ligne d'action signifie qu'une intervention immédiate est requise (p. ex. conférer avec un médecin sur la nécessité d'accélérer l'accouchement ou de pratiquer une intervention chirurgicale ; ou rediriger la parturiente si le centre n'est pas en mesure de fournir les soins nécessaires). Si la cliente doit être transférée, l'Organisation mondiale de la Santé (2006, page 64) recommande de la faire accompagner par un soignant durant le trajet.

Rapport sur des situations anormales

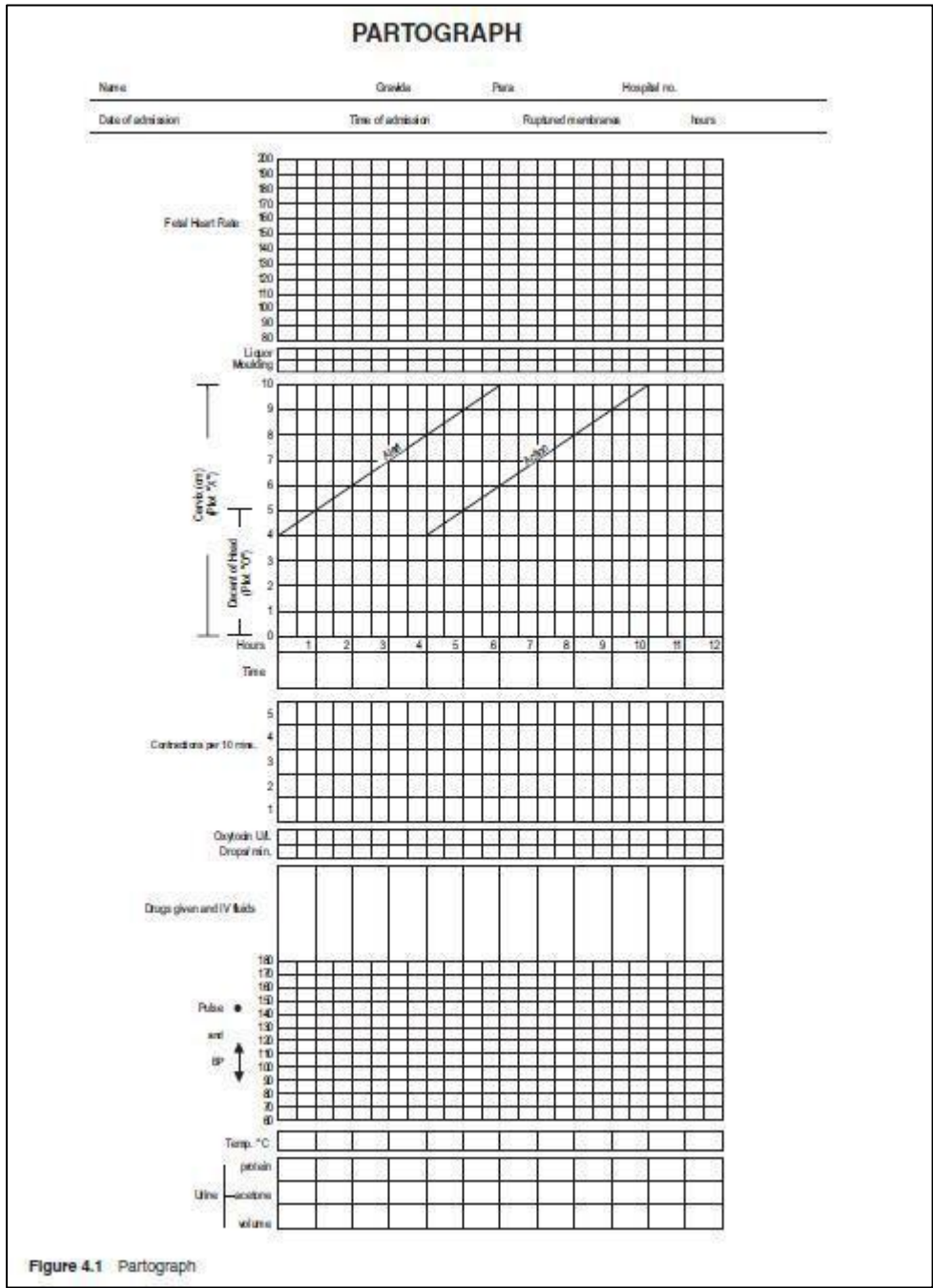
Si une évaluation s'écarte de la norme, le soignant doit suivre le protocole de l'établissement relatif à la prise en charge et à l'orientation.

Bibliographie

- American College of Nurse-Midwives. 2008. *Life-saving skills manual for midwives*. Silver Spring, MD.
- Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *Reproductive health curriculum for service providers*. Nairobi.
- Starrs, A. 1987. *Preventing the tragedy of maternal death: A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, février 1987*. Washington DC: Banque mondiale.
- Varney, H., Kriebs, J. M., and Geger, C. L. 2004. *Varney's midwifery*, 4^{ème} éd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care: A guide for essential practice*. Genève.
- OMS. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour. Education materials for teachers of midwifery*, 2^{ème} éd. Genève.

POLYCOPIÉ 2-G

Le partogramme



POLYCOPIÉ 2-H

Étude de cas n°1 sur le partogramme

Étape I

- Mme A a été admise à 5 heures le 5 décembre 2000.
- Numéro de dossier/hôpital 7886
- Rupture des membranes à 4 heures
- Geste 3, pare 2+0
- Au moment de l'admission, la tête fœtale était palpable à 4/5 au-dessus de la symphyse pubienne et la dilatation du col était de 2 cm

Q : Que devez-vous noter sur le partogramme ?

Remarque : La cliente n'est pas dans la phase active du travail. Notez uniquement ses antécédents (p. ex. quatre premiers points au-dessus), pas la descente ni la dilatation du col.

Étape 2

9 heures

- La tête fœtale est palpable à 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
- La dilatation du col est de 5 cm.

Q : Que devez-vous noter maintenant sur le partogramme ?

Remarque : La cliente est maintenant dans la phase active du travail. Tracez ces informations et les suivantes sur le partogramme :

- Trois contractions en 10 minutes, chacune d'une durée comprise entre 20 et 40 secondes.
- Rythme cardiaque fœtal (RCF) 120
- Ruptures des membranes, fluide amniotique clair
- Absence de soudure des os du crâne, sutures aisément palpables
- Pression artérielle 120/70
- Température 36,8 °C
- Pouls 80 battements par minute
- Débit d'urine 200 mL ; recherche de protéines et d'acétone négative

Q : Quelles mesures doivent être prises ?

Q : Quels conseils doivent être donnés ?

Q : À quoi devez-vous vous attendre à 13 heures ?

Étape 3

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 9h30 : RCF 120, contractions 3/10 toutes les 30 s, pouls 80
- 10h00 : RCF 136, contractions 3/10 toutes les 30 s, pouls 80
- 10h30 : RCF 140, contractions 3/10 toutes les 35 s, pouls 88
- 11h30 : RCF 130, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 88, temp 37
- 11h30 : RCF 136, contractions 4/10 toutes les 40 s, pouls 84, tête à 2/5
- 12h00 : RCF 140, contractions 4/10 toutes les 40 s, pouls 88
- 12h30 : RCF 130, contractions 4/10 toutes les 45 s, pouls 88
- 13h00 :
 - RCF 140, contractions 4/10 toutes les 45 s, pouls 90, temp 37
 - La tête fœtale est palpable à 0/5 au-dessus de la symphyse pubienne
 - Le col est complètement dilaté.
 - Fluide amniotique clair
 - Absence de soudure des os du crâne, sutures aisément palpables
 - Pression artérielle 100/70
 - Débit d'urine 150 mL ; recherche de protéines et d'acétone négative

Q : Quelles mesures doivent être prises ?

Q : Quels conseils doivent être donnés ?

Q : À quoi devez-vous vous attendre ensuite ?

Étape 4

Notez les informations suivantes sur le partogramme :

- 13h20 : accouchement spontané d'un enfant vivante, poids 2 850 g

Q : Combien de temps la phase active de la première étape du travail a-t-elle duré ?

Q : Combien de temps la deuxième étape du travail a-t-elle duré ?

Source : Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, pp. 69–70. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

POLYCOPIÉ 2-I

Le partogramme : Responsabilités des infirmières et des sages-femmes

Les responsabilités spécifiques qui incombent aux infirmières et aux sages-femmes varient d'un établissement à l'autre. Il convient de suivre le protocole de l'établissement pour :

- Utiliser les données du partogramme pour penser avec un esprit critique et prendre des décisions médicales sur la base de solides connaissances.
- Utiliser les données du partogramme pour conférer avec le personnel médical en vue d'une intervention en temps utile.
- Noter soigneusement les données en temps utile.
- Informer la parturiente des résultats, apaiser l'anxiété qu'elle peut ressentir et s'assurer du soutien d'un membre de sa famille.
- Le cas échéant, rediriger la cliente lorsque les résultats s'écartent de la norme et conformément au protocole de l'établissement.
- Stabiliser la cliente avant de la transférer (de la rediriger vers un établissement spécialisé). Lorsque son état indique un besoin de liquides, aider la cliente à uriner. En plus :
 - Donner des antibiotiques
 - Donner un analgésique
 - Fournir un soutien émotionnel et physique
 - Continuer à surveiller l'état de la cliente et du fœtus
 - Rester avec la cliente et l'accompagner à l'établissement qui a approuvé le transfert

POLYCOPIÉ 2-J : **Travail prolongé**

Définition

Le *travail prolongé* survient lorsque deux conditions sont réunies : (a) la parturiente ressent des contractions régulières, rythmiques, douloureuses, accompagnées d'une dilatation du col et (b) le travail dure plus de 24 heures (OMS, 2008).

Phase	Le travail est prolongé quand :
Latence	La phase dépasse huit heures
Active	La phase dépasse 12 heures

Même en l'absence de dystocie, le travail prolongé en soi peut être dangereux aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Causes du travail prolongé : Les « Trois P »

Les causes du travail prolongé peuvent être décrites par les « Trois P » :

- **Puissances** : Les contractions utérines sont faibles ou non coordonnées. (Le mot *puissances* se réfère à la puissance du tonus musculaire utérin).
- **Passager** : La tête fœtale est trop grosse ou la position fœtale est anormale. (Le mot *passager* se réfère au fœtus).
- **Passage** : Le bassin est anormal ou une tumeur ou toute autre obstruction bloquent le bassin ou la filière pelvienne (Le mot *passage* se réfère au mouvement du fœtus à travers le bassin osseux).

Prise en charge de la phase de latence du travail prolongé

Si la parturiente est dans la phase de latence depuis plus de huit heures et que les signes de progression sont infimes, le soignant doit évaluer les paramètres suivants :

- Si aucun changement n'a été observé au niveau de l'effacement ou de la dilatation du col et qu'il n'y a pas de souffrance fœtale, le soignant revoit le diagnostic. Il se peut que la femme ne soit pas en travail (voir la description du faux travail dans le polycopié 2-E).
- Si un changement a été observé au niveau de l'effacement ou de la dilatation du col, le soignant déchire les membranes avec un perforateur de membrane amniotique ou une pince de Kocher et déclenche le travail. La parturiente est évaluée toutes les quatre heures. Si elle n'est pas entrée dans la phase active du travail huit heures après le déclenchement, l'accouchement se fait par césarienne.
- En présence de signes d'infection (fièvre, pertes vaginales malodorantes), le travail est immédiatement accéléré en perfusant de l'ocytocine. Des antibiotiques sont administrés jusqu'à l'accouchement, conformément aux recommandations de l'établissement. Si la parturiente accouche par voie basse, les antibiotiques sont interrompus au cours de la période postnatale. Si la parturiente subit une césarienne, l'administration d'antibiotiques continue.

Prise en charge de la phase active du travail prolongé

La première étape consiste à évaluer les contractions utérines :

- Si les contractions sont inefficaces (moins de trois contractions en 10 minutes, chacune d'une durée inférieure à 30 secondes), le soignant suspecte une activité utérine inadéquate et agit selon le protocole de l'établissement.
- Si les contractions sont efficaces (trois contractions en 10 minutes, chacune d'une durée comprise entre 30 et 40 secondes), le soignant suspecte une disproportion foeto-pelvienne, une obstruction, une position anormale ou une présentation anormale et agit selon le protocole de l'établissement.

En l'absence de signes de disproportion foeto-pelvienne ou d'obstruction et si les contractions sont fortes et régulières et que les membranes sont intactes, le soignant déchire les membranes avec un perforateur de membrane amniotique ou une pince de Kocher.

Le soignant continue de mesurer le bien-être maternel et le bien-être fœtal ainsi que la progression du travail. Il se prépare à agir selon le protocole de l'établissement si la progression normale ne reprend pas. L'accompagnement pendant le travail peut améliorer les contractions et accélérer la progression. Des exemples d'accompagnement peuvent être :

- Encourager le partenaire de la parturiente qui assiste à l'accouchement à lui masser le dos, essuyer son visage et son front avec un mouchoir humide et l'aider à se déplacer
- Expliquer l'ensemble des procédures à la parturiente, demander sa permission et discuter des résultats avec elle
- Respecter les souhaits de la parturiente
- Inciter la parturiente à uriner régulièrement
- Favoriser les techniques respiratoires

Prise en charge de la phase d'expulsion du travail prolongé

Les efforts expulsifs de la mère augmentent le risque pour le fœtus en réduisant l'apport d'oxygène au placenta. Alors que les soignants ne doivent pas entraver la poussée spontanée, ils ne doivent pas encourager le travail prolongé ou la rétention du souffle. Si la présentation anormale et l'obstruction manifeste ont été exclues, le travail doit être accéléré au moyen d'une perfusion d'ocytocine.

En l'absence de descente après l'accélération **et** :

- Si la tête fœtale est palpable à 0, l'accouchement se fait par extraction instrumentale (ventouse ou forceps).
- Si la tête fœtale est entre 1/5 et 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne ou que le sinciput est palpable entre 0 et -2 et que la naissance se déroule dans un centre où il est impossible de pratiquer une césarienne, l'accouchement se fait par ventouse obstétricale.
- Si la tête fœtale est palpable à plus de 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne ou que le sinciput est au-dessus de -2, l'accouchement se fait par césarienne.

Bibliographie

De Cock, J., and Van der Walt, C. 2004. *Maternal and newborn care: A complete guide for midwives and other health professionals*. Landsdowne, Afrique du Sud : Juta.

Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *Reproductive health curriculum for service providers*. Nairobi.

Marshall, M. A., Buffington, S. T., Beck, D. R., and Clark, P. A. 2008. *Life-saving skills manual for midwives*, 4^{ème} éd. Silver Spring, MD: American College of Nurse-Midwives.

Starrs, A. 1987. *Preventing the tragedy of maternal death: A report on the International Safe Motherhood Conference, Nairobi, Kenya, février 1987*. Washington, DC: Banque mondiale

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2000. *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. Genève.

OMS. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour. Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève.

POLYCOPIÉ 2-K

Travail dystocique

Définition

Le *travail dystocique* survient lorsque le fœtus ne peut pas descendre par le bassin à cause d'un obstacle insurmontable qui l'en empêche. La dystocie se produit généralement sur le bord du pelvis, mais elle peut également se produire dans la cavité ou au détroit inférieur du bassin. L'accouchement nécessite une intervention chirurgicale (OMS, 2008).

Causes du travail dystocique

Les causes du travail dystocique sont les suivantes :

- Incompatibilité entre la présentation du fœtus et le bassin osseux de la mère (habituellement, il s'agit d'une disproportion fœto-pelvienne qui implique la tête du bébé et le bassin de la mère [p. ex., un petit bassin avec une tête fœtale de dimensions normales, un bassin normal avec un gros fœtus ou un petit bassin avec une grosse tête fœtale]). Présentations anormales (p. ex. front, épaule, face en mention postérieure, tête dernière dans une présentation du siège) ; elles peuvent également être à l'origine d'une disproportion foeto-pelvienne.
- Anomalie fœtale (p. ex. augmentation du volume de la tête fœtale, comme dans le cas d'une hydrocéphalie)
- Anomalies au niveau de l'appareil génital de la parturiente (p. ex. tumeur, sténose utérine ou vaginale)

Signes et symptômes

La suspicion de travail dystocique repose sur la présence de ces trois conditions :

- Le fœtus ne descend pas en réponse à des contractions utérines satisfaisantes.
- La présentation reste haute.
- La dilatation du col est lente et souvent incomplète.

Correctement rempli sur la base de l'évaluation périodique de la mère et du bébé, le partogramme peut indiquer ces trois conditions.

À mesure que les heures passent, les manifestations suivantes peuvent survenir chez la mère si le travail dystocique n'est pas pris en charge :

- Pouls rapide
- Épuisement de la mère
- Signes de déshydratation
- Œdème des voies génitales
- Fièvre
- Anneau de Bandl
- Bosse séro-sanguine importante

Prise en charge du travail dystocique

En présence d'un travail dystocique, les soignants doivent agir rapidement et donner la priorité aux gestes suivants, en commençant par accomplir les plus urgents.

1. **Réhydrater la parturiente.** Le but est de maintenir le volume plasmatique et de prévenir ou traiter la déshydratation et la cétose.
 - Utilisez une grosse aiguille (calibre 18) ou une canule pour établir un débit par voie intraveineuse.
 - Si la parturiente est en état de choc, administrez une solution de sérum physiologique ou un soluté lactate de Ringer. Administrez 1 litre en perfusion rapide, suivi d'un autre litre toutes les 20 minutes jusqu'à ce que le pouls ralentisse en dessous de 90 battements par minute et que la pression systolique soit égale ou supérieure à 100 mm Hg. Si la parturiente a du mal à respirer, réduisez la perfusion IV à 1 litre en quatre à six heures.
 - Si la parturiente n'est pas en état de choc mais qu'elle est déshydratée et acido-cétosique, administrez 1 litre en perfusion rapide et recommencez si elle est toujours déshydratée et acido-cétosique. Réduisez ensuite à 1 litre en quatre à six heures. Incitez la parturiente à uriner ; aidez-la si besoin est.
 - Notez soigneusement le débit d'urine et tous les liquides perfusés en IV.
2. **Donner des antibiotiques le cas échéant.** S'il y a des signes d'infection, que les membranes se sont rompues depuis 18 heures ou plus ou que la période de gestation est de 37 semaines ou moins, donnez des antibiotiques conformément aux recommandations de l'établissement.
3. **Fournir un accompagnement.** Dans la mesure du possible, la personne qui assiste à l'accouchement doit pouvoir rester aux côtés de la parturiente pour lui apporter réconfort et soutien. Les soignants doivent expliquer l'ensemble des procédures à la parturiente, obtenir sa permission pour les appliquer, discuter des résultats avec elle, écouter et se montrer réceptifs à ses sentiments.
4. **Faire naître le bébé.** Un médecin évalue la parturiente et la progression du travail et décide du mode d'accouchement. Si le fœtus est viable, l'accouchement se fera par césarienne, en fonction des indications. Un accouchement par ventouse obstétricale peut être indiqué si la parturiente est dans la deuxième étape du travail et satisfait aux conditions préalables standard pour ce type d'accouchement.

Bibliographie

Neilson, J. P., et al. 2003. Obstructed labour. *British Medical Journal* 67:191–204.

Oxorn, H. 1986. *Oxorn-Foote human labor and birth*, 5ème éd. New York: McGraw Hill.

Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève.

POLYCOPIÉ 2-L

Étude de cas n°2 sur le partogramme

Étape 1

- Mme B a été admise à 10 heures le 5 décembre 2000.
- Numéro de dossier/hôpital 1443
- Les membranes sont intactes
- Geste 1, pare 0+0

Notez les renseignements ci-dessus sur le partogramme accompagnés des informations suivantes :

- La tête fœtale est palpable à 5/5 au-dessus de la symphyse pubienne
- La dilatation du col est de 4 cm
- Deux contractions en 10 minutes, chacune d'une durée inférieure à 20 secondes
- RCF 140
- Pression artérielle 100/70
- Température 36,2°C
- Pouls 80 battements par minute
- Débit d'urine 400 mL ; recherche de protéines et d'acétone négative

Q : Quel est votre diagnostic ?

Q : Quelles mesures allez-vous prendre ?

Étape 2

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 10h30 : RCF 140, contractions 2/10 toutes les 15 s, pouls 90
- 11h30 : RCF 136, contractions 2/10 toutes les 15 s, pouls 88, membranes intactes
- 11h30 : RCF 140, contractions 2/10 toutes les 20 s, pouls 84
- 12h00 :
 - RCF 136, contractions 2/10 toutes les 15 s, pouls 88, temp 36,2
 - La tête fœtale est palpable à 5/5 au-dessus de la symphyse pubienne
 - La dilatation du col est de 4 cm, les membranes sont intactes.

Q : Quel est votre diagnostic ?

Q : Quelles mesures allez-vous prendre ?

Étape 3

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 12h30 : RCF 136, contractions 1/10 toutes les 15 s, pouls 90
- 13h00 : RCF 140, contractions 1/10 toutes les 15 s, pouls 88
- 13h30 : RCF 130, contractions 1/10 toutes les 20 s, pouls 88
- 14h00
 - RCF 140, contractions 2/10 toutes les 20 s, pouls 90, temp 36,8, tension artérielle 100/70
 - La tête fœtale est palpable à 5/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
 - La dilatation du col est de 4 cm. Débit d'urine 300 mL ; recherche de protéines et d'acétone négative.
 - Les membranes sont intactes

Q : Quel est votre diagnostic ?

Q : Quelles mesures faut-il prendre maintenant ?

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- Rupture artificielle des membranes, fluide amniotique clair
- Dilatation du col à 4 cm, absence de soudure des os du crâne, sutures aisément palpables
- Accélération du travail par perfusion de 2,5 unités d'ocytocine en IV (500 ml) à raison de 10 gouttes/minute.

Étape 4

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 14h30 : 2 contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes ; débit de perfusion augmenté à 20 g/m ; RCF 140, pouls 88, tension artérielle 120/80
- 15h00 : 3 contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes ; débit de perfusion augmenté à 30 g/m ; RCF 140, pouls 90
- 15h30 : 3 contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes ; débit de perfusion augmenté à 40 g/m ; RCF 140, pouls 88
- 16h00 : La tête fœtale est palpable à 2/5 au-dessus de la symphyse pubienne ; la dilatation du col est de 6 cm ; 3 contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes ; débit de perfusion augmenté à 50 g/m.
- 16h30 : RCF 140, contractions 3/10 chaque seconde, pouls 90

Q : Quelles mesures faut-il prendre maintenant ?

Étape 5

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 17h00 : RCF 138, pouls 88, contractions 3/10 toutes les 40 s, maintenir 50 g/m
- 17h30 : RCF 140, pouls 90, contractions 3/10 toutes les 45 s, maintenir 50 g/m
- 18h00 : RCF 140, pouls 90, contractions 4/10 toutes les 50 s, maintenir 50 g/m
- 18h30 : RCF 144, pouls 90, contractions 4/10 toutes les 50 s, maintenir 50 g/m

Étape 6

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 19h00 :
 - La tête fœtale est palpable à 0/5 au-dessus de la symphyse pubienne
 - Le col est complètement dilaté
 - RCF 144, contractions 4/10 toutes les 50 s, pouls 90

Étape 7

Notez les informations suivantes sur le partogramme :

- 22h00 : Accouchement spontané d'un enfant vivant, poids 2 654 g

Q: Combien de temps la phase active de la première étape du travail a-t-elle duré ?

Q: Combien de temps la deuxième étape du travail a-t-elle duré ?

Q: Pourquoi a-t-il fallu accélérer le travail ?

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, pp. 69–70. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

POLYCOPIÉ 2-M

Étude de cas n°3 sur le partogramme

Étape 1

- Mme C a été admise à 10 heures le 5 décembre 2000.
- Numéro de dossier/hôpital 6639
- Rupture des membranes à 9 heures
- Geste 1, pare 3+0

Notez les renseignements ci-dessus sur le partogramme accompagnés des informations suivantes :

- La tête fœtale est palpable à 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
- La dilatation du col est de 4 cm.
- Trois contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes.
- RCF : 140
- Fluide amniotique clair.
- Sutures apposées.
- Tension artérielle : 120/70.
- Température : 36,8 °C
- Pouls : 80 battements par minute
- Débit d'urine : 200 ml ; recherche de protéines et d'acétone négative

Étape 2

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 10h30 : RCF 130, contractions 3/10 toutes les 35 s, pouls 80
- 11h30 : RCF 136, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 90
- 11h30 : RCF 140, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 88
- 12h00 : RCF 140, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 90, temp 37, hauteur de tête 3/5
- 12h30 : RCF 130, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 90
- 13h00 : RCF 130, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 88
- 13h30 : RCF 120, contractions 3/10 toutes les 40 s, pouls 88
- 14h00 :
 - RCF 130, contractions 4/10 toutes les 45 s, pouls 90, temp 37, tension artérielle 100/70
 - La tête fœtale est palpable à 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
 - La dilatation du col est de 6 cm ; fluide amniotique clair.
 - Les sutures se chevauchent mais elles sont réductibles.

Étape 3

Tracez les informations suivantes sur le partogramme :

- 14h30 : RCF 120, contractions 4/10 toutes les 40 s, pouls 90, liquide clair
- 15h00 : RCF 120, contractions 4/10 toutes les 40 s, pouls 88, liquide clair, teinté de sang
- 15h30 : RCF 100, contractions 4/10 toutes les 45 s, pouls 100
- 16h00 : RCF 90, contractions 4/10 toutes les 50 s, pouls 100, temp 37
- 16h30 : RCF 96, contractions 4/10 toutes les 50 s, pouls 100, hauteur de tête à 3/5, liquide teinté de méconium
- 17h00 :
 - RCF 90, contractions 4/10 toutes les 50 s, pouls 110
 - La tête fœtale est palpable à 3/5 au-dessus de la symphyse pubienne.
 - La dilatation du col est de 6 cm.
 - Le fluide amniotique est teinté de méconium.
 - Les sutures se chevauchent mais elles sont réductibles.
 - Débit d'urine 100 ml ; recherche de protéines négative, acétone 1+.

Étape 4

Notez les informations suivantes sur le partogramme :

- Césarienne pratiquée à 17h30, enfant vivante dotée d'une fonction respiratoire faible, poids 4 850 g

Q : Quel est le diagnostic final ?

Q : À 12h00, quelles observations auraient dû éveiller l'attention et quels autres examens auraient pu contribuer à décider de la marche à suivre ?

Q : Quelle mesure était indiquée à 14 heures, et pourquoi ?

Q : A 17 heures, la décision a été prise de pratiquer immédiatement une césarienne et une enfant vivante a été mise au monde à 17h30. Cette décision a-t-elle été la bonne ?

Q : À quels problèmes le nouveau-né devra-t-il faire face ?

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, pp. 74–75. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

POLYCOPIÉ 2-N : **Dispositifs d'orientation**

Définition

Un *dispositif d'orientation* est un processus dans l'administration des services de soins qui consiste à rediriger une cliente :

- D'un niveau de soins à un autre
- D'un professionnel de santé à un autre
- D'un service à un autre

L'orientation a pour objet de s'assurer que les clientes reçoivent les soins, le traitement et l'accompagnement nécessaires.

Types d'orientation

Orientation verticale

Une cliente est redirigée :

- D'un centre généraliste vers un établissement spécialisé afin de bénéficier de services qui ne sont pas disponibles à l'échelon inférieur
- D'un professionnel de santé à un autre dont le champ d'activité plus complexe lui permet de traiter une pathologie spécifique (p. ex. d'une sage-femme vers un médecin)

Orientation horizontale

Une cliente est orientée vers la même catégorie de soignant ou de service car :

- Elle veut une seconde opinion.
- Le médecin souhaite s'entretenir avec un confrère.
- Les services sont momentanément indisponibles (p. ex. le médecin ou la sage-femme s'est absenté(e)).

Consultation

Une cliente est envoyée en consultation car elle a besoin d'un spécialiste ou des services d'un spécialiste.

Orientation vers un centre spécialisé

Une cliente est orientée vers un centre proposant des services spécialisés qui ne sont pas dispensés sur d'autres sites (p. ex. un centre de traitement de la fistule).

Orientation par la communauté

Une cliente est orientée vers un centre de santé par la communauté ou un centre de santé oriente une cliente vers un organisme communautaire (p. ex. pour des services de soutien ou de transport).

En quoi l'orientation est-elle importante ?

Services appropriés

La cliente bénéficie de services qu'elle ne pourrait pas recevoir si le dispositif d'orientation n'était pas en place.

Amélioration du rétablissement de la cliente

Les services sont complémentaires et favorisent un prompt rétablissement.

Bienfaits psychologiques

La cliente a le sentiment que les professionnels de santé travaillent en équipe et qu'ils collaborent à l'amélioration de son état de santé, ce qui a un effet positif sur sa santé émotionnelle.

Diagnostic et traitement

La probabilité d'un diagnostic correct et d'un traitement complet est renforcée.

Soins spécialisés

Les clientes qui nécessitent des soins spécialisés sont en mesure de les recevoir.

Continuité des soins

Les clientes ne deviennent pas des laissés-pour-compte du système de santé.

Caractéristiques d'un dispositif d'orientation fonctionnel

Les dispositifs d'orientation fonctionnels partagent plusieurs caractéristiques essentielles. Dans un dispositif d'orientation de qualité :

- Les professionnels et les centres de santé intégrés au dispositif partagent des informations verbales et écrites sur les antécédents et l'état de santé de la cliente.
- La cliente reçoit des informations écrites ou graphiques sur l'orientation, notamment des instructions claires pour se rendre sur place. Si la cliente est incapable de comprendre ces informations (p. ex. parce qu'elle est inconsciente), elles sont remises à une personne qui l'accompagnera.
- Des recommandations relatives à l'administration des services d'orientation existent et sont utilisées.
- Un mécanisme de surveillance du dispositif d'orientation est en place et utilisé.
- Une liste aisément accessible des centres d'orientation, de leur emplacement et des personnes à contacter dans chaque centre est utilisée et régulièrement mise à jour.
- Un mécanisme de suivi de la cliente (y compris une évaluation du bon fonctionnement du mécanisme de suivi) est en place et utilisé.
- Le centre qui reçoit la cliente :
 - Possède le personnel, les compétences, le matériel et les installations pour dispenser les soins ou les services requis.
 - Est informé à l'avance de l'arrivée de la cliente, oralement de préférence.
 - Communique sur l'état de santé de la cliente avec le centre qui l'a redirigée. Ceci permet au centre qui a redirigé la cliente d'assurer la continuité des soins au retour de celle-ci.

Le rôle de la communauté dans les dispositifs d'orientation pour la fistule obstétricale

Les communautés locales jouent un rôle dans le système de santé, là où il affecte les femmes enceintes, en les aidant à accéder aux services obstétricaux d'urgence lorsqu'elles en ont besoin. Les communautés peuvent participer aux dispositifs d'orientation et les renforcer. Lorsqu'elles sont correctement informées sur les problèmes de santé qui les touchent, les communautés peuvent :

- Améliorer les systèmes de transport et de communication, tous deux indispensables pour une orientation efficace
- Générer des fonds pour le transport et la prise en charge des femmes présentant une fistule obstétricale
- Mettre en place un centre d'hébergement à l'intérieur du centre de santé ou aux abords pour les future parturientes qui doivent parcourir un long trajet
- Identifier les femmes susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et l'accouchement et organiser à l'avance des moyens de transport pour ces clientes
- Servir de ressource pour les femmes, les couples et leur famille à mesure qu'ils établissent des programmes pour les naissances et les urgences
- Aider les clientes présentant une fistule à réintégrer la société

Bibliographie

Farrell, B. L. 2007. *Family planning-integrated HIV services: A framework for integrating family planning and antiretroviral therapy services*. New York: The ACQUIRE Project and EngenderHealth.

Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *National reproductive health instructional manual for service providers*. Nairobi.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

OMS. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève.

POLYCOPIÉ 2-0 :

Exemple de fiche d'orientation

Nom de la cliente	Adresse	
Nom et poste de la personne à l'origine de l'orientation	Adresse	
Date et heure de la première consultation de la cliente		
Antécédents		
Problème en cours		
Prise en charge		
Principale(s) raison(s) de l'orientation		
Date/heure d'arrivée au centre de santé		
État de santé au moment de l'arrivée au centre		
Tension artérielle	Rythme cardiaque fœtal	Saignements : Oui/Non Groupe sanguin, s'il est connu :
Prise en charge d'urgence effectuée à _____ heures		
Autres commentaires :		

Source : Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, p. 102. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

POLYCOPIÉ 2-P : **L'audit d'orientation**

Les audits d'orientation des établissements et des professionnels de santé qui font partie d'un dispositif d'orientation sont réalisés de temps à autre pour évaluer le bon fonctionnement du dispositif. L'objet de l'audit est de fournir des informations destinées à améliorer la qualité, non de punir ou de blâmer. Les questions traitées au cours d'un audit peuvent être :

- Combien de clientes ont été orientées pendant la période examinée ?
- Quelles sont les pathologies pour lesquelles les clientes ont été orientées ?
- Les orientations étaient-elles nécessaires ?
- Les clientes ont-elles été orientées en temps utile ?
- Y a-t-il eu des cas où des orientations qui auraient dû être faites ne l'ont pas été ?
- Un moyen de transport était-il disponible pour les clientes redirigées ?
- Certains centres étaient-ils plus enclins à rediriger les patientes que d'autres ? Si oui, pourquoi ?
- Le centre à l'origine de l'orientation a-t-il informé le centre d'accueil à l'avance ?
- Le centre d'accueil a-t-il reçu les dossiers médicaux nécessaires pour la prise en charge de la cliente redirigée ?
- Le centre d'accueil possédait-il le personnel, les compétences, les installations et le matériel nécessaires pour la prise en charge de la cliente redirigée ?
- Le centre d'accueil a-t-il dispensé les soins nécessaires en temps utile ?
- Le centre d'accueil a-t-il fourni des informations au centre qui a redirigé la cliente de manière à garantir la continuité des soins ?
- Des protocoles ont-ils été mis en place pour les centres qui redirigent les clientes et les centres qui les reçoivent ?
- Le personnel est-il bien informé des procédures d'orientation ?
- La communauté est-elle bien informée des procédures d'orientation ?
- La communauté prend-elle part au dispositif d'orientation ?
- Y a-t-il des aspects du dispositif d'orientation ou des services de santé qui doivent être améliorés ?
- Comment ces améliorations peuvent-elles être réalisées ?

Sources pour l'audit d'orientation

- Dossiers médicaux, registres et rapports statistiques mensuels
- Fonctionnaires des services de santé au niveau national, départemental et régional
- Membres du personnel dans les établissements partenaires
- Préposés au transport
- Personnel de santé communautaire
- Membres de la communauté

POLYCOPIÉ 2-Q : **L'audit d'orientation : Exercice**

Des résultats tirés d'un audit d'orientation sont reproduits ci-après. Aucun des centres répertoriés ci-après n'est équipé pour fournir des soins obstétricaux d'urgence. À mesure que vous revoyez les informations, envisagez ces questions :

1. Les orientations étaient-elles justifiées ?
2. Quelles mesures recommanderiez-vous ?

Centre de soins de santé primaires 1

Trois cas ont été redirigés au cours de l'année :

1. Cliente A, une primigeste de 22 ans, est arrivée au centre avec les membranes intactes, une dilatation du col de 4 cm et la tête fœtale palpable à 3/5. Au centre, son travail a duré plus de quatre heures (au-delà de la ligne d'alerte sur le partogramme), avec une dilatation du col de 6 cm et pas de changement dans la descente de la tête fœtale. Le centre l'a redirigée vers un établissement spécialisé.
2. Cliente B, une primigeste de 30 ans, est arrivée au centre pendant la phase de latence du travail. Les contractions étaient régulières, mais neuf heures plus tard, la dilatation du col n'avait toujours pas progressé au-delà de 4 cm. La sage-femme l'a redirigée vers un établissement spécialisé.
3. Cliente C, 28 ans, par 2. Les contractions étaient faibles pendant la phase active, avec le col fixe à 5 cm pendant trois heures. Le partogramme indiquait que la tête fœtale s'était déplacée de 3/5 à 4/5, mais qu'elle s'était maintenue à 4/5 sans descendre, bien qu'il y ait eu modelage (+). Au cours du dernier toucher vaginal, la sage-femme a senti un gonflement au niveau du scalp fœtal (appelé bosse séro-sanguine). La sage-femme a redirigé la cliente C vers un établissement spécialisé.

Centre de soins de santé primaires 2

Deux cas ont été redirigés au cours de l'année :

1. La cliente D était une primigeste de 16 ans. Pendant la phase active du travail, la dilatation du col est passée de 4 cm à 6 cm dans un délai de huit heures. Lorsque les membranes se sont rompues, légèrement teintées de méconium, le centre l'a redirigée vers un établissement spécialisé.
2. Cliente E, 35 ans, trois précédentes naissances. Elle a eu des contractions irrégulières pendant 15 heures à la maison. Parfois, elle changeait de position et les contractions cessaient ; elle était fatiguée et avait hâte d'accoucher. Lorsque la cliente D est arrivée à la clinique, son col était mou mais pas dilaté. La clinique l'a redirigée vers un établissement spécialisé.

Centre de soins de santé primaires 3

Le centre n'a redirigé aucun cas au cours de l'année et n'a pas donné suite à la demande d'informations.

POLYCOPIÉ 2-R :

Une cliente a-t-elle récemment eu un travail prolongé ou dystocique ? Facteurs à prendre en considération

Antécédents

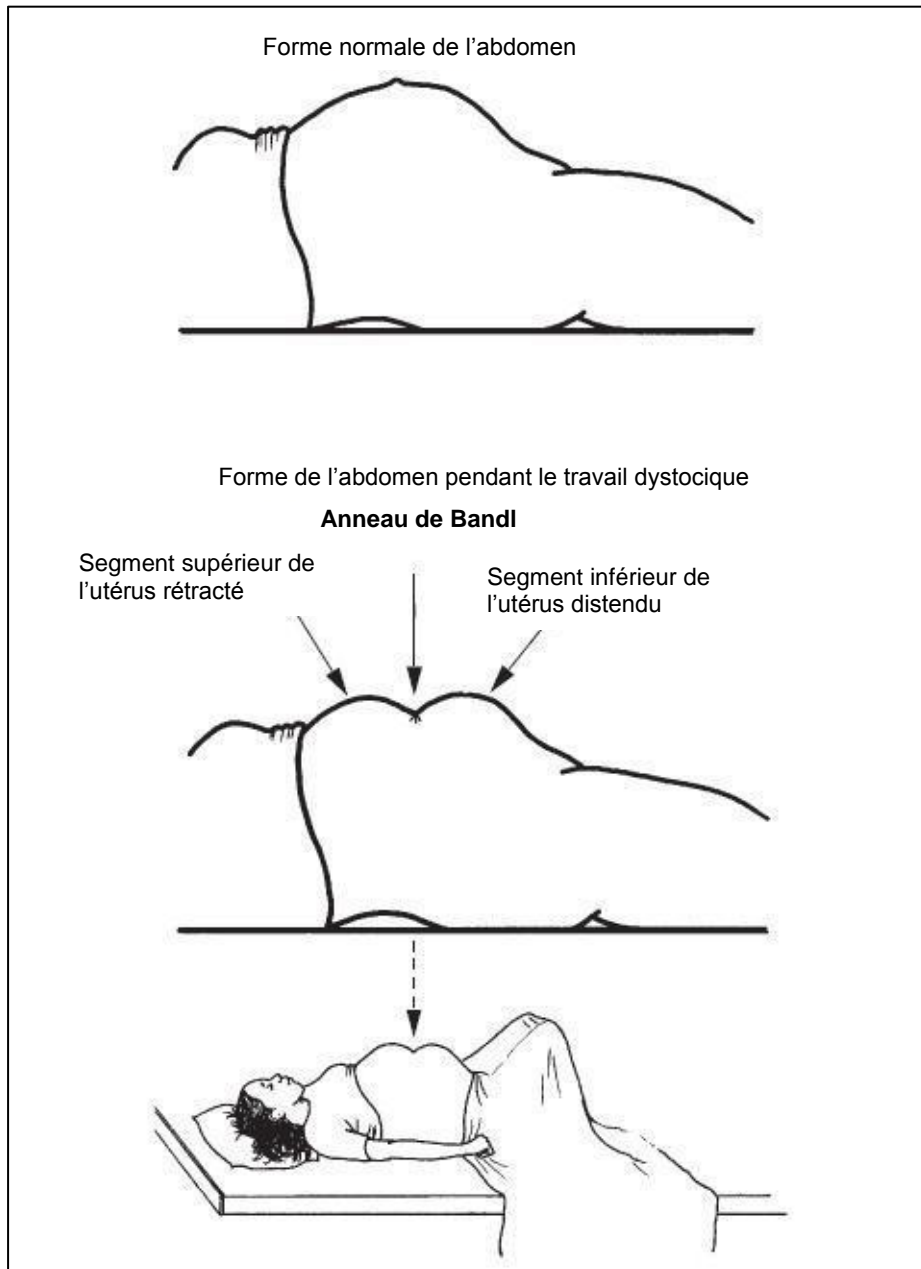
- Quel est l'âge de la cliente ?
- Combien de grossesses cette femme a-t-elle eu ?
- Quand le travail a-t-il commencé ?
- La poche des eaux s'est-elle rompue ? Si oui, quand ?
- Les pertes vaginales sont-elles malodorantes ?
- Comment les grossesses précédentes se sont-elles terminées (p. ex. accouchement par intervention chirurgicale, enfant mort-né) ?
- Y a-t-il des antécédents de lésions ou de traumatismes pelviens qui provoqueraient une déficience congénitale ?

Examen médical/État général et constantes

- Signes d'épuisement mental
- Signes d'épuisement physique
- Déshydratation (bouche sèche, yeux enfoncés, peau qui reste plissée quand on la pince, faible débit urinaire)
- Température élevée
- Douleur/gêne abdominales constantes
- État de choc qui peut être dû à une sepsie ou à une rupture utérine (pouls faible et rapide > 100 bpm ; peau moite et froide ; pâleur ; tension artérielle basse, pression systolique < 90 ; confusion ; désorientation, inconscience)

Palpation abdominale

- Le plus grand diamètre céphalique est au-dessus du bord du pelvis.
- Une grosse bosse séro-sanguine peut être fixée sur le bord du pelvis, ce qui rend difficile l'évaluation de l'engagement de la tête fœtale.
- L'utérus peut être tonique (constamment dur) en raison de longues contractions fréquentes (ou les contractions peuvent avoir cessé si la parturiente ou l'utérus sont épuisés)
- La vessie de la parturiente peut être distendue.
- Si la parturiente est toujours en travail, un anneau de Bandl (anneau de rétraction) peut se former dans la région située entre les segments supérieur et inférieur de l'utérus (voir le schéma à la page 121). Il apparaît comme un creux au niveau du nombril de la femme. Le segment supérieur rétracté de l'utérus et anormalement épaissi se trouve au-dessus du creux. En dessous de l'anneau de Bandl se trouve le segment inférieur de l'utérus surdistendu et extrêmement aminci. L'anneau de Bandl est un signe tardif de travail dystocique.
- En cas d'obstruction grave, lorsque le fœtus est mort d'anoxie in utéro, le rythme cardiaque fœtal n'est pas perçu.



Source : Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, p. 51. Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

Toucher vaginal

- Pertes malodorantes s'écoulant du vagin
- Une fois sondée, présence d'urine concentrée teintée de sang ou de méconium
- Œdème vulvaire
- Sécheresse vaginale provoquée par la déshydratation
- Œdème du col de l'utérus si les efforts de poussée de la parturiente ont été trop longs
- Bosse séro-sanguine importante
- Présentation anormale du mobile fœtal (front, épaule, face) ou prolapsus du mobile fœtal (p.ex. bras)

Bibliographie

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery*. 2^{ème} éd. Genève, pp. 48-50.

POLYCOPIÉ 2-S :

Prévention de la fistule obstétricale :

Prise en charge de clientes ayant récemment eu un travail prolongé ou dystocique

La prise en charge des clientes ayant eu un travail prolongé ou dystocique a pour but de prévenir la formation d'une fistule ou de faciliter la fermeture spontanée d'une fistule de très petite taille. La prise en charge est identique, que la cliente ait accouché par voie basse ou par césarienne.

Prise en charge

- Une sonde à demeure de diamètre approprié (16 ou 18 de préférence), est insérée pour faciliter l'écoulement de l'urine.
- La sonde est en principe insérée immédiatement, dès que la cliente a un travail prolongé ou dystocique et avant de pratiquer une césarienne.
- La durée du sondage varie. En présence d'une fistule cicatrisante de très petite taille, la sonde est habituellement laissée en place pendant quatre à six semaines. S'il n'y a aucune lésion apparente, la sonde pourra être retirée après 14 jours.
- Deux fois par jour, la toilette du périnée et du vagin est réalisée avec de l'eau salée (bains de siège) ou avec une solution de détergent doux dilué dans l'eau.
- Le personnel encourage la femme à boire de grandes quantités de liquides, environ 4 à 5 litres par jour.
- Lors de l'admission de la cliente, un examen du vagin est réalisé le plus tôt possible à l'aide d'un spéculum. En présence de tissu nécrotique, on attend en principe qu'il se sépare ; à ce moment-là, les bords se séparent et s'élèvent au-dessus des autres tissus. S'il subsiste des tissus nécrotiques, ils sont débridés. Nombreux sont les chirurgiens spécialistes des fistules qui attestent que ces tissus sont dénervés et que la femme ne ressent aucune douleur pendant le débridement. L'examen au spéculum et l'éventuel débridement des tissus nécrotiques doivent être réalisés dans des conditions aseptiques.
- En présence de tissu nécrotique, il peut s'avérer nécessaire de répéter l'examen au spéculum et l'excision jusqu'à ce que le vagin soit propre.
- Si la femme présente une infection, celle-ci est traitée conformément au protocole de l'établissement.
- Si le protocole de l'établissement le prévoit, on donnera une prophylaxie de routine contre les infections des voies urinaires.
- Si le traitement est concluant et avant que la femme ne sorte, elle est instruite et conseillée sur la nécessité d'une planification familiale, de consultations prénatales lors de grossesses futures ainsi que sur la nécessité à l'avenir de prévoir l'accouchement dans un établissement qui puisse réaliser une césarienne dans de bonnes conditions (voir le module 5). Si possible, son mari assistera à la séance pédagogique.

Le polycopié 3-F décrit la pose d'une sonde urinaire. Le polycopié 3-M décrit la manipulation d'une sonde.

Bibliographie

Hancock, B., and Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. Londres : Royal Society of Medicine Press.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *Info Reports* no. 2. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève.

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-1 : Évaluation et corrigé du module 2

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans cette liste pour les tests de début et de fin du module 2. Les bonnes réponses sont reproduites ci-dessous en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

1. Les femmes qui présentent plusieurs facteurs de risque de fistule obstétricale développeront une fistule obstétricale.
 - a. Vrai
 - b. Faux**[Polycopié 2-B]

2. La naissance inexplicquée d'un enfant mort-né à l'issue d'une grossesse précédente est un facteur de risque de fistule obstétricale.
 - a. Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 2-B]

3. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la plupart des femmes qui bénéficient de quatre consultations prénatales ciblées auront une grossesse à l'issue favorable.
 - a. Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 2-D]

4. Des contractions régulières sont le signe d'un vrai travail.
 - a. Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 2-E]

5. La descente du fœtus commence lors de la deuxième étape du travail.
 - a. Vrai
 - b. Faux**[Polycopié 2-E]

6. Parmi les signes suivants, lesquels désignent la deuxième étape du travail, la phase d'expulsion ?
 - a. Dilatation du col à 8 cm, la descente du fœtus se poursuit
 - b. Dilatation du col à 10 cm, la présentation atteint le plancher pelvien**
 - c. Dilatation du col à 10 cm, la parturiente n'éprouve pas le besoin de pousser[Polycopié 2-E]

7. Pendant le travail, pourquoi une palpation abdominale est-elle systématiquement pratiquée avant le toucher vaginal ?
Pour identifier des cicatrices, des signes de césarienne et un anneau de Bandl
[Polycopié 2-F]

8. Quel symbole utilise-t-on sur le partogramme pour indiquer que les os de la tête fœtale se touchent à peine ?
- a. 0
 - b. +**
 - c. ++
 - d. +++

[Polycopié 2-F]

9. Sur le partogramme, le tracé de la dilatation du col commence à _cm.

- a. 4**
- b. 6
- c. 8

[Polycopié 2-F]

10. Pendant la phase de latence de la première étape du travail, le col doit atteindre une dilatation de _____ cm en huit heures.

- a. 3
- b. 4**
- c. 5

[Polycopié 2-F]

11. La hauteur de la tête fœtale au-dessus du bord correspond à la largeur de ____ doigts ou moins, ce qui signifie que la tête est probablement engagée.

- a. 2**
- b. 3
- c. 4

[Polycopié 2-F]

12. Sur le partogramme, que représentent les lignes diagonales ?

- a. De faibles contractions d'une durée inférieure à 20 secondes
- b. Des contractions modérées d'une durée comprise entre 20 et 40 secondes**
- c. De fortes contractions d'une durée supérieure à 40 secondes

[Polycopié 2-F]

13. Pendant le travail, à quelle fréquence le soignant doit-il mesurer la tension artérielle de la parturiente ?

- a. Toutes les heures
- b. Toutes les deux heures
- c. Toutes les quatre heures**

[Polycopié 2-F]

14. Quelles sont les limites normales du pouls de la parturiente pendant le travail ?

- a. 50 à 80
- b. 60 à 90**
- c. 70 à 100

[Polycopié 2-F]

15. À quelle fréquence le soignant incite-t-il la parturiente à uriner pendant le travail ?
- Toutes les deux heures**
 - Toutes les trois heures
 - Toutes les quatre heures
- [Polycopié 2-F]
16. Lorsque les résultats du partogramme atteignent la ligne d'action, l'infirmière ou la sage-femme consulte un médecin ou redirige la cliente sans tarder, conformément au protocole de l'établissement.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 2-F]
17. À quelle fréquence doit-on pratiquer un toucher vaginal pendant le travail ?
- Environ toutes les trois heures
 - Environ toutes les quatre heures**
 - Environ toutes les cinq heures
- [Polycopié 2-F]
18. La phase de latence du travail se prolonge lorsqu'elle dépasse_ heures.
- 6
 - 8**
 - 12
- [Polycopié 2-J]
19. Les trois P désignent _____.
- Puissances, Passager et Passage**
- [Polycopié 2-J]
20. Une position anormale du fœtus peut provoquer un travail prolongé.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 2-J]
21. Quelle est la première mesure à prendre si la phase active du travail se prolonge ?
- Rompre les membranes
 - Évaluer les contractions utérines**
- Accélérer le travail avec de l'ocytocine
- [Polycopié 2-J]
22. Pendant la phase d'expulsion prolongée du travail, les efforts de poussé de la mère peuvent réduire l'apport d'oxygène au placenta.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 2-J]
23. Quel est la première mesure à prendre pour la prise en charge du travail dystocique ?
- Réhydrater la parturiente**
 - Donner des antibiotiques
 - Faire naître le bébé
- [Polycopié 2-K]

24. Rediriger la cliente d'un centre généraliste vers un centre spécialisé constitue un exemple d'orientation verticale.

a. **Vrai**

b. Faux

[Polycopié 2-N]

25. Nommez au moins trois sources d'information pour un audit d'orientation.

Les réponses peuvent être :

- **Dossiers médicaux, registres et rapports statistiques mensuels**
- **Fonctionnaires des services de santé au niveau national, départemental et régional**
- **Membres du personnel dans les établissements partenaires**
- **Préposés au transport**
- **Personnel de santé communautaire**
- **Membres de la communauté**

[Polycopié 2-P]

26. Décrivez deux exemples au moins de la manière dont la communauté peut participer au dispositif d'orientation. Les réponses peuvent être :

- **Contribuer à améliorer les systèmes de transport et de communication, tous deux indispensables pour une orientation efficace**
- **Contribuer à générer des fonds pour le transport et la prise en charge des femmes présentant une fistule obstétricale**
- **Mettre en place un centre d'hébergement à l'intérieur du centre de santé ou aux abords pour les future parturientes qui doivent parcourir un long trajet**
- **Identifier les femmes susceptibles d'avoir des complications pendant la grossesse et l'accouchement et organiser à l'avance des moyens de transport pour ces clientes**
- **Servir de ressource pour les femmes, les couples et leur famille à mesure qu'ils établissent des programmes pour les naissances et les urgences**
- **Aider les clientes présentant une fistule à réintégrer la société**

[Polycopié 2-N]

27. Examinez tous les signes ci-après qui pourraient indiquer que la femme a récemment eu un travail prolongé ou dystocique.

Épuisement mental

Pouls lent

Tension artérielle élevée

Pouls faible et rapide

Tension artérielle basse

Vagin humide

Pertes vaginales malodorantes

[Polycopié 2-R]

28. Pour contribuer à prévenir la fistule obstétricale, les soignants encouragent les femmes qui ont eu un travail prolongé ou dystocique à boire environ ___ litres de liquide par jour.

a. 2 à 3

b. **4 à 5**

c. 6 à 8

[Polycopié 2-S]

29. Si un soignant suspecte qu'une femme a récemment eu un travail prolongé, il insère une sonde à demeure après une période d'observation de 24 heures de la cliente.
- a. Vrai
 - b. Faux**
- [Polycopié 2-S]
30. Si un soignant suspecte qu'une femme a récemment eu un travail dystocique, elle est admise et un examen du vagin est réalisé le plus tôt possible à l'aide d'un spéculum.
- a. Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 2-S]

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-2

Identifier les facteurs de risque de fistule obstétricale en fin de grossesse - Études de cas : Corrigé

Un score faible indique des facteurs de risque de travail prolongé ou dystocique.

Dites bien aux participants que la présence d'un facteur de risque ne signifie pas qu'une femme connaîtra un travail prolongé ou dystocique.

Cas n°1 Tigrest

1. Tigrest a été mariée à douze ans.
2. Elle vit dans un village reculé.
3. Elle ne sait pas lire et n'a jamais été à l'école.
4. Tigrest est tombée enceinte à l'âge de quatorze ans.

Cas n°2 Pendo

1. Pendo a dix-sept ans.
2. Elle est pauvre.
3. Elle souffre de malnutrition.
4. Elle a déjà eu une grossesse, qui s'est soldée par un enfant mort-né.
5. Pendo a subi des mutilations génitales.

Cas n°3 Aberesh

1. Aberesh a 25 ans.
2. Elle a mené deux grossesses à terme et chacune a donné lieu à la mise au monde de deux bébés en bonne santé.
3. Lors de l'une de ses grossesses, Aberesh avait une tension artérielle élevée.

NB : Aberesh n'a pas de facteurs de risque de travail prolongé ou dystocique. Ce qui ne l'empêchera pas de connaître ces affections.

Cas n°4 Naneye

1. Naneye a seize ans.
2. Elle a un bassin étroit.
3. Naneye a déjà eu une grossesse, pendant laquelle elle a souffert d'un travail prolongé.

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-3

Exemple de manifeste : dispenser des soins prénataux ciblés

Je m'engage :

- À dispenser des soins prénataux aux femmes dont je m'occupe
- À œuvrer pour surmonter les difficultés qui entourent les soins prénataux
- À éduquer les jeunes filles et les femmes et les communautés dans lesquelles elles vivent sur l'importance des soins prénataux et des soins qualifiés pendant le travail et l'accouchement

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-4

Signes et étapes du travail : Exercice

Signes du travail

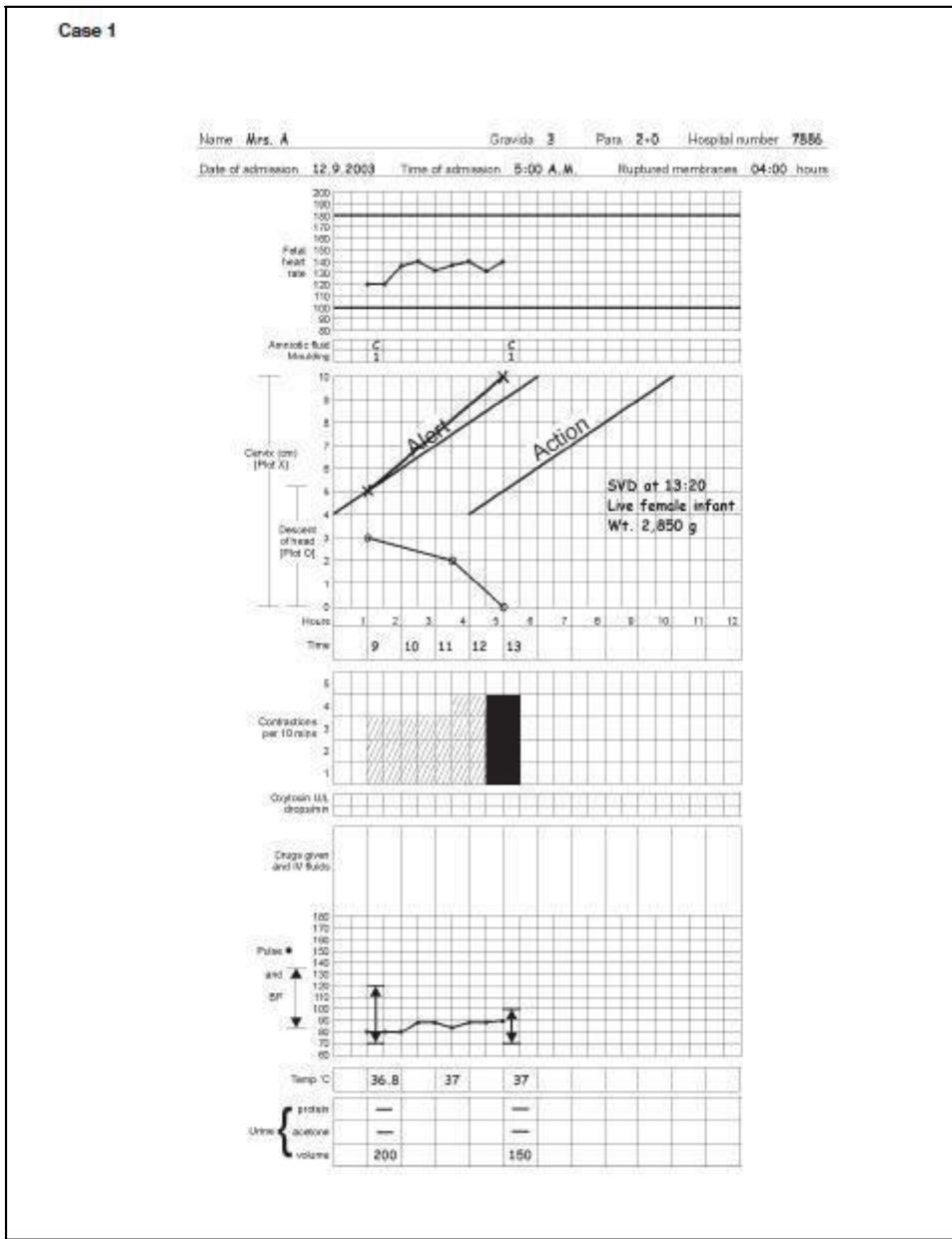
1. La dilation du col est de 5 cm (vrai signe)
2. Le sac amniotique fuit (vrai signe)
3. Les contractions sont douloureuses et irrégulières (faux signe)
4. Les contractions s'interrompent lorsque la femme change de position (faux signe)
5. La femme constate un bouchon muqueux (vrai signe)
6. Les contractions sont régulières et espacées de plus de 30 secondes (vrai signe)
7. Le durcissement de l'utérus est palpable (vrai signe)

Phases et étapes du travail

1. La femme ne ressent pas le besoin de pousser. (Étape : deuxième ; phase : précoce)
2. La descente du foetus commence. (Étape : première ; phase : active)
3. La dilatation du col est de 3 cm. (Étape : première ; phase : latente)
4. La femme ne ressent pas le besoin de pousser. (Étape : deuxième ; phase : tardive)
5. Le placenta est expulsé. (Étape : troisième ; pas de phase)
6. Le col se dilate à raison de 1 cm par heure. (Étape : première ; phase : active)
7. La présentation atteint le plancher pelvien. (Étape : deuxième, phase : tardive)

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-5

Étude de cas n°1 sur le partogramme : Corrigé (Travail spontané)



Source: Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery—Midwifery education modules*, 2ème éd. Genève, pp. 76–77

Étape 1

Q: Que devez-vous noter sur le partogramme ?

R: Voir le partogramme pour le cas n° 1

Étape 2

Q: Que devez-vous noter maintenant sur le partogramme ?

R: Voir le partogramme pour le cas n° 1

Q: Quelles mesures doivent être prises ?

R: Informer Mme R. du résultat des observations et lui dire à quoi elle doit s'attendre ; l'inviter à poser des questions ; la mettre à l'aise, l'hydrater et la nourrir.

Q: Quel conseil faut-il lui donner ?

R: Informer Mme. R. de se mettre dans la position de son choix, de boire abondamment et de manger comme elle en a envie.

Q: À quoi devez-vous vous attendre à 13 heures ?

R: Une progression de la dilatation à au moins 8 cm

Étape 3

Q: Quelles mesures doivent être prises ?

R: Faire les préparatifs de la naissance.

Q: Quel conseil faut-il lui donner ?

R: Informer Mme R. de ne pousser que lorsqu'elle en ressent le besoin.

Q: À quoi devez-vous vous attendre ensuite ?

R: À un accouchement spontané par présentation du siège

Étape 4

Q: Combien de temps la phase active de la première étape du travail a-t-elle duré ?

R: Cinq heures

Q: Combien de temps la deuxième étape du travail a-t-elle duré ?

R: Vingt minutes

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-6

Travail prolongé et travail dystocique : Quiz - Corrigé

Q: Si une femme reste en travail plus de 24 heures, elle est en travail prolongé. Vrai ou faux ?

R: Vrai

Q: L'obstruction survient le plus souvent en sortie du bassin. Vrai ou faux ?

R: Faux ; l'obstruction survient le plus souvent sur le bord du pelvis.

Q: Que désignent les trois P ?

R: Puissance, passager et passage

Q: Une femme est en phase de latence depuis plus de huit heures et il y a peu de signes de progression, mais l'effacement et la dilatation du col progressent. Que fait le soignant ?

R: Le soignant déchire les membranes à l'aide d'un perforateur de membrane amniotique ou d'une pince de Kocher et déclenche le travail. La parturiente est évaluée toutes les quatre heures. Si elle n'est pas entrée dans la phase active du travail huit heures après le déclenchement, l'accouchement se fait par césarienne.

Q: Une présentation anormale par l'épaule peut être une cause de travail dystocique. Vrai ou faux ?

R: Vrai

Q: Si une femme est en travail dystocique, la première étape de prise en charge est de lui donner des antibiotiques. Vrai ou faux ?

R: Faux. La première chose à faire est de la réhydrater.

Q: Lesquelles des contractions ci-dessous sont considérées efficaces ?

R: Deux contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 30 secondes.

B: Trois contractions en 10 minutes, chaque d'une durée de 70 secondes [Correct] **C:** Trois contractions en 10 minutes, chacune d'une durée de 25 secondes.

R: Le choix B est la bonne réponse.

Q: Les soignants doivent encourager la femme à retenir sa respiration lorsqu'elle pousse. Vrai ou faux ?

R: Faux. Retenir sa respiration peut réduire l'apport d'oxygène au placenta.

Q: Une disproportion foeto-pelvienne peut être le résultat d'un petit bassin avec une tête fœtale de dimensions normales. Vrai ou faux ?

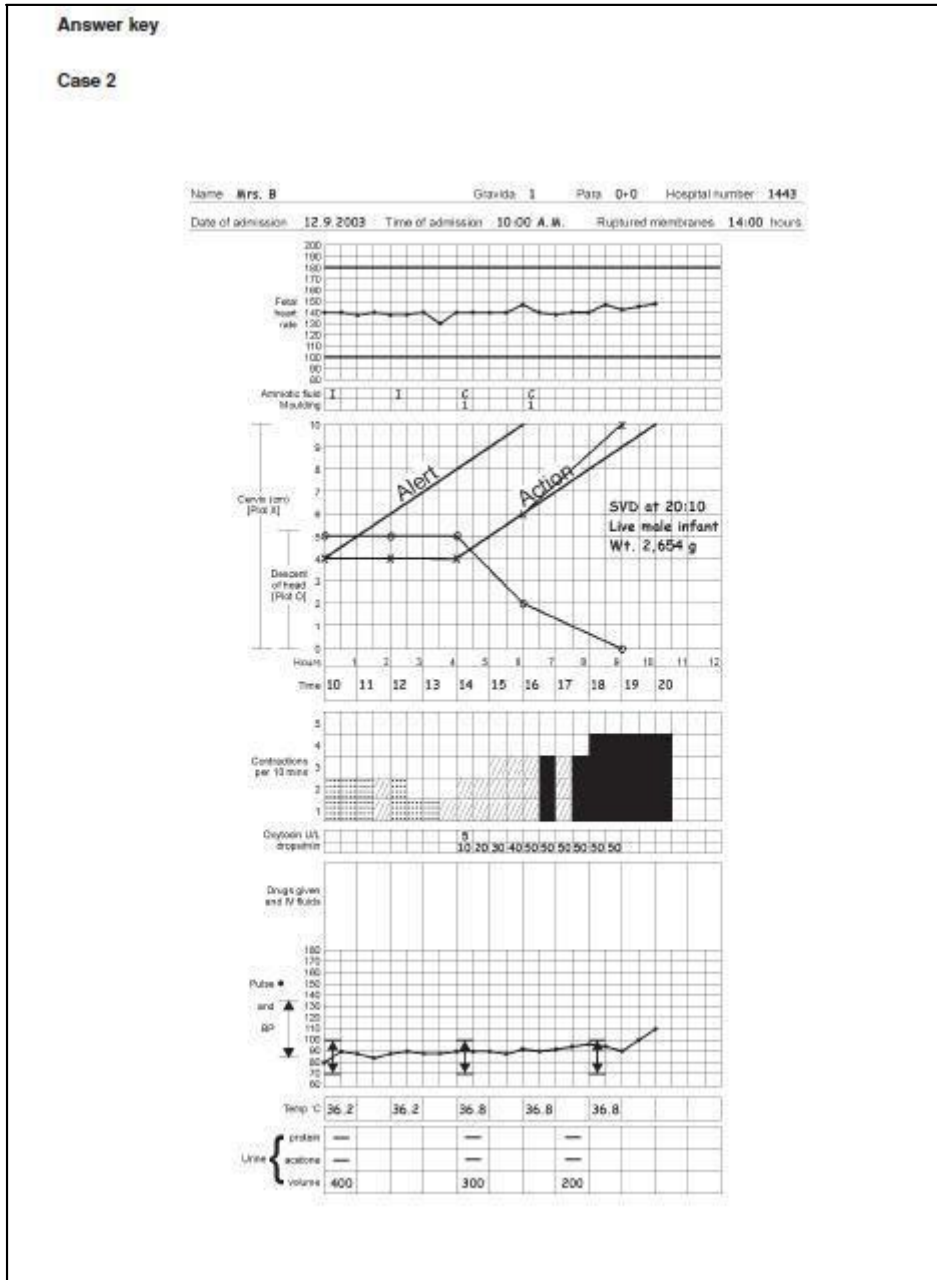
R: Vrai

Q: Pendant la phase de latence du travail, il y a peu de descente, voire aucune, de la présentation. Vrai ou faux ?

R: Vrai

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-7

Étude de cas n°2 sur le partogramme : Corrigé (travail prolongé)



Source : Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour. Education materials for teachers of midwifery: Midwifery education modules*, 2^{ème} éd., pp. 78–79.

Étape 1

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Q: Quel est votre diagnostic ?

R: Mme B. est dans la phase active du travail.

Q: Quelles mesures prendrez-vous ?

R: Informer M. B. du résultat des observations et de ce à quoi elle doit s'attendre ; l'encourager à poser des questions ; l'inciter à être mobile et à boire et à manger tant qu'elle le souhaite.

Étape 2

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Q: Quel est votre diagnostic ?

R: Incapacité à progresser ; activité utérine médiocre mais bon état du fœtus et de la mère.

Q: Quelles mesures prendrez-vous ?

R: Informer M. B. du résultat des observations et de ce à quoi elle doit s'attendre; continuer à l'encourager à poser des questions ; continuer à l'inciter à être mobile et à boire et à manger tant qu'elle le souhaite ; commencer à prendre des dispositions pour une intervention chirurgicale si cela s'avère nécessaire, ou l'envoyer dans un service où c'est possible.

Étape 3

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n°2.

Q: Quel est votre diagnostic ?

R: Incapacité à progresser; activité utérine médiocre, malgré une amélioration constatée à 14 heures ; l'état du fœtus et de la mère continue à être bon.

Q: Quelle mesure doit être prise à présent ?

R: Le travail doit être accéléré en perfusant de l'ocytocine suite à une rupture artificielle des membranes; informer Mme B. du résultat des observations et de ce à quoi elle doit s'attendre ; la rassurer et lui prodiguer du soutien; répondre à ses questions; l'encourager à boire et à prendre la position de son choix.

Étape 4

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Q: Quelle mesure doit être prise à présent ?

R: Le travail doit être accéléré en perfusant de l'ocytocine ; continuer à rassurer, à reconforter et à apporter un soutien ; poursuivre l'accélération à l'ocytocine ; apporter du réconfort (psychologique et physique), l'inciter à boire et à se nourrir.

Étape 5

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Étape 6

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Étape 7

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 2.

Q: Combien de temps la phase active de la première étape du travail a-t-elle duré ?

R: Neuf heures.

Q: Combien de temps la deuxième étape du travail a-t-elle duré ?

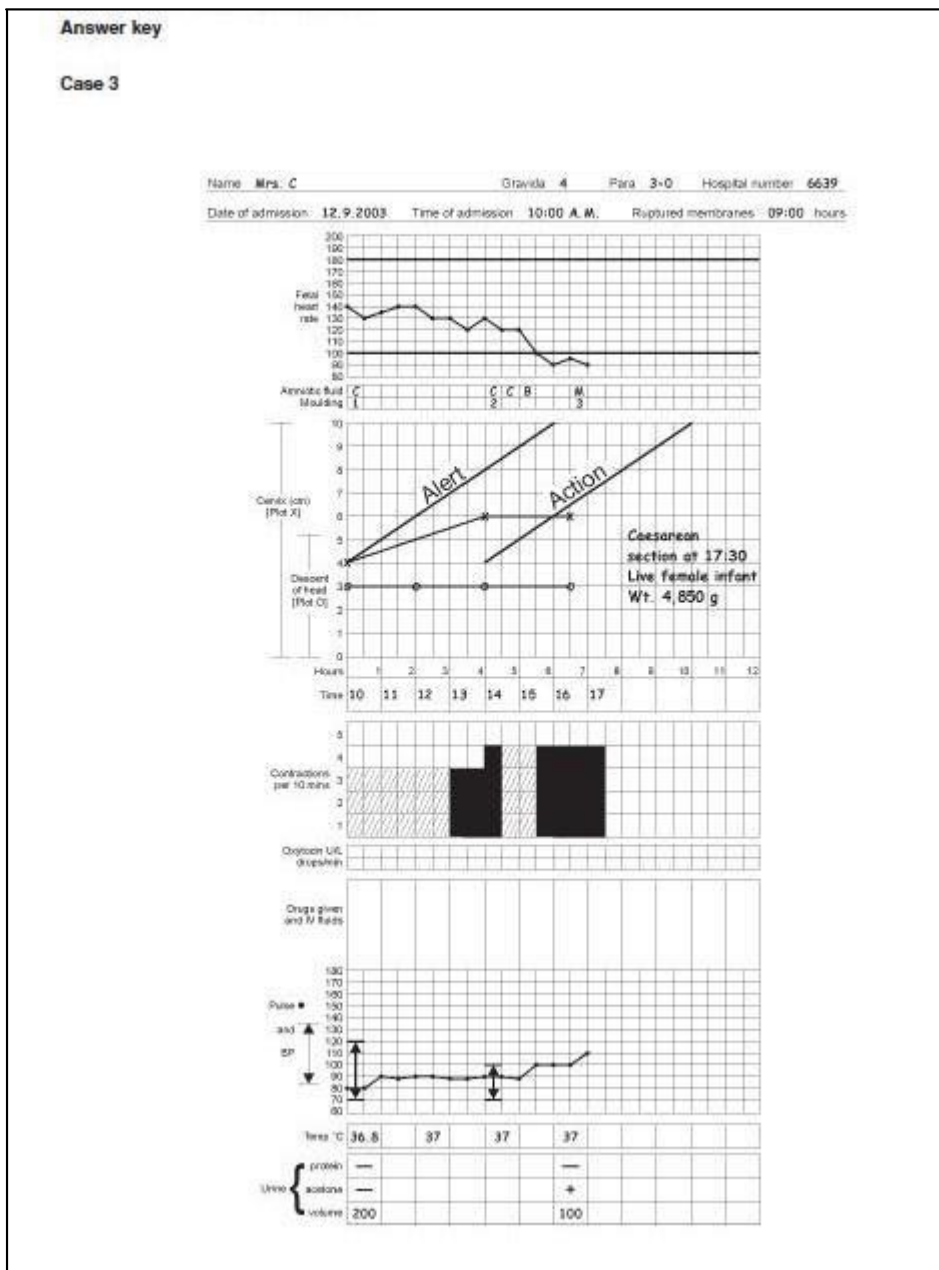
R: 1 heure et 10 minutes

Q: Pourquoi a-t-il été nécessaire d'accélérer le travail ?

R: Mme B. n'arrivait plus à progresser en raison d'une activité utérine médiocre.

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-8

Étude de cas n°3 sur le partogramme : Corrigé (travail dystocique)



Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Managing prolonged and obstructed labour. Education materials for teachers of midwifery: Midwifery education modules*, 2ème éd. Genève. pages 80–81.

Étape 1

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 3.

Étape 2

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 3.

Étape 3

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 3.

Étape 4

Demandez aux participants de comparer les enregistrements sur leur partogramme avec le partogramme du Cas n° 3.

Q: Quel est le diagnostic final ?

R: Incapacité à progresser; (travail dystocique)

Q: À midi, quelle observation auraient dû susciter les interrogations et quel autre examen aurait aidé à décider ce qu'il fallait faire ?

R: La tête restait engagée aux trois-cinquièmes au-dessus de la symphyse pubienne, malgré des contractions suffisantes. Un toucher vaginal pour déterminer la dilatation du col et une évaluation du moulage auraient été indiqués à ce moment-là, même si cette dernière avait été effectuée deux heures plus tôt.

Q: Quelle mesure était indiquée à 14 heures et pourquoi ?

R: Une césarienne aurait dû être envisagée à ce moment-là, parce que la dilatation du col était lente et il n'y avait pas eu de progression de la tête, malgré de bonnes contractions.

Q: À 17 heures, la décision a été prise de pratiquer immédiatement une césarienne et une enfant vivante a été mise au monde à 17H30. Était-ce ce qu'il fallait faire ?

R: Oui, parce que l'état du fœtus se détériorait et le travail n'arrivait plus à progresser malgré de puissantes contractions; de plus, le pouls de Mme C. s'accélérait et elle avait de l'acétone dans les urines.

Q: À quels problèmes faut-il s'attendre chez le nouveau-né ?

R: Une asphyxie à la naissance, l'aspiration du méconium

FICHE PÉDAGOGIQUE 2-9

L'audit d'orientation :

Exercice - Corrigé

Centre de soins de santé primaires 1

1. Cliente A : Orientation appropriée pour phase active du travail prolongé et incapacité de la présentation à descendre
2. Cliente B : Orientation appropriée pour phase de latence du travail prolongé
3. Cliente C : Orientation appropriée pour travail dystocique

Centre de soins de santé primaires 2

1. Cliente D : Une orientation appropriée pour une phase active du travail prolongé a eu lieu, mais elle aurait dû intervenir six heures plus tôt. Mesure : Lisez les protocoles d'orientation des patients avec le personnel du centre.
2. Cliente E : Orientation inappropriée ; faux travail. Mesure : Lisez les signes du faux travail avec le personnel du centre.

Centre de soins de santé primaires 3

Mesures : Contactez le directeur du centre ; demandez-lui comment se passent les orientations des patientes et pourquoi le centre n'a pas répondu à la demande d'information. Allez dans l'établissement et examinez les dossiers. Lisez les protocoles d'orientation des patientes avec le personnel du centre.

MODULE 3 : LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Introduction

Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle déterminant dans les soins aux femmes vivant avec une fistule obstétricale qui viennent consulter pour obtenir des soins. Elles sont chargées d'un grand nombre de procédures contribuant à prévenir les infections à toutes les étapes du traitement de la cliente. Ce sont souvent elles qui réalisent le premier bilan physique des femmes qui vivent avec une fistule obstétricale. Elles prennent aussi en charge des clientes qui se présentent de bonne heure. Pour les femmes qui décident de passer par une réparation chirurgicale, les infirmières et les sages-femmes s'occupent des soins préopératoires, elles aident au bloc opératoire et s'occupent de la cliente après l'opération. La gestion de la sonde est une fonction importante de ces soins infirmiers.

Conditions préalables

- Réussite des modules 1 et 2 de ce cours (ou connaissances et expérience équivalentes).
- Compétences de base dans l'accomplissement des gestes suivants acquises par des études ou issues d'une expérience pratique :
 - Prévention des infections
 - Constitution du dossier médical
 - Examen médical de la femme
 - Toucher vaginal
 - Examen au spéculum
 - Tenue du dossier médical
 - Mise en place et entretien d'une sonde à demeure
 - Consentement éclairé aux interventions chirurgicales
 - Préparation de la cliente à l'opération
 - Compétences en soins infirmiers dans un bloc opératoire
 - Soins postopératoires
 - Élaboration de programmes de soins infirmiers
 - Sortie de l'hôpital et suivi de la cliente

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Décrire comment se transmettent les infections
- Identifier les facteurs liés à la transmission des infections pour les clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Citer sept mesures de prévention courantes des infections
- Faire preuve d'une connaissance du traitement des instruments
- Montrer comment introduire une sonde urinaire dans les règles de l'asepsie, en prenant soin de limiter le trauma et de prévenir les infections
- Décrire les bonnes méthodes d'élimination des déchets résultant des soins pour une fistule
- Constituer correctement le dossier d'une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire les éléments et l'ensemble des symptômes mis en évidence par l'examen médical initial pour une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire comment examiner les organes génitaux externes et les cuisses d'une femme vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire comment procéder en douceur à un toucher vaginal et à un examen au spéculum sur une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Noter les résultats des évaluations sur des formulaires et registres appropriés
- Décrire la prise en charge des clientes souffrant de fistule qui se présentent immédiatement après l'accouchement
- Décrire la prise en charge des clientes suite à la pose d'une sonde à demeure
- Décrire les procédures d'admission des clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Expliquer en quoi consiste le recueil du consentement éclairé, y compris l'utilisation de l'exemple de formulaire
- Décrire comment préparer une cliente souffrant de fistule obstétricale à la réparation chirurgicale
- Décrire les soins infirmiers dispensés à la cliente souffrant de fistule pendant la réparation chirurgicale
- Expliquer les responsabilités de l'infirmière de bloc et de l'infirmière de liaison ayant une importance ou qui sont propres à la réparation chirurgicale de la fistule
- Préparer correctement le chariot destiné à la réparation chirurgicale de la fistule
- Décrire les soins postopératoires à prodiguer dans les 24 heures suivant l'intervention et au-delà
- Décrire la prise en charge au niveau infirmier de complications précises survenant après une réparation de la fistule obstétricale : obstruction de la sonde, hémorragie vaginale, septicémie, rupture de la réparation et anurie
- Décrire comment gérer la sortie de l'hôpital d'une cliente, lui proposer une consultation de sortie de l'hôpital et organiser les soins de suivi

Résumé du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Prévention des infections	Variable
A. Principes de la prévention des infections	1 heure
B. La prévention des infections dans la pratique	Durée variable
2. Évaluation des clientes vivant avec une fistule obstétricale	2 heures et 30 minutes
A. Antécédents et bilan physique initial	1 heure
B. Inspection des organes génitaux externes et des cuisses et toucher vaginal	1 heure et 30 minutes
3. Prise en charge des clientes qui se présentent avec une fistule immédiatement après l'accouchement	Jusqu'à 1 heure et 45 minutes ²
A. Principes de la prise en charge	15 minutes
B. Gestion d'une sonde à demeure	De 20 minutes à 1 heure et 30 minutes
4. Soins préopératoires des clientes subissant une réparation chirurgicale de la fistule	1 heure et 25 minutes
A. Procédures d'admission	15 minutes
B. Consentement éclairé et soins préopératoires	1 heure et 10 minutes
5. Prise en charge des clientes souffrant d'une fistule obstétricale pendant la réparation chirurgicale	De 1 heure et 10 minutes à 1 heure et 40 minutes
6. Prise en charge postopératoire des clientes après une réparation chirurgicale de la fistule.	3 heures et 10 minutes (hors travaux pratiques)
A. Soins postopératoires et complications	1 heure et 30 minutes
B. Sortie de l'hôpital et suivi	1 heure
C. Évaluation du module 3	40 minutes
Durée totale	Au moins 11 heures

1. Selon la capacité des participants à mettre en place une sonde urinaire et de la durée nécessaire pour les travaux pratiques (voir Étapes de la formation)
2. Selon les connaissances qu'ont les participants de la gestion de la sonde (voir Étapes de la formation)
3. Selon les activités choisies (voir Étapes de la formation)

Évaluation

- Fiche pédagogique 3-1: Module 3 Évaluation et corrigé

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez entre dix et quinze questions pertinentes dans la fiche pédagogique 3-1 pour les tests de début et de fin du module 3.

SÉANCE 1

Prévention des infections

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire comment se transmettent les infections
- Identifier les facteurs liés à la transmission des infections pour les clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Citer sept mesures de prévention courantes des infections
- Faire preuve d'une connaissance du traitement des instruments
- Montrer comment introduire une sonde urinaire dans les règles de l'asepsie, en prenant soin de limiter le trauma et prévenir les infections
- Présenter les bonnes méthodes d'élimination des déchets résultant des soins pour une fistule

POINTS À RETENIR

- Les clientes vivant avec une fistule obstétricale sont très exposées aux infections. La prévention des infections est donc essentielle dans leurs soins.
- Les infections contractées par les clientes vivant avec une fistule obstétricale sont des infections des voies urinaires, des dermatites, des infections rénales et des infections montantes après la pose d'une sonde à demeure.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Exercice en binômes
- Travail à la maison
- Quiz
- Évaluation
- Exercices par simulation
- Démonstration
- Jeu
- Travaux pratiques

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Partie B, activité 2 : Modèles pelvien, matériel et fournitures pour la pose d'un sonde urinaire
- Partie B, activité 3 : Éléments d'un jeu sur l'élimination des déchets (fiche pédagogique 3-3), prix pour la ou les équipes gagnantes
- Polycopié 3-R : Comment se transmettent les infections
- Polycopié 3-B : Risques d'infection chez les clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Polycopié 3-C : Prévention des infections: précautions standard
- Polycopié 3-D : Prévention des infections: traitement des instruments
- Polycopié 3-E : PS Pose d'une sonde urinaire - évaluation
- Polycopié 3-F : PS Pose d'une sonde urinaire

- Polycopié 3-G : Déchets médicaux dans les services de soins pour les fistules : méthodes de mise au rebut du service
- Fiche pédagogique 3-1: Évaluation et corrigé du module 3 (si vous réalisez un test de début de module)
- Fiche pédagogique 3-2 : Prévention des infections: traitement des instruments - Quiz
- Fiche pédagogique 3-3: S Pose d'une sonde urinaire – évaluation : Corrigé
- Fiche pédagogique 3-4: Services de traitement de la fistule : mise au rebut des déchets médicaux

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 3-A, 3-B, 3-C, 3-D, 3-E, 3-F et 3-G.
4. Photocopiez les polycopiés 3-A, 3-B, 3-C, 3-D, 3-E, 3-F et 3-G pour les participants.
5. Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.
6. Partie B, activité 2 : Déterminez comment vous allez aborder le cours sur la pose d'une sonde urinaire. L'activité choisie dépend des compétences des participants, de leur effectif et du nombre de modèles pelviens disponibles. Vous aurez besoin d'un modèle pelvien pour quatre à cinq participants. Procurez-vous les fournitures et le matériel dont vous avez besoin pour cette activité.
7. Partie B, activité 3 : Procurez-vous des échantillons des articles énumérés dans la fiche pédagogique 3-4.
Important : ces articles ne doivent être contaminés en aucune façon ; ils sont uniquement destinés à servir d'illustration. Procurez-vous un prix à remettre à l'équipe gagnante (par exemple des friandises). Veillez à en avoir en réserve au cas où il y aurait égalité.
8. Partie B, activité 4 : Organisez la séance de travaux pratiques.

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

La partie B, activité 2 comprend une évaluation des connaissances des participants sur la pose de sonde urinaire. La durée de cette activité est variable, selon ce que les participants savent déjà. Tenez-en compte lorsque vous établissez le programme de la formation.

Infection Prevention: A Reference Booklet for Health Care Providers, consultable sur le site EngenderHealth (www.engenderhealth.org), est un excellent document pour ce module. Si les participants n'ont pas accès à Internet, voyez si vous ne pouvez pas leur en faire des photocopies ou vous procurer des copies de *Infection Prevention* auprès de EngenderHealth.

Durée de la séance (totale) : variable, dépend du temps nécessaire pour la partie B, activité 2 et pour les travaux pratiques

SÉANCE 1

Étapes de la formation

Partie A : PRINCIPES DE LA PRÉVENTION DES INFECTIONS

Durée : 1 heure

Activité 1 : Présentation et discussion (Revue) (15 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Expliquez que le but de la séance est de passer en revue *les principes de la prévention des infections*.

Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

3. Demandez aux participants comment les infections se transmettent et comment on les prévient.
4. Résumez l'activité en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 3-R comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. Reprenez en disant que :
 - Lorsqu'une femme a une fistule, les infections peuvent se transmettre de deux façons : (a) lorsque la flore bactérienne normale s'introduit dans une région du corps où on ne la trouve pas normalement ; ou (b) lorsque des agents pathogènes s'introduisent dans l'organisme.
 - La prévention des infections est essentielle pour les clientes souffrant de fistule, car elles y sont très exposées. À la fin de l'activité, distribuez des copies du polycopié au groupe.

Activité 2 : Exercice en binôme (20 minutes)

1. Regroupez les participants en binômes. Demandez-leur de déterminer les facteurs qui exposent les femmes vivant avec une fistule aux infections et quels types d'infection elles sont susceptibles de contracter. Donnez à chaque binôme 5 minutes pour travailler.
2. Repassez en classe entière. Demandez à des volontaires de citer un facteur ou un type d'infection et d'éviter de répéter ce qui a déjà été dit.
3. Résumez l'activité en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 3-B comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des copies du polycopié au groupe.

Activité 3 : Discussion et présentation (Revue) (25 minutes)

1. Demandez aux participants de citer sept précautions courantes pour la prévention des infections. Notez celles-ci sur une feuille du tableau-papier.
2. Résumez l'activité en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités en prenant le polycopié 3-B comme référence.
3. Demandez aux participants de donner des exemples de la façon dont les précautions courantes s'appliquent aux fistules obstétricales. Les réponses proposées peuvent être :
 - Se laver les mains avant et après la pose d'une sonde urinaire
 - Porter des gants stériles lorsque l'on pose une sonde urinaire
 - Porter un masque si on risque de tousser pendant la pose d'une sonde urinaire
 - Observer les procédures de prévention des infections pendant la réparation chirurgicale

Module 3: Prise en charge de la fistule obstétricale

- Observer les procédures de prévention des infections lorsque l'on utilise des instruments pointus ou tranchants
 - Traiter les articles réutilisables en suivant la procédure de traitement des instruments en quatre étapes : décontamination, nettoyage, stérilisation ou désinfection de haut niveau, suivie soit d'une utilisation soit d'un stockage (voir polycopié 3-D).
 - Mettre les articles au rebut dans des récipients correctement étiquetés et empêcher que d'autres personnes puissent entrer en contact avec eux.
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des copies du polycopié.

PARTIE B : LA PRÉVENTION DES INFECTIONS DANS LA PRATIQUE

Durée : Variable, en fonction du temps nécessaire pour l'activité 2 et les travaux pratiques

Activité 1 : Travail à la maison et quiz (30 minutes pour le quiz)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-D sur le traitement des instruments.
2. À l'aide de la fiche pédagogique 3-2, demandez au groupe de réagir aux questions du quiz.
3. À la fin du quiz, demandez aux participants s'ils ont des questions.

Activité 2 :

Option 1 : Évaluation, exercices par simulation

Option 2 : Travail à la maison, démonstration, exercices par simulation (la durée de cette activité dépend des connaissances et des compétences des participants)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Certains établissements médicaux mettent maintenant des vidéos de formation en ligne. Si vous le souhaitez, vous pouvez vous procurer une de ces vidéos ou un autre genre de support audiovisuel montrant la bonne façon de poser une sonde urinaire, conformément aux protocoles de votre centre de soins. Passez cette vidéo pendant la partie B, activité 2.

Option 1

1. Distribuez des copies du polycopié 3-E et demandez aux participants de réagir aux questions de l'évaluation. Ils peuvent répondre par oral ou par écrit.
2. Si les réponses des participants ne correspondent pas à la fiche pédagogique 3-4, relisez la procédure avec eux et donnez-leur des postes de travail pour leur permettre de pratiquer la pose d'une sonde urinaire, en suivant les étapes détaillées dans le polycopié 3-F. Remettez-leur des copies du polycopié avant qu'ils ne commencent à pratiquer. Pendant qu'un participant pratique, les autres commentent à l'aide du polycopié. Circulez entre les postes de travail et au besoin commentez le travail.
3. Invitez les participants à se référer au polycopié 3-F lorsqu'ils pratiquent dans la réalité. Cela garantira l'uniformité et la qualité des soins.

Option 2

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-D sur la pose d'une sonde urinaire.
2. En classe entière, faites la démonstration de la pose d'une sonde à l'aide d'un modèle pelvien.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

4. Prévoyez des postes de travail sur lesquels les participants peuvent pratiquer la procédure en suivant les étapes détaillées dans le polycopié 3-F. Remettez-leur des copies du polycopié avant qu'ils ne commencent à pratiquer. Pendant qu'un participant pratique, les autres commentent à l'aide du polycopié. Circulez entre les postes de travail et au besoin commentez le travail.
5. Invitez les participants à se référer régulièrement au polycopié 3-F lorsqu'ils pratiquent dans la réalité. Cela garantira l'uniformité et la qualité des soins.

Activité 3 : Travail à la maison, discussion et jeu (30 minutes pour la discussion et le jeu)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-G sur l'élimination des déchets.
2. En classe entière, demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires concernant le polycopié.
3. Disposez les articles décrits dans la fiche pédagogique 3-4 sur une table. Divisez le groupe en équipes de quatre à six personnes. Pour chaque article, demandez à chaque équipe de décrire sur une feuille du tableau-papier comment procéder à sa mise au rebut une fois qu'il a été souillé. La fiche pédagogique 3-4 donne des exemples de ces articles, du type de déchets et des méthodes d'élimination. Une fois que les équipes ont terminé la tâche, mettez les réponses en commun et décernez un prix à l'équipe qui a le plus de bonnes réponses. Ayez des prix supplémentaires en réserve au cas où il y aurait d'autres gagnants.

Activité 4 : Travaux pratiques

1. Organisez une séance de travaux pratiques sur la pose d'une sonde urinaire, qui doit être supervisée par du personnel clinique formé et expérimenté dans la pose d'une sonde urinaire. L'Annexe A comprend une liste à cocher (page 407) sur la pose d'une sonde urinaire qui peut servir lors de cette séance.
2. Après la séance de travaux pratiques, posez aux participants les questions suivantes :
 - Quelles sont les choses qu'ils ont trouvées les plus utiles pendant les travaux pratiques ?
 - Quelles sont celles sur lesquelles ils ont besoin de pratiquer davantage ?
 - Ont-ils des questions ou des commentaires sur les travaux pratiques ?

SÉANCE 2

Évaluation des clientes vivant avec une fistule obstétricale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Constituer correctement le dossier d'une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire les éléments et l'ensemble des symptômes mis en évidence par l'examen médical initial pour une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire comment examiner les organes génitaux externes et les cuisses d'une femme vivant avec une fistule obstétricale
- Décrire comment procéder en douceur à un toucher vaginal et à un examen au spéculum sur une cliente vivant avec une fistule obstétricale
- Noter les résultats des évaluations sur des formulaires et registres appropriés

POINTS À RETENIR

- Les aspects de la constitution du dossier médical qui ont une importance particulière pour les clientes souffrant de fistule sont :
 1. La durée du travail de la cliente pour la grossesse ayant mené à la fistule
 2. Le lieu où s'est passé l'accouchement
 3. Depuis combien de temps elle est incontinente
 4. Qui s'est occupé d'elle
- Dans le cadre de ce bilan physique, l'infirmière ou la sage-femme procède à une inspection visuelle des organes génitaux externes et des cuisses de la cliente.
- En général, les médecins pratiquent un examen physique préliminaire non invasif du vagin dans une salle d'examen avant de procéder à une réparation chirurgicale. Le principe qui doit guider le soignant est de regarder avant de toucher et de ne toucher que si nécessaire. Si une femme a une grande appréhension de cet examen, ou si elle souffre beaucoup, il peut être réalisé sous anesthésie juste avant la réparation chirurgicale. Avant de procéder à un examen médical du vagin, l'infirmière ou la sage-femme doit consulter le chirurgien qui s'occupera de la fistule. L'examen du vagin par une infirmière ou une sage-femme est un préliminaire à l'examen par le chirurgien.
- Bien remplir le dossier médical, avec précision et exhaustivité, est essentiel à la qualité des soins.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail à la maison
- Exercice lacunaire
- Étude de cas
- Démonstration
- Exercices par simulation
- Travaux pratiques

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 3-H : Évaluation des clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Polycopié 3-I : Examen médical s de clientes vivant avec une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale

- Polycopié 3-J : Dossier médical à constituer pour la fistule obstétricale : recueil des antécédents médicaux
- Polycopié 3-K : Antécédents médicaux de la fistule obstétricale : Étude de cas
- Fiche pédagogique 3-5 : Examen médical de clientes vivant avec une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale : Corrigé
- Fiche pédagogique 3-6 : Dossier médical pour l'étude de cas : recueil des antécédents médicaux : Corrigé
- Partie B, activité 1 : Un seul modèle pelvien par équipe de quatre à cinq participants ; un seul jeu d'instruments pour un examen au spéculum pour quatre à cinq participants (gants d'examen, lubrifiant soluble dans l'eau, spéculum vaginal ou spéculum de Sims, haricot, coton (tampons ou boules), pince porte-éponge, source lumineuse (positionnable))

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 3-H, 3-I, 3-J et 3-K.
4. Photocopiez les polycopiés 3-H, 3-I, 3-J et 3-K pour les participants.
5. Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.
6. Partie A, activité 3 : Lisez les dossiers médicaux remplis par les participants avant que ceux-ci ne se retrouvent en classe entière. Ou, si les participants relisent le travail des autres stagiaires, faites des photocopies du corrigé pour le groupe (Fiche pédagogique 3-6).
7. Partie B, activité 1 : Préparez la salle pour la démonstration et la pratique.
8. Partie B, activité 2 : Organisez la séance de travaux pratiques.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Tous les centres de soins n'ont pas le même règlement concernant les catégories de personnel habilité à pratiquer des touchers vaginaux et des examens au spéculum. Tenez-en compte lorsque vous planifiez ce module et donnez ce cours. Par exemple, s'il y a peu de chances pour que les participants pratiquent ces actes, vous avez peut-être intérêt à ne pas traiter ce contenu du module.

Durée de la séance (totale) : 2 heures et 30 minutes (hors travaux pratiques)

SÉANCE 2

Étapes de la formation

Partie A : ANTÉCÉDENTS ET BILAN PHYSIQUE INITIAL

Durée : 1 heure

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Partie A, activités 1 et 2 : Au besoin, modifiez le polycopié 3-B pour qu'il corresponde au champ de pratique du personnel infirmier dans votre dispositif hospitalier.

Activité 1 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Annoncez l'objet de la séance, qui est de décrire *comment recueillir les antécédents d'une femme vivant avec une fistule obstétricale et procéder au bilan physique initial*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Distribuez le polycopié 3-H, qui explique comment évaluer une cliente vivant avec une fistule obstétricale. Demandez aux participants de parcourir la partie du polycopié consacrée à la constitution du dossier médical.
5. Demandez aux participants de dire quels sont les aspects de la constitution du dossier médical qui sont particulièrement critiques en cas de fistule obstétricale. Les réponses peuvent être :
 - Quelle a été la durée du travail de la cliente pour la grossesse ayant mené à la fistule
 - Où s'est passé l'accouchement
 - Depuis combien de temps est-elle incontinente
 - Qui s'est occupé d'elle

Activité 2 : Travail à la maison et exercice lacunaire (20 minutes pour l'exercice)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Il sera peut-être utile de dessiner un croquis représentant le corps d'une femme au tableau ou sur le tableau-papier, comme sur le polycopié 3-I. Ce schéma servira de référence pendant que vous mènerez l'activité.

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier la partie du polycopié 3-H consacrée au bilan physique initial.
2. En classe entière, distribuez les polycopiés 3-I, un schéma du corps d'une femme de la tête aux pieds. Dites aux participants qu'il ne s'agit là que d'un aide-mémoire ; il ne couvre pas tous les aspects du bilan. Invitez les participants à faire l'exercice sans regarder dans le polycopié 3-H. Annoncez à voix haute le chiffre des blancs numérotés du polycopié et demandez aux participants de décrire :
 - La ou les parties du bilan physique initial qui doivent être notées dans les blancs
 - L'ensemble des observations pour une femme vivant avec une fistule obstétricaleLa fiche pédagogique 3-5 fournit un corrigé..
3. Demandez aux participants d'indiquer d'autres éléments du bilan physique initial qui n'ont pas été traités dans le polycopié 3-I. La liste complète se trouve dans le polycopié 3-H.

Activité 3 : Travail à la maison, étude de cas et discussion (20 minutes pour la discussion)

1. Distribuez les photocopiés 3-J et 3-K.
2. Comme travail à la maison, demandez aux participants de noter l'histoire de Mariam (photocopie 3-K) sur le dossier médical partiel fourni dans le photocopié 3-J.
3. Ramassez les devoirs et comparez-les à la fiche pédagogique 3-6. Donnez une appréciation à chaque participant pour son travail. Autre suggestion : mettez les participants en binômes et demandez-leur de faire une correction mutuelle du travail de l'autre ; préparez une feuille de réponses que les binômes pourront utiliser.
4. En classe entière, distribuez l'exercice aux participants avec votre appréciation. Demandez aux participants s'ils ont des questions. Passez en revue tous les aspects de l'exercice qui ont posé problème aux participants.
5. Expliquez bien qu'il est essentiel de remplir correctement les dossiers médicaux et d'y porter des informations exactes et complètes, pour fournir des soins de qualité.
6. Dites au groupe qu'il y a rarement des dossiers médicaux prévus pour recueillir des informations spécifiques sur la fistule. Demandez aux participants ce qu'ils feraient dans ces situations ; insistez sur le fait que toutes les notations doivent être concises et se rapporter aux observations sur la fistule. Les réponses proposées peuvent être :
 - Inciter l'établissement à utiliser le dossier médical fourni dans ce cours.
 - Utiliser la partie Notes du dossier pour saisir les données propres à la fistule.
 - Agrafer une feuille supplémentaire comportant des données propres à la fistule

PARTIE B : INSPECTION DES ORGANES GÉNITAUX ET DES CUISSSES ET EXAMEN VAGINAL

Durée : 1 heure et 30 minutes (hors travaux pratiques)

Activité 1 : Travail à la maison, démonstration et exercices par simulation (1 heure et 30 minutes pour la démonstration et l'exercice par simulation)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier les parties du photocopié 3-H consacrées à l'inspection visuelle des organes génitaux et des cuisses, le toucher vaginal en douceur et l'examen au spéculum.
2. En classe entière, demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires concernant le photocopié.
3. Dites-leur bien que dans certains centres de soins, les infirmières et les sages-femmes pratiquent des touchers vaginaux un examen au spéculum, ou les deux. Les participants doivent se conformer au protocole des établissements dans lesquels ils travaillent.
4. Dites qu'en général, les médecins pratiquent un examen physique préliminaire non invasif du vagin dans une salle d'examen avant de procéder à une réparation chirurgicale. Le principe qui doit guider le soignant est de regarder avant de toucher et de ne toucher que si nécessaire. Si la cliente a beaucoup d'appréhension sur cet examen ou si elle souffre beaucoup, l'examen peut être fait sous anesthésie juste avant la réparation chirurgicale. Avant de procéder à un examen physique du vagin, l'infirmière ou la sage-femme doivent consulter le chirurgien qui s'occupera de la fistule. L'examen du vagin par une infirmière ou une sage-femme est un préliminaire à l'examen par le chirurgien.
5. Précisez que l'examen au spéculum pour une fistule obstétricale est différent des examens de routine au spéculum.
6. Montrez comment procéder à l'inspection des organes génitaux externes et des cuisses, au toucher vaginal et à l'examen au spéculum à l'aide d'un modèle pelvien.
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

8. Divisez les participants en groupes de quatre à cinq stagiaires et remettez un modèle pelvien à chaque groupe. En s'appuyant sur le polycopié 3-H (ou sur la liste à cocher des travaux pratiques fournie dans l'Annexe A), les participants pratiquent chacun à leur tour l'inspection des organes génitaux externes et des cuisses, le toucher vaginal en douceur et l'examen au spéculum. Pendant qu'un participant pratique, les autres commentent à l'aide du polycopié.
9. Circulez entre les groupes en commentant leur travail, à l'aide du polycopié 3-H. Invitez les participants à se référer régulièrement au polycopié dans la pratique sur le terrain. Cela garantira l'uniformité et la qualité des soins.

Activité 2 : Travaux pratiques

1. Organisez une séance de travaux pratiques sur l'examen physique, qui doit être supervisée par du personnel clinique formé et ayant l'expérience de ces examens. L'Annexe A contient une liste à cocher (page 409) sur l'examen physique qui peut être utilisée pour ces travaux pratiques.
2. Après la séance de travaux pratiques, demandez aux participants :
 - Quelles sont les choses qu'ils ont trouvées les plus utiles pendant les travaux pratiques ?
 - Que doivent-ils pratiquer davantage ?
 - Ont-ils des questions ou des commentaires sur les travaux pratiques ?

SÉANCE 3

Prise en charge des clientes qui se présentent avec une fistule immédiatement après l'accouchement

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire la prise en charge des clientes souffrant de fistule qui se présentent immédiatement après l'accouchement.
- Décrire la prise en charge des clientes suite à la pose d'une sonde à demeure.

POINTS À RETENIR

- Les procédures de prise en charge ressemblent à celles utilisées pour les clientes ayant récemment connu un travail prolongé ou dystocique (voir module 2, séance de formation 4). La seule exception est la durée de la vidange continue de la vessie. Pour les clientes qui se présentent avec une fistule immédiatement après l'accouchement, la vidange continue par sonde dure plus longtemps : de quatre semaines au minimum à six semaines maximum, selon le protocole local.

Méthodes de formation

- Présentation
- Évaluation
- Travail de groupe
- Discussion

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 3-L : Prise en charge des clientes qui se présentent avec une fistule obstétricale immédiatement après l'accouchement
- Polycopié 3-M : Gestion d'une sonde à demeure chez des clientes souffrant de fistule obstétricale
- Fiche pédagogique 3-7 : Gestion de la sonde ; Évaluation

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 3-L et 3-M.
4. Photocopiez les polycopiés 3-L et 3-M pour les participants.
5. Partie B : Si les participants font l'évaluation sous forme de travail à la maison, photocopiez la fiche pédagogique 3-7. Si ce sont des groupes qui doivent faire les présentations sur la gestion de la sonde, donnez-leur le temps de se préparer.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

La Partie B de cette séance commence par une évaluation des connaissances des participants sur la gestion de la sonde. La durée de cette activité est variable, selon ce que les participants savent déjà. Tenez-en compte lorsque vous établissez le programme de la formation.

Durée de la séance (totale) : Jusqu'à 1 heure et 45 minutes, selon les connaissances des participants sur la gestion de la sonde.

SÉANCE 3

Étapes de la formation

Partie A : PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

Durée : 15 minutes

Activité : Présentation (15 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites bien que l'objet de la séance est de présenter *la façon de prendre en charge les clientes souffrant de fistule qui se présentent tôt, et qu'il sera surtout question de la mise en place de la sonde.*
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. En prenant le polycopié 3-L comme référence, expliquez comment se passe la prise en charge des clientes souffrant de fistule qui se présentent tôt.
5. Dites que les procédures sont les mêmes que celles pour les clientes qui viennent de connaître un travail prolongé ou dystocique. La seule exception est la durée du drainage continu de la vessie. Pour les clientes qui se présentent avec une fistule immédiatement après l'accouchement, le drainage continu par sonde dure plus longtemps : de quatre semaines au minimum à six semaines maximum, selon le protocole local.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

PARTIE B : GESTION D'UNE SONDE À DEMEURE

Durée : de 20 minutes à 1 heure et 30 minutes (selon les connaissances des participants)

Activité : Évaluation, présentation, travail de groupe et discussion (de 20 minutes à une heure et 30 minutes, selon les connaissances des participants) ; peut se dérouler sur deux jours, en fonction des besoins d'apprentissage)

1. Déterminer ce que les participants connaissent de la gestion d'une sonde en leur posant les questions de la fiche pédagogique 3-7. Vous pouvez aussi demander aux participants de répondre par écrit comme un exercice à la maison et de vérifier leur travail avant que le groupe ne se réunisse.
2. Si les participants ont donné les bonnes réponses, distribuez-leur des copies du polycopié 3-M, qu'ils liront à tête reposée. Corrigez toutes les réponses erronées le cas échéant.
3. Si les participants ne trouvent pas les bonnes réponses, répartissez-les en deux groupes. Distribuez le polycopié 3-M. Attribuez à chaque groupe une partie du polycopié à présenter :
 - Le premier groupe présente la partie la plus longue « Prévention des complications liées aux cathéters » au groupe élargi. (Il doit y avoir plus de participants dans ce groupe que dans l'autre parce qu'il y a davantage d'informations à présenter).
 - Le second groupe présente la partie « Toilette périnéale et nettoyage de la sonde ».
4. Donnez aux groupes le temps de préparer leur exposé (par exemple, ils peuvent le préparer un jour et le présenter le lendemain).
5. Après l'exposé de chaque groupe, invitez les autres participants à poser des questions. Corrigez toutes les informations erronées et ajoutez tout ce que les présentateurs n'ont pas traité, en prenant le polycopié 3-M comme référence.

SÉANCE 4

Soins préopératoires des clientes subissant une réparation chirurgicale de la fistule

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire les procédures d'admission pour les clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Expliquer en quoi consiste le recueil du consentement éclairé, y compris l'utilisation de l'exemple de formulaire
- Décrire comment préparer une cliente souffrant d'une fistule obstétricale à la réparation chirurgicale

POINTS À RETENIR

- Très souvent, les clientes souffrant de fistule ont peur ou éprouvent de la gêne. Il arrive que leur mari, d'autres membres de leur famille et leur communauté les aient exclues. Lorsqu'elles envisagent le recours à la réparation chirurgicale, il s'agit d'une décision qui risque de modifier radicalement leur vie et celle de leur famille. L'empathie et le soutien psychologique sont extrêmement importants pendant l'admission, le recueil du consentement éclairé et les soins préopératoires, ainsi que d'autres aspects des soins.
- Obtenir un consentement éclairé est un acte qui va au-delà de la simple obtention d'une signature au bas d'un formulaire. Le consentement éclairé suppose qu'il y ait eu communication entre une cliente et le soignant pour confirmer que la cliente a pris une décision en pleine connaissance de cause et de son plein gré de recourir ou de recevoir un service ou une intervention médicale, ou une opération chirurgicale.
- Il se peut que le concept de consentement éclairé ne soit pas familier aux clientes sur le plan culturel. Le soignant doit le leur expliquer en termes clairs et simples.

Méthodes de formation

- Présentation
- Travail à la maison
- Discussion
- Jeux de rôles
- Exercice de questions-réponses
- Travaux pratiques

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 3-N : Procédures d'admission et d'hospitalisation des clientes vivant avec une fistule obstétricale
- Polycopié 3-O : Consentement éclairé à une réparation de fistule
- Polycopié 3-P : Formulaire de consentement éclairé à une réparation de fistule
- Polycopié 3-Q : Consentement éclairé : Liste à cocher de l'observateur pour les jeux de rôles
- Polycopié 3-R : Soins préopératoires et préparation des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule
- Fiche pédagogique 3-8: Jeu de rôles : Consentement éclairé
- Fiche pédagogique 3-9: Soins préopératoires : Questions-réponses

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopies 3-N, 3-O, 3-P, 3-Q, et 3-R.
4. Photocopiez les photocopies 3-N, 3-O, 3-P, 3-Q, et 3-R pour les participants.
5. Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.
6. Partie B, activité 1 : Préparez le groupe au jeu de rôles. Lisez les principes et les étapes du consentement éclairé dans les photocopies 3-O et 3-P. Pour laisser aux participants le temps de se préparer, vous pouvez par exemple désigner le volontaire pour le jeu de rôles avant le début de la séance de formation.
7. Partie B, activité 3 : Organisez la séance de travaux pratiques.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

How to Use the Informed Consent Materials (Comment utiliser la documentation sur le consentement éclairé), disponible sur le site du projet Fistula Care (www.fistulacare.org), est un excellent document pour ce module. Invitez les participants à télécharger ce livret. S'ils n'ont pas accès à Internet, voyez si ne vous pouvez pas leur en faire des photocopies ou vous procurer des copies auprès du projet Fistula Care.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 25 minutes

SÉANCE 4

Étapes de la formation

Partie A : PROCÉDURES D'ADMISSION

Durée : 15 minutes

Activité : Exposé, travail à la maison et discussion (15 minutes pour l'exposé et la discussion)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Expliquez bien que le but de la séance est de présenter *les soins préopératoires pour les femmes qui vont subir une réparation chirurgicale de la fistule*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-N sur les procédures d'admission pour les clientes vivant avec une fistule obstétricale.
5. En classe entière, demandez aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires sur le polycopié.
6. Dites-leur que, le plus souvent, les clientes qui ont une fistule ont peur ou qu'elles éprouvent de la gêne. Il arrive que leur mari, d'autres membres de leur famille et leur communauté les aient exclues. Lorsqu'elles envisagent le recours à la réparation chirurgicale, il s'agit d'une décision susceptible de modifier radicalement leur vie et celle de leur famille. L'empathie et le soutien psychologique sont extrêmement importants pendant l'admission, le recueil du consentement éclairé et les soins préopératoires, ainsi que d'autres aspects des soins.

PARTIE B : CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET SOINS DE LA PHASE PRÉOPÉRATOIRE

Durée : 1 heure et 10 minutes

Activité 1 : Travail à la maison et jeu de rôles (40 minutes pour le jeu de rôles)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier les polycopiés 3-O et 3-P sur le consentement éclairé.
2. Obtenir un consentement éclairé est un acte qui va au-delà de la simple obtention d'une signature au bas d'un formulaire. Le consentement éclairé suppose qu'il y ait communication entre une cliente et le soignant pour confirmer que la cliente a pris une décision en pleine connaissance de cause et de son plein gré de recourir ou de recevoir le service ou une intervention médicale, ou une opération chirurgicale.
3. Demandez à un volontaire de jouer le rôle de la cliente qui reçoit les soins pour une fistule et à qui on demande de donner son consentement éclairé à une réparation chirurgicale ; donnez quelques moments au volontaire pour lire la description du rôle figurant dans la fiche pédagogique 3-8.
4. Demandez aux participants de se reporter au polycopié 3-Q pendant le jeu de rôles et de prendre des notes sur la façon dont il se déroule.
5. En duo avec le volontaire, jouez le rôle de la personne qui recueille le consentement. Le jeu de rôles se termine par les points essentiels sur lesquels revient la cliente, les questions qu'elle pose sur les aspects qui la tracassent et la signature du consentement éclairé.
6. Demandez aux participants de donner leur avis sur le jeu de rôles. Répondez à leurs commentaires.

**Activité 2 : Travail à la maison, exercice de questions-réponses et discussion
(30 minutes pour l'exercice de questions-réponses et la discussion)**

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-R sur les soins préopératoires et la préparation à l'opération.
2. En classe entière, posez aux participants les questions figurant sur la fiche pédagogique 3-9.

Corrigez ce qui n'a pas été compris.

Activité 3 : Travaux pratiques

1. Faites en sorte que les stagiaires participent à une séance de travaux pratiques sur les soins préopératoires, qui doit être supervisée par du personnel clinique formé et expérimenté en soins préopératoires. L'Annexe A contient une liste à cocher (page 412) sur les soins préopératoires qui peut être utilisée pour ces travaux pratiques.
2. Après la séance de travaux pratiques, posez aux participants les questions suivantes :
 - Quelles sont les choses qu'ils ont trouvées les plus utiles pendant les travaux pratiques ?
 - Que doivent-ils pratiquer davantage ?
 - Ont-ils des questions ou des commentaires sur les travaux pratiques ?

SÉANCE 5

Prise en charge des clientes souffrant d'une fistule obstétricale pendant la réparation chirurgicale

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire les soins infirmiers dispensés à la cliente souffrant de fistule pendant la réparation chirurgicale
- Expliquer les responsabilités de l'infirmière de bloc et de l'infirmière de liaison ayant une importance pour la réparation chirurgicale de la fistule ou qui lui sont propres
- Préparer correctement le chariot destiné à la réparation chirurgicale de la fistule

POINTS À RETENIR

- Pendant la formation, il convient d'insister sur les points suivants concernant les responsabilités des infirmiers(ières) sur la réparation de la fistule :
 - Positionner la cliente avant l'opération
 - Noter et consigner le nombre de pansements vaginaux utilisés et laissés en place
 - Disposer correctement le chariot conformément aux instructions du chirurgien
 - Observer une technique d'asepsie
 - Parler à la cliente et la rassurer pendant toute l'opération

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail à la maison
- Jeu
- Exercice d'identification
- Pratique par simulation

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Partie A, activité 2 : le jeu nécessite du ruban adhésif, des pastilles adhésives (« gommettes ») ou des punaises
- Partie A, activité 3 : crayon et papier pour chaque participant, instruments utilisés pour la réparation chirurgicale de la fistule (il se peut qu'il en faille plusieurs trousse, en fonction de l'activité choisie)
- Polycopié 3-S : Réparation chirurgicale de la fistule
- Polycopié 3-T : Gestion des soins infirmiers pendant la réparation chirurgicale de la fistule
- Polycopié 3-U : L'infirmière de bloc, l'infirmière de liaison et l'anesthésiste : rôles et responsabilités
- Polycopié 3-V : Instruments utilisés dans la réparation chirurgicale de la fistule
- Polycopié 3-W : Réparation chirurgicale de la fistule : le chariot chirurgical

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation

Module 3: Prise en charge de la fistule obstétricale

2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopiés 3-S, 3-T, 3-U, 3-V, et 3-W.
4. Photocopiez les photocopiés 3-S, 3-T, 3-U, 3-V et 3-W pour les participants.
5. Partie A, activité 2 : Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation. Faites les préparatifs du jeu. Écrivez le titre *Infirmière de bloc* en haut d'une feuille du tableau-papier ; écrivez le titre *Infirmière de liaison* sur une autre feuille du tableau-papier. Affichez les deux feuilles sur le mur de la salle de formation. En vous référant au photocopié 3-U, écrivez les responsabilités de l'infirmière de bloc et de l'infirmière de liaison sur des morceaux de papier à part. L'écriture doit être suffisamment grosse pour que le groupe puisse la lire facilement.
6. Partie A, activité 3 : Avant d'animer cette activité, vérifiez auprès des chirurgiens qui opèrent les fistules dans votre établissement que les informations contenues dans les photocopiés 3-V et 3-W sont conformes à leurs pratiques. Il se peut que vous ayez à modifier les photocopiés. S'agissant des photos, vous aurez peut-être besoin de créer des illustrations, des photos ou des affichages montrant comment le chariot est organisé. Sélectionnez les activités de formation en fonction des critères suivants : (a) les participants sont ou non des élèves-infirmiers et (b) les participants sont ou ne sont pas susceptibles d'apporter une aide au bloc opératoire. Pour l'option 1, procurez-vous des échantillons des instruments utilisés dans la réparation chirurgicale de la fistule (voir photocopié 3-V). Pour l'option 2, procurez-vous plusieurs kits d'instruments, selon le nombre de postes de travail nécessaires pour l'activité.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

S'il y a peu de chance pour que les rôles d'infirmière de bloc ou d'infirmière de liaison soient endossés par les participants, vous avez la possibilité de laisser de côté les activités 2 et 3.

Durée de la séance (totale) : de 1 heure et 10 minutes à 1 heure et 40 minutes, selon l'activité choisie

SÉANCE 5

Étapes de la formation

Durée : De 1 heure et 10 minutes à 1 heure et 40 minutes, selon les activités choisies

Activité 1 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Expliquez que l'objet de la séance est de présenter *les rôles et les responsabilités des infirmières et des sages-femmes pendant la réparation chirurgicale*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur les objectifs de la séance.
4. En prenant les photocopiés 3-S et 3-T comme référence, donnez une présentation décrivant la réparation chirurgicale et la prise en charge des soins infirmiers pendant l'opération.
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions.
6. Insistez sur les aspects dont les infirmières qui participent à la réparation chirurgicale de la fistule doivent s'occuper :
 - Mettre la cliente dans la bonne position avant l'opération conformément aux instructions du chirurgien
 - Noter et consigner le nombre de pansements vaginaux utilisés et laissés en place
 - Disposer correctement le chariot conformément aux instructions du chirurgien
 - Observer une technique d'asepsie
 - Parler à la cliente et la rassurer pendant toute l'opération

Activité 2 : Travail à la maison et jeu (lecture) (20 minutes pour le jeu)

1. Comme travail à la maison, demandez aux participants d'étudier le photocopié 3-U sur les rôles et responsabilités de l'infirmière de bloc, l'infirmière de liaison et l'anesthésiste.
2. En classe entière, affichez l'un des morceaux de papier sur lequel est notée l'une de ces responsabilités. Demandez à un participant de la placer correctement soit sur la feuille intitulée *infirmière de bloc* ou *infirmière de liaison*, à l'aide de ruban adhésif, de pastilles adhésives (gommette) ou de punaises. Demandez au groupe si le participant a donné la bonne réponse. Continuez de cette façon jusqu'à ce que toutes les responsabilités soient correctement attribuées sur les deux feuilles.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions.
4. Faites remarquer que le photocopié 3-U détaille aussi les rôles et les responsabilités de l'anesthésiste, autre membre de l'équipe qui aide le chirurgien pendant la réparation de la fistule. Il arrive parfois aussi que ce soit des infirmières qui jouent le rôle d'anesthésiste.

Activité 3 : Exercice d'identification et exercice par simulation (30 minutes à 1 heure, selon les options choisies)

Option 1 : Pour les participants en année de stage et les participants en poste

1. Dites aux participants que les instruments qui se trouvent sur la table sont couramment utilisés dans la réparation chirurgicale de la fistule. Montrez-les l'un après l'autre. Demandez au groupe d'identifier chacun de ces instruments et de noter les noms de ceux qu'ils ne connaissent pas. Les participants qui viennent de suivre un stage en chirurgie dans le cadre de leurs études d'infirmiers en connaîtront la plupart.
2. Demandez aux participants de citer le nom des instruments qui sont nouveaux pour eux. Étudiez à quoi sert chacun de ces instruments.

3. À la fin de l'activité, distribuez les photocopiés 3-V.

Option 2 : Pour les participants en poste uniquement

1. Distribuez le photocopié 3-W. Étudiez la disposition des instruments sur le chariot montré sur les photos.
2. Offrez des postes de travail aux participants pour leur permettre de pratiquer comment se disposent les instruments sur le chariot, comme indiqué sur le photocopié 3-W. Faites pratiquer un participant, pendant que les autres donnent leur avis en se référant au photocopié. Circulez entre les postes de travail et au besoin commentez le travail.

SÉANCE 6

Prise en charge postopératoire des clientes après une réparation chirurgicale de la fistule

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Décrire les soins postopératoires à prodiguer dans les 24 heures consécutives à l'opération et au-delà
- Décrire la prise en charge au niveau infirmier de complications précises survenant après une réparation de la fistule obstétricale : obstruction de la sonde, hémorragie vaginale, septicémie, rupture de la réparation et anurie
- Décrire comment gérer la sortie de l'hôpital d'une cliente, lui proposer une consultation de sortie de l'hôpital et organiser les soins de suivi

POINTS À RETENIR

- Il y a trois points essentiels à observer pour les soins postopératoires :
 - S'assurer que la femme boit suffisamment;
 - S'assurer qu'elle n'a pas de fuites urinaires;
 - S'assurer que tous les dispositifs de drainage fonctionnent.
- Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle déterminant pour aider la femme à se réintégrer dans son milieu.

Méthodes de formation

- Présentation
- Travail à la maison
- Discussion
- Exercice en binômes
- Quiz
- Jeux de rôles
- Travaux pratiques

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 3-X : Soins postopératoires aux clientes ayant subi une réparation chirurgicale de la fistule
- Polycopié 3-Y : Réparation chirurgicale de la fistule : Complications postopératoires
- Polycopié 3-Z : Réparation chirurgicale de la fistule : Soins infirmiers prodigués pour certaines complications précises
- Polycopié 3-AA : Réparation chirurgicale de la fistule : Programme de soins infirmiers postopératoires
- Polycopié 3-BB : Réparation chirurgicale de la fistule : Le programme de sortie de l'hôpital et le suivi
- Polycopié 3-CC : Consultation de sortie de l'hôpital pour une réparation chirurgicale de la fistule : Liste à cocher de l'observateur pour les jeux de rôles

Module 3: Prise en charge de la fistule obstétricale

- Fiche pédagogique 3-1: Module 3 Évaluation et corrigé
- Fiche pédagogique 3-10: Soins postopératoires: Quiz
- Fiche pédagogique 3-11 : Réparation de fistule : Programme de soins infirmiers postopératoires : Corrigé
- Fiche pédagogique 3-12 : Jeux de rôles : Consultation de sortie de l'hôpital

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopiés 3-X, 3-Y, 3-Z, 3-AA, 3-BB et 3-CC.
4. Photocopiez les photocopiés 3-X, 3-Y, 3-Z, 3-AA, 3-BB, et 3-CC pour les participants.
5. Distribuez le travail à faire à la maison avant le début des activités de formation.
6. Avant de donner ce cours, relisez les informations sur la physiothérapie et les exercices dans *Obstetric Fistula : Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development*, publiés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2006.
7. Partie B, Activité 3 : Organisez la séance de travaux pratiques.

Durée de la séance (totale) : 3 heures et 10 minutes (hors travaux pratiques)

SÉANCE 6

Étapes de la formation

Partie A : SOINS POSTOPÉRATOIRES ET COMPLICATIONS

Durée : 1 heure 30 minutes

Activité 1 : Présentation, travail à la maison, discussion et quiz (30 minutes pour la présentation, le quiz et la discussion)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Invitez les participants à télécharger *Obstetric Fistula : Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development* sur le site de l'OMS (www.who.org) pour avoir des informations sur la physiothérapie et les exercices. Si les participants n'ont pas accès à Internet, voyez si vous ne pouvez pas leur en faire des photocopies.

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Annoncez que l'objet de la séance est de décrire *les rôles et les responsabilités des infirmières et des sages-femmes pendant les soins postopératoires et en cas de complications*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur les **objectifs de la séance**.
4. En devoir à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-X sur les soins postopératoires.
5. En classe, demandez aux participants s'ils ont des questions. ou des commentaires sur le polycopié.
6. Insistez sur les trois points essentiels présentés en tête du polycopié.
7. Dites que les soins sont administrés en deux phases distinctes : *Dans les 24 heures* qui suivent l'opération et *au-delà 24 heures* après l'opération. Les soins diffèrent dans chacune de ces phases.
8. À l'aide de la fiche pédagogique 3-10, demandez au groupe de réagir aux questions du quiz.
9. À la fin du quiz, demandez aux participants s'ils ont des questions.

Activité 2 : Travail à la maison et discussion (15 minutes pour la discussion)

1. En devoir à la maison, demandez aux participants d'étudier les polycopiés 3-Y et 3-Z sur les complications postopératoires.
2. En classe, demandez aux participants s'ils ont des questions. ou des commentaires sur le polycopié.
3. Demandez au groupe ce que les infirmières peuvent faire pour contribuer à empêcher les complications postopératoires. Les réponses proposées peuvent être :
 - apporter des soins de qualité dans la gestion de la sonde
 - surveiller étroitement la cliente et vérifiez qu'elle n'a pas de saignement
 - suivre les procédures standards de nettoyage du périnée

Activité 3 : Présentation, exercice en binôme et discussion (45 minutes)

1. Distribuez le polycopié 3-AA. Examiner le cas avec le groupe.
2. Divisez les participants en binômes. Demandez à chaque binôme de répondre aux questions sur le cas et de remplir le programme de soins infirmiers. Donnez 20 minutes à à chaque binôme.
3. En vous référant à la fiche pédagogique 3-11, examinez les réponses des participants et les programmes proposés. Corrigez si besoin.

PARTIE B : SORTIE DE L'HÔPITAL ET SUIVI

Durée : 1 heure (à l'exclusion des travaux pratiques)

Activité 1 : Travail à la maison et discussion (15 minutes pour la discussion)

1. En devoir à la maison, demandez aux participants d'étudier le polycopié 3-BB sur la planification de la sortie de l'hôpital et le suivi.
2. En classe, demandez aux participants s'ils ont des questions. ou des commentaires sur le polycopié.
3. Insistez sur le rôle déterminant que jouent les infirmières et les sages-femmes pour aider la femme à se réinsérer dans son milieu. Demandez aux participants s'ils peuvent suggérer d'autres choses que peuvent faire les infirmières et les sages-femmes, outre celles énumérées sur le polycopié.

Activité 2 : Jeux de rôles et discussion (45 minutes)

1. Dites que la consultation de sortie de l'hôpital peut contribuer à prévenir les complications et aider une femme à se réintégrer dans son milieu.
2. Demandez à un volontaire de jouer le rôle de la cliente opérée d'une fistule au moment de sa sortie de l'hôpital ; donnez-lui quelques moments pour lire la description du rôle figurant dans la fiche pédagogique 3-12.
3. Demandez aux participants de se référer au polycopié 3-CC pendant le jeu de rôles et de prendre des notes sur le déroulement du jeu.
4. En duo avec le volontaire, jouez le rôle de la personne chargée de la consultation de sortie de l'hôpital.
5. Demandez aux participants de donner leur avis sur le jeu de rôles. Répondez à leurs commentaires.

Activité 3 : Travaux pratiques

1. Faites en sorte que les stagiaires participent à une séance de travaux pratiques sur les soins postopératoires, qui doit être supervisée par du personnel clinique formé et expérimenté en soins postopératoires. L'Annexe A contient une liste à cocher (page 434) sur les soins postopératoires qui peut être utilisée pour ces travaux pratiques.
2. Après la séance de travaux pratiques, demandez aux participants :
 - Quelles sont les choses qu'ils ont trouvées les plus utiles pendant les travaux pratiques ?
 - Que doivent-ils pratiquer davantage ?
 - Ont-ils des questions ou des commentaires sur les travaux pratiques ?

PARTIE C : ÉVALUATION DU MODULE 3

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 3 (en fonction des questions figurant dans la fiche pédagogique 3-1) aux participants et dites-leur qu'ils ont 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests après 20 minutes.

Activité 2 : Correction/bilan (20 minutes)

1. Corrigez les réponses à l'évaluation du module 3 (en vous appuyant sur le corrigé qui se trouve dans la fiche pédagogique 3-1)
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si le temps le permet, faites un tour de salle en demandant aux participants de donner les réponses aux questions du test de fin de module. Si vous n'avez pas le temps, lisez les réponses à voix haute.

MODULE 3

RESSOURCES

POLYCOPIÉ 3-A

Comment se transmettent les infections

Les infections sont dues à des micro-organismes, c'est-à-dire des organismes minuscules visibles seulement au microscope. Les micro-organismes sont partout : sur votre peau, dans l'air que vous respirez, chez les gens, les animaux, le sol et l'eau.

Certains sont naturellement présents sur votre peau et dans vos voies respiratoires, intestinales et génitales. On les appelle la flore bactérienne normale. D'autres ne se trouvent pas habituellement sur ou à l'intérieur du corps humain et ils vont généralement de pair avec la maladie. On les appelle les agents pathogènes. Dans certaines circonstances, tous les micro-organismes, y compris la flore bactérienne normale, peuvent provoquer des infections ou des maladies.

Les infections se transmettent lorsque la flore normale s'introduit dans un endroit du corps où on ne la trouve pas d'habitude, ou lorsque des agents pathogènes s'introduisent dans le corps. Dans les cas de fistule obstétricale, les infections peuvent être transmises de ces deux manières. La seule façon de les prévenir est d'arrêter la transmission des micro-organismes.

Le danger représenté par les injections à risque a bien été mis en évidence pour les trois principaux agents pathogènes sanguins: le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le virus de l'hépatite B (VHB) et le virus de l'hépatite C (VHC). En 2000, la charge mondiale de morbidité pour ces agents pathogènes liés à des injections à risque était le suivant (estimation OMS 2010) :

- 21 millions d'infections par VHB (32 % de nouvelles infections par VHB)
- 2 millions d'infections par VHC (40 % de nouvelles infections par VHC)
- 260 000 d'infections par VIH (5 % de nouvelles infections par VIH)

Ces agents pathogènes contribuent en outre à des maladies chez les agents de santé. On estime que 4,4 % des infections par le VIH et 39 % des infections par le VHB et le VHC sont attribuées à des accidents du travail (OMS 2010). Parmi les agents de santé qui ne reçoivent pas de traitement prophylactique après s'être blessés avec une aiguille, le risque d'infection est de 23 % à 62 % pour le VHB et de 0 % à 7 % pour le VHC (OMS, 2010).

Bibliographie

EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^{ème} éd. New York.

Organisation mondiale de la Santé. 2010. *WHO best practises for injections and related procedures toolkit*. Genève

POLYCOPIÉ 3-B

Risques d'infection chez les clientes vivant avec une fistule obstétricale

Facteurs associés à la transmission d'une infection chez les clientes vivant avec une fistule obstétricale

Les femmes vivant avec une fistule obstétricale risquent tout particulièrement de développer une infection, et ce pour de nombreuses raisons, notamment :

- La santé d'une femme est compromise en raison d'un travail prolongé ou dystocique.
- Les femmes dont le travail s'éternise dans de mauvaises conditions d'hygiène sont plus exposées au tétanos.
- L'incontinence urinaire ou fécale complique la vie d'une femme et l'empêche de rester propre.
- Des lésions des tissus vulvaire, périnéal, vaginal et autres sont une voie d'accès aux agents pathogènes dans l'organisme, qui laissent parfois pénétrer la flore normale dans un endroit du corps où on ne les trouve pas d'habitude.
- Lorsqu'une femme limite sa consommation alimentaire pour éviter de se souiller, sa nutrition est compromise, ce qui la rend d'autant plus susceptible de contracter des infections et contribue à une mauvaise cicatrisation.
- Lorsqu'une femme limite son absorption de liquides pour éviter les fuites, c'est une urine fortement concentrée qui irrite ses organes génitaux externes et l'intérieur de ses cuisses. Des fissures cutanées et une humidité persistante sont propices au développement des bactéries et des infections.
- Comme les femmes souffrant de fistule obstétricale font souvent des séjours prolongés dans les centres de soins, elles sont exposées au risque d'infections nosocomiales (infections d'origine hospitalière ou développées dans d'autres centres de soins), notamment par des bactéries résistantes aux antibiotiques.

Pathologies infectieuses chez les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale

- Tétanos
- Infection des voies urinaires
- Dermatite
- Infections rénales
- Infections montantes suite à l'insertion d'une sonde à demeure
- Infections nosocomiales

POLYCOPIÉ 3-C

Prévention des infections : précautions standard

La meilleure façon d'empêcher les infections dans un centre de soins est de suivre des précautions standard. Il s'agit d'un ensemble de recommandations conçues pour contribuer à minimiser le risque d'exposition à des micro-organismes infectieux, à la fois par les clientes et le personnel.

Les précautions standards à observer sont notamment les suivantes :

1. Lavage des mains
2. Port d'équipements de protection individuelle - gants, protection des yeux, lunettes et blouses
3. Pratique de l'hygiène respiratoire et des bons usages en cas de toux
4. Prévention des blessures dues à des objets tranchants
5. Traitement des instruments et des équipements utilisés pour les clientes
6. Respect de la propreté environnementale et des pratiques d'élimination des déchets
7. Manipulation, transport et traitement du linge utilisé ou souillé

Adapté de : EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^e éd. New York.

POLYCOPIÉ 3-D

Prévention des infections : traitement des instruments

Étape 1 : Décontamination

La décontamination tue les virus et de nombreux autres micro-organismes, ce qui rend de nombreux autres micro-organismes plus sûrs à traiter par le personnel chargé du nettoyage et des traitements successifs. Pour décontaminer le matériel, utilisez une solution de chlore à 0,5 % ou un autre désinfectant acceptable. Le chlore est généralement le désinfectant le moins cher et le plus facile à trouver partout. On peut fabriquer une solution de chlore à partir :

1. D'eau de javel ménagère (hypochlorite de sodium)
2. D'agent blanchissant (hypochlorite de calcium ou chlorure de chaux)
3. De tablettes effervescentes de chlore (dichloro-isocyanurate de sodium)

Pour garantir son efficacité, il faut refaire cette solution (a) toutes les vingt-quatre heures ou (b) lorsque la solution est trop souillée.

Mesures de décontamination

1. Décontaminez les instruments et autres articles immédiatement après les avoir utilisés. En portant des gants, déposez les instruments et autres articles dans un récipient en plastique contenant une solution de chlore à 0,5 % ; prévoir un couvercle pour le récipient. Ne laissez pas tomber les articles dans le seau car cela peut générer des éclaboussures. Veillez à ce que les instruments soient complètement immergés. Couvrez le récipient. Laissez les instruments et autres articles tremper pendant dix minutes. N'ajoutez pas d'autres instruments utilisés après le début du chronométrage.
2. Une fois les dix minutes écoulées, retirez les articles de la solution chlorée et rincez-les à l'eau ou nettoyez-les immédiatement. Ne prolongez pas le trempage au-delà de dix minutes, car cela peut endommager les articles. Portez toujours des gants de travail quand vous retirez les instruments et autres articles d'une solution chlorée.

Étape 2 : Nettoyage

Si la décontamination rend les articles plus sûrs à manipuler, le nettoyage quant à lui permet d'éliminer les matières organiques, saletés et corps étrangers qui peuvent interférer avec la stérilisation ou la désinfection de haut niveau. Le nettoyage réduit de façon drastique le nombre de micro-organismes, notamment les endospores bactériens, sur les instruments et autres articles. Lorsque l'on parle de nettoyage des instruments, on entend un récurage avec une brosse, du détergent et de l'eau. Lorsque le détergent est dissout dans l'eau, il se décompose et se dissout ou met la graisse, l'huile et autres corps étrangers en suspension, ce qui les rend faciles à éliminer.

Étapes du nettoyage

Portez toujours des gants de travail, un masque et des lunettes de protection lorsque vous nettoyez des instruments et d'autres articles. Évitez d'utiliser de la laine de verre ou des tampons abrasifs.

1. À l'aide d'une brosse souple ou d'une vieille brosse-à-dents, de détergent et d'eau, frottez vigoureusement les instruments et autres articles pour retirer complètement tout le sang, les autres fluides corporels, les tissus et autres corps étrangers. Pour éviter les éclaboussures, maintenez les articles immergés pendant que vous nettoyez et que vous frottez. Démontez les articles composés de plusieurs parties. Veillez à passer la brosse dans les rainures, les dents et les articulations, où des matières organiques ont pu s'accumuler et rester collées.

2. Rincez à fond à l'eau claire sous le robinet pour retirer tout le détergent.
3. Laissez les articles sécher à l'air (ou séchez-les avec un torchon propre). Les instruments destinés à subir un nouveau traitement avec des solutions chimiques doivent sécher complètement afin d'éviter que les produits chimiques ne se diluent ; les articles destinés à une désinfection de haut niveau par ébouillantage n'ont pas besoin d'être séchés d'abord.

Étape 3 : Stérilisation ou désinfection de haut niveau

Stérilisation

La stérilisation garantit l'élimination de tous les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites), y compris les endospores bactériens susceptibles de provoquer des infections. Elle est recommandée pour des articles comme les instruments chirurgicaux qui entrent en contact avec la circulation sanguine et les tissus sous-cutanés. Lorsqu'il n'est pas possible d'accéder à la stérilisation, une désinfection de haut niveau est la seule alternative acceptable.

Quelle que soit la technologie que vous utilisez, suivez toujours les instructions du fabricant pour garantir un bon traitement.

Les centres de soins peuvent recourir à l'une au moins des trois méthodes de stérilisation suivantes :

- La stérilisation à la vapeur (qu'on appelle aussi stérilisation en autoclave ou à chaleur humide sous pression)
- La stérilisation à chaleur sèche (four électrique)
- La stérilisation chimique (qu'on appelle aussi stérilisation à froid)

NB : La stérilisation à chaleur sèche tend à émousser les instruments tranchants (du type ciseaux), qu'il faut aiguiser souvent ou remplacer.

Désinfection de haut niveau

La désinfection de haut niveau (ou DHN) élimine les bactéries, les virus, les champignons et les parasites, mais elle n'est pas fiable pour tuer tous les endospores bactériens, responsables de maladies comme le tétanos et la gangrène gazeuse. Lorsque l'on n'a pas accès à la stérilisation ou qu'elle n'est pas réalisable, la DHN est la seule alternative acceptable pour les articles qui entrent en contact avec la circulation sanguine et les tissus sous-cutanés. La DHN convient en outre aux articles qui entrent en contact avec une peau écorchée ou des muqueuses intactes.

Dans les centres de soins, on utilise tantôt l'une tantôt les deux méthodes de DHN suivantes :

1. DHN par ébullition
2. DHN chimique (par ex., glutaraldéhyde ou solution de chlore à 0,5 %)

La DHN chimique est utilisée pour les articles sensibles à la chaleur comme les nasendoscopes ou lorsqu'on ne dispose pas de source de chaleur pour faire bouillir de l'eau.

Étape 4 : Utilisation ou stockage

Les articles doivent être soit utilisés soit stockés convenablement aussitôt après traitement pour éviter qu'ils ne soient contaminés. Faute d'un stockage adéquat, on aura gaspillé ses efforts et les fournitures utilisées pour les traiter, et le matériel risque d'être contaminé.

Les instructions particulières de stockage diffèrent selon que l'on a procédé à une stérilisation ou à une DHN, et en fonction de la méthode utilisée et de la présence d'un emballage ou pas sur l'article. Quelle que soit la méthode utilisée, les instruments et autres articles ne doivent pas être

stockés dans des solutions ; il faut toujours les entreposer secs. Des micro-organismes peuvent vivre et se multiplier dans des solutions antiseptiques et désinfectantes ; laisser séjourner des articles dans des solutions contaminées peut donner lieu à des infections.

Étant donné le risque élevé de contamination, les articles stériles sous emballage ou passés à la DHN doivent être utilisés immédiatement ou conservés dans un récipient stérile ou un récipient à DHN pendant une durée maximale d'une semaine après traitement.

Adapté de : EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^e éd. New York

POLYCOPIÉ 3-E

Pose de sonde urinaire - Évaluation

1. Qu'est-ce qui est fait pour protéger les droits de la cliente pendant la pose de la sonde ?
2. Quel genre de gants sont utilisés pour introduire une sonde urinaire ?
3. Décrivez la manière de nettoyer les muqueuses péri-urétrales avant l'introduction de la sonde urinaire.
4. Avant l'introduction de la sonde, quelle est la structure anatomique que le soignant peut identifier ?
5. À quelle profondeur au-delà du point où l'on observe de l'urine insère-t-on la sonde ?
6. Quelle quantité de liquide stérile est généralement utilisée pour gonfler le ballonnet ?
7. À quel endroit attache-t-on la sonde sur le corps de la cliente ?
8. Nommez les caractéristiques de l'urine évaluée par le soignant après avoir introduit la sonde.
9. Quelle est la taille de la sonde de Foley recommandée pour les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale ?

POLYCOPIÉ 3-F

La pose d'une sonde urinaire

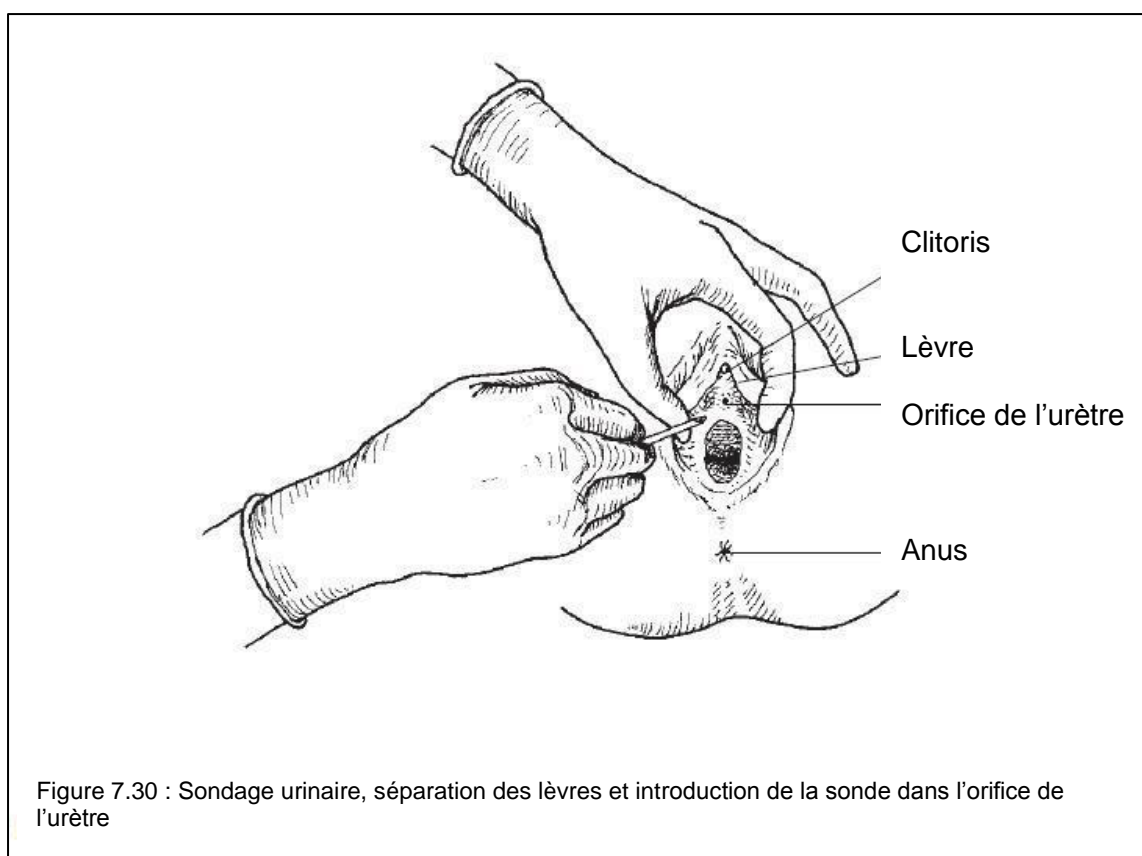
Matériel

- Gants stériles
- Draps stériles
- Solution nettoyante (par ex. Savlon à la concentration utilisée en milieu hospitalier)
- Tampons coton
- Pince
- Eau stérile (généralement 10 cc)
- Sonde de Foley (en général, 16 à 18 French)
- Seringue (généralement 10 cc)
- Lubrifiant : gel stérile à base d'eau, comme le gel K-Y, ou le gel à la xylocaïne (lidocaïne)
- Si l'on se sert de poches urinaires : poche collectrice, tubes
- Si l'on a recours à la méthode « *drink, drip and dry* » (boire, laisser s'écouler et sécher), tube en silicone rectiligne et petit seau à couvercle

Étapes pour introduire une sonde urinaire

- Réunissez le matériel.
- Présentez-vous et expliquez la procédure à la cliente avant de commencer. Obtenez son consentement.
- Aidez la cliente à se mettre en position allongée, jambes étendues et pieds réunis.
- Protégez son intimité et son confort.
- Lavez-vous les mains.
- En observant les règles d'asepsie, ouvrez la trousse de cathétérisme et la sonde.
- Enfillez des gants stériles. Préparez le champ stérile.
- Vérifiez la perméabilité du ballonnet.
- Enduisez copieusement la portion distale du cathéter de lubrifiant stérile (2 à 5 cm).
- Posez les champs stériles.
- Pendant que vous posez la sonde, expliquez ce que vous êtes en train de faire.
- À l'aide de la main non dominante, écartez les lèvres et identifiez le méat urinaire.
- En vous servant de votre main dominante pour tenir la tige, nettoyez les muqueuses péri-urétrales avec une solution nettoyante. Nettoyez de l'avant vers l'arrière, de l'intérieur vers l'extérieur, et limitez les passages à un seul par tampon. Jetez les tampons à l'extérieur du champ stérile.
- Tout en maintenant les lèvres écartées, attrapez la sonde avec la main gantée stérile. Tenez l'extrémité de la sonde enroulée de façon lâche dans la paume de la main dominante.
- Identifiez le méat urinaire. Introduisez doucement la sonde à 1 ou 2 cm au-delà du niveau où vous observez de l'urine.
- Gonflez le ballonnet, en utilisant la bonne quantité de liquide stérile (généralement 5 ml).
- Tirez doucement la sonde jusqu'à ce que le ballonnet gonflé vienne reposer contre le col de la vessie.
- Reliez la sonde au système de vidange.
- Attachez-la à la cuisse ou à l'abdomen de la cliente avec du ruban adhésif résistant. Veillez à ce qu'il y ait une longueur de tube suffisante pour empêcher la tension et les tiraillements.

- Placez la poche de vidange en dessous du niveau de la vessie, ou reliez le tube en silicone à la sonde et amenez-le au seau prévu pour l'écoulement.
- Évaluez le fonctionnement de la sonde ainsi que la quantité, la couleur, l'odeur et la qualité de l'urine.
- Retirez vos gants. Mettez le matériel et les fournitures au rebut dans les règles, en observant les précautions standards. Lavez-vous les mains.
- Notez la taille de la sonde que vous avez insérée, la quantité d'eau dans le ballonnet, la réaction de la cliente à l'intervention et vos observations sur l'urine.



Source : OMS, 2008; Reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

Bibliographie

Hancock, B., and Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press.

University of Ottawa. [non daté]. Urinary catheter insertion.

Consultable sur le site <http://www.med.uottawa.ca/procedures/ucath>, 30 janvier 2011.

Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery—Midwifery education modules*, 2^{ème} éd. Genève

POLYCOPIÉ 3-G

Les déchets médicaux dans les services de traitement de la fistule : Méthodes de mise au rebut du service

Objets tranchants

Les objets tranchants, utilisés et non utilisés, comprennent les aiguilles hypodermiques et les aiguilles de suture, les lames de scalpel, les pipettes et autres articles en verre (lames et lamelles de microscope).

Mise au rebut

Utilisez des récipients à objets tranchants répondant à un code de couleur, étiquetés, couverts, antiperforations et antifuites, comme des boîtes en carton fort, des bidons en aluminium avec des couvercles, ou les récipients à objets tranchants du commerce. Videz les récipients lorsqu'ils sont aux trois-quarts pleins.

Déchets biologiques infectieux non tranchants

Les déchets biologiques infectieux non tranchants se composent de matières produites pendant le diagnostic, le traitement ou l'immunisation des clientes, dont :

- le sang, les produits sanguins, l'urine, les fèces, les tissus et autres fluides corporels
- des objets contenant du sang frais ou du sang séché ou des fluides corporels, comme les bandages, les éponges chirurgicales et les gants d'examen et gants chirurgicaux.

Portez toujours des gants et des chaussures de travail très résistants lorsque vous manipulez ou lorsque vous transportez des déchets médicaux.

Mise au rebut des déchets solides

Pour un entreposage temporaire, mettez les déchets dans des récipients avec code de couleur, étiquetés, couverts, antiperforations et antifuites conservés dans un endroit fermé auquel le personnel, les clientes et les visiteurs n'ont que très peu accès. Ne pas entreposer plus d'un ou deux jours ; pendant les périodes chaudes de l'année, ne pas dépasser 24 heures. Les récipients temporaires ne doivent pas être entreposés à un étage élevé, où l'eau de pluie risquerait d'emporter les déchets et de les déverser dans les fleuves, cours d'eau ou lacs environnants. L'élimination définitive doit être effectuée dans des décharges publiques ou municipales.

Mise au rebut des déchets liquides

Évitez de vous éclabousser avec les déchets, ou d'éclabousser d'autres personnes, ou le sol ou d'autres surfaces. Videz soigneusement les déchets liquides dans un lavabo, un bac, des toilettes munies de chasse d'eau ou des latrines. Si cela n'est pas possible, enfouissez-les dans un trou. Avant de mettre quoi que ce soit dans un bac, un lavabo ou les toilettes, demandez-vous où l'évacuation se déverse. Il y a danger : si des déchets médicaux liquides s'écoulent dans des caniveaux ou des égouts à ciel ouvert ; si les déchets sont vidés dans les cours d'eau, les fleuves ou les lacs ; ou s'ils s'échappent d'une fosse septique. Rincez l'évier, le bac ou les toilettes à fond pour ôter les déchets résiduels, encore une fois en évitant d'éclabousser. Nettoyez ces endroits avec une solution de nettoyage désinfectante à la fin de la journée (ou plus souvent s'ils ont été utilisés ou souillés de manière intensive). Décontaminez le récipient qui a contenu les déchets liquides en le remplissant avec une solution de chlore à 0,5 % et laissez-le tremper dix minutes avant de le laver. Lavez-vous les mains avant et après avoir retiré vos gants.

Déchets biologiques non infectieux (déchets courants)

Ces déchets ne risquent pas de provoquer des blessures ou des infections, et sont donc sans danger. Ils s'apparentent au contenu de la poubelle ménagère. Par exemple : des ordures comme le papier, boîtes, emballages, récipients en plastique souple, aliments.

Mise au rebut

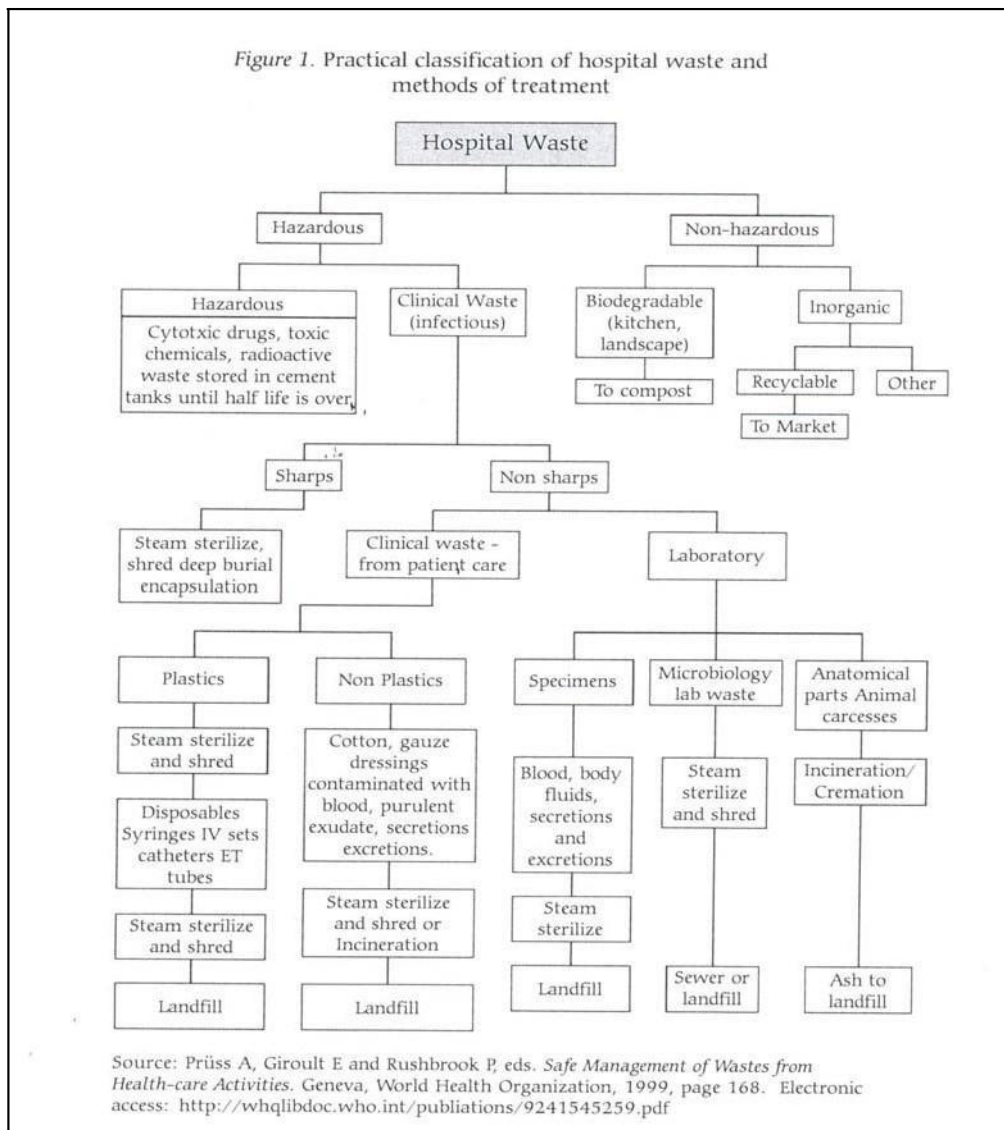
Mettez ces déchets dans la poubelle habituelle, comme les corbeilles de bureau ou les récipients à déchets réservés aux ordures alimentaires. Emportez les déchets biologiques non infectieux non tranchants au lieu habituel de collecte des ordures de la municipalité.

Déchets dangereux

Les déchets dangereux consistent en des matériaux potentiellement toxiques ou empoisonnés : produits de nettoyage, désinfectants, médicaments périmés, réactifs de laboratoire, médicaments cytotoxiques et composés radioactifs.

Mise au rebut

Consultez les spécialistes locaux des méthodes d'élimination sûres.



Bibliographie

EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^{ème} éd. New York.

Prüss, A., Giroult, E., and Rushbrook, P., eds. 1999. *Safe management of wastes from health-care activities*. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

POLYCOPIÉ 3-B

Évaluation des clientes vivant avec une fistule obstétricale

CONSTITUTION DU DOSSIER MÉDICAL

Pour le soignant :

- Accueillez chaleureusement la cliente.
- Expliquez-lui que vous allez lui poser quelques questions sur son état de santé et sur celui de ses enfants.
- Apportez-lui un réconfort psychologique, car il se peut qu'elle éprouve de la honte ou de la gêne.
- Témoignez-lui de l'empathie.
- Réagissez à la souffrance et à la gêne de la cliente avec respect.

Au minimum, la consignation de ses antécédents comprend les données suivantes :

- Âge, parité et antécédents obstétricaux
- Antécédents éventuels de mutilations génitales
- Nombre et sexe des enfants, dates d'accouchement et état de santé actuel
- Menstruations, surtout depuis le dernier accouchement
- Grossesse à l'origine de la fistule :
 - Aides présents à l'accouchement
 - Durée du travail et comment il a été pris en charge
 - La position et la présentation du bébé, si elles sont connues
 - Le mode d'accouchement et s'il y a eu une intervention chirurgicale (par ex. épisiotomie, symphysiotomie, chirurgie destructrice)
 - Les suites pour le bébé
 - Les grossesses ultérieures après le développement de la fistule et leurs suites
- Le début et la durée des symptômes d'incontinence urinaire ou fécale
- Les tentatives précédentes pour réparer la fistule, le cas échéant
- Les problèmes de démarche ou de mobilité, le cas échéant
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux, dont allergies, le cas échéant
- Les personnes qui dispensent les soins actuels à la cliente après l'opération

L'histoire sociale et psychologique

- L'âge au mariage ou à la première grossesse
- La situation conjugale
- Le nombre d'années d'études
- La situation économique, notamment le type de logement, pour évaluer le niveau de revenu
- Y a-t-il des signes de dépression ou d'anxiété ?
- Qui s'est occupé de la cliente jusqu'à aujourd'hui ?
- Qui s'occupera de la cliente au cas où il faudrait une opération ?
- Y a-t-il des problèmes conjugaux ou sociaux auquel la fistule a donné lieu ?
- Qui l'a adressée au centre de soins ?
- Comment s'est-elle rendue à l'hôpital ?
- À quelle distance de chez elle se trouve-t-il ?
- Quelqu'un l'y a-t-il accompagnée ?

EXAMENS PHYSIQUES

Pour le soignant :

- Expliquez à la cliente ce qui va se passer pendant les examens et pourquoi ils sont pratiqués. Dites-lui qu'elle peut poser des questions à tout moment.
- Faites signer à la cliente un consentement éclairé avant les examens.
- Préparez la cliente à l'éventualité qu'elle éprouve des sensations désagréables ou de la douleur. Rassurez-la, surtout si elle a peur.
- Si possible, trouvez un accompagnant pour apporter du réconfort à la cliente pendant l'examen, surtout si elle est mal à l'aise ou si elle a peur.
- Mettez la cliente aussi à l'aise que possible.
- Recourez à des techniques douces.
- Protégez l'intimité de la cliente. Couvrez-la pour éviter toute exposition inutile.
- Parlez à la cliente pendant tout l'examen.
- Dites toujours à la cliente quand vous êtes sur le point de la toucher.
- À la fin de l'examen, dites à la cliente ce que vous avez trouvé.

Bilan physique initial

Examen général

- Taille
- Poids
- Signes de malnutrition
- Signes d'anémie
- Pouls
- Tension artérielle
- Respiration
- Température
- Palpation en douceur de l'abdomen
- Douleur ou engourdissement dans les jambes ou les pieds ?

Mobilité

- La cliente peut-elle marcher sans soutien ?
- L'un de ses pieds retombe-t-il d'un côté ou de l'autre ?
- Peut-elle supporter de s'allonger sans aide ?
- A-t-elle une limitation de mouvement dans les hanches, les genoux ou les chevilles ?
- Peut-elle bouger toutes ses articulations sans aide ?
- Boîte-t-elle ?
- A-t-elle des contractures des membres ?
- Éprouve-t-elle une faiblesse quelconque ?
- Est-ce qu'elle marche comme si elle cachait quelque chose ?

Inspection visuelle des organes génitaux externes et des cuisses

- Inflammation cutanée / dermite ammoniacale
- Excoriation ou ulcération du périnée ou des cuisses
- Infection de la peau
- Contamination fécale
- Saignement
- Mutilations génitales, épisiotomie ou déchirures

Examen de l'abdomen

- Chercher s'il y a des cicatrices, des œdèmes
- Palper pour chercher des masses, pour voir s'il y a des douleurs

Examen physique du vagin

En général, les médecins pratiquent un examen physique préliminaire non invasif du vagin dans une salle d'examen avant de procéder à une réparation chirurgicale. Le principe qui doit guider le soignant est de regarder avant de toucher et de ne toucher que si nécessaire. Si la cliente nourrit beaucoup d'appréhension sur cet examen ou si elle souffre beaucoup, l'examen peut être fait sous anesthésie juste avant la réparation chirurgicale. Avant de procéder à un examen physique du vagin, l'infirmière ou la sage-femme doivent consulter le chirurgien qui s'occupera de la fistule. Le toucher vaginal par une infirmière ou une sage-femme est un préliminaire à l'examen par le chirurgien.

Toucher vaginal en douceur

Informez la cliente de ce que vous allez faire et des sensations auxquelles elle peut s'attendre avant que vous ne le fassiez. Pendant le toucher, recherchez les éléments suivants :

- Présence de l'utérus
- Présence de tissus nécrotiques (les tissus doivent être sains avant que la réparation de la fistule puisse être réalisée ; s'il y a des tissus nécrotiques, il ne peut qu'il faille procéder à leur ablation avant la réparation chirurgicale)
- Présence de tissu cicatriciel ou fibreux et gravité
- Présence de paroi vaginale antérieure raccourcie
- Présence de sténose vaginale
- Profondeur et perméabilité du vagin
- Emplacement et nombre de fistules
- Taille approximative de chaque fistule
- Atteinte éventuelle de l'urètre
- Présence de fistule recto-vaginale (noter l'emplacement, la taille, la cicatrisation, une éventuelle atteinte anale et un rétrécissement)
- Présence de calculs vésicaux
- Toute autre pathologie pelvienne

Examen au spéculum

NB : Cet examen est un peu différent des examens au spéculum de routine.

- Préparez les instruments qui seront utilisés.
- Informez la cliente de ce que vous allez faire et des sensations auxquelles elle peut s'attendre avant que vous ne le fassiez.
- Si elle n'a qu'une fistule recto-vaginale (FRV), faites-lui vider sa vessie.
- Placez la cliente sur la table d'examen dans la position de lithotomie exagérée ou position de Sims.

Si elle est en lithotomie, demandez-lui de déplacer ses fesses vers le bord de la table. (Si la table peut être mise en position de Trendelenburg, descendez la tête de la cliente pour la faire coïncider avec le degré d'exposition optimal). À l'aide des draps, protégez l'intimité de la cliente.

- Orientez la source lumineuse.
- Lavez et séchez-vous les mains et enfiler des gants.
- Lubrifiez le spéculum de Sims avec de l'eau (ou du lubrifiant soluble dans l'eau, si vous ne prélevez pas d'échantillons).

- Touchez la cliente sur l'intérieur de la cuisse avec le dos de votre main pour la préparer à être touchée ; aidez-la à se détendre et dites-lui qu'elle va sentir le spéculum pénétrer dans les voies par lesquelles elle a accouché.
- Séparez les lèvres de la cliente avec le pouce et l'index de votre main gantée non dominante.
- Tenez le spéculum de Sims dans votre autre main gantée, en enserrant la poignée avec les doigts, à l'angle du spéculum.
- Introduisez le spéculum dans le vagin à un angle oblique en dépassant l'anneau hyménal.
- Faites tourner doucement le spéculum à l'angle horizontal et, tout en appuyant fermement vers le bas, insérez-le sur la longueur du canal vaginal. Évitez de pincer, ou que les poils pubiens ne se prennent dans l'instrument. Veillez à écarter suffisamment les lèvres pour éviter de les pousser vers l'intérieur.
- Maintenez la pression vers le bas. Inspectez les parois vaginales pour voir s'il y a des fistules, ainsi que le col. En présence de bandes vaginales ou de cicatrices, cette étape doit être réalisée avec la plus grande douceur ; il se peut qu'on ne puisse la pratiquer sans anesthésie.
- Manipulez le spéculum de Sims pour l'enfoncer plus avant dans le vagin de manière à bien exposer le col.
- Si un échantillon doit être prélevé, soutenez le spéculum vers le bas avec la main non dominante. Faites le prélèvement avec la main dominante.
- Inspectez l'état, la taille, la forme et la couleur du col. Déterminez la présence d'écoulements (urine, mucosités, purulence et/ou sang), de polypes, de kystes, d'ulcérations et de cicatrices.
- Notez la présence d'éventuelles pertes vaginales ou d'odeurs. Notez la présence d'autres liquides amassés dans la lame du spéculum. Prélevez-en un échantillon si indiqué.
- Informez la cliente qu'elle risque d'éprouver une sensation désagréable. Faites tourner le spéculum de Sims à 180 °. Examinez la paroi vaginale postérieure depuis le périnée jusqu'au cul-de-sac de Douglas postérieur. Notez les éventuelles fistules ou déchirures périnéales. Notez la couleur, les masses, les kystes, la plaque ou les défauts ;
- Faites tourner le spéculum en position oblique et retirez-le.
- Mettez le spéculum dans le seau de décontamination sans éclabousser.
- Essuyez les organes génitaux et le périnée de la cliente de tout liquide ou lubrifiant résultant de l'examen.
- Si vous vous apprêtez à procéder à un toucher vaginal bimanuel, préparez la cliente.

ANALYSES DE LABORATOIRE

Grâce aux tests suivants, il est possible d'écarter d'autres anomalies et de formuler un programme de traitement adapté :

- Hémoglobine, dépistage de la drépanocytose, hémotypologie, VIH
- Examen de selles en recherche de parasites
- Urogramme par IV, surtout pour les femmes ayant une fistule urétéro-vaginale apparente ou une atteinte importante du col de la vessie par une fistule vésico-vaginale
- Une analyse et une culture d'urine pour écarter une coïnfection des voies urinaires
- La détermination du taux d'urée sanguin, électrolyte et créatinine pour évaluer la fonction rénale
- Une numération cellulaire complète pour écarter toute infection systémique
- Un frottis vaginal en recherche d'infections vaginales
- Le dépistage d'infections sexuellement transmises
- L'état immunitaire (vérifier les données disponibles) ; toutes les vaccinations nécessaires doivent être effectuées.

Les autres tests de recherche de fistule vésico-vaginale (réalisés à la discrétion du chirurgien) à effectuer sont :

- Une cystoscopie pour voir la fistule et déterminer son emplacement par rapport aux uretères et au trigone, garantir la perméabilité urétrale bilatérale et exclure un corps étranger (ou la pose de points de suture) dans la vessie
- Une biopsie du tractus fistulaire et une cytologie urinaire, en particulier chez les clientes chez lesquelles on soupçonne une tumeur maligne urogénitale
- Des clichés radiologiques préalablement à la réparation chirurgicale d'une fistule vésico-vaginale afin d'évaluer pleinement la fistule et exclure la présence de fistules multiples
- Un pyélogramme par IV pour exclure une fistule urétero-vaginale ou une obstruction urétrale
- Un fistulogramme ciblé, en cas de traitement symptomatique, y compris la prise en charge de grossesse, le drainage vésiculaire continu, la fulguration ou une thérapeutique occlusale à la fibrine est à recommander.

Les autres tests de recherche de FRV (effectués à la discrétion du chirurgien) sont les suivants:

- Une endoscopie souple (sigmoïdoscopie ou coloscopie) pourrait être réalisée pour évaluer pleinement la possibilité d'une maladie inflammatoire de l'intestin
- Lorsque la maladie inflammatoire de l'intestin figure dans le diagnostic différentiel, l'endoscopie, associée à des biopsies, doit précéder une approche opératoire de la fistule, parce que c'est du diagnostic dont dépend le traitement.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC : FISTULE VÉSICO-VAGINALE

Antécédents

Ayez à l'esprit que la qualité du diagnostic préliminaire sera meilleure si l'on a recours à au moins un des critères descriptifs suivants :

- Des clientes qui se présentent en général après un accouchement difficile, et qui se plaignent de fuites urinaires indolores continues. Elles sont là généralement dans les trois premiers jours qui suivent le travail dystocique, mais il arrive que ce soit dans les sept jours.
- Certaines signalent une exacerbation du symptôme pendant l'activité physique (Cela peut d'ailleurs donner lieu à un diagnostic erroné d'incontinence d'effort).
- Si la fistule est petite, les fuites peuvent être intermittentes, en fonction de la distension de la vessie ou de l'activité physique.
- Il arrive que certaines clientes se plaignent de pertes vaginales ou de sang dans les urines.
- S'il y a une atteinte urétrale concurrente, la cliente peut éprouver des symptômes non spécifiques tels que fièvre, frissons, douleur au flanc, ou des symptômes gastrointestinaux dus à une infection rénale.

Examen physique

Ayez à l'esprit que la qualité du diagnostic préliminaire sera meilleure si l'on a recours à au moins un des critères descriptifs suivants :

- Un amas de liquide dans le vagin peut être constaté. Ce liquide doit être envoyé pour analyse si le diagnostic n'est pas clair.
- Un examen attentif au spéculum pour voir la totalité de la paroi vaginale antérieure doit être réalisé pour identifier la fistule. Dans de nombreux cas, la fistule est facile à voir. L'emplacement de la fistule par rapport à l'apex du vagin et au trigone vésical doit être inspecté et la qualité des tissus périphériques (inflammation, œdème, cicatrice ou infection) doit être notée.

- Dans les cas où la fistule est de petite taille, on n'arrive pas toujours à distinguer nettement de communication. Un toucher bimanuel accompagné d'une palpation soigneuse de la paroi antérieure peut permettre de localiser la fistule, avec la zone d'induration qui l'entoure.
- Si l'on ne constate aucune fistule malgré des soupçons cliniques élevés, un simple examen de la vessie avec test de coloration peut être réalisé dans la salle de consultation. On remplit la vessie d'un colorant liquide (solution saline normale additionnée de carmin d'indigo) à l'aide d'une sonde urinaire, et un nouvel examen pelvien au spéculum est effectué pour visualiser la paroi antérieure. On demande à la cliente de tousser et de pousser, et la fuite de colorant liquide confirme l'emplacement de la fistule.
- Si ce test est négatif, on doit insérer un tampon, et on peut alors demander à la cliente de répéter dix à quinze fois une manœuvre qui augmente la pression intra-abdominale, comme de monter des marches ou de sautiller sur place. La présence de fistule peut alors être confirmée quand on retire le tampon et que le colorant se voit au-delà du bord le plus distal.
- Une variante de cette technique est le test du double colorant : on donne à la cliente un colorant à prendre oralement (phénazopyridine ou pyridium), on lui remplit la vessie et un tampon est introduit. La présence de bleu (carmin d'indigo) suggère une fistule vésico-vaginale ou uréthro-vaginale, tandis que la présence de rouge (pyridium) suggère une fistule urétéro-vaginale.
- Dans certains hôpitaux, l'examen se fait sous anesthésie lors d'une séance distincte, et un test au colorant est pratiqué pour identifier la fistule. Dans d'autres, il a lieu au début de la principale opération et il est suivi immédiatement par la chirurgie définitive lors de la même séance.

CRITÈRES DE DIAGNOSTIC : FISTULE RECTO-VAGINALE

Antécédents

Ayez à l'esprit que la qualité du diagnostic préliminaire sera meilleure si l'on a recours à au moins un des critères descriptifs suivants :

- Certaines clientes n'ont aucun symptôme.
- La plupart des clientes signalent un passage de flatulences ou de selles par le vagin.
- Il arrive que les clientes signalent des symptômes dus à une vaginite ou à une cystite, comme des écoulements vaginaux ou une miction fréquente et douloureuse.
- Parfois, des pertes vaginales malodorantes se développent, mais on ne décèle nettement de selles que si la cliente a la diarrhée.
- Il se peut que la cliente ait également une incontinence fécale due à une lésion concurrente du sphincter anal.

Examen physique

Ayez à l'esprit que la qualité du diagnostic préliminaire sera meilleure si l'on a recours à au moins un des critères descriptifs suivants :

- L'examen physique est essentiel pour confirmer le diagnostic et estimer la taille et l'emplacement de la fistule, évaluer le fonctionnement des sphincters et déterminer la possibilité d'une maladie inflammatoire de l'intestin ou une néoplasie locale.
- L'examen en ambulatoire consiste en un examen recto-vaginal (visuel et palpation). L'ouverture de la fistule peut avoir l'aspect d'une petite fosse ou cavité, que l'on explore parfois en douceur à la sonde pour en avoir la confirmation. L'examen peut comporter une proctoscopie ou une proctosigmoïdoscopie, si celles-ci sont disponibles.
- La pose d'un tampon vaginal, l'instillation de bleu de méthylène dans le rectum et l'examen du tampon au bout de quinze à vingt minutes permet souvent d'établir la présence de FRV. Si le tampon ressort intact, il se peut que ce soit une autre partie de l'appareil gastro-intestinal qui soit atteint.

Bibliographie

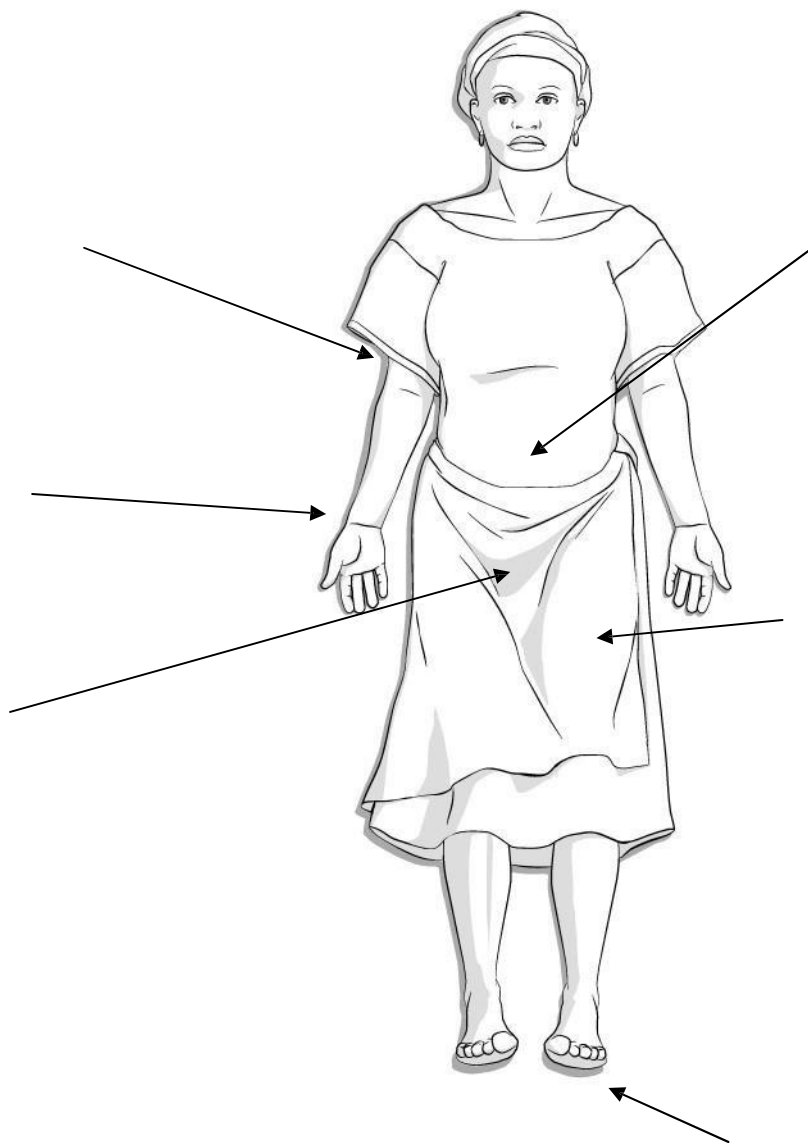
Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Hancock, B., et Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press.

Varney, H., Kriebs, J. M. et Geger, C. L. 2004. *Varney's midwifery*, 4^{ème} éd. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Organisation mondiale de la Santé 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-I
Examen physique de clientes vivant avec une fistule vésico-vaginale ou recto-vaginale



POLYCOPIÉ 3-J
Le dossier médical à constituer pour la fistule obstétricale :
Recueil des antécédents médicaux

Nom : _____

Âge : _____ Parité : _____

Antécédents obstétriques

Mutilations génitales ? Oui Non

Enfants vivants :

Nombre : _____ Sexe : _____

Dates des accouchements : _____

Menstruations, depuis le dernier accouchement: _____

Grossesse à l'origine de la fistule :

Qui a aidé lors de l'accouchement ? _____

Durée du travail : _____

Position et présentation du bébé : _____

Type d'accouchement: Voies basses Césarienne

Interventions chirurgicales (par ex. épisiotomie, symphysiotomie, chirurgie destructrice) ?

Les suites pour le bébé? _____

Grossesses ultérieures après le développement de la fistule _____

Suites : À quel moment la femme a-t-elle constaté des symptômes d'incontinence pour la première fois ? _____

Incontinence : Urinaire Fécale

Y a-t-il eu des tentatives pour réparer la fistule ? Oui Non

Si oui, décrivez : _____

Les problèmes éventuels de mobilité ? _____

Les maladies graves éventuelles ? _____

Les précédentes opérations chirurgicales ? _____

Les allergies ? _____

Qui s'occupe de la cliente aujourd'hui ? _____

Qui s'occupera d'elle après la réparation chirurgicale ? _____

POLYCOPIÉ 3-K

Antécédents médicaux de la fistule obstétricale : Étude de cas

Mariam R.

Mariam s'est rendue en car à l'hôpital, situé à 48 km de son village. Elle a seize ans. Elle ne sait pas lire et elle n'est jamais allée à l'école. Lorsqu'elle a donné naissance à son premier enfant, il y a environ six mois à la maison, c'est la matrone qui l'a aidée.

Le travail de Mariam a duré très longtemps. La matrone n'a pas utilisé de plantes et n'a pas recouru à une incision pour faciliter le travail de Mariam. Le deuxième jour, elle a dit à Mariam d'aller à l'hôpital. Le mari de Mariam n'était pas là, Mariam n'avait pas d'argent et il n'y avait personne pour l'emmener. Le troisième jour, Mariam a fini par donner naissance à une petite fille mort-née. C'était un accouchement par voies basses.

Six jours après son accouchement, Mariam a constaté qu'elle avait des fuites urinaires, mais elle avait trop honte pour en parler à qui que ce soit, surtout après la honte d'avoir donné naissance à un enfant mort-né. Lorsque son mari est rentré, il a remarqué l'odeur et il l'a jetée dehors. Peu après, il a pris une deuxième épouse. Mariam est retournée vivre chez ses parents ; sa mère s'est occupée d'elle.

Une équipe mobile de soignants qui passait par le village de Mariam a parlé de fistule et de la possibilité de la faire réparer. Avec l'aide de ses parents, Mariam est parvenue à se rendre à l'hôpital ; son père l'a accompagnée. Mariam n'a reçu aucun traitement pour son incontinence. Elle n'a jamais eu de mutilation génitale. Mariam n'a pas de problèmes de mobilité. Ses règles sont revenues normalement après l'accouchement. Elle n'a jamais eu d'opérations ou de maladies graves; pour autant qu'elle sache, elle n'a aucune allergie. Si elle fait opérer sa fistule, ses parents peuvent prendre soin d'elle.

POLYCOPIÉ 3-L

Prise en charge de clientes qui se présentent immédiatement après un accouchement avec une fistule obstétricale

Si des femmes souffrant de fistule obstétricale sont traitées aussitôt après leur accouchement ou dans les quelques jours qui suivent, près de 15 à 20 % des fistules simples ou de petite taille se referment d'elles-mêmes avec une prise en charge conservatrice.

Le traitement est pratiquement identique en tous points à celui proposé aux femmes ayant survécu à un travail prolongé ou dystocique (voir les photocopies 2-J, 2-K et 2-R). Toutefois, on maintient plus longtemps la vidange continue de la vessie d'au moins quatre semaines à six semaines maximum, selon le protocole local.

Référence

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-M

Gestion d'une sonde à demeure chez des clientes souffrant de fistule obstétricale

Une sonde à demeure est un dispositif invasif qui s'accompagne de complications importantes. Les infections et les incrustations sont courantes et débouchent souvent sur des traumatismes de l'urètre et une obstruction de la sonde. Parmi les autres complications, citons l'urétrite et l'érosion urétrale, les déchirures ou d'autres lésions.

L'usage prolongé de sondes augmente le risque de complications. Les infections des voies urinaires liées au port de sonde sont les infections les plus couramment contractées en milieu hospitalier.

Une sonde à demeure irrite la muqueuse de la vessie et l'urètre, elle gêne les mécanismes de défense locaux et offre un milieu idéal au développement des bactéries.

Prévention des complications liées aux sondes

Utilisez des sondes 16 ou 18 French. L'utilisation de diamètres plus gros va de pair avec des taux plus élevés d'infection des voies urinaires et risque davantage de donner lieu à une obstruction des glandes périurétrales et des sécrétions urétrales normales.

Utilisez un ballonnet de 10 cc, rempli de 2 ml d'eau stérile. Des ballonnets plus gros augmentent le volume d'urine qui s'accumule sous le niveau de la lumière de la sonde, ce qui accroît le risque d'infection.

Pour réduire le traumatisme de l'urètre au moment de l'introduction de la sonde, employez une grande quantité de lubrifiant stérile.

Maintenez le système aseptisé et fermé (l'ouvrir augmente le risque de complications).

- Désinfectez la sonde et le raccord du tube collecteur lorsqu'il est relié.
- Désinfectez l'orifice d'échantillonnage avant et après avoir prélevé l'urine. Assurez l'hygiène du périnée (voir ci-dessous).

Lavez-vous les mains avant et après la manipulation des sondes et avant et après avoir vidé ou pris les échantillons d'urine dans la poche de collecte. Utilisez des gants jetables lorsque vous manipulez des sondes, ainsi que des sacs pour leur élimination.

Veillez à ce que le récipient de vidange soit positionné en dessous du niveau de la vessie.

Veillez à ce que la poche à urine ne soit pas distendue (par l'urine ou l'air), car cela gêne la vidange de la vessie.

Pour minimiser le traumatisme urétral :

- Stabilisez la sonde en l'attachant à la cuisse ou à l'abdomen de la cliente avec du ruban adhésif résistant. Veillez à ce qu'il y ait une longueur de tube suffisante pour empêcher la tension et les tiraillements.
- Veillez à ce que la cliente ne s'allonge pas sur la sonde.
- Veillez à ce que la sonde et le tube ne soient pas tordus ou pliés.

L'urine doit s'écouler en permanence (vidange ouverte).

L'hydratation doit toujours être suffisante pour assurer un écoulement du système en continu. Pendant tout son séjour dans l'établissement de soins, la cliente doit être incitée à boire au moins 5 litres d'eau par jour.

C'est au personnel de superviser les poches urinaires, pas à la cliente. Évitez de constater les obstructions de sonde et d'y remédier trop tard, car cela peut donner lieu à une réouverture de la plaie et à la récurrence de la fistule. Vérifiez les poches urinaires toutes les heures pour vous assurer que l'urine s'écoule et que les poches sont vidées ; examinez rapidement le contenu en termes de quantité, d'odeur et d'aspect.

Incitez la cliente à surveiller elle-même son urine et à vider sa poche ou à informer le personnel si celle-ci est remplie. La poche doit être vidée toutes les huit heures ou quand le volume est supérieur à 400 ml. La cliente doit se laver les mains avant et après avoir manipulé les poches.

L'alternative aux poches urinaires est la méthode « *drink, drip and dry* ». Reliez un simple tube en silicone rectiligne et propre à la sonde de Foley. Le contenu de ce tube s'évacue ensuite au goutte-à-goutte dans un petit seau à couvercle muni d'un trou pour le tube. La cliente surveille elle-même son urine ; elle signale immédiatement s'il ne sort pas d'urine ou si celle-ci est malodorante, trouble ou insuffisante.

Distinguez et étiquetez des récipients gradués pour les déchets de chaque cliente et la vidange de chacune. Inscrivez le nom de la cliente et le type de déchets sur l'étiquette de chaque récipient. Ne laissez pas le raccord ou le bec de la poche de vidange toucher les bords du récipient gradué lorsque vous videz la poche.

Nettoyez les poches quotidiennement avec une solution de chlore à 0,5 %.

Surveillez la peau de la cliente autour du ruban adhésif utilisé pour fixer la sonde à la cuisse ou à l'abdomen, qui peut provoquer une irritation.

En présence de tissu nécrotique, on le laisse généralement se détacher ; lorsque cela arrive, les bords se séparent et se soulèvent au-dessus des autres tissus. S'il reste du tissu nécrosé qui se détache, on l'excise. De nombreux chirurgiens spécialistes des fistules certifient que ce tissu est dépourvu de nerfs et que la cliente ne sent rien si on le coupe. Toute excision de tissu nécrotique doit être effectuée dans des conditions d'asepsie.

Ne prélevez pas de cultures d'urine sur un vieux système de vidange urinaire. Si vous soupçonnez une infection, prélevez l'échantillon d'un système de vidange urinaire récemment inséré.

Un court traitement antibiotique au moment du retrait de la sonde peut réduire les risques d'infections dues à la sonde.

Avant de transporter la cliente, videz le système. Ne posez pas de pince sur la sonde lorsque la cliente est en train d'être transportée.

Lorsqu'une cliente a deux appareils de vidange, laissez-les de part et d'autre du lit.

Réservez l'irrigation aux clientes ayant subi un traumatisme génito-urinaire chez lesquelles du tissu ou des caillots sanguins risquent de boucher l'écoulement. Le recours à l'irrigation est sans effet pour prévenir ou éradiquer les bactéries dans les sondes à demeure.

Si une infection se développe, le traitement doit être conforme au protocole local.

Toilette du périnée et nettoyage de la sonde

La cliente a un bain de siège au moins deux fois par jour jusqu'au retrait de la sonde.

Une fois que l'on a retiré les pansements vaginaux et labiaux (si on les utilise, il est essentiel de nettoyer scrupuleusement la zone périnéale. Cette toilette peut être effectuée par bains de siège ou au moment des soins du périnée et de la sonde).

Voici comment procéder pour la toilette du périnée et le nettoyage de la sonde :

1. Préparez un chariot sur lequel vous disposerez des seringues (de 10 cc et de 50 cc), des compresses, des gants et une solution saline.
2. Placez la cliente sur un bassin. Aspergez le bord extérieur des lèvres avec de la solution saline. Écartez doucement les lèvres avec une main gantée et aspergez-les à nouveau de solution saline. Séchez doucement la zone en veillant à retirer toutes les saletés, le sang et les mucosités.
3. Essayez doucement autour des sondes en veillant à ce qu'il ne se soit pas formé de croûte. Ne tirez pas sur la sonde pendant la toilette.
4. Faites passer juste assez de solution saline dans les sondes pour qu'elles ne se bouchent pas. Évitez toute pression lorsque vous faites passer la solution.

Pour empêcher la propagation de bactéries du rectum au vagin, faites les toilettes toujours d'avant (zone méatale) en arrière (anus), en utilisant de l'eau salée ou une solution de savon doux dans de l'eau. Évitez les solutions bactéricides ou les gels sur le méat, car ces produits ne réduisent pas le risque d'infection des voies urinaires et peuvent être irritants, et donc accroître le risque d'infection.

Si le temps est très chaud, il faudra sans doute faire ces toilettes plus souvent.

Bibliographie

EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^{ème} éd. New York.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Hancock, B., et Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. Londres: Royal Society of Medicine Press.

Newman, D. K. 2007. The indwelling urinary catheter: Principles for best practise. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* 34(6):655–661.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-N

L'admission et l'hospitalisation des clientes vivant avec une fistule obstétricale

Les procédures d'admission varient d'un centre de soins à l'autre. L'infirmière ou la sage-femme suit le protocole local. Certaines pratiques sont usuelles dans la plupart des hôpitaux. Elles comportent les étapes suivantes :

- Dans l'idéal, la cliente est reçue par une infirmière ou une sage-femme qui parle la même langue qu'elle ou au moins une langue commune. Le personnel des admissions répond aux questions de la cliente, explique ce qui va se passer et lit les procédures d'admission.
- Le personnel protège l'intimité et la dignité de la cliente.
- Il détermine l'aptitude de la cliente à donner des informations et à en recevoir.
- Dès que possible, on la soumet à un questionnaire médical, son dossier médical est constitué et elle passe un examen physique (voir polycopié 3-F). Ces procédures ont généralement lieu en ambulatoire, mais il arrive qu'on les répète à l'admission. Des analyses de laboratoire sont menées selon les besoins.
- Le personnel donne des informations à la cliente sur les aspects suivants, selon le cas :
 - Examens et observations
 - L'état de la cliente et ses causes (notamment en dissipant les mythes ou les préjugés qui entourent les fistules)
 - La possibilité d'un traitement et les options thérapeutiques
 - La longueur du traitement et ce qu'on peut en attendre
 - Les taux de réussite pour le genre de réparation chirurgicale qu'elle peut avoir
 - La prise en charge de ses soins personnels
- Le personnel des admissions présente la cliente à d'autres clientes du service et au personnel qui s'occupera d'elle. Il la familiarise avec l'hôpital et le service (par exemple, il lui montre où se trouvent les toilettes et les douches). La cliente découvre les activités et l'emploi du temps du service (par exemple les heures de repas). On explique comment obtenir de l'aide si elle a besoin de quelque chose.
- La cliente a peut-être besoin de prendre un bain pour se rafraîchir. Si possible, le personnel donne à la cliente une chemise d'hôpital ; ses vêtements sont rangés dans un endroit sûr où elle pourra les récupérer au moment de sa sortie.
- S'il fait froid, le personnel lui donne une couverture, s'il en a, pour lui tenir chaud.
- L'hôpital offre un régime alimentaire équilibré à la cliente et traite ses éventuels parasites intestinaux. Si elle est très faible, elle reçoit des soins infirmiers de soins de soutien ainsi qu'une alimentation nutritive sous une forme assimilable, pour ne pas se déshydrater.
- La cliente peut avoir besoin d'aide pour ses soins personnels (par exemple toilette au lit).
- L'infirmière consigne toutes les observations sur les formulaires appropriés et adresse au besoin la cliente à un médecin.
- Pour faciliter tôt la prise de décision, un médecin voit toutes les clientes à leur admission.
- Si l'affection de la cliente n'est pas traitable, le personnel lui donne des informations sur les réseaux d'aide dont elle peut bénéficier chez elle et voit avec elle comment elle va pouvoir se débrouiller.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-0

Consentement éclairé à une réparation de fistule

Définition

Le consentement éclairé suppose qu'il y ait communication entre une cliente et le soignant pour confirmer que la cliente a pris une décision en pleine connaissance de cause et de son plein gré de recourir ou de recevoir un service ou une intervention médicale, ou une opération chirurgicale.

Précisions sur le consentement éclairé

Le consentement éclairé s'inscrit dans le processus de conseil (traité au module 5 de ce cours). Le conseil débouche sur une décision en connaissance de cause.

Dans un consentement éclairé, on utilise un langage, des termes et des illustrations visuelles que la cliente comprend. Le consentement éclairé ne peut être recueilli qu'après que la cliente a reçu des informations suffisantes et adaptées, dans un langage et avec des termes qu'elle comprend, sur :

- La nature de ce qu'elle a, les causes, et l'intervention
- Les risques et avantages d'une réparation chirurgicale de la fistule
- Les alternatives thérapeutiques à la réparation chirurgicale

Le consentement de plein gré ne peut être obtenu par un moyen persuasif particulier (incitation ou dissuasion), par la force, la fraude, la tromperie, la contrainte, le parti pris ou d'autres formes de coercition ou déclarations trompeuses, notamment un report injustifié ou un ajournement répété de l'opération.

Il se peut que le concept de consentement éclairé ne soit pas familier aux clientes sur le plan culturel. Il faut donc que le soignant le leur explique en termes clairs et simples.

Le fait que la cliente signe un consentement éclairé ne suppose pas forcément qu'elle demande l'intervention en pleine connaissance des faits.

Le recueil d'un consentement éclairé permet d'attester que le processus a bien eu lieu et que le centre de soins se conforme aux prescriptions légales.

Les infirmières et les sages-femmes peuvent recueillir le consentement éclairé et le mettre dans le dossier, mais c'est au chirurgien qui effectue la réparation que revient avant tout la responsabilité du consentement éclairé.

Le chirurgien qui procède à la réparation est chargé de répondre aux questions de la cliente auxquelles l'infirmière ou la sage-femme n'est pas en mesure d'apporter de réponses.

Lorsque le personnel ne parle pas la langue de la cliente, il faut trouver un interprète pour qu'elle comprenne le déroulement du consentement éclairé.

Les cinq éléments du consentement éclairé

Les informations doivent être présentées dans un langage simple et avec des illustrations simples que la cliente peut comprendre facilement.

Les options thérapeutiques

- L'intervention de réparation indiquée pour la cliente
- L'intervention peut-elle être réalisée à l'établissement ou faut-il adresser la cliente à un autre endroit
- Les frais liés à l'intervention (transports, visites de suivi)

Les détails de l'intervention

- Le type d'opération à réaliser
- Les avantages de l'intervention
- Une autre intervention sera-t-elle nécessaire
- L'anesthésie à utiliser
- La gestion de la douleur
- Les suites postopératoires attendues
- Le suivi, notamment la nécessité d'une abstinence sexuelle pendant un certain temps et pour le planning familial
- La possibilité d'effets secondaires postopératoires

Les risques associés

- Les risques associés à toute intervention chirurgicale (par exemple saignement, infection, décès)
- Les risques spécifiques à une réparation de fistule : (par exemple des lésions à des organes adjacents)
- La stérilité, qui peut être ou non le résultat de la réparation chirurgicale

Les suites à envisager

- Si l'intervention réussit, la cliente n'aura plus de fuites ni les désagréments qui les accompagnent. Si elle tombe à nouveau enceinte, il faudra qu'elle reçoive des soins prénataux et qu'elle accouche par césarienne.
- Si l'intervention échoue, les fuites continueront, parfois à un moindre degré.
- Certaines femmes connaissent une stérilité après la réparation chirurgicale. Mais en général, il leur est possible de la prévenir par une absence de rapports sexuels pendant un certain temps après la réparation chirurgicale (généralement trois mois), le report d'une nouvelle grossesse pendant au moins un an après l'opération en recourant au planning familial, l'obtention de soins prénataux pour les grossesses futures et l'accouchement par césarienne.
- Certaines femmes connaissent un rétrécissement du vagin après la réparation chirurgicale, qui rend les rapports douloureux. Si c'est le cas, il se peut que la cliente ait besoin d'un traitement supplémentaire ; dans certains cas assez rares, cette affection n'est pas traitable et le couple doit s'y adapter.

Les options pour se décider pour ou contre l'intervention

- *Si la cliente décide de subir l'intervention* : L'infirmière ou la sage-femme confirme qu'elle a bien compris l'intervention, les avantages, les risques, les suites éventuelles, la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels pour un certain temps après l'opération (généralement trois mois) et la nécessité de reporter les grossesses pendant au moins un an après l'opération en recourant au planning familial.

- *Si la cliente décide de ne pas subir l'intervention* : l'infirmière ou la sage-femme confirme qu'elle comprend en quoi consiste l'intervention et connaît les options thérapeutiques à sa disposition. L'infirmière ou la sage-femme assure à la cliente qu'elle ne perdra aucun des avantages dont elle a bénéficié sur le plan des soins et qu'elle pourra toujours avoir cette réparation par la suite si elle change d'avis. L'infirmière/ la sage-femme détermine tous les autres besoins que la cliente peut avoir sur le plan de sa santé et l'adresse aux services appropriés.

Le formulaire de consentement éclairé

Les formulaires de consentement doivent être disponibles dans les langues les plus courantes de la région où est situé l'établissement et, dans la mesure du possible, dans d'autres langues.

L'infirmière ou la sage-femme lit tout le formulaire à voix haute à la cliente. Si la cliente sait lire, elle doit avoir un exemplaire du formulaire qu'elle peut lire en même temps que l'infirmière ou la sage-femme. Si elle ne sait pas lire, un témoin doit avoir un formulaire à lire en même temps. Si le témoin ne sait pas lire, il doit au moins être présent lorsque le formulaire est lu à voix haute à la cliente.

Après avoir demandé à la cliente si elle comprend les informations figurant sur le formulaire, et si elle demande l'intervention, l'infirmière ou la sage-femme recueille alors la signature ou la marque obligatoire.

- Pour les clientes qui savent lire et écrire, le formulaire de consentement doit être signé par (a) la cliente et (b) le médecin qui opère ou son assistant attitré.
- Pour les clientes qui ne savent ni lire ni écrire, le formulaire de consentement éclairé doit être signé par (a) la cliente à l'aide de son empreinte de pouce ou d'une marque et (b) par le médecin qui opère ou son assistant attitré. Dans ces cas, il est bon que la cliente ait un témoin (par exemple un accompagnant de son choix) pendant le déroulement du consentement éclairé, afin de garantir que quelqu'un se souvienne des informations. Le témoin doit lui aussi signer le formulaire de consentement à la place prévue à cet effet.

La signature du médecin ou de son assistant signifie que la personne a vérifié la signature de la cliente, son empreinte ou sa marque et qu'elle en a déterminé que la candidate à la réparation de fistule comprenait en quoi consistait l'opération et acceptait de la subir.

Chaque signature doit être datée, et la date de chaque signature doit précéder le jour de l'opération ou être du même jour.

Référence

Fistula Care Project. 2010. *How to use the informed consent materials*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 3-P

Formulaire de consentement éclairé à une réparation de fistule

Traitement de la fistule : Formulaire de consentement éclairé

Instructions : Lire le formulaire avec la cliente et inscrire son nom complet en majuscules dans l'espace fourni sur la première ligne ci-dessous. Demandez à la cliente d'inscrire ses initiales dans l'espace prévu avant chaque numéro après avoir lu la déclaration. Une fois que la cliente a lu ou entendu la déclaration, demandez-lui de mettre soit ses initiales, son empreinte ou toute autre marque convenue sur la ligne de signature. Suivez ces instructions pour la signature d'un témoin. Demandez au médecin ou à son représentant de signer ce formulaire avant que les préparatifs préopératoires ne commencent.

Je, soussignée, demande qu'une opération de réparation chirurgicale soit pratiquée sur ma personne.
_____ (nom de la cliente)

Je fais cette demande de mon plein gré, en toute liberté et connaissance de cause, sans y avoir été forcée, contrainte ou sans y avoir été incitée d'une quelconque manière. Je comprends :

1. Que l'intervention qui doit être pratiquée sur moi est une intervention chirurgicale, dont les détails m'ont été expliqués afin que je les comprenne.
2. Que cette intervention comporte des risques de complication tels que des saignements, des lésions à d'autres organes, ainsi que d'infection, pouvant entraîner notamment la mort.
3. Cette intervention offre l'avantage de faire disparaître la fistule et les symptômes qui l'accompagnent : fuites ou souillures, ou les deux.
4. Pour aucune intervention chirurgicale, on ne peut garantir une réussite à 100 % sur tout le monde ; il existe une possibilité que les symptômes persistent ; il faudra peut-être également réopérer, ou bien il se peut qu'il ne soit pas possible de faire une autre opération.
5. Cette opération chirurgicale ne garantira pas une fécondité future souhaitée.
6. Parmi les suites opératoires, il me faudra observer une période d'abstinence de rapports sexuels (de trois à six mois après la réparation), suivie par le recours au planning familial pendant un certain temps avant que je puisse essayer de concevoir à nouveau.
7. Je peux me prononcer contre l'intervention à tout moment avant que l'opération ait lieu (et cette décision n'aura aucun effet sur les avantages ou les soins ou services médicaux ou autres dont je bénéficie).

Date Signature ou marque de la cliente

Date Signature du médecin qui opère ou de son représentant attitré

Si la cliente ne sait pas lire, un témoin choisi par la cliente et parlant la même langue qu'elle, doit signer la déclaration suivante :

Date Signature du témoin

POLYCOPIÉ 3-Q

Consentement éclairé :

Liste à cocher de l'observateur pour les jeux de rôles

Le conseiller a-t-il expliqué :	Oui	Non	Commentaires
Les options thérapeutiques ?			
Le type d'opération à réaliser ?			
Les éventuels avantages de l'intervention ?			
Faudra-t-il une autre intervention ?			
L'anesthésie et la gestion de la douleur ?			
Le suivi, notamment la nécessité d'une abstinence sexuelle et du recours au planning familial ?			
La nécessité pour la cliente de bénéficier de soins prénataux lors de ses futures grossesses et d'accoucher par césarienne ?			
Les risques associés à l'intervention, notamment les risques propres à la réparation de fistule ?			
Les risques de stérilité future ?			
Si l'intervention réussit : que la cliente n'aura plus de fuites ?			
Si l'intervention échoue : que les fuites continueront, peut-être à un degré moindre ?			
Si la cliente décide de ne pas subir l'intervention : que la cliente ne perdra aucun des avantages dont elle bénéficie pour ses soins et qu'elle pourra avoir cette réparation ultérieurement ?			

POLYCOPIÉ 3-R

Soins préopératoires et préparation des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule

Pendant toute la durée des soins préopératoires et de la préparation, l'infirmière ou la sage-femme apporte un soutien psychologique, aide la cliente, explique ce qui est fait et répond à ses questions. L'infirmière ou la sage-femme note toutes les anomalies et les signale au chirurgien.

Parfois, en raison d'une disponibilité limitée des services de réparation de fistule, la cliente doit attendre chez elle que son opération puisse être programmée et/ou réalisée. Certes, les instructions particulières préopératoires sont variables en fonction de l'état de la cliente, des moyens dont elle dispose chez elle et des protocoles médicaux locaux, mais en général elles comportent des informations sur la façon de s'occuper de la fistule, du besoin de bains de siège et de l'importance d'une bonne nutrition.

Bains

La cliente a un bain de siège deux fois par jour.

Régime et hydratation

Un régime très calorique et fortement protéiné est essentiel pour toutes les femmes, à la fois avant et après l'opération. Les circonstances sociales des femmes ayant vécu quelques temps avec une fistule peuvent mener à une anémie et à une malnutrition. Pendant tout son séjour, la cliente doit être incitée à boire au moins 5 litres d'eau par jour, pour empêcher la formation de calculs vésicaux.

Deux jours avant la réparation chirurgicale, on ne donne qu'un régime allégé à la cliente (par exemple des pommes de terre, du riz, des macaronis, du brouet, du pain/des céréales pauvres en fibres). On l'encourage à continuer à absorber beaucoup de liquides. Le jour qui précède l'opération, son alimentation ne se compose que de liquides (thé, jus de fruits, sodas, eau).

Certains chirurgiens préfèrent que les femmes ne prennent « rien par la bouche » à partir de minuit avant l'opération; d'autres incitent celles qui subissent une anesthésie rachidienne à absorber une grande quantité de liquides avant l'opération.

Soins intestinaux

Des lavements rectaux à l'eau chaude savonneuse sont donnés jusqu'à ce que l'eau redevienne claire.

Lorsqu'ils font appel à l'anesthésie rachidienne, la plupart des chirurgiens utilisent des lavements avant les opérations pour réparer les fistules vésico-vaginales. L'anesthésie rachidienne a pour effet de détendre le sphincter anal, donnant lieu à la souillure du champ opératoire. Les lavements sont recommandés pour la réparation d'une fistule recto-vaginale. Lorsqu'ils sont utilisés, on les administre au moins deux fois avant l'opération.

Pour une fistule recto-vaginale ou une fistule complexe, certains chirurgiens donnent 30 cc d'huile de ricin avec un grand volume d'eau deux jours avant l'opération.

Médicaments à prendre avant l'opération

Les médicaments doivent être administrés conformément aux protocoles locaux, mais ils peuvent comporter des suppléments en fer et des vermifuges (médicaments utilisés pour traiter les infections provoquées par les vers parasites). Une sédation en phase préopératoire, par exemple du madazolam 10 mg ou du phénobarbitone 100 mg, est facultative. Si l'on donne une sédation, elle est administrée la veille ou le matin de l'opération, ou selon le protocole de l'hôpital.

De nombreux chirurgiens prescrivent des antibiotiques prophylactiques aux femmes qui subissent une réparation chirurgicale de la fistule.

Kinésithérapie préopératoire

Pour toutes les femmes, surtout celles qui risquent d'être alitées après l'opération, il est important de faire régulièrement de l'exercice avant la réparation chirurgicale, pour favoriser une bonne circulation et maintenir la tonicité musculaire. *Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development*, (La fistule obstétricale : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement de programmes), ouvrage publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2006, propose des exemples d'exercices recommandés. Ces exercices doivent commencer dès l'admission de la cliente.

Des exercices du plancher pelvien peuvent également commencer à l'admission, en fonction de chaque cas particulier. La cliente doit comprendre qu'elle ne doit contracter doucement ces muscles que lorsqu'on le lui dit, surtout quand la sonde est en place.

Obstetric Fistula: Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development fournit des informations sur la physiothérapie pour les femmes qui ont une faiblesse musculaire due à une lésion nerveuse, et d'autres problèmes physiques précis.

Préparer le périnée

Certains chirurgiens préfèrent laver et raser les poils des grandes lèvres et du périnée au début de l'opération ; dans certains services, c'est le personnel infirmier qui exécute ces tâches dans le service avant l'opération.

L'OMS a indiqué que le rasage était acceptable pour la réparation chirurgicale de la fistule (2006, page 38). Toutefois, selon certaines études, le rasage augmenterait le risque d'infection au site de l'opération (Pfieder Enterprises, 2009 ; EngenderHealth, 2011) parce que cela provoque de petites écorchures et fissures dans la peau, où les bactéries peuvent se développer et se multiplier.

Les poils ne doivent être ôtés des grandes lèvres et du périnée que si leur présence risque de gêner l'opération. Pour effectuer le rasage :

- Utiliser une tondeuse électrique ou à pile ou des ciseaux. Les rasoirs sont à proscrire.
- La tonte doit de préférence être faite au bloc opératoire immédiatement avant l'opération et pas avant.

Constantes

Les constantes préopératoires de la cliente sont vérifiées et enregistrées avant l'opération et à d'autres moments, selon le protocole local.

Examen préalable à l'anesthésie

Le personnel explique à la cliente le type d'anesthésie utilisée et son effet. Dans une grande majorité de cas de fistule obstétricale, c'est l'anesthésie rachidienne qui est utilisée. L'anesthésiste examine la cliente avant l'opération.

Perfusion IV en goutte-à-goutte

Pour l'opération, on utilise une solution saline normale, à moins que la cliente ne fasse de l'hypertension.

Sang

La plupart des cas de réparation de fistule ne nécessitent pas de transfusion. Si l'opération nécessite une transfusion, il se peut que l'on demande à la cliente de donner une ou deux unités de sang.

Éléments du dossier

Le personnel note les activités préopératoires dans le dossier de la cliente. L'infirmière ou la sage-femme vérifie que le consentement éclairé, dûment signé ou portant la marque de la cliente, est dans son dossier. Si la signature ou la marque manque, elle doit être obtenue avant l'opération. L'infirmière ou la sage-femme veille à ce que la signature ou la marque de la cliente confirme qu'il y a bien eu consentement éclairé. Le chirurgien confirme qu'il y a bien un consentement éclairé dans le dossier avant de commencer l'opération.

Bibliographie

Arrowsmith, S. D., Ruminjo, J., and Landry, E. G. 2010. Current practices in treatment of female genital fistula: A cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10(73).

EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^{ème} éd. New York.

Pfiedler Enterprises. 2009. *Preoperative hair removal: Impact on surgical site selection*. Aurora, CO.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-S

L'opération de réparation chirurgicale de la fistule

Les buts de l'opération

- Refermer la fistule
- Rendre la cliente continente
- Permettre à la cliente de reprendre toutes ses activités

Classification

Les fistules sont classifiées de deux manières : (1) par leur classification chirurgicale (2) par le degré de difficulté éventuel de leur réparation (OMS, 2006). Ces deux catégories reposent sur le degré d'atteinte, ou non, du mécanisme de fermeture, qui a des conséquences sur la technique opératoire et sur le pronostic de réparation.

La *classification chirurgicale* renvoie au type de réparation chirurgicale qui pourra être nécessaire. Il n'y a pas de système de classification standardisé pour la fistule obstétricale ; un grand nombre de systèmes de ce type sont utilisés. Un exemple (ci-dessous) montre comment la technique opératoire devient progressivement plus compliquée selon le type, du type I au type II Bb. Le même principe s'applique à la classification par la taille de la fistule, qui va de petite à étendue.

La classification des fistules par type d'opération nécessaire, en fonction de leur emplacement anatomique/physiologique			
Type I	Fistule où le mécanisme de fermeture n'est pas atteint		
Type II	Fistule où le mécanisme de fermeture est atteint		
	A	Sans atteinte urétrale (sous-)totale	
		a	Sans défaut circonférentiel
		b	Avec défaut circonférentiel
	B	Avec atteinte urétrale (sous-)totale	
		a	Sans défaut circonférentiel
		b	Avec défaut circonférentiel
Type III	Divers (par exemple, fistule urétrique et autres fistules exceptionnelles)		
Sous-classification des fistules par taille			
Petite	< 2 cm		
Moyenne	de 2 à 3 cm		
Grande	de 4 à 5 cm		
Étendue	6 cm ou plus		

Source : Waaldijk, 1995.

Les fistules se divisent également en deux catégories en fonction du *degré de difficulté (anticipé) de la réparation* :

- Fistule simple ou ayant un bon pronostic qui peut être réparée par des chirurgiens intégralement formés et compétents pour procéder à des réparations de fistule sans complexité
- Fistule compliquée ou ayant un pronostic incertain qui nécessite d'en référer à un chirurgien spécialiste des fistules pour sa réparation

DEGRÉ DE DIFFICULTÉ ANTICIPÉ DE LA RÉPARATION POUR DES ÉTATS DE FISTULE DIFFÉRENTS		
Critères	Bon pronostic/simple	Incertain/compliqué
Nombre de fistules	Unique	Multiplés
Siège	Fistule vésico-vaginale (VVF)	Fistule recto-vaginale (FRV), VVF/FRV, atteinte du col
Taille (diamètre)	< 4 cm	≥ 4 cm
Atteinte de l'urètre/du mécanisme de continence	Absente	Présente
Cicatrice du tissu vaginal	Absente	Présente
Présence de défaut circonférentiel (séparation complète de l'urètre de la vessie)	Absente	Présente
Degré de perte tissulaire	Minimal	Étendu
Atteinte de l'uretère/vessie	Uretères à l'intérieur de la vessie, ne s'écoulant pas dans le vagin	Uretères s'écoulant dans le vagin. Il peut y avoir des calculs vésicaux
Nombre de tentatives de réparation	Aucune tentative antérieure	Échecs de tentatives antérieures

Source : OMS, 2006.

L'anesthésie

On préfère généralement l'anesthésie rachidienne ; certaines clientes ont besoin de péthidine et parfois de kétamine pour terminer l'opération.

Prise en charge chirurgicale d'une fistule vésico-vaginale

La plupart des fistules vésico-vaginales peuvent être corrigées par l'abord vaginal, approche dont les taux de fermeture atteignent 90 %. Les avantages de ce type d'intervention sont sa brièveté, une faible morbidité (à la fois pendant et après l'intervention), un faible risque de lésion urétérale, ainsi qu'un coût peu élevé.

Bien que la plupart des fistules vésicovaginales puissent être corrigées par la chirurgie par abord vaginal, c'est l'abord abdominal qui est préféré pour les fistules qui sont hautes, de grande taille ou inaccessible, les fistules complexes ou multiples et celles qui ont une atteinte utérine ou intestinale concurrente ou qui ont besoin d'une dérivation urinaire.

Prise en charge chirurgicale d'une fistule recto-vaginale

Des fistules rectales symptomatiques hautes ont parfois besoin d'une colostomie dérivative temporaire pour le confort de la cliente, mais cela peut ajouter à son stress et devenir gênant. La colostomie n'est pas curative mais elle constitue une aide temporaire. Elle est généralement pratiquée si la réparation d'une fistule recto-vaginale est prévue dans les deux semaines et si la fermeture de la colostomie doit intervenir dans les quatre semaines qui suivent la réussite de la réparation de la fistule.

Prise en charge de fistules combinées (vésico-vaginale et recto-vaginale)

Il y a des chances pour que le chirurgien commence par la réparation de la FRV pour éviter les souillures du vagin, avant de passer à la réparation de la FVV. À moins qu'il ne commence par la réparation de la FVV avant de passer à la réparation de la FRV. Certains chirurgiens préfèrent réparer les deux fistules au cours de la même opération ; d'autres choisissent de réparer les fistules en deux opérations distinctes. Ce sont la préférence et le savoir-faire du chirurgien qui déterminent la prise en charge chirurgicale de fistules combinées.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Hancock, B., et Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. London: Royal Society of Medicine Press.

Waalwijk, K. 1995. Surgical classification of obstetric fistula. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 49(2):161–163.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-T

Gestion des soins infirmiers pendant l'opération de réparation chirurgicale de la fistule

Le rôle des infirmières et des sages-femmes en chirurgie

- L'infirmière adjointe/infirmière de bloc
- L'infirmière de liaison

Conseils peropératoires

Les besoins d'accompagnement pendant la période peropératoire sont variables, et dépendent du type d'anesthésie pratiquée pour l'intervention : générale ou rachidienne. Les infirmières et les sages-femmes doivent toujours :

- Veiller au respect et à la dignité de la cliente ;
- Apporter un soutien émotionnel à la cliente en :
 - Assurant une communication empathique positive, aussi bien verbale que non verbale
 - Dissiper ses craintes concernant l'opération
 - La rassurer, la reconforter et lui donner des raisons d'espérer
- Lui donner des informations sur les points suivants – le cas échéant – en fonction de son état et de l'entretien avec l'équipe chirurgicale qui s'occupe d'elle :
 - Des informations sur le type d'anesthésie à pratiquer, les risques de l'anesthésie, et sur la douleur
 - Le rappel des étapes de l'intervention

Le personnel du bloc opératoire aura peut-être tendance à ne s'intéresser qu'au périnée pendant la réparation, et à ignorer la cliente ; cela est à éviter.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-U

L'infirmière de bloc, l'infirmière de liaison et l'anesthésiste : Rôles et responsabilités

Responsabilités de l'infirmière de bloc

L'infirmière de bloc doit :

- Savoir quels instruments et quelles fournitures sont nécessaires pour l'opération
- Comprendre chaque étape de la réparation afin de pouvoir donner les bons instruments et assister le chirurgien, qui ne doit avoir que très peu de choses à demander.
- Aider le chirurgien à enfiler ses gants
- Veiller à ce que tous les équipements, instruments et fournitures nécessaires se trouvent au bloc et soient prêts à l'emploi
- Disposer les instruments sur le chariot dans l'ordre où l'équipe chirurgicale en aura besoin, dix minutes avant que le chirurgien en ait besoin
- Être réactive, passer au chirurgien les instruments dont il a besoin pour chaque étape de l'intervention
- Assumer la responsabilité de tous les instruments, des compresses et des pansements abdominaux avant et après l'intervention
- Décontaminer, nettoyer et sécher les instruments après l'intervention ; remballer, étiqueter et stériliser les instruments ou procéder à leur désinfection de haut niveau ; les ranger ou les préparer pour l'opération suivante

Responsabilités de l'infirmière de liaison

L'infirmière de liaison doit :

- Vérifier sur le graphique de la cliente qu'elle a bien signé un consentement éclairé
- Installer doucement la cliente sur la table d'opération dans la position qu'elle préfère, de façon à ce qu'elle soit aussi confortable que possible et qu'elle ait un petit oreiller sous la tête
- Préparer les équipements et les fournitures nécessaires pour l'opération – fil de suture, cathéters, etc. – ainsi que le plateau pour recueillir les blouses et les gants, sans contaminer l'assistante de bloc ou la zone stérile du plateau, et ouvrir les emballages, selon les besoins
- Attacher les blouses du chirurgien
- Parler à la cliente et la rassurer pendant toute l'intervention
- Surveiller les constantes de la cliente si l'anesthésiste ne le fait pas
- Surveiller la sonde urinaire et informer le chirurgien de tout changement dans l'écoulement ou la couleur de l'urine
- Passer le matériel et les petites fournitures lorsque l'infirmière de bloc les réclame
- Régler l'éclairage si on le lui demande
- Faire le décompte de tous les équipements, fournitures et médicaments utilisés pendant l'opération; noter et consigner le nombre de pansements vaginaux utilisés et laissés en place
- Nettoyer la salle après l'opération à l'aide d'une solution désinfectante et s'assurer qu'elle est prête à l'emploi pour la cliente suivante

Responsabilités de l'anesthésiste

- Vérifier que l'anesthésie prévue est conforme et sûre pour la cliente la veille de la réparation chirurgicale
- Indiquer à la cliente le type d'anesthésie qu'elle recevra et ce qu'elle éprouvera
- Vérifier que la cliente a bien été conseillée, qu'elle a donné son consentement éclairé et qu'elle a signé un formulaire de consentement éclairé
- Préparer le chariot pour l'anesthésie, surveiller les constantes sur les appareils ainsi que la machine d'anesthésie lorsque c'est nécessaire
- Surveiller les constantes de la cliente avant et pendant l'opération
- Administrer l'anesthésie et l'inverser après l'opération
- Poser les perfusions IV et surveiller leur écoulement et l'hydratation de la cliente pendant l'opération
- Procéder si nécessaire à une éventuelle réanimation, en cas d'urgence
- En liaison avec l'infirmière de soins postopératoires, veiller à ce que la cliente soit sous observation pendant les trois premières heures après l'opération

Bibliographie

EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2^{ème} éd. New York.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Rothrock, J. C. 2011. *Alexander's care of the patient in surgery*, 14^{ème} éd. Elsevier Mosby.

POLYCOPIÉ 3-V

Instruments utilisés dans la réparation chirurgicale de la fistule

Produit	Description	Quantité
Ciseaux	Ciseaux, dissection, Mayo, droits, 17 cm, SS	1
	Ciseaux, dissection, Mayo, courbes, 17 cm, SS	1
	Ciseaux, amygdales, Boyd-Stille, courbes, 17 cm, SS	1
	Ciseaux, Thorek, à angle, pointe à 90°, 20 cm, SS	1
	Ciseaux, suture, Mayo, droits, 15 cm, SS	1
	Ciseaux, suture, Mayo, courbes, 15 cm, SS	1
	Ciseaux, McIndoe, courbes, 19 cm, SS	1
Porte-aiguilles	Porte-aiguilles, Mayo-Hegar, droits, 18 cm, carbure de tungstène	1
	Porte-aiguilles, Mayo-Hegar, droits, 20 cm, carbure de tungstène	1
	Porte-aiguilles, Mayo-Hegar, droits, 18 cm, carbure de tungstène	1
	Porte-aiguilles, Mayo-Hegar, droits, 20 cm, carbure de tungstène	1
Porte-lames de	Porte-lames de scalpel, n°7, Swann-Morton, longueur 15 cm, SS (pour lame n° 1)	1
Spéculum	Spéculum, vaginal, Graves, bivalve, petit, SS	1
	Spéculum, vaginal, Graves, bivalve, moyen, SS	1
	Spéculum, vaginal, Graves, bivalve, grand, SS	1
	Spéculum, vaginal, Auvard, 22 cm pondéré, 1 kg (autres poids en option : 0,8 kg, 1,2 kg), SS	1
	Spéculum, vaginal, Sims, à extrémité unique (en option : double extrémité supplémentaire), SS	1
Pince	Pince, tissu, Littlewood, 18,5 cm, SS	1
	Pince, tissu, Littlewood, 14,5 cm, SS	1
	Pince, tissu, Allis, 15 cm, SS	1
	Pince, tissu, Allis, 20 cm, SS	1
	Pince, artère, long, droite, Kelly, 18 cm, SS	
	Pince, artère, long, courbe, Kelly, 18 cm, SS	1
	Pince, dissection, dentée 15 cm, SS	1
	Pince, dissection, dentée 20 cm, SS	1
	Pince, dissection, non dentée 18 cm, SS	1
	Pince, dissection, non dentée 20 cm, SS	1
	Pince, porte-éponge, droite, Foerster, lisse, 24 cm, SS	1
	Pince, porte-éponge, droite, Foerster, à dents, 24 cm, SS	1
	Pince, artère, non dentée, pointe courbe, 20 cm, SS	1
	Pince, artère, non dentée, pointe à angle modéré, 20 cm, SS	1
	Pince, artère, pointe à angle obtus, non dentée, SS	
	Pince, artère, petite, Hartman (ou Halsted moustique), droite, 15 cm, SS	2
	Pince, artère, petite, Hartman, courbe 15 cm, SS	2
	Pince, artère, Kocher, droite, 20 cm, 1 x 2 dents, SS	1
	Pince, artère, Kocher, droite, 15 cm, 1 x 2 dents, SS	1
	Pince, cervical, vulsellum, courbe, 25 cm (en option : tenaculum cervical, 25 cm) SS	1
	Pince, pince Cheatle, et bocal (en option), SS	1
	Aiguille	Anévrisme, Deschamps, pointe acérée, 20 cm, utilisation côté droit (en option: ensemble à utilisation droite et gauche chacune, pointes acérées, SS
Écarteurs	Écarteur pour thyroïde /vaginaux, Green, armée/marine américaine, écarteurs de Farabeuf, à extrémité simple/double, 22 cm (en option lame Langenbeck, 13 x 44 mm) SS	1
	Abdominaux, autorétentifs, Gosset, grands, SS	1
Cathéter	Femme, urétrale, 16 cm, SS	1
Sonde	Utérine, malléable à œillet, étalonnée, 30 cm, SS	1
Palpeur	Sinus, malléable à œillet, SS	1
Bassin	Rénal, 825 ml, SS (en option : 600 ml)	1
	Gallipot, 100 ml, SS	1
	Plastique, 600 ml	1

POLYCOPIÉ 3-W
Réparation chirurgicale de la fistule : le chariot chirurgical



POLYCOPIÉ 3-X

Soins postopératoires aux clientes ayant subi une réparation chirurgicale de la fistule

Des soins postopératoires prodigués par du personnel qualifié sont essentiels à la réussite de la réparation chirurgicale d'une fistule.

Les trois points essentiels des soins postopératoires :

- S'assurer que la cliente boit suffisamment ;
- S'assurer qu'elle n'a pas de fuites urinaires ;
- S'assurer que tous les dispositifs de drainage fonctionnent.

Soins postopératoires immédiats : pendant les premières 24 heures

Une observation régulière et des mesures appropriées prises en temps utile sont importantes. L'infirmière ou la sage-femme doit :

- Évaluer l'état hémodynamique de la cliente, prendre son pouls, sa tension artérielle, sa température, et examiner sa pâleur.
- Évaluer son rythme respiratoire
- Évaluer sa vivacité mentale
- Chercher une hémorragie primaire, vérifier tous les sites de saignement éventuels (pansement vaginal, site de la greffe labiale, incision abdominale, drainages)
- Noter sur le graphique de la cliente qui mentionne la prise et l'élimination des liquides tous les liquides qu'elle reçoit oralement et par perfusion, le volume de ses urines et des autres moyens de drainage
- Indiquer si la (les) sonde(s) sont en place (par exemple urétérique, urétrale), vérifier qu'elles assurent bien la vidange comme prévu
- Noter la couleur de l'urine de la cliente

Au cours de la première heure après l'opération : Si la cliente a eu une anesthésie générale, vérifier ses constantes toutes les quinze minutes au cours de la première heure après l'opération. Si elle a eu une anesthésie rachidienne, vérifier ses constantes toutes les demi-heures au cours de la première heure après l'opération. Surveiller attentivement la température de la cliente.

De la 2^{ème} à la 24^{ème} heure après l'opération : Vérifier les constantes toutes les demi-heures pendant encore quatre heures après l'opération. Si les constantes sont stables au bout de la cinquième heure, les vérifier toutes les quatre heures par la suite. S'il y a un motif d'inquiétude ou des signes de choc, en informer le chirurgien immédiatement.

L'usage d'antibiotiques prophylactiques est très variable, il va de l'absence pure et simple à une seule dose préopératoire en IV à plusieurs doses supplémentaires postopératoires. Les protocoles de prophylaxie courants peuvent être :

- L'extencilline (une pénicilline à action longue) en dose unique
- L'ulfaméthoxazole/triméthoprime ou l'amoxicilline pendant sept jours
- Des antibiotiques parentéraux (généralement du sulfaméthoxazole/triméthoprime) pendant 24 heures, qui se poursuivent en prise orale pendant une autre semaine
- La gentamicine 160 mg et le métronidazole 500 mg en dose unique

Enfin, une évaluation et une gestion de la douleur sont essentielles pour garantir le confort de la cliente et la maîtrise de sa douleur par des analgésiques.

Soins postopératoires ultérieurs

Drainage urinaire

L'écoulement libre et ininterrompu de l'urine est la garantie que la vessie reste vide et permet à la suture de cicatriser. Par conséquent :

- L'infirmière ou la sage-femme se conforme aux prescriptions du chirurgien pour procéder au retrait de la sonde urétrique.
- Une sonde urétrale doit être utilisée pour assurer la vidange pendant 10 à 14 jours, selon le type de fistule.
 - Certains hôpitaux ont recours à des sondes ouvertes qui s'écoulent dans un récipient, pour réduire le danger de distension vésicale.
 - D'autres sont favorables à l'emploi de la sonde de Foley, munie d'une poche à urine pour faciliter la mobilité. Le système fermé a l'avantage d'empêcher la contamination.

Soins à la sonde

Il est vital de maintenir le libre écoulement de la vessie après la réparation de la fistule et de veiller à ce que la cliente comprenne l'urgence de cette recommandation. Par conséquent,

1. Il faut vérifier les poches urinaires toutes les heures.
2. Veillez à ce que la sonde ou le tube ne soit pas tordu ou plicaturé, ou bouché par un caillot sanguin. La sonde doit rester en place sans provoquer de tension ou de tiraillement sur l'urètre ou la vessie. Elle peut être fixée à la cuisse ou à l'abdomen de la cliente avec du ruban adhésif résistant. L'avantage d'une fixation à l'abdomen est qu'elle ne tire pas quand la cliente se déplace. Veillez à ce qu'il y ait une longueur de tube suffisante pour empêcher la tension et les tiraillements.
3. Veillez à ce que la poche urinaire ne soit pas distendue (par l'urine ou l'air), car cela gêne la vidange de la vessie; un reflux d'urine pourrait provoquer la réouverture du site de réparation.
4. Notez la couleur et la quantité d'urine.
5. Vérifiez la présence d'éventuels saignements.
6. Incitez la cliente à vider sa poche ou informer le personnel si celle-ci est remplie.
7. Si l'on soupçonne une obstruction de la sonde, il convient de la déboucher à l'eau conformément aux instructions fournies dans le polycopié 3-Z. Il arrive qu'il faille changer la sonde, acte qui se pratique en principe en salle d'opération.
8. En présence d'hématurie importante, utilisez une sonde de plus gros diamètre.

9. Si c'est une sonde de Foley qui est utilisée, évitez le lavage de la vessie. La question de savoir s'il faut gonfler le bulbe suscite aussi des débats. Un lavage vésical risque de trop distendre la vessie et provoquer la réouverture du site de réparation.
- Entraînement de la vessie
 - Dans certains hôpitaux, on recommande, quelques jours avant le retrait de la sonde, de poser une pince sur la sonde pour une courte durée puis pour des durées de plus en plus longues, afin d'accoutumer la vessie à la distension. Ensuite, si la cliente n'a plus de fuites, on peut retirer complètement la sonde. Le risque avec cette approche est que le soignant ne sait pas si la fistule est refermée, tant qu'un test de coloration n'a pas été effectué.
 - D'autres hôpitaux trouvent cet entraînement de la vessie inutile. Une surtension de la vessie par inadvertance risque de faire plus de mal que de bien, et de mener à une réouverture du site de réparation. Au lieu de recourir à l'entraînement de la vessie, ils recommandent d'effectuer un test de coloration pour confirmer que la fistule est refermée avant de retirer la sonde. Après le retrait, le soignant demande à la cliente d'augmenter d'elle-même progressivement l'intervalle entre les mictions.
 - La sonde doit être laissée en place plus longtemps si l'on s'inquiète de l'intégrité de la réparation de la fistule pendant la période postopératoire. Un test de coloration peut aussi être réalisé. S'il est positif, c'est-à-dire qu'il indique des fuites persistantes, la sonde doit être laissée en place deux ou trois semaines de plus.

Pansement vaginal

Si des pansements vaginaux ont été utilisés, ils doivent être retirés 24 heures après l'opération, à moins qu'un médecin ne donne ordre au personnel de les laisser plus longtemps. Les problèmes d'hémostase et de cicatrice / sténose vaginale rencontrés au cours de l'intervention ont un effet sur la durée pendant laquelle on laisse les pansements.

Antibiotiques

Selon le schéma thérapeutique utilisé, les antibiotiques peuvent être soit maintenus soit arrêtés pendant la période postopératoire.

Analgésie

Offrir des analgésiques conformément aux instructions du chirurgien ou au protocole local.

Repos au lit et mobilité

Il faut inciter la cliente à reprendre toute sa mobilité dès que possible.

- Les femmes qui ont subi une réparation simple doivent être encouragées à se mettre à bouger dans la journée qui suit l'opération.
- Celles dont la réparation a été compliquée, qui ont eu une réimplantation de l'uretère etc. devront peut-être attendre jusqu'à sept jours après l'opération pour retrouver leur mobilité.
- Videz la poche d'urine avant que la cliente ne se lève. Maintenez l'urine à un niveau bas dans la poche quand la cliente se déplace. Des précautions doivent être prises pour empêcher une tension soudaine sur la sonde; en l'attachant à l'abdomen, on peut éviter ce genre de chose.

Hydratation

- Invitez la cliente à boire une grande quantité de liquide (au moins 5 litres par jour) pour qu'elle puisse produire de 3 à 4 litres d'urine par 24 heures.
- Surveillez le volume de liquides qu'elle absorbe et qu'elle évacue.

Alimentation

- Si la cliente a eu une réparation vaginale, elle peut reprendre une alimentation normale et elle doit boire une grande quantité de liquides.
- Voyez avec le chirurgien, car les protocoles alimentaires sont variables, surtout après une réparation de fistule recto-vaginale ou d'une fistule compliquée.
- Les femmes qui ont eu une colostomie peuvent suivre le même régime alimentaire que les clientes ayant eu une fistule vésico-vaginale.
- Veillez à ce que la cliente absorbe suffisamment de protéines.

Soins intestinaux

- Empêchez la constipation et les poussées excessives.
- On peut recourir à une prescription médicale pour rendre les selles plus molles.
- Les suppositoires rectaux doivent être évités si la cliente a eu une fistule recto-vaginale.

Prévention de la thrombose veineuse profonde et des complications pulmonaires

- Exercices de respiration profonde
- Toux
- Positionnement
- La mobilité doit reprendre dès que possible, de préférence le premier jour après l'opération.
- Gestion de la douleur

Exercices pour entraîner le plancher pelvien et kinésithérapie

Une fois que la cliente est debout et mobile, encouragez-la à entreprendre les exercices décrits dans *Obstetric fistula : Guiding Principles for Clinical Management and Programme Development*, publié par l'Organisation mondiale de la Santé en 2006.

Si la cliente a des problèmes de contractures des membres, si elle n'arrive pas à tenir son pied ou si elle a des lésions nerveuses, les exercices pour ces affections, qu'elle doit avoir commencés pendant la période pré-opératoire, se poursuivent pendant toute sa rééducation.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-Y

Réparation chirurgicale de la fistule : Complications postopératoires

Complications précoces

Les complications susceptibles d'apparaître peu après l'intervention de réparation chirurgicale de la fistule sont les suivantes :

Complications liées à l'anesthésie

- Complications dues à la prescription médicamenteuse : problèmes de dosage ; réactions allergiques
- Liées à l'anesthésie elle-même : les complications dépendent largement du type d'anesthésie (par exemple, anesthésie générale avec ou sans intubation endotrachéale ; anesthésie rachidienne).

Hémorragie

- L'hémorragie primaire, qui survient sous 24 heures après l'intervention, provient généralement de points de saignement non sécurisés.
- L'hémorragie secondaire, qui survient plus de 24 heures après l'intervention, est due à une infection avec érosion dans un vaisseau, une ou deux semaines après l'opération. Elle peut également provenir de sites d'hémorragie primaire peu étendue ou lente et de traumatismes au site d'intervention.

Infection

- Infection de la plaie
- Infection des voies urinaires
- Infection des voies respiratoires

Complications urétériques

- Lésion d'origine chirurgicale
- Obstruction, œdème
- Sonde obstruée en raison d'une plicature ou d'un caillot sanguin
- Déhiscence de la plaie et échec de la réparation, généralement au bout de la première semaine ou vers le 8^{ème} jour après l'opération jusqu'au 12^{ème} jour

Complications tardives

Les complications susceptibles d'apparaître peu après la cicatrisation sont les suivantes :

Sténose et lésion cicatricielle vaginale

- Une sténose ou une lésion cicatricielle peut survenir suite à l'opération ou être présente au moment de l'opération
- Lorsqu'elle est présente au moment de l'opération, elle se situe généralement sur la paroi vaginale postérieure, où elle a l'aspect d'une bande épaisse. La prise en charge de cette bande ou tissu cicatriciel se fait par une incision latérale afin de libérer la cicatrice.
- Le pansement vaginal est laissé en place plusieurs jours après la réparation de la fistule.

- On utilise un dilateur vaginal bien lubrifié afin d'empêcher que la cicatrice et la sténose vaginale ne se reforment. On introduit très doucement le dilateur, qu'on laisse en place pendant au moins dix minutes, pendant une durée de six semaines.
- Lorsque la cicatrice est plus étendue, on peut prélever des greffes cutanées ou pédiculées sur les tissus adjacents (par exemple fesses, lèvres, cuisses) que l'on peut employer tour à tour dans le vagin pour pallier au déficit tissulaire après l'incision et l'excision du tissu cicatriciel, afin de recréer un vagin de calibre normal.

Incontinence urinaire persistante

- Importante complication de la fistule, l'incontinence est souvent ignorée ou sous-estimée.
- Elle peut être la conséquence d'un échec de la réparation chirurgicale, d'une fistule urétrique non diagnostiquée, d'une fistule non repérée, d'une véritable incontinence d'effort, d'une hyperactivité/instabilité du détruseur, d'une incontinence paradoxale, d'une infection ou de calculs vésicaux.
- Elle peut être légère ou très sévère, la cliente se plaignant de fuites urinaires ininterrompues.
- Il est nécessaire d'approfondir l'évaluation pour établir un diagnostic et déterminer la prise en charge adaptée.
- Le diagnostic différentiel fait intervenir l'infection des voies urinaires et les calculs rénaux.

Incontinence fécale

- Une lésion accidentelle pendant la reconstruction du vagin pour sténose peut donner lieu à une incontinence fécale et nécessiter une réparation.

Troubles sexuels

- Un certain nombre de facteurs, notamment une lésion cicatricielle/sténose vaginale, une dyspareunie, de l'anxiété et d'autres facteurs psychologiques, peut donner lieu à des troubles sexuels.

Troubles psychosociaux

- Plusieurs femmes souffrant d'une fistule ont traversé plusieurs événements traumatiques importants qui peuvent facilement laisser des traces sur le plan émotionnel et mental : un travail et un accouchement difficiles, un enfant mort-né, une fistule, une stigmatisation sociale ou l'abandon par le conjoint.

Aménorrhée

- Dans certains cas, les règles de la cliente peuvent revenir dans les deux à quatre mois qui suivent la réparation chirurgicale.
- Certaines femmes continuent à souffrir d'aménorrhée, même après la réparation, qui va souvent de pair avec une infertilité.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Spurlock, J., and Chelmow, D. 2009. Vesicovaginal fistula. Consultable sur le site <http://emedicine.medscape.com/article/267943-overview>.

POLYCOPIÉ 3-Z

Réparation chirurgicale de la fistule : Les soins infirmiers pour diverses complications

Complication	Soins infirmiers
Obstruction de la sonde	
<p>Les trois signes suivants indiquent que la sonde s'est bouchée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le ventre de la cliente est distendu et douloureux et elle ressent le besoin d'uriner (1) d'elle-même ou (2) lorsque l'on lui appuie doucement sur l'abdomen. • La cliente est mouillée à cause de l'urine qui fuit autour de la sonde ou suinte à travers la réparation. • Il n'y a plus d'urine qui s'égoutte dans le bassin (si c'est un système ouvert qui est utilisé). <p>L'obstruction peut survenir à tout moment et nécessite une attention immédiate afin de réduire la pression sur le site de l'opération.</p> <p>Surveiller la sonde en continu, notamment en vérifiant les poches urinaires toutes les heures si celles-ci sont utilisées, aide à empêcher l'obstruction.</p>	<p>Vérifier si la sonde n'est pas tordue ou plicaturée, ce qui peut empêcher l'écoulement de l'urine. Si la sonde urinaire est bouchée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rincer immédiatement la sonde, doucement et soigneusement, trois fois de suite, avec 20 ml d'une solution de chlorure de sodium normale (chlorure de sodium à 9 %) ; retirer le liquide après chaque rinçage. On peut utiliser d'autres solutions stériles : (a) de l'eau à injecter et (b) une solution borique (chlorure de chaux 1,25 g) et solution d'acide borique (BP 1988 : Eusol), mélangée à 10 ml d'eau purifiée. 2. Après le troisième rinçage, raccorder la poche à urine et observer l'écoulement. 3. Si le rinçage a été fait et que rien ne vient lorsqu'on la retire, la sonde n'est pas dans la vessie. 4. Après le rinçage, vérifier le débit et la couleur de l'urine. 5. Après le rinçage, informer le médecin s'il y a du sang dans l'urine ou s'il n'y a pas d'écoulement ; il se peut qu'il faille changer la sonde, sur instruction du médecin.
Hémorragie vaginale	
<p>L'hémorragie vaginale se caractérise par un saignement vaginal, notamment à travers le pansement vaginal.</p>	<p>Cette complication exige une attention immédiate. Déterminer l'abondance du saignement (hémorragie) et informer le médecin de garde, qui décidera de la suite à donner.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. S'il ne s'agit pas d'un saignement d'origine artérielle, un pansement vaginal ferme peut être utilisé. 2. S'il s'agit d'un saignement d'origine artérielle, la cliente doit être ramenée au bloc opératoire. 3. Le chirurgien évaluera les causes du saignement. 4. En cas de saignement sévère, vérifier le taux d'hémoglobine de la cliente et au besoin, lui administrer des compléments ferriques.

Complication	Soins infirmiers
Septicémie	
La septicémie se caractérise par de la fièvre, une odeur nauséabonde ou des écoulements urinaires ou vaginaux, des douleurs à la miction ou une douleur au bas-ventre et/ou une douleur et un gonflement ou un suintement au site de l'épisiotomie.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informer immédiatement le médecin des symptômes de la cliente. 2. Prélever un échantillon à mettre en culture et pour analyse de sensibilité. 3. Le médecin traitera l'infection au site de réparation ou des voies urinaires avec les antibiotiques appropriés, conformément au protocole local.
Rupture de la réparation	
Une rupture de la réparation se caractérise par des fuites d'urine qui mouillent la cliente.	<p>Informez le médecin que la cliente a des fuites urinaires.</p> <p><i>NB</i> : Avant le retrait de la sonde, le médecin vérifie l'intégralité de la réparation à l'aide d'un test de coloration.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le test est positif, on laisse la sonde en place sur le mode vidange libre pendant encore quatre à six semaines, afin d'aider à la cicatrisation. • Si la rupture survient tôt, (dans les cinq jours qui suivent l'opération), il y a peu de chances pour qu'un drainage prolongé soit bénéfique pour la cicatrisation. • Les réouvertures qui surviennent entre le septième et le quatorzième jour après l'opération ont plus de chances de bénéficier d'un drainage prolongé.
Anurie	
L'anurie se caractérise par une absence d'urine dans le bassin ou la poche de vidange.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vérifier que la sonde n'est pas bouchée. 2. S'assurer que la cliente boit la quantité de liquide recommandée. 3. Surveiller étroitement et soigneusement l'écoulement d'urine ; si la cliente ne produit pas d'urine, en informer le médecin de garde qui décidera de la suite à donner.

Bibliographie

Hancock, B., et Browning, A. 2009. *Practical obstetric fistula surgery*. London: Royal Society of Medicine Press.

Organisation mondiale de la Santé. 2008. *Managing prolonged and obstructed labour: Education materials for teachers of midwifery—Midwifery education modules*, 2^{ème} éd. Genève

POLYCOPIÉ 3-AA

Réparation chirurgicale de la fistule :

Programme de soins infirmiers postopératoires

Étude de cas

Vous êtes l'infirmière qui travaille dans la salle de réveil du service de réparation chirurgicale de la fistule. La patiente que vous accueillez, Mme T., est âgée de dix-sept ans. Elle a développé une fistule vésico-vaginale pendant le travail et mis au monde un enfant mort-né, une petite fille de 3 kg. Ce sont ses parents qui l'ont amenée au service de réparation chirurgicale; cela faisait six mois qu'ils cherchaient un établissement où leur fille pourrait trouver de l'aide.

Mme T, qui avait une fistule étendue mais simple, a été opérée sous anesthésie rachidienne ; elle a bien toléré l'intervention. En récupérant Mme T. des mains de l'infirmière de bloc à 17 heures, vous faites les constats suivants :

- Une sonde urinaire est en place, fixée à son abdomen par un ruban adhésif. L'urine qui s'écoule dans la poche est jaune pâle et rare. Le niveau était à 600 cc juste avant qu'elle ne quitte le bloc opératoire.
- Une perfusion de glucose et d'eau est posée, conformément aux instructions du chirurgien.
- Le vagin est pansé.
- Les constantes montrent un pouls à 60 dont le rythme est régulier, une TA à 90/62 ; les respirations se situent dans la plage normale mais sont superficielles ; il y a parfois des frissons, avec une température moyenne de 37° C.

Questions sur le cas

- Quel sera votre programme de soins pour Mme T en salle de réveil ? Utilisez le graphique vierge de la page suivante pour remplir votre plan de gestion et pour chaque activité, indiquez ce que vous en attendez.
- Sur le graphique du programme de soins, indiquez à quelle fréquence vous vérifierez l'état de Mme T.
- Sur le graphique du plan de soins, indiquez dans quelles circonstances vous alerterez le chirurgien sur l'état de Mme T.

Programme de soins infirmiers postopératoires immédiats dans les 24 heures consécutives à l'opération *(selon le processus de soins)*

Diagnostic pour les soins infirmiers	Interventions en soins infirmiers	Justification	Résultat escompté	Évaluation
Fonction cardiaque :				
Fonction respiratoire :				
Thermorégulation :				
Fonction urinaire :				
Perfusion ouverte :				
Site d'intervention :				
Gestion de la douleur :				
Vivacité mentale :				

POLYCOPIÉ 3-BB

Réparation chirurgicale de la fistule :

Le programme de sortie de l'hôpital et le suivi

Consultation de sortie de l'hôpital et éducation

- Décrivez les signes de complications et les effets secondaires de la réparation chirurgicale de la fistule (voir ci-dessous) et les soins auto-administrés.
- Insistez sur l'importance de l'abstinence de rapports sexuels vaginaux pendant la période de cicatrisation (généralement trois mois) et le besoin de soins de suivi. (S'il s'agit d'une réparation de fistule recto-vaginale, la cliente doit aussi s'abstenir de rapports sexuels anaux.
- Dites à la cliente de ne pas introduire de corps étrangers (comme des tampons) dans son vagin pendant au moins trois mois après l'opération.
- Mettez la cliente en garde contre les infections de l'appareil génital, y compris les infections sexuellement transmissibles.
- Dites à la cliente qu'elle doit attendre au moins un an avant une nouvelle grossesse ; Insistez sur l'importance du planning familial lorsqu'elle aura repris des relations sexuelles. Il peut être sage pour elle de commencer à utiliser une méthode contraceptive avant de reprendre des relations sexuelles. Dites à la cliente qu'elle peut tomber enceinte dès qu'elle reprend les rapports sexuels vaginaux. Si nécessaire, aidez-la à choisir un moyen de contraception.
- Rappelez à la cliente que pour ses futures grossesses, elle devra recevoir des soins prénataux et accoucher par césarienne à l'hôpital. Dites-lui qu'une nouvelle naissance vaginale pourrait endommager la réparation chirurgicale et rouvrir la fistule.
- Conseillez la cliente sur une nutrition saine et une hygiène génitale.
- Dites à la cliente de prendre correctement tous les médicaments qui lui ont été prescrits (à la bonne posologie - dosage et heures) et de finir les prescriptions.
- Encouragez la cliente à boire suffisamment d'eau.
- Dites-lui qu'il est possible qu'elle ait des fuites urinaires suite à des efforts, comme la toux ou les éternuements. Enseignez-lui comment gérer l'incontinence d'effort.
- Dites à la cliente d'éviter :
 - De porter des objets lourds avant que la cicatrisation soit complète
 - La constipation.
- Dites à la cliente que ses règles peuvent revenir dans les deux à quatre mois qui suivent la réparation chirurgicale. Dites-lui que certaines femmes qui ont eu une réparation chirurgicale pour une fistule cessent d'avoir leurs règles.
- Dites à la cliente qu'elle risque d'éprouver une douleur de faible intensité dans la région de la cicatrice chirurgicale.
- Le cas échéant, associez le partenaire de la cliente et d'autres membres de la famille aux séances de conseil et d'éducation.

Si l'opération a échoué, donnez-lui des informations sur l'hygiène personnelle, la gestion de l'incontinence (par exemple des exercices), des éventuelles complications liées à son état et les endroits où elle peut se procurer des articles de soins bon marché (compresses, pansements, poches de colostomie).

On trouvera d'autres informations sur la consultation de sortie de l'hôpital dans le module 5.

Signes anormaux

- Fuites continuelles d'urine ou de matières fécales
- Fièvre
- Écoulements urinaires nauséabonds
- Douleur à la miction, avec ou sans fièvre
- Frissons
- Besoin d'uriner plus souvent ou de manière plus pressante que d'habitude
- Étourdissements, sensation de tête vide ou évanouissements
- Douleur génitale sévère
- Nausées ou vomissements
- Saignements deux fois plus abondants que des règles normales
- Impression de grande tristesse et/ou impression d'être incapable de prendre soin d'elle.

Si elle a l'un de ces signes, la cliente doit consulter un médecin.

Réinsertion sociale

Voyez si la cliente a besoin qu'on l'aide à réintégrer son milieu. Des questions comme celles-ci peuvent être utiles :

- Comment la cliente rentrera-t-elle chez elle ? Quel moyen de transport utilisera-t-elle ? Qui l'accompagnera ?
- Qui s'occupera d'elle lorsqu'elle rentrera chez elle ?
- Rentrera-t-elle au foyer qu'elle a partagé avec son conjoint ? Est-elle divorcée ?
- Quel niveau d'études a-t-elle atteint ?
- A-t-elle des compétences professionnelles sur lesquelles elle peut compter lorsqu'elle réintègrera son milieu d'origine ?
- A-t-elle été confrontée à l'isolation et à la stigmatisation par suite de sa fistule ?
- Si la cliente a toujours des fuites, quelles répercussions cela aura-t-il sur sa réintégration ?
- A-t-elle perdu son bébé dans l'accouchement qui a conduit à la fistule ?

Diverses mesures peuvent être utiles :

- Offrir à la cliente des vêtements neufs et propres.
- Lui procurer de l'argent pour le trajet de retour chez elle et un petit pécule.
- La raccompagner chez elle. Expliquer à la famille et aux voisins dans quel état elle se trouve et quel traitement elle a reçu ; leur donner des notions de base sur la fistule obstétricale et comment la prévenir.
- Envoyer la cliente dans des programmes d'alphabétisation ou de formation professionnelle.
- L'envoyer dans des organisations sociales de soutien et des groupes de femmes de sa région susceptibles de l'aider.

Aidez-la de votre mieux, en tenant compte des règles et des procédures de votre établissement.

Soins de suivi

Fixez un rendez-vous de suivi dans les trois mois consécutifs à l'opération, en fonction des instructions du chirurgien. L'objet de cette consultation est de déterminer l'état de la continence et l'état général de la cliente et son bien-être. Assurez-vous que la cliente a les moyens de transport nécessaires pour revenir pour cette visite.

S'il y a des infirmières de district près de chez elle, fixez une visite à domicile avec la cliente avant la visite de suivi à l'hôpital.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 3-Q

Consultation de sortie de l'hôpital après une réparation chirurgicale de la fistule :

Liste à cocher de l'observateur pour les jeux de rôles

Le conseiller a-t-il :	Oui	Non	Commentaires
Décrit les signes de complications et les effets secondaires consécutifs à une réparation chirurgicale de la fistule ?			
Décrit les soins auto-administrés ?			
Insisté sur l'importance de l'abstinence sexuelle pendant la période de cicatrisation (généralement trois mois) ?			
Insisté sur l'importance de reporter la grossesse d'au moins un an après la réparation chirurgicale ?			
Évoqué l'importance du planning familial lorsque la cliente reprendra des relations sexuelles ?			
Insisté sur l'importance des soins de suivi ?			
Mis la cliente en garde contre les infections de l'appareil génital, y compris les infections sexuellement transmissibles ?			
Rappelé à la cliente qu'elle doit recevoir des soins prénataux si elle tombe à nouveau enceinte ?			
Rappelé à la cliente qu'elle doit accoucher par césarienne si elle tombe à nouveau enceinte ?			
Informé la cliente à propos d'une alimentation saine ?			
Associé le partenaire de la cliente et d'autres membres de la famille aux séances de conseil, le cas échéant ?			
Fixé un rendez-vous de suivi ou envoyé la cliente passer une visite dans un hôpital près de chez elle ?			

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-1

Module 3 - Évaluation et corrigé

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez une vingtaine de questions pertinentes dans cette liste pour les tests de début et de fin du module 3. Les bonnes réponses sont reproduites ci-dessous en **caractère gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué [entre crochets].

- a. Dans la fistule obstétricale, les infections peuvent se transmettre : Lorsque la flore bactérienne normale s'introduit dans une région du corps où on ne la trouve pas normalement
 - b. Lorsque des agents pathogènes s'introduisent dans l'organisme
 - c. De ces deux manières**
[Polycopié 3-A]
2. Citez sept mesures de prévention courantes des infections.
- a. Se laver les mains
 - b. Porter des équipements de protection individuelle – gants, protection des yeux, lunettes et blouses
 - c. Observer une hygiène respiratoire et respecter les bons usages en cas de toux
 - d. Prévenir les blessures dues aux objets tranchants
 - e. Traiter les instruments et le matériel servant aux soins des clientes
 - f. Veiller à une propreté environnementale et respecter les pratiques en matière d'élimination des déchets
 - g. Manipuler, transporter et traiter le linge utilisé/souillé
[Polycopié 3-C]
3. Une solution de chlore à 0,5 % peut décontaminer efficacement les instruments chirurgicaux.
- a. Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 3-D]
4. En cas de fistule obstétricale, la sonde urinaire peut être fixée à :
- a. L'abdomen uniquement
 - b. L'intérieur de la cuisse uniquement
 - c. Soit l'abdomen soit l'intérieur de la cuisse
 - d. Soit l'abdomen soit l'intérieur de la cuisse, tant qu'il n'y a pas de tension ou de tiraillement sur le tube**
[Polycopié 3-F]
5. Quel genre de récipient doit être utilisé lorsque l'on met au rebut les lames de scalpel et autres objets pointus ou tranchants?
Un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations
[Polycopié 3-G]

6. Lorsque l'on procède à la mise au rebut de déchets infectieux biologiques non tranchants, quel est le meilleur moyen de se protéger les mains?
Porter des gants de travail résistants
[Polycopié 3-G]
7. Cochez les points ci-dessous qui font partie des antécédents médicaux d'une femme vivant avec une fistule obstétricale.
NB : Tous les points qui s'appliquent doivent être cochés.
 Mutilations génitales
 Durée du travail ayant mené à la fistule
 Des tentatives antérieures pour réparer la fistule
 Des problèmes de démarche ou de mobilité
[Polycopié 3-H]
8. Avant de procéder à un examen au spéculum sur une femme vivant avec une fistule recto-vaginale, le soignant demande à la cliente de vider sa vessie.
a. Vrai
b. Faux
[Polycopié 3-H]
9. Pourquoi est-il nécessaire d'identifier les tissus nécrotiques lorsque l'on examine le vagin d'une femme vivant avec une fistule obstétricale ?
Les tissus doivent être sains avant de pouvoir procéder à la réparation de fistule. S'il y a des tissus nécrotiques, il ne peut qu'il faille procéder à leur ablation avant la réparation chirurgicale.
[Polycopié 3-H]
10. Que voit-on parfois lorsque l'on examine les cuisses d'une femme vivant avec une fistule vésico-vaginale ?
Une inflammation cutanée, une dermatite ammoniacale, une excoriation ou ulcération, une infection cutanée, une contamination fécale
[Polycopié 3-H]
11. Lorsqu'elle examine une femme atteinte de fistule vésico-vaginale, l'infirmière ou la sage-femme peut noter une accumulation de liquide dans le vagin.
a. Vrai
b. Faux
[Polycopié 3-H]
12. Certaines clientes vivant avec une fistule recto-vaginale n'ont aucun symptôme.
a. Vrai
b. Faux
[Polycopié 3-H]
13. Une analyse d'urine est nécessaire pour tous les cas vésico-vaginaux.
a. Vrai
b. Faux
[Polycopié 3-H]

14. Les affections suivantes peuvent indiquer la présence de fistule obstétricale.
- Pied tombant
 - Claudication
 - Incapacité à passer de la position allongée à la position debout sans aide
- d. Toutes les réponses qui précèdent**
[Polycopié 3-H]
15. Si les femmes souffrant de fistule obstétricale sont traitées immédiatement après l'accouchement ou dans les quelques jours qui suivent, la quasi totalité des fistules simples ou peu étendues se referment d'elles-mêmes.
- 5 à 10 %
 - 15 à 20 %**
 - 30 à 40 %
 - 50 %
- [Polycopié 3-L]
16. L'infection et l'incrustation sont courantes avec les sondes urinaires à demeure. Elles peuvent mener à un traumatisme urétral et à une obstruction de la sonde.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 3-M]
17. Les gants sont nécessaires lorsque l'on manipule des sondes urinaires.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 3-M]
18. Les clientes souffrant de fistule obstétricale doivent être encouragées à boire au moins 5 litres d'eau par jour.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 3-M]
19. Avant que la cliente ne subisse son intervention de réparation chirurgicale, à quelle fréquence le personnel doit-il vérifier les poches urinaires ?
- Toutes les 30 minutes
 - Toutes les heures**
 - Toutes les deux heures
- [Polycopié 3-M]
20. Lorsqu'une femme vivant avec une fistule obstétricale a une sonde urinaire, à quelle fréquence doit-elle prendre un bain de siège ?
- Une fois par jour
 - Deux fois par jour**
 - Trois fois par jour
- [Polycopié 3-M]
21. On peut utiliser de l'eau saline (chlorure de sodium à 9 %) pour rincer une sonde urinaire.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 3-Z]

22. La procédure de consentement éclairé confirme que la cliente a fait un choix en connaissance de cause et de son plein gré d'utiliser ou de recevoir un service médical ou une intervention ou une opération chirurgicale.
- a. **Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 3-O]
23. Lorsqu'une femme signe un formulaire de consentement éclairé, cela signifie qu'elle a compris la totalité du traitement médical qu'elle est sur le point de recevoir.
- a. Vrai
 - b. **Faux**
- [Polycopié 3-O]
24. Pour les interventions de réparation de fistule, à qui revient en premier lieu la responsabilité de veiller à recueillir le consentement éclairé de la cliente ?
- a. L'infirmière du service préopératoire
 - b. **Le chirurgien qui réalise la réparation**
 - c. L'établissement où la réparation est effectuée
- [Polycopié 3-O]
25. Le rasage du périnée augmente le risque d'infection au site de l'intervention.
- a. **Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 3-R]
26. Quel est l'abord généralement utilisé pour la réparation d'une fistule vésico-vaginale ?
- a. **L'abord vaginal**
 - b. L'abord abdominal
- [Polycopié 3-S]
27. Le pronostic pour la réparation d'une fistule vésico-vaginale simple est généralement meilleur que celui pour la réparation d'une fistule recto-vaginale.
- a. **Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 3-S]
28. Quels sont les trois points essentiels dans les soins postopératoires d'une réparation de fistule ?
- a. S'assurer que la cliente boit.
 - b. S'assurer que la cliente n'a pas de fuites.
 - c. S'assurer que tous les systèmes de drainage et de vidange fonctionnent.
- [Polycopié 3-X]
29. Citez trois sortes de complications postopératoires survenant peu de temps après une réparation de fistule. [Voir le polycopié 3-Y pour voir les réponses possibles]
30. À quel moment faut-il fixer un rendez-vous de suivi aux femmes qui ont eu une de réparation chirurgicale ?
- a. Dans le mois qui suit l'opération
 - b. Dans les deux mois qui suivent l'opération
 - c. **Dans les trois mois qui suivent l'opération**
- [Polycopié 3-BB]

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-2

La prévention des infections : le traitement des instruments

Corrigé du quiz

1. Citez les quatre étapes du traitement des instruments dans le bon ordre :
 1. **Décontamination**
 2. **Nettoyage**
 3. **Stérilisation ou désinfection de haut niveau**
 4. **Usage ou stockage**
2. Une solution de chlore à 0,5 % peut décontaminer efficacement les instruments et autres matériels de soins. Vrai ou faux ?

Vrai. Il est possible de fabriquer une solution de chlore à 0,5 % à peu de frais à partir d'eau de javel disponible sur place. Pour éviter de les endommager, le personnel hospitalier doit retirer les instruments et autres articles de la solution de chlore après dix minutes et les rincer.
3. On peut utiliser de la poudre javellisante pour fabriquer une solution de chlore à 0,5 %. Vrai ou faux ?

Vrai. On peut également employer de l'eau de javel liquide domestique et des tablettes javellisantes effervescentes.
4. Lorsque l'on nettoie des instruments, il faut utiliser une brosse dure. Vrai ou faux ?

Faux. Il est préférable d'utiliser une brosse souple.
5. Pendant la décontamination, pendant combien de temps les instruments et autres articles doivent-ils rester dans la solution de chlore à 0,5 % ?

10 minutes. Si les articles y restent plus longtemps, ils risquent de se détériorer.
6. Quel type de gants doit-on porter lorsque l'on retire les instruments et autres articles de la solution de chlore à 0,5 % ?

Des gants de travail
7. Citez les trois sortes de stérilisation que l'on utilise pour les instruments qui entrent en contact avec la circulation sanguine ou les tissus sous-cutanés.
 - La stérilisation à la vapeur (que l'on appelle également stérilisation en autoclave ou à chaleur humide sous pression).
 - La stérilisation à chaleur sèche (four électrique)
 - La stérilisation chimique (qu'on appelle aussi stérilisation à froid)
8. La désinfection de haut niveau élimine les bactéries, les virus, les champignons, les parasites et les endospores bactériens. Vrai ou faux ?

Faux. La DHN n'élimine pas les endospores bactériens. C'est pourquoi pour les articles qui entrent en contact avec la circulation sanguine et les tissus sous-cutanés, la stérilisation est préférable.
9. Le mot « autoclave » est synonyme de stérilisation à la vapeur. Vrai ou faux ?

Vrai. On appelle également la stérilisation à la vapeur la stérilisation à chaleur humide sous pression.

10. Elle est suffisamment sûre pour conserver les instruments chirurgicaux et autres articles dans une solution désinfectante et antiseptique. Vrai ou faux ?

Faux. Les micro-organismes peuvent vivre et se multiplier dans ces solutions ; les articles que l'on laisse tremper dans des solutions contaminées peuvent donner lieu à des infections.

Adapté de : EngenderHealth. 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2nd ed. New York.

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-3

La pose de sonde urinaire – évaluation : Corrigé

Q: Qu'est-ce qui est fait pour protéger les droits de la cliente pendant la pose de sonde ?

R: Lui expliquer l'intervention, obtenir son consentement, protéger son confort et son intimité

Q: Quel genre de gants utilise-t-on pour introduire une sonde urinaire ?

R: Des gants stériles

Q: Décrivez la manière de nettoyer les muqueuses périurétrales avant l'introduction de la sonde urinaire.

R: Nettoyer de l'avant vers l'arrière, de l'intérieur vers l'extérieur, et limiter les passages à un seul par tampon.

Q: Avant l'introduction de la sonde, quelle est la structure anatomique que le soignant doit identifier ?

R: Le méat urinaire

Q: À quelle profondeur au-delà du point où l'on observe de l'urine insère-t-on la sonde ?

R: De 1 à 2 cm

Q: Quelle quantité de liquide stérile est généralement utilisée pour gonfler le ballonnet ?

R: 5 ml

Q: À quel endroit fixe-t-on la sonde sur le corps de la cliente ?

R: L'intérieur de la cuisse ou l'abdomen de la cliente

Q: Nommez les caractéristiques de l'urine évaluée par le soignant après avoir introduit la sonde.

R: Quantité, couleur, odeur et qualité

Q: Quelle est la taille de la sonde de Foley recommandée pour les femmes qui vivent avec une fistule obstétricale ?

R: 16 à 18 French

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-4

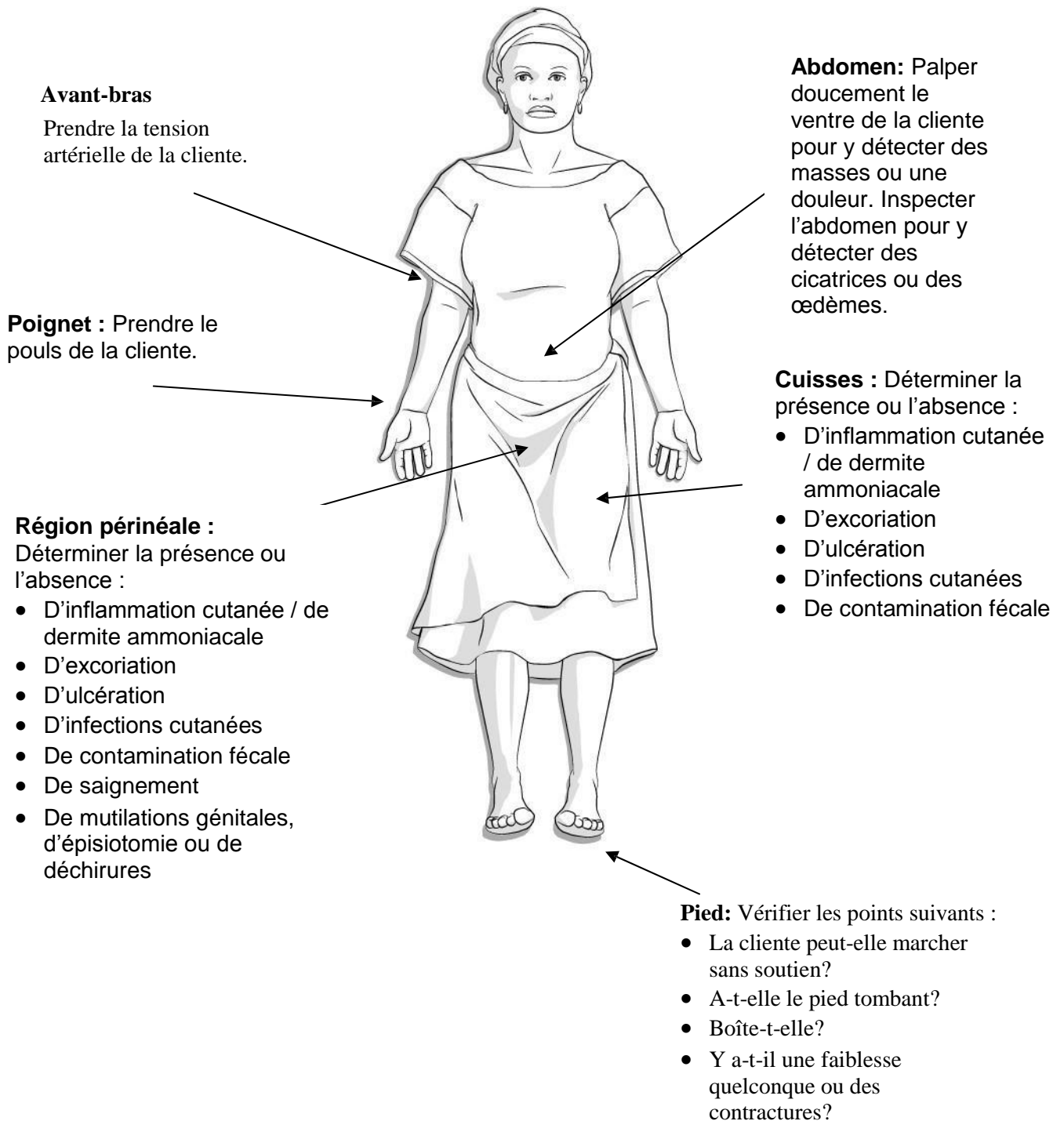
Les services de soins pour les fistules : la mise au rebut des déchets médicaux

Article	Type de déchets	Méthodes d'élimination
Lame de scalpel	Matériels pointus et tranchants	Mettre dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations
Pansements vaginaux	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Conserver temporairement les déchets dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations, rangé dans un local fermé à l'accès limité.
Éponge chirurgicale	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Conserver temporairement les déchets dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations, rangé dans un local fermé à l'accès limité.
Papiers administratifs	Déchets biologiques non infectieux	Mettre dans une poubelle usuelle du type corbeille de bureau.
Aiguille hypodermique	Matériels pointus et tranchants	Mettre dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations
Tubes de sonde/cathéter	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Conserver temporairement les déchets dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations, rangé dans un local fermé à l'accès limité.
Gants d'examen	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Conserver temporairement les déchets dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations, rangé dans un local fermé à l'accès limité.
Matériaux de conditionnement des	Déchets biologiques non infectieux	Mettre dans une poubelle usuelle du type corbeille de bureau.
Compresse, gaze	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Conserver temporairement les déchets dans un récipient à code de couleur, étiqueté, antifuites et antiperforations, rangé dans un local fermé à l'accès limité.
Urine	Déchets biologiques infectieux non tranchants	Porter des gants et des chaussures de travail résistants. Vider soigneusement les déchets liquides dans un évier, un bac, des toilettes munies de chasse d'eau ou des latrines.

Voir le polycopié 3-G pour plus d'information sur la mise au rebut.

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-5

Examen physique de clientes vivant avec une fistule vésicovaginale ou rectovaginale : Corrigé



FICHE PÉDAGOGIQUE 3-6

Dossier médical pour l'étude de cas : Recueil des antécédents médicaux : Corrigé

Nom : Mariam R.

Âge : 16 ans

Parité : 1

Antécédents obstétriques : Un enfant mort-né

Mutilations génitales ? Non

Enfants vivants :

Nombre : 0

Sexe : Sans objet

Dates des accouchements : Sans objet

Menstruations, depuis le dernier accouchement : Normales

Grossesse à l'origine de la fistule :

Qui l'a aidée lors son l'accouchement ? Une matrone.

Durée de travail : 3 jours

Position et présentation du bébé : Inconnues

Type d'accouchement : Vaginal

Interventions chirurgicales (par ex., épisiotomie, symphysiotomie, chirurgie destructrice) ?

Néant

Suites pour le bébé ? Mort-né

Grossesses ultérieures après le développement de la fistule ? Non

Suites : Sans objet

À quel moment la cliente a-t-elle constaté des symptômes d'incontinence ? Six jours après son accouchement

Incontinence : Urinaire

Y a-t-il eu des tentatives pour réparer la fistule ? Non

Y a-t-il des problèmes de mobilité ? Non

Des maladies graves éventuelles ? Non

De précédentes opérations chirurgicales ? Non Des allergies ? Non

Qui s'occupe de la cliente aujourd'hui ? Qui s'occupera d'elle après la réparation chirurgicale ? Ses parents

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-7

Gestion de la sonde - Évaluation

Q: Une sonde à demeure est un dispositif invasif qui s'accompagne de complications importantes.

R: Vrai

Q: Quelle est la taille de ballonnet recommandée ?

R: 10 cc

Q: Quelle est la taille de sonde recommandée?

R: 16 à 18 French

Q: À quelle fréquence les poches urinaires doivent-elles être vérifiées ?

R: Toutes les heures

Q: Avec quel type de solution les poches de vidange doivent-elles être nettoyées ?

R: Une solution de chlore à 0,5 %

Q: À quelle fréquence une femme ayant une sonde à demeure doit elle prendre des bains de siège ?

R: Au moins deux fois par jour

Q: Faut-il retenir la sonde avec une pince lorsque la cliente est transportée ?

R: Non

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-8

Jeux de rôles : Consentement éclairé

Naïna

Naïna est une jeune femme âgée de dix-neuf ans qui vit avec des fuites urinaires depuis quatre ans, suite à la naissance d'un enfant mort-né. Sa famille et son mari sont restés près d'elle pendant son long travail, mais la décision de l'emmener à l'hôpital n'a pas été prise avant le troisième jour de travail.

Après l'accouchement, Naïna était toujours mouillée et sentait l'urine. Son mari l'a ramenée à l'hôpital et le couple a été orienté vers votre établissement pour évaluation et réparation. Naïna a une fistule vésico-vaginale. Selon les médecins, la réparation devrait être relativement peu compliquée. Naïna et son mari voient arriver avec anxiété l'opération, fixée à dans trois jours à compter d'aujourd'hui.

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-9
Soins préopératoires : Questions et réponses

Q: Avant la réparation chirurgicale de la fistule, combien de litres d'eau la cliente doit-elle boire chaque jour ?

R: Au moins 5 litres

Q: La veille de l'opération, la cliente n'absorbe que des aliments liquides. Donnez des exemples de liquides qu'elle peut prendre.

R: Thé, jus de fruits, boissons gazeuses, eau

Q: Si le chirurgien ordonne des lavements avant la réparation chirurgicale, à quelle fréquence les administre-t-on ?

R: Au moins deux fois avant l'opération

Q: Pourquoi l'exercice régulier est-il recommandé avant la réparation chirurgicale ?

R: Cela favorise une bonne circulation pour maintenir la tonicité musculaire.

Q: Des études montrent que le rasage du périnée augmente le risque d'infection au site d'intervention. Vrai ou faux ?

R: Vrai

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-10

Soins postopératoires : Quiz

Q: Pendant la première heure après l'opération, à quelle fréquence faut-il vérifier les constantes ?

R: Toutes les 15 minutes

Q: Pendant les premières 24 heures après l'opération, où l'infirmière ou la sage-femme doit-elle vérifier la présence d'éventuels saignements ?

R: Au niveau du pansement vaginal, du site de la greffe labiale, de l'incision abdominale (le cas échéant), des points de drainage

Q: Quelle quantité de liquides la cliente doit-elle boire pendant les 24 heures qui suivent l'opération et au-delà ?

R: Au moins 5 litres d'eau par 24 heures

Q: Si un pansement vaginal a été utilisé, quand faut-il le retirer ?

R: Sauf instructions contraires d'un médecin, 24 heures après l'opération

Q: Quelles solutions peuvent-elles être utilisées pour rincer une sonde urinaire bouchée ?

R: De l'eau stérile, de l'eau à injecter et une solution de bore et d'acide borique mélangée à de l'eau purifiée (voir polycopié 3-Z).

Q: Les femmes qui ont subi une réparation simple doivent être encouragées à se mettre à bouger dans la journée qui suit l'opération.

R: 24

Q: Peut-on utiliser des suppositoires rectaux après la réparation d'une fistule recto-vaginale?

R: Non

Q: Que peut-on faire pour prévenir une thrombose veineuse profonde après une réparation chirurgicale de la fistule ?

R:

- Des exercices de respiration profonde
- Tousser
- Être attentive à sa position
- Bouger
- Gestion de la douleur

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-11

Réparation de fistule : Programme de soins infirmiers postopératoires : Corrigé

Programme de soins infirmiers postopératoires immédiats dans les 24 heures suivant l'opération (selon le processus de soins)				
Diagnostic pour les soins infirmiers	Interventions de soins infirmiers	Justification	Résultat escompté	Évaluation
<i>Période postopératoire immédiate (dans les premières 24 heures) : constantes</i>				
<p>Fonction cardiaque: Diminution de la fréquence cardiaque.</p> <p>Peut être due aux anesthésiques, à d'autres médicaments, une perte de fluides ou de sang, ou leur remplacement, une accumulation périphérique de sang, des modifications du rythme cardiaque</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Surveiller /enregistrer les constantes pendant 15 minutes, au cours de la première heure (NB : alors que les patientes qui subissent une anesthésie rachidienne sont surveillés régulièrement toutes les 30 minutes, cette patiente doit en revanche être suivie toutes les 15 minutes, étant donné sa tension et son pouls à son arrivée dans la salle de réveil) ⊗ Déterminer le niveau de conscience ⊗ Surveiller /enregistrer: <ul style="list-style-type: none"> • Le drainage à partir du site d'intervention • Les volumes absorbés et éliminés ⊗ Administrer des liquides, si indiqués ou ordonnés ⊗ Si tension basse, surélever les jambes, sauf contre-indication (voir avec le chirurgien) <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter les quantités de liquide administrées ⊗ Maintenir la perméabilité de la perfusion IV. Voir avec le chirurgien si l'hypotension impose d'augmenter le débit de la perfusion ⊗ Administrer les médicaments conformément à l'ordonnance du médecin pour renforcer la fonction cardiaque <input type="checkbox"/> Réchauffer la patiente à 36°C si sa température chute. <input type="checkbox"/> Administrer de l'oxygène humidifié <input type="checkbox"/> Aviser le chirurgien en cas d'observations anormales ou de signes de choc; si la tension chute, si la température s'élève, si la respiration s'accélère tout en devenant superficielle; 	<p>Déterminer l'effet des médicaments toujours en circulation</p>	<p>La patiente doit maintenir une fréquence cardiaque suffisante à sa sortie de la salle de réveil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tension normale • Peau chaude, sèche • Orientée selon la personne et le lieu • Pouls régulier et fort

Programme de soins infirmiers postopératoires immédiats dans les 24 heures consécutives à l'opération (selon le processus de soins)				
Diagnostic pour les soins infirmiers	Interventions de soins infirmiers	Justification	Résultat escompté	Évaluation
<p>Fonction respiratoire: Respiration inefficace</p> <p>Peut être en rapport avec les médicaments/l'anesthésie, le type d'intervention, la douleur ou une obstruction trachéobronchique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Déterminer la situation respiratoire <input type="checkbox"/> Déterminer le niveau de conscience <input type="checkbox"/> Administrer de l'oxygène humidifié <input type="checkbox"/> Surélever la tête de lit, sauf contre-indication <input type="checkbox"/> Encourager la patiente à prendre de profondes inspirations ou à les tenir au maximum <input type="checkbox"/> Déterminer le niveau de confort de la patiente; administrer des analgésiques selon les besoins ou selon le protocole <input type="checkbox"/> Aviser le chirurgien en cas d'observations anormales ou de signes de choc; si la respiration s'accélère tout en devenant superficielle 	<p>Voir s'il faut inverser l'effet des médicaments</p>	<p>La patiente conservera une ventilation, une perfusion et un volume pulmonaire suffisant à sa sortie de la salle de réveil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un rythme respiratoire régulier • Une respiration bilatérale rend un son net et égal • Tension et pouls dans les valeurs normales
<p>Thermorégulation: Possibilité que la thermorégulation ne soit pas efficace</p> <p>Peut être dû à l'intervention chirurgicale, aux anesthésiques, à la durée de l'opération, à l'âge de la cliente, à l'environnement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⚙ Mesurer la température du corps à réception (consigner le degré et la voie du thermomètre) ⚙ Évaluer la circulation périphérique ⚙ Surveiller les constantes (et la saturation en oxygène) ⚙ Observer la patiente pour voir si elle a des frissons ⚙ Prenez des mesures pour réchauffer la patiente si elle est en hypothermie <ul style="list-style-type: none"> • Placez des couvertures chaudes sur son corps et sa tête • Utilisez les appareils chauffants à votre disposition ⚙ Alerter le chirurgien si la température s'élève et commencer à prendre en charge l'hyperthermie, conformément aux instructions ⚙ Continuer à surveiller la température sans interruption jusqu'à la sortie de la salle de réveil 	<p>Déterminer les effets de l'anesthésie ou du milieu</p>	<p>La patiente doit rester à une température moyenne de normothermie (36°–38°C) à sa sortie de la salle de réveil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Température moyenne de 36°–38°C

Programme de soins infirmiers postopératoires immédiats dans les 24 heures consécutives à l'opération (selon le processus de soins)				
Diagnostic pour les soins infirmiers	Interventions de soins infirmiers	Justification	Résultat escompté	Évaluation
<p>Fonction urinaire: Déterminer un déséquilibre entre les volumes absorbés et éliminés</p> <p>Peut être dû à une absorption trop faible, une perte de sang, une obstruction dans le système de sonde urinaire, un traumatisme au système urinaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Déterminer la quantité et la couleur de l'urine qui s'écoule dans la poche (ou le seau) <ul style="list-style-type: none"> • Comparer ce volume aux liquides administrés par perfusion indiqués sur le graphique ⊗ Indiquer sur le graphique la sonde utilisée ⊗ Contrôler les volumes absorbés et éliminés, ainsi que la couleur de l'urine ⊗ Inspecter l'état de la sonde urinaire pour déceler d'éventuelles plicatures (ou obstruction) lorsque le volume d'urine éliminée est inférieur à ce qui était prévu ⊗ Informer le chirurgien d'un déséquilibre entre les liquides ou un changement dans la quantité et la couleur de l'urine. Indiquer au chirurgien si la sonde de Foley ne s'ouvre pas après passage de l'urine ou si l'urine est sanglante après son passage dans la sonde. 	<p>Un équilibre des liquides indique une fonction rénale normale</p> <p>Une urine de couleur pâle indique que l'hydratation pour empêcher l'obstruction des sondes est suffisante; maintenir l'urine diluée, afin d'empêcher la formation de calculs; empêcher une infection montante des voies urinaires</p> <p>Maintenir la vessie vide</p>	<p>La patiente doit conserver l'équilibre entre les liquides et une urine de couleur pâle à sa sortie de la salle de réveil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urine jaune pâle • Absorption et élimination de liquides équilibrée
<p>Perfusion ouverte pour maintenir une absorption suffisante de liquide</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vérifier qu'il n'y a pas de plicatures sur le tube de perfusion et que l'écoulement se fait correctement; surveiller le site d'introduction pour vous assurer qu'il n'est ni gonflé ni rouge <input type="checkbox"/> Si les pratiques de soins infirmiers ne prévoient pas de redémarrer les perfusions, alerter le chirurgien si l'IV ne fonctionne pas 	<p>Veiller à la perméabilité de la perfusion et à l'absorption de liquides</p>	<p>La patiente doit maintenir le débit de la perfusion conformément aux instructions</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perméabilité de la perfusion maintenue

Programme de soins infirmiers postopératoires immédiats dans les 24 heures suivant l'opération (selon le processus de soins)				
Diagnostic pour les soins infirmiers	Interventions de soins infirmiers	Justification	Résultat escompté	Évaluation
<p>Site(s) d'intervention: Vérifier que l'intégrité du ou des sites d'intervention n'est pas modifiée</p> <p>Peut être dû à un traumatisme pendant l'opération, un traumatisme avec la sonde urinaire, une mauvaise cicatrisation de la plaie, une infection (au-delà de la période postopératoire immédiate)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Déterminer la présence d'un saignement au(x) site(s) d'intervention, par exemple vaginal (site de greffe de Martius, si utilisée); autour de la sonde urinaire et du site de la sonde urétrique (si utilisée) ⊗ Ausculter l'abdomen pour y déceler une éventuelle rigidité ⊗ Informer le chirurgien s'il y a des signes de saignement au site de l'intervention 	<p>Identifier les signes patents de saignement et comparer les quantités avec la période passée en salle de réveil</p> <p>Vérifier les sites de saignement éventuels; dans les endroits non sécurisés, l'hémorragie primaire survient dans les premières 24 heures</p> <p>Un abdomen rigide indique un saignement abdominal</p>	<p>L'homéostasie doit être maintenue à la sortie de la patiente de la salle de réveil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Site d'intervention sans saignement actif; intact • Abdomen mou
<p>Gestion de la douleur</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Vérifier le niveau de douleur ⊗ En anticipation de la dissipation de l'anesthésie rachidienne, on peut proposer à la patiente des analgésiques à l'avance pour qu'elle ne souffre pas ⊗ Alerter le chirurgien si la douleur est intense et si les analgésiques prescrits ne la soulagent pas 	<p>Maintenir le niveau de confort de la patiente</p>	<p>La patiente présentera un niveau de confort acceptable (selon l'échelle d'évaluation de la douleur/ du confort local)</p>	<p>Confort de la patiente maintenu</p>
<p>Vivacité mentale (indicateur du bien-être hémodynamique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Évaluer la vivacité mentale ⊗ Alerter le chirurgien si la patiente entre dans un état de confusion ou si elle est désorientée 	<p>Veiller à la fonction cognitive</p>	<p>La patiente fait preuve d'une fonction cognitive appropriée</p>	<p>La patiente est vive et orientée sur le présent</p>

FICHE PÉDAGOGIQUE 3-12
Jeux de rôles : Accompagnement à la sortie de l'hôpital

Naïna s'est fait opérer d'une fistule vésico-vaginale. L'opération s'est bien passée et Naïna est sur le point de rentrer chez elle. Son mari est avec elle ; il va la raccompagner à la maison. C'est son mari et sa belle-mère qui s'occuperont d'elle à la maison.

MODULE 4 : DROITS DE LA CLIENTE, INFORMATION, ÉDUCATION ET IMPLICATION DE LA COMMUNAUTÉ

Introduction

Ce sont les droits de la cliente qui définissent la norme des pratiques de soins infirmiers et les services des sages-femmes auprès des femmes, des couples et des familles qui viennent recourir aux soins pour les fistules et des initiatives de soins sur place pour les fistules. L'information et l'éducation sont de puissants outils pour prévenir la fistule obstétricale et la prendre en charge. Les décisions sur la fistule ne sont pas prises seulement par les femmes qui en souffrent. Les personnes, les familles et les communautés doivent être bien informées avant de pouvoir collaborer à la prévention, au traitement et à la réintégration des femmes. Lorsqu'elles disposent d'informations précises, les communautés peuvent contribuer à modifier certaines normes et pratiques sociales qui exposent les femmes aux fistules obstétricales.

Conditions préalables

- Avoir suivi et réussi les modules 1 et 2 de ce cours (ou connaissances et expérience équivalentes).
- Avoir des compétences de base dans l'information, l'éducation et la communication, acquises par des études ou issues d'une expérience pratique.
- Avoir des compétences de base dans la communication sur les changements de comportement, acquises par des études ou issues d'une expérience pratique.
- Avoir des compétences de base dans les processus d'implication des communautés, acquise par des études ou issues d'une expérience pratique.

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Citer les sept droits des clientes
- Décrire les sept droits des clientes en rapport avec les services de santé pour les femmes, les couples et les familles touchés par la fistule obstétricale
- Identifier les facteurs traditionnels et culturels touchant la santé reproductrice des femmes et jeunes filles et contribuant à la fistule obstétricale
- Définir des termes courants, notamment *information, éducation et communication* (IEC) et *communication sur les changements de comportements* (CCC)
- Expliquer comment l'IEC agit en faveur des droits des clientes
- Décrire les facteurs qui jouent sur la volonté et la capacité de quelqu'un à adopter des comportements sains
- Décrire ce que doivent faire les infirmières et des sages-femmes pour apporter des IEC sur la fistule obstétricale
- Décrire comment choisir et utiliser efficacement des supports d'IEC sur la fistule obstétricale
- Identifier les problèmes dont il faut tenir compte pour planifier une séance d'éducation de groupe à la santé sur la prévention de la fistule obstétricale

- Définir les notions d'*implication de la communauté*, de *sensibilisation de la communauté* et de *mobilisation de la communauté*
- Identifier comment sont dirigées les communautés, et qui est responsable de la prévention et du traitement des fistules obstétricales.
- Identifier les moyens dont dispose la communauté pour la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale
- Expliquer à quelles stratégies les communautés peuvent faire appel pour contribuer à mettre sur pied des services de prévention et de prise en charge de la fistule obstétricale
- Définir le terme *plaidoyer stratégique*
- Décrire les étapes du plaidoyer stratégique
- Expliquer l'importance d'un plaidoyer pour la prévention et la prise en charge de la fistule, et pour la réintégration de celles qui en sont affectées
- Pour la prévention et la prise en charge de la fistule et la réintégration des femmes, décrire les défis à relever pour mener ce plaidoyer au niveau local, et comment les surmonter
- Définir la notion d'*implication des hommes*
- Décrire comment les hommes peuvent être associés à la prévention et à la prise en charge de la fistule obstétricale
- Décrire des moyens pour sensibiliser les hommes aux attitudes traditionnelles de genre et aux pratiques qui contribuent à la fistule obstétricale.
- Définir la notion de *réseau d'entraide*
- Décrire comment utiliser le réseau d'entraide comme moyen pour prévenir la fistule obstétricale, la prendre en charge et aider les femmes concernées à réintégrer leur milieu.

Présentation du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Les droits des clientes dans le traitement de la fistule	1 heure et 30 minutes
. Facteurs sociaux contribuant aux fistules	30 minutes
3. Information, éducation et communication pour des changements de comportement	2 heures et 25 minutes
A. Introduction à l'IEC et à la CCC	1 heure
B. L'IEC et la CCC pour les clientes dans le traitement de la fistule	40 minutes
C. Animer des séances d'éducation de groupe Prévenir la fistule obstétricale	45 minutes
4. Implication et mobilisation de la communauté	1 heure et 10 minutes
5. Le plaidoyer stratégique	1 heure et 15 minutes
A. Introduction au plaidoyer stratégique	30 minutes
B. Plaidoyer stratégique pour la prévention, la prise en charge de la fistule et la réintégration des femmes dans leur communauté	45 minutes
6. L'implication des hommes	1 heure et 10 minutes
7. Constitution d'un réseau d'entraide avec les partenaires et les parties	1 heure et 20 minutes
A. Constitution d'un réseau d'entraide avec les partenaires et les parties prenantes	40 minutes
B. Évaluation du module 4	40 minutes
Durée totale	9 heures et 20 minutes

Évaluation

- Fiche pédagogique 4-1 : Module 4 Évaluation et corrigé

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez de 10 à 14 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 4- 1 pour les tests de début et de fin du module 4.

Séance 1

Les droits des clientes dans le traitement de la fistule

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Citer les sept droits des clientes
- Décrire les sept droits des clientes en rapport avec les services de soins pour les femmes, les couples et les familles touchés par la fistule obstétricale.

POINTS À RETENIR

- Ce sont les droits des clientes qui fixent la norme en matière de soins pour les fistules.
- La qualité des services de soins pour les fistules et les droits des clientes sont indissociables.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail en petits groupes

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 4-A : Droits des clientes
- Fiche pédagogique 4-1 : Module 4 - Évaluation et corrigé

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue le polycopié 4-A.
4. Photocopiez le polycopié 4-A pour les participants.
5. Partie A, activité 1 : Sur une feuille du tableau-papier, citez les sept droits des clientes contenus dans le polycopié 4-A. Ne listez que les droits, pas le texte concernant la fistule. Couvrez le tableau, vous le montrerez à la fin de l'activité.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 30 minutes

SÉANCE 1

Étapes de la formation

Partie A : LES DROITS DES CLIENTES

Durée : 1 heure et 30 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (30 minutes)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Il est possible que certains participants connaissent déjà les sept droits des clientes présentés dans cette activité. Adaptez votre présentation sur les droits en fonction des connaissances des participants.

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est de présenter les ***droits qu'ont toutes les clientes de bénéficiaire de soins de qualité.***
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez à un volontaire de raconter au groupe une situation dans laquelle il a eu l'impression qu'une cliente n'avait pas reçu des soins de qualité. L'histoire peut aussi bien être tirée de l'expérience personnelle que professionnelle du volontaire. Avant que le volontaire ne commence, dites-lui de ne pas dévoiler le nom de la cliente ni l'endroit où s'est passé l'incident. Ayez une anecdote tirée de votre propre expérience prête à raconter au cas où les volontaires n'en ont pas à proposer.
5. Après que le volontaire a raconté l'histoire, affichez les sept droits des clientes sur le tableau-papier.
Demandez au groupe de dire quel(s) est (sont) le(s) droit(s) des clientes qu'illustre cette histoire. Insistez sur le fait que la qualité des soins et les droits des clientes sont indissociables.
6. Présentez la liste des sept droits des clientes affichée sur le tableau. Demandez au groupe s'ils connaissent ces droits. Adaptez votre présentation en fonction des connaissances du groupe.

Activité 2 : Travail en petits groupes (1 heure)

1. Divisez le groupe en sept petits groupes, un pour chaque droit. Si nécessaire, on peut attribuer plusieurs droits au même groupe. Demandez aux groupes de :
 - Dire en quoi le droit s'applique aux femmes vivant avec une fistule obstétricale
 - Décrire ce que l'on peut faire pour promouvoir ce droit pour les femmes vivant avec une fistule obstétricale
2. Laissez 15 minutes à chaque groupe pour travailler. Ils peuvent utiliser des feuilles de tableau-papier pour noter leurs réponses. Demandez à chaque groupe de désigner une personne pour prendre des notes / un rapporteur.
3. Repassez en classe entière. Donnez dix minutes au rapporteur de chaque petit groupe pour résumer les idées. Demandez s'il y a des commentaires.
4. Résumez l'activité, en validant les apports des groupes. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le photocopié 4-A comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des copies du photocopié au groupe.

SÉANCE 2

Facteurs sociaux contribuant aux fistules

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure :

- D'identifier les facteurs traditionnels et culturels affectant la santé reproductrice des femmes et jeunes filles et contribuant à la fistule obstétricale.

POINT À RETENIR

- Des facteurs traditionnels et culturels jouent un rôle déterminant dans la fistule obstétricale.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion

Supports et matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopiés 1-E et 1-F du Module 1.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Tout au long de cette séance, les participants peuvent réfléchir aux communautés qu'ils connaissent et aux facteurs sociaux qui contribuent aux cas de fistule obstétricale ou qui la préviennent.

Durée de la séance (totale) : 30 minutes

SÉANCE 2

Étapes de la formation

Partie A : FACTEURS SOCIAUX

Durée : 30 minutes

Activité : Présentation et discussion (revue) (30 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est de comprendre les *facteurs sociaux qui contribuent aux cas de fistule obstétricale*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez aux participants de décrire les facteurs traditionnels et culturels contribuant à la fistule obstétricale, présentés dans le module 1, séance 3. Notez ceux-ci sur une feuille du tableau-papier.
5. Résumez l'activité, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que les participants n'ont pas traités, en prenant les photocopiés 1-E et 1-F comme référence. Insistez sur le fait que les infirmières et les sages-femmes doivent prendre en compte les facteurs sociaux lorsqu'elles participent à l'élaboration de programmes et de supports d'IEC.

SÉANCE 3

Information, éducation et communication pour des changements de comportement

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir des termes courants, notamment *information, éducation et communication* (IEC) et *communication sur les changements de comportement* (CCC)
- Décrire comment l'IEC intervient en faveur des droits des clientes
- Parler des facteurs qui jouent sur la volonté et la capacité de quelqu'un à adopter des comportements sains
- Décrire ce que doivent faire les infirmières et des sages-femmes pour dispenser l'IEC sur la fistule obstétricale
- Décrire comment choisir et utiliser efficacement des documents d'IEC sur la fistule obstétricale
- Identifier les problèmes dont il faut tenir compte pour planifier une séance d'éducation de groupe à la santé sur la prévention de la fistule obstétricale

POINTS À RETENIR

- L'information, l'éducation et la communication peuvent contribuer à prévenir les cas de fistule et protéger les droits des femmes concernées.
- Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle important dans l'élément IEC des services de soins pour les fistules.

Méthodes de formation

- Présentation
- Lecture
- Discussion
- Exercice en binômes
- Travail en petits groupes

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Partie B, activité 1 : Papier et crayon pour chaque binôme
- Polycopié 4-B : Information, éducation et communication - Définitions
- Polycopié 4-C : Comment l'information, l'éducation et la communication interviennent en faveur des droits des clientes.
- Polycopié 4-D : Facteurs ayant une incidence sur l'adoption de comportements sains
- Polycopié 4-E : Information, éducation et communication sur la fistule obstétricale: Rôle des infirmières et des sages-femmes
- Polycopié 4-F : Du bon usage des documents d'information, d'éducation et de communication
- Polycopié 4-G : La communauté de Sifa
- Polycopié 4-H : Séances d'éducation de groupe à la santé : Prévenir la fistule obstétricale
- Fiche pédagogique 4-2 : Séances d'éducation de groupe à la santé : Prévenir la fistule obstétricale : Guide de discussion

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopiés 4-B, 4-C, 4-D, 4-E, 4-F, 4-G et 4-H.
4. Photocopiez les photocopiés 4-B, 4-C, 4-D, 4-E, 4-F, 4-G et 4-H pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Pour cette séance, il est possible de faire appel aux participants expérimentés qui ont déjà mené des campagnes d'IEC, élaboré des supports d'IEC ou joué le rôle d'éducateurs sanitaires, et qui peuvent être de précieuses références.

Durée de la séance (totale): 2 heures et 25 minutes

SÉANCE 3

Étapes de la formation

Partie A : Introduction à l'IEC et à la CCC

Durée : 1 heure

Activité 1 : Présentation et lecture (revue) (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est d'examiner *les notions de base que sont l'information, l'éducation et la communication (IEC) et la communication sur les changements de comportement (CCC)*.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Distribuez le polycopié 4-B ; demandez aux participants de passer quelque temps à lire les définitions. Expliquez qu'il s'agit de termes courants et que certains se recoupent. Insistez sur les définitions de l'IEC et de la CCC. Demandez si quelqu'un a des questions ou des commentaires sur les définitions.
5. Dites que l'IEC travaille à améliorer les comportements en matière de santé et les comportements sains.

Activité 2 : Discussion (20 minutes)

1. Demandez au groupe de citer les sept droits des clientes, en se référant au besoin au tableau utilisé pendant la séance 1.
2. Demandez au groupe comment l'IEC sur la fistule obstétricale favorise les droits des clientes.
3. Résumez l'activité, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le polycopié 4-A comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des photocopies du polycopié au groupe.

Activité 3 : Discussion et présentation (20 minutes)

1. Demandez au groupe : « L'IEC suffit-elle à susciter des comportements sains? » La réponse est non. Si quelqu'un dit oui, demandez-lui de réfléchir aux autres facteurs qui interviennent avant que quelqu'un puisse adopter un comportement sain. Demandez au groupe de décrire certains de ces facteurs.
2. Résumez l'activité, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le polycopié 4-D comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des photocopies du polycopié au groupe.

PARTIE B : L'IEC ET LA CCC POUR LES CLIENTES DANS LE TRAITEMENT DE LA FISTULE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Exercice en binôme (20 minutes)

1. Regroupez les participants en binômes. Veillez à ce que chaque binôme ait du papier et un crayon pour noter ses réponses.
Demandez aux binômes de décrire tour à tour le rôle que peuvent jouer les infirmières et les sages-femmes pour apporter des informations et une éducation sur la fistule obstétricale. Donnez à chaque binôme cinq minutes pour travailler.
2. Repassez en classe entière. Demandez à chacun de citer un de ces rôles et d'éviter de répéter ce qui a déjà été dit.
3. Résumez l'activité, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le polycopié 4-E comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de la séance, distribuez des photocopies du polycopié au groupe.

Activité 2 : Discussion et présentation (20 minutes)

1. S'il y a des infirmières et des sages-femmes expérimentées dans le groupe, demandez-leur d'expliquer comment on choisit des supports d'IEC, comment on les sélectionne pour les clientes qui ne savent pas lire ou qui n'ont qu'un faible niveau en lecture, et comment utiliser des supports d'IEC lorsque l'on travaille avec des clientes. Notez leurs idées sur une feuille du tableau-papier. Ajoutez-y les idées figurant sur le polycopié 4-F qui n'ont pas été mentionnées.
2. S'il n'y a pas de participants expérimentés, présentez vous-même les idées du polycopié.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des photocopies du polycopié au groupe.

PARTIE C : ANIMER DES SÉANCES D'ÉDUCATION DE GROUPE POUR PRÉVENIR LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 45 minutes

Activité : Travail en petits groupes et discussion (45 minutes)

1. Divisez les participants en groupes de trois à cinq. Remettez à chaque groupe des photocopies du polycopié 4-G et 4-H. Dites aux participants qu'ils sont chargés de mettre au point une séance pédagogique de groupe destinées aux chefs locaux de la communauté de Sifa et de l'animer. L'objet de la séance est la prévention de la fistule obstétricale. Demandez à chaque groupe de lire le polycopié 4-G et de répondre aux questions posées sur le polycopié 4-H. Donnez 20 minutes à à chaque groupe.
2. Repassez en classe entière. Demandez aux participants d'énoncer les idées produites dans leur groupe. La fiche pédagogique 4-2 fournit un guide de discussion.
3. Commentez ce que disent les participants en termes constructifs. Dites-leur que l'évaluation de la situation locale et du public est une première étape essentielle quand on élabore des stratégies, des programmes et des activités d'IEC. Dites-leur aussi que certains chefs locaux dans la communauté de Sifa peuvent être des femmes en âge de procréer, et que les informations qui leur seront communiquées pendant la séance de groupe revêtiront pour elles une signification personnelle.

Séance 4

Implication et mobilisation de la communauté

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de:

- Définir les notions d'*implication de la communauté*, de *sensibilisation de la communauté* et de *mobilisation de la communauté*
- Identifier comment sont dirigées les communautés, et qui est responsable de la prévention et du traitement des fistules obstétricales
- Identifier les moyens dont dispose la communauté pour la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale
- Expliquer les stratégies auxquelles les communautés peuvent recourir pour contribuer à mettre sur pied des services de prévention et de prise en charge de la fistule obstétricale

POINTS À RETENIR

- Les communautés jouent un rôle essentiel dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale et la réintégration des femmes concernées.
- Les chefs de ces communautés peuvent promouvoir des changements capables de prévenir et de prendre en charge les cas de fistule et agir en faveur de la réintégration des femmes concernées par les fistules.
- Les communautés peuvent apporter toutes sortes de moyens pour permettre la mise en place de services de soins pour les fistules.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail en petits groupes

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 4-I: Définitions: Implication et mobilisation de la communauté
- Polycopié 4-J: Les instances dirigeantes des communautés
- Polycopié 4-K: Les moyens communautaires

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 4-I, 4-J et 4-K.
4. Photocopiez les polycopiés 4-I, 4-J et 4-K pour les participants.

Conseils pédagogiques

Les participants ayant l'expérience de la façon d'associer les communautés peuvent être de précieuses références pour cette séance. *Beyond Repair: Involving Communities in Fistula Prevention and Reintegration* décrit comment une communauté guinéenne travaille à prévenir la fistule et à aider les femmes à réintégrer leur milieu social. Cet exposé technique est disponible sur le site des Fistula Care (www.fistulacare.org). Il peut constituer un polycopié ou un sujet de discussion intéressant.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 10 minutes

Séance 4

Étapes de la formation

IMPLICATION ET MOBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ

Durée : 1 heure et 10 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (20 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est de voir ***quel rôle les communautés peuvent jouer dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale.***
3. Dites en outre que ***les membres des familles font partie de la communauté et jouent un rôle déterminant pour prévenir la fistule et envoyer les femmes se faire soigner.***
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
5. Demandez aux participants de définir les notions de *sensibilisation de la communauté*, *implication de la communauté* et *mobilisation de la communauté*
6. Distribuez le polycopié 4-I et comparez les définitions qu'il propose à celles fournies par les participants.
7. Reprenez en disant que les communautés jouent un rôle décisif dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale et dans la réintégration des femmes concernées par ce problème dans leur communauté.
8. Rappelez aux participants la séance d'éducation de groupe qu'ils ont conçue à la séance 3, partie C de ce module. Ces séances sont souvent le point de départ d'un travail d'implication des communautés.

Activité 2 : Discussion et présentation (20 minutes)

1. Demandez aux participants de décrire les différentes instances dirigeantes qui existent dans leur communauté. Notez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier.
2. Distribuez le polycopié 4-J et résumez-le brièvement au groupe.
3. Dites au groupe que les programmes de traitement de la fistule doivent travailler avec toutes les instances dirigeantes dans la communauté pour permettre la prévention des cas de fistule, pour toucher les femmes qui ont besoin de services de réparation et aider les femmes concernées à réintégrer leur milieu social.

Activité 3 : Présentation et travail en petits groupes (30 minutes)

1. Distribuez les photocopies 4-K et présentez les moyens communautaires qui y sont décrits.
2. Divisez le groupe en petits groupes, un pour chaque catégorie listée sur le polycopié. Invitez les participants dans chaque groupe à donner des exemples tirés de leur communauté pour la catégorie expliquant comment les communautés peuvent contribuer à favoriser et mettre sur pied des services de traitement de la fistule et soutenir les femmes concernées. Donnez 10 minutes à chaque groupe pour travailler.
3. Repassez en classe entière. Demandez aux participants de donner des exemples puisés dans leurs discussions en groupe.
4. Résumez la séance en validant les apports des groupes. Répondez à toutes les questions que les participants peuvent avoir.

SÉANCE 5

Le plaidoyer stratégique

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir le terme *plaidoyer stratégique*
- Décrire les étapes du plaidoyer stratégique
- Expliquer l'importance d'un plaidoyer pour la prévention et la prise en charge de la fistule, et pour la réintégration de celles qui en sont affectées
- Décrire les défis à relever pour mener ce plaidoyer pour la prévention, la prise en charge et la réintégration au niveau local et comment les surmonter

POINTS À RETENIR

- Le plaidoyer stratégique est important dans le traitement de la fistule parce qu'il peut influencer la prise de décision, l'élaboration de réglementations, l'implication des communautés et la pérennité des programmes

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Brainstorming
- Exercice en binômes

Supports/ matériel

- Papier et crayon pour chaque participant
- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 4-L : Définition du plaidoyer stratégique
- Polycopié 4-M : Les étapes du plaidoyer stratégique
- Polycopié 4-N : Pourquoi le plaidoyer stratégique est particulièrement important pour la fistule obstétricale

Préparation en amont

1. Passez en revue des étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 4-L., 4-M, et 4-N.
4. Photocopiez les polycopiés 4-L, 4-M, et 4-N pour les participants.
5. Partie A, activité 2 : Inscrivez les étapes du plaidoyer stratégique figurant sur le polycopié 4-M sur une feuille de tableau-papier. Ne listez que les étapes ; laissez de côté le texte qui les accompagne.

ASTUCES PÉDAGOGIQUES

Les participants qui ont l'expérience du plaidoyer stratégique peuvent être de précieuses références pour cette séance.

Le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA) et Family Care International ont publié *Living Testimony: Obstetric Fistula and Inequities in Maternal Health*, un livret destiné à mener ce plaidoyer. Pour le télécharger en anglais ou français, allez sur le site de l'UNFPA, www.unfpa.org.

Durée de la séance (totale): 1 heure et 15 minutes

Séance 5

Étapes de la formation

Partie A : INTRODUCTION AU PLAIDOYER STRATÉGIQUE

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (15 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est d'explorer ***comment le plaidoyer stratégique joue un rôle dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale et la réintégration des femmes qui en souffrent dans leur communauté.***
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez à chacun d'écrire la définition du mot *plaidoyer stratégique* avec ses propres mots sur un morceau de papier.
5. Demandez à des volontaires de lire leur définition au groupe.
6. Écrivez les points importants des définitions sur le tableau-papier.
7. Pour résumer l'activité, distribuez le polycopié 4-L et demandez à un des participants de lire la définition qu'il contient.

Activité 2 : Présentation et discussion (15 minutes)

1. Affichez les étapes du plaidoyer stratégique inscrites sur le tableau-papier. Décrivez les étapes en vous appuyant sur le polycopié 4-M.
2. Demandez aux participants s'ils ont déjà travaillé à un programme de plaidoyer stratégique. Si l'un d'eux répond oui, faites-le parler de l'expérience qu'il en a.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions sur le plaidoyer stratégique et répondez-leur le cas échéant.

PARTIE B : PLAIDOYER STRATÉGIQUE POUR LA PRÉVENTION, LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE ET LA RÉINTEGRATION DES FEMMES DANS LEUR COMMUNAUTÉ

Durée : 45 minutes

Activité 1 : Discussion (15 minutes)

1. Demandez aux participants pourquoi le plaidoyer stratégique a une importance toute particulière pour la prévention et la prise en charge de la fistule, et la réintégration des femmes dans leur communauté.
2. Résumez la discussion, en validant les apports des participants. Ajoutez les raisons que les participants n'ont pas mentionnées, en prenant le polycopié 4-N comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de l'activité, distribuez des photocopies du polycopié au groupe.

Activité 2 : Brainstorming, exercice en binôme et discussion (30 minutes)

1. Demandez aux participants de réfléchir à voix haute sur les défis auxquels le plaidoyer stratégique pour la fistule peut être confronté. Citez ces difficultés sur une feuille du tableau-papier. Les réponses proposées peuvent être :
 - Des moyens financiers limités
 - Des pratiques traditionnelles solidement ancrées
 - Une opposition des chefs locaux
2. Divisez les groupes en binômes. Demandez à chacun de choisir une ou deux difficultés dans cette liste et de dire ce qu'ils feraient pour les surmonter. Donnez dix minutes à chaque binôme pour travailler.
3. Repassez en classe entière. Demandez à trois binômes d'exposer les difficultés qu'ils ont choisies et les réponses qu'ils y apporteraient. Veillez à ce que les binômes travaillent à des difficultés différentes et ne répètent pas ce qui a déjà été présenté.

SÉANCE 6

Implication des hommes

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir la notion d'*implication des hommes*
- Décrire comment les hommes peuvent être associés à la prévention et à la prise en charge de la fistule obstétricale
- Décrire des moyens pour sensibiliser les hommes aux attitudes traditionnelles de genre et aux pratiques qui contribuent à la fistule obstétricale.

POINTS À RETENIR

- Les hommes jouent un rôle important dans la prévention et la prise en charge de la fistule et dans la réintégration des femmes qui en souffrent au sein de la communauté.
- Ce sont des attitudes et des pratiques traditionnelles de genre qui contribuent à la fistule obstétricale.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion
- Travail en petits groupes

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 4-O : L'implication des hommes
- Polycopié 4-P : Comment les attitudes et les pratiques traditionnelles de genre contribuent à la fistule obstétricale
- Polycopié 4-Q : Sensibiliser les hommes. Comment les attitudes et les pratiques traditionnelles de genre contribuent à la fistule obstétricale

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les polycopiés 4-O, 4-P, et 4-Q.
4. Photocopiez les polycopiés 4-L, 4-M, et 4-N pour les participants.
5. Partie A, activité 1 : Inscrivez la définition de la notion d'*implication des hommes* figurant dans le polycopié 4-O sur une feuille du tableau-papier. Couvrez le tableau pendant l'activité, vous le montrerez à la fin.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si un homme de la communauté a joué un rôle actif auprès des services de traitement de la fistule, voyez si vous ne pouvez pas lui demander de présenter cette séance ou de parler de son expérience aux participants.

Durée de la séance (totale): 1 heure et 10 minutes

Séance 6

Étapes de la formation

Partie A : IMPLICATION DES HOMMES

Durée : 1 heure et 10 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (10 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est de voir ***quel rôle les hommes peuvent jouer dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale.***
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez aux participants de définir eux-mêmes la notion d'*implication des hommes*.
5. Pour résumer, affichez la définition de la notion d'implication des hommes sur une feuille du tableau-papier.

Activité 2 : Travail en petits groupes (40 minutes)

1. Divisez les participants en trois groupes, de cinq à sept personnes par groupe. (S'il faut plus de trois groupes, attribuez à chacun l'un des trois sujets de cette activité). Demandez à chaque groupe de désigner un président pour animer la discussion, et quelqu'un pour prendre des notes. Laissez 15 minutes au groupe pour travailler. Les sujets de discussion sont les suivants :
 - Groupe 1 : Comment les hommes peuvent participer à la prévention de la fistule, notamment en s'impliquant dans leur communauté
 - Groupe 2 : Comment les hommes peuvent participer à la prise en charge de femmes souffrant de fistule, au sein de la communauté pour commencer
 - Groupe 3 : Comment les hommes peuvent aider des femmes souffrant de fistule à réintégrer leur communauté
2. Repassez en classe entière. Demandez au rapporteur qui a pris les notes dans chaque groupe de résumer la discussion du groupe, en ne prenant pas plus de cinq minutes.
3. Résumez l'activité, en mentionnant les points du polycopié 4-O qui n'ont pas été abordés par les rapporteurs.
4. Distribuez des photocopies du polycopié 4-O.

Activité 3 : Discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants comment les attitudes et les pratiques traditionnelles de genre contribuent à la fistule obstétricale. En prenant le polycopié 4-P comme référence, ajoutez les points que les participants n'ont pas traités.
2. Demandez aux participants comment ils peuvent sensibiliser les hommes sur ces attitudes et pratiques dans leur communauté.
3. Résumez les idées, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le polycopié 4-Q comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de la séance, distribuez les photocopies 4-P et 4-Q au groupe.

Séance 7

Constitution d'un réseau d'entraide avec les partenaires et les parties prenantes

Objectifs d'apprentissage de la séance

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir la notion de *réseau d'entraide*
- Décrire comment utiliser le réseau d'entraide comme moyen pour prévenir la fistule obstétricale, la prendre en charge et aider les femmes concernées à réintégrer leur milieu.

POINTS À RETENIR

- Les professionnels de santé peuvent utiliser le réseau d'entraide comme moyen pour prévenir la fistule obstétricale, la prendre en charge et aider les femmes concernées à réintégrer leur milieu.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion

Supports/ matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] Ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 4-R: Réseau d'entraide
- Polycopié 4-S : Utiliser le réseau d'entraide pour permettre la prévention et la prise en charge de la fistule, et la réintégration des femmes concernées.
- Fiche pédagogique 4-1: Module 4 - Évaluation et corrigé

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation
2. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur indiquant les objectifs de cette séance.
3. Passez en revue les photocopies 4-R et 4-S.
4. Photocopiez les photocopies 4-L et 4-M pour les participants.
5. Partie A, activité 1: Inscrivez la définition de *réseau d'entraide* qui se trouve dans le polycopié 4-R sur le tableau-papier. Couvrez le tableau, vous le montrerez à la fin de l'activité.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si le temps le permet, vous pouvez peut-être demander à quelqu'un qui a participé à des activités de réseau d'entraide en rapport avec la fistule obstétricale de parler aux participants.

Durée de la séance (totale): 1 heure et 20 minutes

Séance 7

Étapes de la formation

Partie A : Constitution d'un réseau d'entraide avec les partenaires et les parties prenantes

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Présentation et discussion (10 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance, à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur.
2. Dites que le but de cette séance est d'explorer *comment un réseau d'entraide professionnel joue un rôle dans la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale et la réintégration des femmes qui en souffrent dans leur communauté.*
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.
4. Demandez aux participants de définir eux-mêmes la notion de *réseau d'entraide*.
5. Pour résumer, affichez la définition inscrite sur le tableau-papier et donnez les exemples de réseau d'entraide qui se trouvent dans le polycopié 4-R.

Activité 2 : Discussion (30 minutes)

1. Demandez aux participants comment ils peuvent utiliser le réseau d'entraide pour favoriser la prévention et la prise en charge de la fistule, et la réintégration des femmes.
2. Résumez l'activité, en validant les apports des participants. Ajoutez les points que le groupe n'a pas traités, en prenant le polycopié 4-S comme référence. Demandez aux participants s'ils ont des questions. À la fin de la séance, distribuez les polycopiés 4-R et 4-S au groupe.

PARTIE B : ÉVALUATION DU MODULE 4

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 4 (en fonction des questions figurant dans la fiche pédagogique 4-1) aux participants et dites-leur qu'ils ont 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests après 20 minutes.

Activité 2 : Correction/bilan (20 minutes)

1. Corrigez les réponses à l'évaluation du module 4 (en vous appuyant sur le corrigé qui se trouve dans la fiche pédagogique 4-1)
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si le temps le permet, faites le tour de la pièce en demandant aux participants de répondre aux questions du test de fin de module. Si vous n'avez pas le temps, lisez les réponses à voix haute.

MODULE 4

RESSOURCES

POLYCOPIÉ 4-A

Les droits des clientes

Comme tous les êtres humains, les femmes vivant avec une fistule obstétricale ont des droits qui doivent être respectés. Les besoins des femmes vivant avec une fistule obstétricale sont uniques parce que nombre d'entre elles :

- Ressentent de la honte et de la gêne en raison de leur état
- Sont bannies par leur mari, leur famille et leur communauté

Face à cela, les infirmières, les sages-femmes et tous les autres professionnels de santé qui prodiguent des soins à ce groupe de femmes marginalisées doivent y être particulièrement sensibles. Nous énumérons ci-dessous la liste des sept droits des clientes, et nous expliquons comment ils s'appliquent aux femmes vivant avec une fistule qui se présentent pour être soignées.

1. Le droit de la cliente à l'information

Les femmes vivant avec une fistule ont le droit de connaître tous les faits concernant cette lésion. Chaque femme doit savoir comment la fistule s'est développée, quelles en sont les causes, quels facteurs y contribuent, quel est le traitement et la prise en charge, notamment la prévention.

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes renseignent les clientes, les familles et la communauté sur la fistule obstétricale, ses causes, comment on peut la prévenir et la traiter et où il existe des services de soins. Elles simplifient des informations complexes sur le plan technique.

2. Le droit de la cliente à faire un choix éclairé

Toutes les femmes vivant avec une fistule ont le droit de recevoir des informations exactes qui leur permettront de prendre des décisions éclairées sur les soins et sur le lieu, le moment et la façon de les recevoir. Il se peut que les clientes aient besoin d'être conseillées, aidées et soutenues pour faire ce choix éclairé.

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes informent les femmes vivant avec une fistule des options dont elles disposent, (par exemple des avantages et des inconvénients de ne pas se faire soigner, des questions à prendre en compte avant une autre grossesse). Elles simplifient des informations complexes du point de vue technique.

3. Le droit de la cliente à accéder à des services de soins

Les femmes vivant avec une fistule ont le droit de bénéficier de soins. Elles doivent avoir la possibilité :

- De se rendre dans un centre de réparation chirurgicale lorsqu'elles s'aperçoivent qu'elles ont des fuites urinaires ou fécales
- De bénéficier de services de réparation, même si elles ne peuvent pas payer l'opération, les médicaments ou la nourriture
- D'avoir accès à des services qui les aident à se réinsérer après la réparation et à subvenir à leurs besoins

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes font campagne pour des services de soins pour les fistules dans le cadre de systèmes de soins.

4. Le droit de la cliente à des services sûrs

Toutes les clientes, quels que soient leur couleur, leur âge, leurs origines ethniques, leur situation maritale ou socioéconomique, ont le droit de bénéficier de services sûrs. Les clientes concernées par la fistule ont le droit de recevoir des soins prodigués par des professionnels de soins qualifiés dans un environnement sûr, où l'on utilise des équipements et du matériel sûr. Par « services sûrs », on entend :

- La bonne utilisation des directives relatives à la dispense des prestations, notamment les procédures de consentement éclairé
- Des mécanismes d'assurance qualité dans le centre de soins
- Une assistance socio-psychologique et des instructions pour les clientes
- La capacité de reconnaître les complications et de les prendre en charge en temps utile

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes font bon usage des directives de dispense des soins et des mécanismes d'assurance qualité et s'y conforment ; elles informent leurs collègues sur ces outils de sécurité. Elles conseillent les femmes concernées par la fistule et leur donnent des instructions sur les mesures de sécurité que les femmes peuvent prendre elles-mêmes. Les infirmières et les sages-femmes savent reconnaître les complications et les prendre en charge, en se concertant avec les médecins conformément au protocole local. Les infirmières et les sages-femmes s'attachent à promouvoir la sécurité dans les établissements où elles travaillent.

5. Le droit de la cliente à l'intimité et à la confidentialité

Toutes les clientes ont un droit à l'intimité et à la confidentialité, y compris pendant les séances d'assistance socio-psychologique, les examens physiques et les actes médicaux. La souffrance de la cliente et ce qu'elle raconte lui appartiennent ; tant qu'elle n'a pas donné son accord, elles ne peuvent être dévoilées à qui que ce soit, ni à son mari, ni à sa famille. Ce droit s'applique aussi au dossier médical de la cliente et à d'autres informations personnelles; les informations qui permettent d'identifier la cliente par son nom ne sont communiquées qu'aux professionnels de soins lorsqu'elles sont essentielles à la santé et à son bien-être.

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes protègent l'intimité et la confidentialité de chaque femme. Elles ne partagent ses informations personnelles avec d'autres professionnels de soins que lorsque c'est indispensable. En ce qui concerne les membres de sa famille, la cliente doit donner son accord pour que des informations leur soient communiquées. Les infirmières et les sages-femmes s'attachent à promouvoir la confidentialité dans les établissements où elles travaillent.

6. Le droit de la cliente à la dignité, au confort et à l'expression de son avis

Les femmes vivant avec une fistule sont affectées à la fois physiquement et psychologiquement ; elles ont donc besoin d'une aide professionnelle, de considération et de respect. Elles ont le droit :

- D'être traitées avec dignité à tous moments
- De bénéficier du plus grand confort possible
- D'exprimer librement leur avis

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes traitent toutes les clientes à tout moment avec dignité et respect. Elles veillent à ce que les clientes soient aussi à l'aise que possible. Elles invitent les clientes à exprimer librement leur avis, même si celui-ci diverge de l'opinion des membres de leur famille ou des soignants.

7. Le droit de la cliente à une continuité de soins

En raison de leur état, les femmes vivant avec une fistule obstétricale ont besoin d'une continuité de soins dans des centres de soins, chez elles et dans leur milieu social. Toutes les clientes ont le droit de bénéficier d'une continuité de services, de fournitures, d'orientation et de suivi pour rester en bonne santé.

Comment promouvoir ce droit : Les infirmières et les sages-femmes veillent à la continuité des soins dans le système de soins. Elles travaillent à créer des réseaux d'orientation médicale. Les infirmières et les sages-femmes aident les clientes à se réintégrer. Elles rappellent aux clientes leurs rendez-vous de suivi et leur disent où elles peuvent se procurer d'autres services de planning familial lorsqu'elles en ont besoin.

Les Nations unies et les droits des clientes

Les Nations unies ont mené des actions en faveur des droits des clientes de plusieurs façons. Trois documents en particulier concernent la fistule obstétricale:

- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW) (1979)
- Le Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement ICPD (1994)
- La Plate-forme d'Action de la quatrième Conférence mondiale sur les Femmes, Pékin (1995)

Bibliographie

Projet ACQUIRE 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: A curriculum*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

EngenderHealth. 2003. *COPE Manual. A process for improving quality in health services*. New York. Fistula

Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York : EngenderHealth.

Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive . 2006. *Reproductive health curriculum for service providers*. Nairobi.

POLYCOPIÉ 4-B

Information, éducation et communication - Définitions

Communication sur les changements de comportement

Consiste à inciter à adopter des comportements sains

Communication

Utilisation de la langue parlée et écrite et des signes non verbaux pour établir une communication entre des parties.

Support de communication

Moyen utilisé pour communiquer avec une personne ou le public visé ; comprend les médias de masse, la presse écrite, les contacts interpersonnels et les médias locaux.

Communication sur la santé

L'élaboration et la mise en œuvre de messages et de stratégies basés sur les études de consommation, pour promouvoir la santé au niveau individuel et social.

L'éducation à la santé

Pratique multidisciplinaire dont le but est de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer des programmes éducatifs qui permettent à des personnes, des familles, des groupes, des organisations et des communautés de jouer un rôle actif dans la santé, que ce soit pour l'obtenir, la protéger et la maintenir.

Information sur la santé

Toutes les informations en rapport avec la santé, dont le contenu est communiqué par diverses voies pour informer diverses populations sur les problèmes de santé.

Information, éducation et communication (IEC)

Démarche qui tente de modifier ou de renforcer un ensemble de comportements chez un public sur un problème de santé particulier. C'est une série d'interventions planifiées qui associent des processus du domaine de l'information, de l'éducation et de la motivation. L'IEC a pour but de parvenir à des modifications ou à des renforcements mesurables des comportements et des attitudes auprès de publics précis, d'après une étude de leurs besoins et de leurs perceptions.

Bibliographie

Department of Reproductive Health and Research, Organisation mondiale de la Santé 2001. *Information, education, and communication: Lessons from the past; perspectives for the future*. Genève

Salem, R.M., Bernstein, J., Sullivan, T.M., et Lande, R. 2008. Communication for better health. *Population Reports*. Series J, No. 56. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

POLYCOPIÉ 4-C

Comment l'information, l'éducation et la communication agissent en faveur des droits des clientes

L'information, l'éducation et la communication (IEC) aident les femmes vivant avec une fistule obstétricale à connaître leur droit à bénéficier de soins de qualité.

1. Le droit de la cliente à l'information

L'IEC renseigne les femmes, les familles et les communautés sur la fistule obstétricale. Elle leur fournit des informations faciles à comprendre et à utiliser lorsqu'elles prennent des décisions sur la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale.

2. Le droit de la cliente à faire un choix éclairé

L'IEC aide les femmes vivant avec une fistule obstétricale à comprendre les choix dont elles disposent et les conséquences de ces choix.

3. Le droit de la cliente à accéder à des services de soins

L'IEC permet de se renseigner sur les endroits où l'on peut trouver des services de soins pour les fistules.

4. Le droit de la cliente droit à accéder à des services de soins sûrs

L'IEC donne les moyens aux femmes, aux familles et aux communautés de savoir ce que sont des services de soins pour fistule sûrs et de les exiger. Il aide les femmes à comprendre les instructions sur les soins prénataux, le travail et l'accouchement, et la réparation de la fistule. Grâce à l'IEC, les femmes savent ce qu'elles peuvent faire pour assurer leur sécurité pendant la durée de leur rétablissement après l'opération et pendant des grossesses futures.

5. Le droit de la cliente à l'intimité et à la confidentialité

L'IEC fait savoir aux familles, aux communautés et aux clientes que l'intimité et la confidentialité sont un droit lorsque l'on cherche à se faire soigner pour une fistule et qu'on reçoit les soins.

6. Le droit de la cliente à la dignité, au confort et à l'expression de son avis

L'IEC fait savoir aux familles, aux communautés et aux clientes que la dignité et le confort, ainsi que la possibilité d'exprimer et de faire entendre son avis, sont un droit.

7. Le droit de la cliente à une continuité de soins

L'IEC indique aux familles, aux communautés et aux clientes

- Où accéder aux services
- Qu'une continuité de soins est bénéfique pour la santé
- Que les femmes ont le droit de s'attendre à ce que leurs informations médicales soient facilement accessibles aux soignants, y compris lorsque les personnels hospitaliers changent

POLYCOPIÉ 4-D

Facteurs ayant une incidence sur l'adoption de comportements sains

De nombreux facteurs peuvent influencer l'adoption de comportements sains et la constance avec laquelle on s'y tient. On est plus enclin à adopter des comportements sains et à s'y tenir lorsque les circonstances suivantes sont présentes :

- La personne a l'intention de se comporter de telle façon.
- Les contraintes ou obstacles extérieurs à ce comportement sont minimaux ou peuvent être surmontés.
- La personne possède les compétences nécessaires pour se comporter de telle façon.
- Ce comportement suscite chez la personne une attitude positive et du point de vue émotionnel, elle y réagit favorablement.
- La personne pense que des gens importants se comportent de cette façon.
- Ce comportement correspond à l'image que la personne a d'elle-même.
- La personne se sent capable de se comporter de cette façon.
- La personne se comporte de cette façon et en retire de la satisfaction, ce qui la rend encline à se comporter à nouveau de la sorte.

Les trois premiers facteurs sont généralement considérés nécessaires et suffisants pour se comporter de telle ou telle façon. Les autres jouent sur la force et l'orientation de l'intention.

Référence

Salem, R.M., Bernstein, J., Sullivan, T.M., et Lande, R. 2008. Communication for better health. *Population Reports*. Series J, No. 56. Baltimore, MD: INFO Project/Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

POLYCOPIÉ 4-E

Information, éducation et communication sur la fistule obstétricale : Le rôle des infirmières et des sages-femmes

Il appartient aux infirmières et aux sages-femmes qui cherchent à informer et à éduquer les individus, les familles et les communautés sur la fistule obstétricale de faire tout ce qui suit :

- Utiliser l'information, l'éducation et la communication (IEC) pour promouvoir la santé des femmes exposées au risque de fistule ou concernées par celle-ci, et pour la maintenir et l'améliorer.
- Apporter des informations exactes et équilibrées aux femmes, à leur famille et leur communauté sur la fistule obstétricale.
- Faire appel à l'IEC pour promouvoir la liberté de choix et les décisions éclairées pour chaque femme.
- Faire appel à l'IEC pour inciter les femmes exposées au risque de fistule ou concernées par celle-ci à participer à la prise en charge de leurs propres soins.
- Faire preuve de respect à l'égard des attitudes, des valeurs, des expériences et des croyances des femmes, de leur famille et de leur communauté lorsqu'elles mènent des campagnes d'IEC.
- Associer autant les hommes que les femmes dans ces activités d'IEC.
- Écouter activement les femmes, leur famille et leur communauté et les inciter à exprimer leurs avis, leurs désirs et leurs préférences.
- Participer à des processus de communication stratégique qui traitent de la prévention et de la prise en charge de la fistule, et de la réintégration des femmes concernées.
- Contribuer à l'élaboration de messages adaptés sur la fistule obstétricale à utiliser dans des documents et des activités d'IEC.
- Aider à élaborer des documents d'IEC.
- Demander aux clientes de donner leur avis sur l'efficacité des documents et activités d'IEC afin de s'assurer que le message souhaité est bien passé.
- Adapter les initiatives d'IEC aux besoins des femmes, leur famille et leur communauté, en tenant compte de leur identité culturelle et de leur éducation.
- Choisir des documents d'IEC et des moyens de les faire passer qui sont adaptés aux femmes auxquelles ils s'adressent.
- Utiliser un langage simple et facile à comprendre avec les clientes et dans l'IEC, en évitant une terminologie clinique lorsque c'est possible (et si des termes cliniques sont nécessaires, les expliquer en langage simple).
- Associer la communauté aux activités d'IEC, par exemple tester les messages et les images, pour s'assurer que les messages souhaités sont bien passés.
- Faire intervenir des pairs – éducateurs, groupes de soutien – dans le cadre des activités d'IEC, lorsque la situation le justifie.
- Utiliser efficacement des documents d'IEC pendant l'éducation à la santé et les séances de conseil.
- Veiller à ce que la source d'approvisionnement en documentations soit fiable pour pouvoir se les procurer sans interruption.

Bibliographie

Ahmed, S., Genadry, R., and Stanton, C. [éd.] 2007. Prevention and treatment of obstetric fistula: Identifying research needs and public health priorities. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 99 (Supplément 1).

Department of Reproductive Health and Research, Organisation mondiale de la Santé 2001. *Information, education, and communication: Lessons from the past; perspectives for the future*. Genève

Health Communication Partnership. 2003. *The new P-process: Steps in strategic communication*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs.

Kenya: Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *National reproductive health instructional manual for service providers*. Nairobi.

Women's Dignity Project & EngenderHealth. 2006. *Risk and resilience: Obstetric fistula in Tanzania*. Dar es Salaam et New York.

POLYCOPIÉ 4-F

Utilisation efficace des documents d'IEC

Choisir des documents pour les clientes

- Choisir des documents équilibrés et exacts
- Choisir des documents correspondant au besoin du public
- Choisir des documents correspondant à l'état d'esprit de la cliente et à l'étape de prise de décision
- Choisir des documents qui indiquent clairement les comportements que les clientes devront adopter et qui donnent l'impression qu'un changement de comportement est possible.
- Tenir compte de la culture et du niveau d'étude du public : les gens présentés dans ces documents doivent s'habiller, s'exprimer et agir d'une manière à laquelle le public peut s'identifier.
- Veiller à ce que le langage soit simple, facile à comprendre, qu'il s'apparente à la conversation courante et que le ton soit amical. (Les phrases doivent être relativement courtes. Éviter les documents qui ont de longs blocs de texte dense. Des sous-titres peuvent les rendre plus faciles à lire).
- Faire passer des messages contenant aussi peu de termes médicaux et techniques que possible, et si de tels termes sont utilisés, s'assurer qu'ils sont expliqués clairement.
- Éviter les documents qui présentent des informations tout en majuscules.
- Veiller à ce que toute l'iconographie (illustrations, photos, graphismes, etc.) renforce le message souhaité et soit assortie de légendes, lorsque c'est indiqué.
- Si des schémas anatomiques sont utilisés, veiller à ce qu'ils soient aussi simples que possible, car il faut que les clientes comprennent que ces schémas se rapportent à leur propre corps.
- Éviter les documents qui renforcent une inégalité dans les rôles assumés par les genres, ou des stéréotypes.
- Utiliser des documents déjà testés, soit avec votre public soit avec un public similaire.
- Demander aux clientes de lire les documents puis de vous dire ce qu'ils disent.

Pour les clientes qui ne savent pas lire ou qui n'ont qu'un faible niveau en lecture

Choisir des documents qui :

- Font ressortir des illustrations simples, avec un texte limité
- Ne présentent que trois ou quatre points essentiels
- Font ressortir le plan grâce à des titres et des résumés et offrent des répétitions
- Insistent sur ce que la cliente doit faire
- Ont été testés sur des publics analphabètes ou n'ayant que de faibles notions en lecture

En outre, voir si quelqu'un dans la famille de la cliente ou dans la communauté peut l'aider à comprendre des documents imprimés. Elle peut ensuite les emporter chez elle et elle pourra toujours y trouver des informations utiles.

Il y a d'autres approches, et notamment :

- Utiliser plusieurs supports de communication (par exemple un tableau-papier illustré et une présentation)
- S'adresser à une cliente par l'intermédiaire de documents imprimés, en expliquant bien comment les mots que vous prononcez se rapportent aux illustrations

Utiliser des documents avec des clientes précises

- Avant de commencer la séance pédagogique, assurez-vous d'avoir l'attention de la cliente.
- Déterminez ce que la cliente sait déjà sur le sujet. Ne passez pas de temps sur des choses qu'elle sait déjà.
- Venez-en aux points principaux d'emblée, au début de la séance.
- Ne vous sentez pas obligé de lire chaque mot d'un document imprimé à la cliente. Posez-lui des questions afin de pouvoir adapter la séance à ses besoins et à ses désirs, et à ce qu'elle sait déjà. Servez-vous de documents imprimés pour donner de la force à ce que vous exprimez à l'oral.
- Souvenez-vous qu'en général, les gens ne peuvent retenir que deux ou trois informations importantes en un court laps de temps. Il est stressant d'être soumis à une avalanche d'informations. Si une femme éprouve de la crainte ou de l'anxiété, il lui faudra plus de temps pour assimiler ce que vous lui dites.
- Prenez le temps de lui expliquer les notions et les mots nouveaux.
- Associez les informations nouvelles des documents à quelque chose de familier pour la cliente. Par exemple, la fistule vésico-vaginale touche le vagin, les voies par où passe généralement le bébé pendant l'accouchement et par où s'écoule le sang des règles. Connaître ces faits sur le vagin peut aider les femmes à mieux comprendre la fistule vésico-vaginale.
- Demandez à la cliente de reprendre les informations nouvelles et importantes en les reformulant avec ses propres mots.
- Lorsque vous lisez un document imprimé avec la cliente :
 - Demandez-lui de décrire ce qu'elle doit faire pour prendre soin d'elle, chez elle ou à l'hôpital.
 - Demandez-lui de réfléchir aux problèmes qu'elle risque d'avoir en prenant les mesures dont il est question dans les documents d'IEC.
 - À la fin de la séance, résumez les principaux points.

Bibliographie

Doak, C. C., Doak, L. G., and Root, J. H. 1996. *Teaching patients with low literacy skills*. Philadelphie, PA: J. B. Lippincott.

Freda, M. C. 2002. *Perinatal patient education: A practical guide with education handouts for patients*. Philadelphie, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

INFO Project. 2008. Tools for behavior change communication. *Info Reports*. Baltimore, MD: Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Upadhyay, U. D. 2001. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports*, series J, no. 50. Baltimore, MD: Center for Communication Programs, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

POLYCOPIÉ 4-G

La communauté de Sifa

Sifa est une jeune femme qui a une fistule obstétricale. Elle a été abandonnée par sa famille et sa communauté et elle s'est rendue à la capitale de son pays dans l'espoir de se faire opérer. À l'hôpital, Sifa parle aux professionnels de santé du milieu auquel elle appartient.

Dans la région où vit la famille de Sifa, les filles se marient très jeunes, parfois dès l'âge de douze ans. Les mariages sont arrangés entre les familles. La plupart des filles sont analphabètes et ne sont jamais allées à l'école.

Les femmes qui ont une fistule obstétricale sont souvent expulsées de chez elles. Il est fréquent de voir leur mari et leur famille les abandonner. Chez elle, il y a des gens qui ne croient pas qu'une fistule puisse être réparée par une opération chirurgicale. Pour eux, quand une femme a une fistule, c'est la volonté de Dieu.

Les femmes ne bénéficient guère de soins prénataux et elles accouchent généralement chez elles, sans soins qualifiés. Pour bénéficier de services de traitement pour leur fistule, elles doivent parcourir 50 km. Les femmes et leur famille doivent payer un moyen de transport pour se rendre au centre de soins.

POLYCOPIÉ 4-H

Séances d'éducation de groupe à la santé : Prévenir la fistule obstétricale

Vous et votre personnel décidez d'organiser des séances d'éducation à la santé dans le village où vit Sifa pour sensibiliser les gens et leur faire comprendre ce qu'est la fistule obstétricale, ses causes et comment on peut la prévenir. Votre objectif est d'inciter des chefs locaux à mettre sur pied des actions pour prévenir activement la fistule et aider les femmes et les familles vivant avec une fistule à avoir accès à des services de traitement.

Vous dirigerez une séance éducative destinée aux chefs locaux. Répondez aux questions suivantes pour vous aider à préparer une séance pédagogique efficace pour ce groupe.

1. **Connaissance de la fistule** : D'après ce que vous avez appris, les chefs locaux savent peu de choses sur la fistule obstétricale et comment elle se développe. Comment ce fait influencera-t-il le contenu de la séance que vous créez ?
2. **Niveau d'études et alphabétisation** : Les chefs locaux ont des niveaux d'études variables. Leur niveau d'alphabétisation va de faible à moyen. Que ferez-vous pour tenir compte de cela ?
3. **Mythes et malentendus** : Dans la communauté, il y a des gens qui croient que la fistule obstétricale est la volonté de Dieu et que c'est une affection qui ne se soigne pas. Comment ce fait influencera-t-il le contenu de la séance pédagogique ?
4. **Coutumes locales** : Quelles coutumes locales peuvent empêcher les chefs locaux de prendre des mesures pour prévenir la fistule ?
5. **L'accès aux services** : La communauté est confrontée à des obstacles qui rendent difficile la prévention de la fistule obstétricale et l'accès des femmes à des services de traitement. Quels sont ces obstacles ?
6. **Actions** : Que peuvent faire les chefs locaux pour prévenir la fistule ?
7. **Vos titres de compétences** : Quels titres de compétences et qualifications feront de vous un présentateur crédible face aux chefs locaux ? Qui d'autre peut s'associer à vous dans la présentation pour renforcer votre crédibilité ?

POLYCOPIÉ PARTICIPANTS 4-I

Définitions : Sensibilisation, implication et mobilisation des communautés

La sensibilisation de la communauté

Faire prendre conscience à la communauté qu'il y a un problème de santé et l'aider à identifier ses besoins par rapport à ce problème et à les résoudre.

Implication de la communauté

Faire participer activement les membres de la communauté dans la planification, la conduite et la maîtrise de programmes de soins. En faisant participer la communauté, on renforce son appropriation des programmes de santé, en les installant sur le long terme. La communauté peut contribuer à tous les aspects d'un programme : évaluation, planification, prise de décision, mise en œuvre, suivi et bilan.

Mobilisation de la communauté

Travailler avec les chefs et les groupes communautaires pour stimuler ou accélérer des actions relatives à un problème de santé.

Bibliographie

Coordinating Assembly of Non-Governmental Organizations. 2006. *Non-governmental development practitioners' community development handbook*. Mbabane, Swaziland

Howard-Grabman, L., and Sentro, G. 2003. *How to mobilize communities for health and social change*. Health Communication Partnership and Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.

Kenya: Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *National reproductive health instructional manual for service providers*. Nairobi.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1984. *Glossaire des termes utilisés dans la série "Health for All" No. 1-8*. Genève

OMS 2008. *Community involvement in tuberculosis care and prevention: Towards partnerships in health*. Genève

POLYCOPIÉ 4-J

Les instances dirigeantes des communautés

Les instances officielles du pouvoir comprennent les corps administratifs et autres institutions locales qui interviennent conformément à des politiques et des procédures définies. Par exemple, les agences gouvernementales. En général, les programmes de santé sont mis en œuvre avec la participation d'instances officielles du pouvoir parce que les moyens transitent souvent par leur administration ou leur participation est nécessaire pour faciliter l'acquisition de moyens.

Les instances non officielles sont incarnées par des personnes qui jouissent d'un grand respect dans la communauté ou qui ont un pouvoir considérable. Par exemple des hommes ou des femmes que les gens vont consulter pour obtenir une orientation ou des conseils.

Les instances religieuses peuvent être officielles ou non officielles et comportent les chefs confessionnels des diverses religions pratiquées dans telle ou telle communauté. Il est important de respecter toutes les religions car elles influencent les comportements des individus et de leur famille dans la façon dont ils vont chercher des soins.

Les comités de développement et de soins, qui sont des exemples de structure officielle de pouvoir, sont les gardiens de la santé et des questions ayant trait à la santé dans les communautés. Souvent, les communautés font confiance à ces comités, et par conséquent les programmes qui collaborent étroitement avec eux ont souvent plus de chances de réussir.

Bibliographie

Coordinating Assembly of Non-Governmental Organizations. 2006. *Non-governmental development practitioners' community development handbook*. Mbabane, Swaziland.

Howard-Grabman, L., and Sentro, G. 2003. *How to mobilize communities for health and social change*. Health Communication Partnership and Center for Communication Programs, Johns Hopkins University.

Kenya: Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *National reproductive health instructional manual for service providers*. Nairobi.

POLYCOPIÉ 4-K

Les moyens communautaires

Moyens humains

Les personnes influentes d'une communauté peuvent contribuer à faire changer les choses. De plus, les membres de cette communauté peuvent s'approprier un programme de sensibilisation, de soins et de prévention des fistules et augmenter ainsi ses chances de pérennité.

Moyens matériels

Les services de soins pour les fistules nécessitent toutes sortes de moyens matériels. Par exemple :

- Des fournitures et équipements hospitaliers
- Des véhicules pour transporter les femmes qui ont besoin de services de santé
- Des affiches et brochures éducatives
- De la nourriture et un hébergement pour les femmes en attente de réparation chirurgicale ou qui se remettent de leur opération

Moyens financiers

Les sources de fonds peuvent être les agences régionales et nationales, les organisations non gouvernementales, les organisations religieuses, les entreprises et les individus.

Du temps donné par des bénévoles

Certaines activités des programmes peuvent être réalisées gratuitement par des membres de la communauté. Par exemple :

- Transporter des femmes vers les centres de soins (si les bénévoles utilisent leur propre véhicule, il peut être nécessaire de leur rembourser le carburant)
- Aller parler à des groupes et à des dirigeants politiques
- Apporter une assistance et s'occuper des femmes concernées par la fistule obstétricale pour les aider à réintégrer leur milieu social

Bibliographie

Coordinating Assembly of Non-Governmental Organizations. 2006. *Non-governmental development practitioners' community development handbook*. Mbabane, Swaziland.

Kenya: Ministère de la Santé du Kenya, Service de santé reproductive. 2006. *National reproductive health instructional manual for service providers*. Nairobi.

POLYCOPIÉ 4-L

Définition du plaidoyer stratégique

Le terme « **plaidoyer stratégique** » désigne un ensemble d'actions menées par un groupe de personnes ou d'organisations déterminées pour introduire des politiques, des programmes, des législations, des questions ou des actions, les modifier ou obtenir un soutien en leur faveur.

Pourquoi le plaidoyer stratégique est-il important ?

Le plaidoyer stratégique peut influencer la prise de décision, l'élaboration de politiques, l'implication collective et la pérennité des programmes.

POLYCOPIÉ 4-M

Les étapes du plaidoyer stratégique

Analyser

Les défenseurs de la cause cernent clairement les problèmes et déterminent des solutions possibles. Ils identifient les acteurs concernés par les changements nécessaires.

Mettre au point une stratégie

Les défenseurs définissent les publics visés, notamment les principaux décisionnaires, et fixent des buts et des objectifs. Ces buts et objectifs sont spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et assortis de délais clairement fixés. Les défenseurs planifient des activités pour leur campagne et repèrent les moyens de communication les mieux adaptés à leur public. Ils préparent un programme de mise en œuvre et un budget.

Mobiliser

Le plaidoyer stratégique nécessite de nouer des alliances avec les divers acteurs, qu'il s'agisse d'individus ou d'organisations. Les défenseurs travaillent avec les soutiens capables de leur fournir des moyens et d'aider à mettre les activités en œuvre.

Mettre en œuvre

Les défenseurs mettent la stratégie en œuvre, en partenariat avec les membres de l'alliance.

Exercer un suivi et dresser un bilan

Les suivis et les bilans sont permanents. Les défenseurs réunissent des informations afin de mesurer les progrès et faire les ajustements propres à faciliter la réalisation des objectifs.

Veiller à la continuité

Le plaidoyer stratégique est un processus continu. Les défenseurs définissent des objectifs à long terme, tiennent ensemble des réunions de fonctionnement et s'adaptent à des situations fluctuantes.

Bibliographie

Population Communication Services, Center for Communication Programs, Johns Hopkins School of Public Health. 1999. *"A" frame for advocacy*. Baltimore.

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Genève

POLYCOPIÉ 4-N

Pourquoi le plaidoyer stratégique est particulièrement important pour la fistule obstétricale

Les pratiques traditionnelles contribuant à la fistule obstétricale sont bien enracinées dans de nombreuses communautés, et il faudra mener des campagnes soutenues à plusieurs niveaux pour en venir à bout.

La fistule n'est pas une fatalité ! Pour arriver à la prévenir, les femmes ont besoin d'être soutenues en permanence par leur famille et leur milieu social. Par exemple, en leur donnant accès aux soins prénataux, à l'assistance de personnel de soins qualifié pour l'accouchement, à une décision prise de bonne heure en cas de travail prolongé ou dystocique, et à un transport vers des services de soins. Les campagnes de plaidoyer peuvent aider à développer et à mettre en place ce qui est nécessaire pour prévenir la fistule obstétricale, aussi bien au niveau familial, communautaire que sanitaire.

Les femmes concernées par la fistule sont souvent isolées et stigmatisées. Des campagnes de plaidoyer de long terme peuvent contribuer à apporter aux femmes l'aide dont elles ont besoin pour réintégrer leur milieu social.

Il existe une intense concurrence pour obtenir des financements pour les soins de santé. En menant des campagnes pour obtenir des soins pour la maternité et des services de soins pour les fistules, on peut récolter les fonds nécessaires à ces initiatives sanitaires vitales.

POLYCOPIÉ 4-O

L'implication des hommes

Définition de la notion d'implication des hommes

Consiste à incorporer la participation masculine dans des programmes dont le but est de prévenir la fistule obstétricale et de dispenser des soins aux jeunes filles et aux femmes concernées.

Le rôle des hommes dans les programmes de soins pour la fistule

Les hommes peuvent contribuer à la prévention efficace et au traitement de la fistule obstétricale de nombreuses façons. Et notamment :

- En empêchant les mariages et les naissances précoces chez les jeunes filles (dans de nombreuses communautés, ce sont souvent les hommes qui se chargent de prendre les décisions concernant les mariages et le moment des naissances).
- En encourageant le recours aux méthodes de planning familial pour empêcher les procréations précoces et promouvoir un espacement sain des grossesses.
- En facilitant l'accès aux soins obstétricaux d'urgence (ce sont souvent les hommes qui décident à quel moment les femmes vont demander des soins). Des programmes bien ciblés de sensibilisation peuvent éduquer les hommes sur les facteurs de risque de la fistule obstétricale. Ils peuvent inciter les hommes à écouter les femmes lorsqu'elles leur disent qu'elles doivent aller dans un centre de soins et à créer une cagnotte pour des transports et soins d'urgence.
- Soutenir les femmes vivant avec une fistule obstétricale en les aidant à accéder à l'information et au traitement dès que possible.
- Aider les femmes à se réinsérer (la société considère souvent les femmes concernées par la fistule comme des malpropres).
- Empêcher une fistule secondaire en s'abstenant de relations sexuelles pour la durée recommandée après la réparation et en faisant appel au planning familial pour empêcher une grossesse pendant au moins un an après l'opération.
- Empêcher des pratiques traditionnelles dommageables (les hommes peuvent peser sur l'avènement de changements dans les pratiques traditionnelles préjudiciables contribuant à la fistule obstétricale. Parmi de telles pratiques, on peut citer le fait d'obliger ou de laisser des femmes endurer leur travail seules ou sans l'aide d'une auxiliaire de naissance qualifiée, et les mutilations génitales).
- Jouer le rôle d'éducateurs pour d'autres hommes comme eux
- Aider la personne qui supervise le programme de soins pour la fistule et évaluer ses activités, et mettre au point des stratégies pour assurer leur pérennité

POLYCOPIÉ 4-P

Comment les attitudes et les pratiques traditionnelles de genre contribuent à la fistule obstétricale

Étant donné que les femmes sont privées de pouvoir économique, ou que celui-ci est limité, elles ont souvent du mal à accéder à des services de soins.

Elles n'ont pas, ou très peu, le pouvoir de prendre leurs propres décisions concernant leur santé reproductrice.

C'est souvent au mari, à d'autres membres de la famille (par exemple la belle-mère ou le beau-frère), au chef du village ou à un chef religieux que reviennent les décisions sur le moment de commencer à avoir des enfants, où accoucher et même quand aller consulter en cas de travail prolongé ou dystocique.

Lorsqu'une femme développe une fistule obstétricale, son mari divorce souvent sur le champ. Il arrive aussi que sa famille la rejette, ce qui la laisse isolée et dépourvue de moyens d'existence. La femme peut être traitée comme si elle était responsable de son état, alors qu'en fait sa fistule vient de ce qu'elle a obéi aux attentes sociales qui lui étaient imposées.

Des attitudes et des pratiques traditionnelles peuvent rendre la réinsertion difficile aux femmes concernées par la fistule. Par exemple, il arrive que certaines personnes ne croient pas qu'une femme qui avait une fistule ait réussi à se faire soigner, et elles continuent à la considérer comme une exclue ; ou bien qu'une femme n'ait pas les connaissances et les compétences pour assurer ses revenus et sa subsistance.

POLYCOPIÉ 4-Q

Sensibiliser les hommes

Comment les attitudes et les pratiques traditionnelles de genre contribuent à la fistule obstétricale

Commencer par sensibiliser les hommes sur les causes physiques de la fistule obstétricale et les facteurs sociaux qui y contribuent. Puis voir s'il est envisageable de mener les activités suivantes :

- Demander à un chef respecté de parler avec les hommes des pratiques traditionnelles de genre et de mener des discussions sur les changements à apporter pour empêcher les fistules.
- Demander à un homme dont la femme a été affectée par une fistule de dire comment la réparation a amélioré la vie de sa famille.
- Demander à un homme qui a changé de pratiques traditionnelles de genre d'expliquer aux autres pourquoi il a changé ; quels avantages il a retiré de ces changements ; quels sont les résultats de ces changements pour lui-même, sa femme et sa famille ; et pourquoi il est déterminé à ne pas revenir sur ces changements.
- Demander à un homme qui a encouragé sa femme à consulter pendant sa grossesse et à accoucher en toute sécurité d'expliquer aux autres pourquoi il l'a fait et comment il a réussi à mettre de côté pour avoir de l'argent en cas d'urgence pour la naissance.
- Créer une brochure ou un DVD avec des hommes de la communauté décrivant comment et pourquoi ils changent les pratiques traditionnelles de genre, et quels sont les difficultés rencontrées et les avantages de ces changements.
- Écrire des saynètes ou des sketches avec les hommes de la communauté qui illustrent comment les pratiques traditionnelles de genre portent préjudice aux femmes et à leur famille.
- Travailler avec des radios pour interviewer des hommes qui changent les pratiques traditionnelles nuisibles aux femmes et à leur famille.

POLYCOPIÉ 4-R

Constitution d'un réseau d'entraide

Définition de la constitution d'un réseau d'entraide : l'échange d'informations ou de services parmi des personnes, de groupes ou des établissements, spécifiquement, l'établissement de relations productives à des fins commerciales.

La constitution de réseaux d'entraide permet de :

1. Actualiser les informations pratiques
2. Partager les innovations et résultats des initiatives
3. Échanger des idées
4. Trouver des opportunités de collaborer à la définition et au développement de meilleures pratiques et de plaider la cause du changement
5. Obtenir un soutien pour changer les pratiques, la prise en charge et l'organisation des services de santé

Exemples de constitution d'un réseau d'entraide

1. Assister à des réunions, des conférences ou des congrès professionnels
2. Rendre visite à des collègues dans l'établissement de santé dans lequel vous travaillez ou dans d'autres centres de soins
3. Engager des conversations avec d'autres professionnels de la santé
4. Reprendre contact avec d'anciens collègues
5. Parler avec d'anciens enseignants ou professeurs
6. Communiquer avec des dirigeants communautaires influents que vous connaissez personnellement

POLYCOPIÉ 4-S

Utiliser les réseaux pour soutenir la prévention, la prise en charge de la fistule et la réinsertion

Faites des présentations sur la fistule obstétricale lors de réunions, conférences et congrès professionnels. Demandez aux auditoires de soutenir les initiatives de soins de la fistule. Dressez la liste des activités que les membres de l'auditoire peuvent accomplir, en fonction de leur situation, leur rôle et leurs responsabilités.

Faites des présentations sur la fistule obstétricale dans l'établissement de santé où vous travaillez. Demandez à vos auditoires de soutenir les initiatives de soins de la fistule. Dressez la liste des activités spécifiques que les membres du personnel de l'établissement peuvent mener (p. ex. planification des actions avec apports de parties prenantes et des représentants des communautés du système de santé).

Prenez contact avec vos anciens collègues, enseignants et professeurs et demandez-leur de soutenir les initiatives de soins de la fistule. Dressez la liste des activités spécifiques qu'ils peuvent mener dans le cadre de leur profession.

Prenez contact avec des dirigeants communautaires et demandez-leur de soutenir les initiatives de soins de la fistule. Encouragez-les à développer des plans d'action traitant de la prévention, de l'accès aux services de traitement et à la réinsertion.

Demandez à vos contacts personnels et professionnels (a) de faciliter la réinsertion de femmes affectées par la fistule dans leurs communautés et (b) d'identifier les ressources qui aident les femmes à développer leurs compétences et à générer des revenus.

FICHE PÉDAGOGIQUE 4-1

Évaluation et corrigé du module 4

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez 10 à 15 questions pertinentes dans la liste pour le test de début et de fin du module 4. Les bonnes réponses sont reproduites ci-dessous en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

1. Établissez la liste des sept droits des clientes.
 - a. **Informations**
 - b. **Choix éclairé**
 - c. **Accès aux services**
 - d. **Services sûrs**
 - e. **Vie privée et confidentialité**
 - f. **Dignité, confort et expression des opinions**
 - g. **Continuité des soins**[Polycopié 4-A]
2. De quel droit de la cliente l'utilisation à bon escient des directives de prestation de services est-elle un exemple ?
 - a. Le droit de la cliente à l'information
 - b. Le droit de la cliente d'accéder aux services
 - c. **Le droit de la cliente à des services sûrs**[Polycopié 4-A]
3. Les antécédents médicaux d'une femme doivent être partagés à tout moment avec son mari.
 - a. Vrai
 - b. **Faux**[Polycopié 4-A]
4. Les mariages et grossesses précoces sont des exemples de pratiques traditionnelles qui contribuent à la fistule obstétricale.
 - a. **Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 1-F]
5. Quel est l'objet de la communication sur le changement comportemental ?
D'encourager les gens à adopter des comportements et styles de vie sains
[Polycopié 4-B]
6. Citez au moins trois facteurs qui affectent la volonté et la capacité d'une personne à adopter des comportements sains.
[Le polycopié 4-D donne la liste des réponses possibles].
7. Citez au moins trois méthodes par lesquelles les infirmières et sages-femmes peuvent informer et éduquer les femmes et communautés à propos de la fistule obstétricale.
[Le polycopié 4-E donne la liste des réponses possibles].

8. Les schémas anatomiques des documents IEC doivent être aussi détaillés que possible.
 - a. Vrai
 - b. **Faux**[Polycopié 4-F]
9. Les messages des documents IEC doivent contenir aussi peu de termes médicaux et techniques que possible.
 - a. **Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 4-F]
10. Décrivez au moins trois activités qu'une infirmière ou sage-femme peut accomplir lors de l'utilisation des documents IEC avec des clientes qui ne peuvent se documenter à propos de la fistule obstétricale.
[Le polycopié 4-F donne une liste des réponses possibles].
11. Identifiez au moins trois problèmes à envisager lors de la préparation d'une séance de sensibilisation de groupe à propos de la prévention de la fistule obstétricale.
[Le polycopié 4-H donne une liste des problèmes possibles].
12. Définissez l'implication de la communauté.
Implication active des membres de la communauté dans la planification, le fonctionnement et le contrôle des programmes de soins de santé.
[Polycopié 4-I]
13. Expliquez la différence entre les instances dirigeantes formelle et non formelle.
Les instances dirigeantes formelles fonctionnent selon des règlements et protocoles définis. Ce n'est pas le cas des instances dirigeantes informelles.
[Polycopié 4-J]
14. Décrivez au moins une méthode par laquelle des bénévoles peuvent contribuer à la prévention et la prise en charge de la fistule obstétricale.
Les réponses possibles sont :
 - a. **Le transport des femmes dans les centres de soins de santé**
 - b. **Le dialogue avec des groupes communautaires et des dirigeants politiques**
 - c. **Le soutien et les soins apportés aux femmes atteintes d'une fistule obstétricale pour les aider à se réintégrer dans la société**[Polycopié 4-K]
15. Pourquoi le plaidoyer stratégique est-il important ?
Il peut influencer la prise de décision, le développement de règlements, l'implication de communautés et la pérennité des programmes.
[Polycopié 4-L]
16. Les pratiques traditionnelles qui contribuent à la fistule obstétricale sont bien établies, un plaidoyer stratégique durable est donc nécessaire à de nombreux niveaux pour s'y opposer.
 - a. **Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 4-N]

17. Les hommes ont un rôle mineur à jouer dans la pratique du planning familial.
- a. Vrai
 - b. Faux
- [Polycopié 4-O]
18. Un homme dont la femme est atteinte d'une fistule obstétricale peut être un porte-parole efficace dans la prévention et la prise en charge de cette pathologie.
- a. Vrai
 - b. Faux
- [Polycopié 4-Q]
19. Parmi les activités suivantes, lesquelles sont des exemples de constitution de réseaux ?
- Assister à des réunions professionnelles d'infirmières et sages-femmes
 - Faire des présentations sur la fistule obstétricale aux époux des femmes affectées
 - Parler de la fistule obstétricale avec d'anciens professeurs de l'école d'infirmières
 - Faire des présentations sur la fistule obstétricale aux collègues de travail
- [Polycopié 4-R]

FICHE PÉDAGOGIQUE 4-2

Séances de sensibilisation de groupes de santé : Prévention de la fistule obstétricale : Guide de discussion

1. **Connaissance de la fistule :** Sur la base de ce que vous avez pu apprendre, les chefs locaux sont peu au courant de la fistule obstétricale et de la façon dont elle se développe. Comment cela affecte-t-il le contenu de la séance de sensibilisation ?

Le contenu doit être basique. Les questions à poser sont : Qu'est-ce que la fistule obstétricale ? Quelle en est la cause ? Comment les facteurs sociaux jouent-ils un rôle ? Comment est-elle traitée ? Que doit faire une femme après le traitement ?

2. **Niveau d'études et alphabétisation :** Les chefs locaux ont différents niveaux d'éducation. L'alphabétisation parmi eux est de faible à moyenne. Que ferez-vous pour prendre en compte le niveau d'alphabétisation du groupe ?

Les intervenants doivent utiliser un langage simple de tous les jours et éviter le jargon médical. Des schémas anatomiques simples peuvent convenir. Les intervenants peuvent utiliser des histoires ou poser des questions auxquelles le groupe peut s'identifier (p. ex., Et si cela vous concernait, vous ou votre femme ?).

3. **Mythes et malentendus :** Certains membres de la communauté pensent que la fistule obstétricale est la volonté de Dieu et qu'elle ne peut être traitée. Comment cela affecte-t-il le contenu de la séance de sensibilisation ?

Les intervenants devront rectifier tout mythe et malentendu. Les chefs locaux peuvent ou non être d'accord avec ces croyances, mais ils doivent savoir qu'elles existent dans la communauté. Les intervenants peuvent demander aux femmes qui ont été traitées et qui ont reconstruit leur vie de partager leur histoire avec le groupe. Les membres de la famille de ces femmes peuvent aussi être des intervenants adéquats.

4. **Coutumes locales :** Quelles coutumes locales peuvent empêcher les chefs locaux d'agir pour prévenir la fistule ?

Les filles se marient jeunes et ont peu d'éducation. Certains membres de la communauté pensent qu'il est normal d'abandonner une femme qui a une fistule obstétricale. Ces coutumes ancestrales peuvent être difficiles à surmonter et les chefs locaux peuvent être réticents à les remettre en cause.

5. **L'accès aux services :** À quelles barrières rendant difficile la prévention de la fistule obstétricale et l'accès des femmes aux traitements la communauté est-elle confrontée ?

Les femmes reçoivent peu de soins prénataux et accouchent généralement à la maison sans soins compétents. Le centre de soins est éloigné et les déplacements sont coûteux.

6. **Actions :** En tant que chefs locaux, que peuvent faire ces participants pour prévenir la fistule ?

Les participants peuvent joindre d'autres dirigeants communautaires, tels que des dirigeants religieux et des responsables d'organisations d'hommes et de femmes. Ils peuvent souhaiter développer un plan d'action axé sur des domaines tels que les pratiques traditionnelles, les difficultés de déplacement et l'accès aux soins prénataux.

7. **Vos titres de compétences :** Quels titres de compétences et qualifications feront de vous un intervenant crédible vis-à-vis des chefs locaux ? Qui d'autre peut vous rejoindre dans la présentation pour accroître votre crédibilité ?

Les qualifications suivantes sont susceptibles d'accroître la crédibilité des participants :

- *Compétences médicales*
- *Bonne connaissance de la fistule obstétricale*
- *Compétence culturelle (c.-à-d., connaissance de la culture locale et aptitude à parler la langue locale) à l'égard de cette communauté spécifique*
- *Reconnaissance et respect des dirigeants communautaires*
- *Lien avec un établissement de santé reconnu*

D'autres intervenants peuvent faire appel à un médecin assurant des soins liés à la fistule, un chef local respecté ou une femme ou famille de la communauté affectée par la fistule obstétricale.

MODULE 5 : ACTIVITÉ DE CONSEIL AUX CLIENTES AYANT UNE FISTULE OBSTÉTRICALE

Introduction

L'activité de conseil fait partie intégrante des services de soins pour la fistule obstétricale. À cet égard, les infirmières et sages-femmes doivent être en mesure de donner des conseils relatifs à la prévention, la prise en charge de la fistule et à la réinsertion des clientes affectées. Ce module fournit une introduction générale à l'activité de conseil, décrit un cadre d'activité de conseil (EPPM), et donne un aperçu général du rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil lors de toutes les phases des soins de la fistule.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Comme indiqué précédemment, ce module fournit une *introduction générale à l'activité de conseil* et donne un *aperçu général du rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil lors de toutes les phases des soins de la fistule*. Une activité de conseil efficace (y compris le conseil aux patientes ayant une fistule) nécessite de vastes connaissances, compétences et expériences au-delà de la portée du présent module. Les infirmières et sages-femmes nécessiteront des cours et/ou une formation supplémentaire sur l'activité de conseil. Les participants qui travailleront dans des établissements qui traitent un grand nombre de clientes ayant une fistule doivent envisager de suivre l'*Activité de conseil aux clientes ayant une fistule obstétricale : Un cours de formation*.

Conditions préalables

- Réussite des modules 1, 2, 3 et 4 de ce cours (ou connaissances et expérience équivalentes)

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Définir l'*activité de conseil*
- Expliquer la différence entre l'*activité de conseil* et l'*activité d'information*, l'*activité d'orientation* et l'*activité d'avis*.
- Comparer et différencier l'activité de conseil personnalisé, l'activité de conseil collectif et l'activité de conseil de groupe
- Expliquer le cadre de l'activité de conseil EPPM
- Discuter de l'importance de l'activité de conseil en matière de fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relative à la prévention de la fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relative à la prise en charge de la fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relative à la réinsertion des clientes ayant une fistule
- Expliquer l'utilité de l'activité de conseil EPPM en situation pour les soins de la fistule

Présentation du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Introduction à l'activité de conseil	1 heure et 30 minutes
A. Qu'est-ce que l'activité de conseil ?	50 minutes
B. Activité de conseil personnalisé, collectif et de groupe	40 minutes
2. Expliquer le cadre de l'activité de conseil EEPM	35 minutes
3. Présentation de l'activité de conseil relatif à la fistule	3 heures et 35 minutes
A. Conseil relatif à la fistule	30 minutes
B. Conseil pour la prévention de la fistule	40 minutes
C. Conseil sur la prise en charge de la fistule	1 heure et 5 minutes
D. Conseil sur la réinsertion des clientes ayant une fistule	40 minutes
E. Évaluation du module 5	40 minutes
Durée totale	5 heures et 40 minutes

Évaluation

- Fiche pédagogique 5-1 : Évaluation et corrigé du module 5

SÉANCE 1

Introduction à l'activité de conseil

Objectifs de la séance de sensibilisation

À l'issue de cette séance, les participants seront en mesure de :

- Définir l'*activité de conseil*
- Expliquer la différence entre l'*activité de conseil* et l'*activité d'information*, l'*activité d'orientation* et l'*activité d'avis*.
- Comparer et différencier l'activité de conseil personnalisé, l'activité de conseil collectif et l'activité de conseil de groupe

POINTS À RETENIR

- L'activité de conseil est une communication bilatérale entre une cliente et un membre du personnel des soins de santé visant à confirmer ou faciliter une décision prise par la cliente, ou à aider celle-ci à résoudre des problèmes ou préoccupations.
- Le processus de l'activité de conseil :
 - Vise à aider des personnes à prendre des décisions et à gérer les émotions associées à leur situation
 - Va au-delà des faits en permettant aux clientes d'appliquer des informations à leur situation particulière et à faire des choix éclairés
 - Inclut une discussion sur le ressenti et les préoccupations parce qu'ils reflètent les choix de la cliente
- Le rôle du conseiller est de *faciliter* la prise de décision et *non* de prendre des décisions à la place des clientes.
- Le personnel qui prodigue des conseils doit être non critique, très sensible et respectueux des émotions et sentiments de la cliente afin d'adapter la séance à ses besoins spécifiques. Les conseillers doivent être avertis, bien entraînés et capables de donner des informations précises. Les conseillers doivent toujours être conscients du besoin d'intimité, de confidentialité, et dans certains cas, d'anonymat. Les éléments essentiels de tout bon conseil incluent l'aptitude du conseiller à solliciter et écouter les besoins, préoccupations et questions de la cliente, et à l'informer, l'éduquer et la rassurer par un langage et des mots qu'elle comprend.
- L'activité d'information consiste à *donner ou faire part d'une connaissance d'un fait ou d'une circonstance*. Autrement dit *communiquer*.
- L'orientation est l'*acte ou la fonction d'orienter* qui, elle-même, se définit par l'*exercice d'une influence ou le contrôle sur quelque chose ou quelqu'un*. Autrement dit *diriger*.
- L'activité d'avis est la fourniture d'une *opinion ou suggestion pouvant être suivie*. Autrement dit *recommander*.
- Les infirmières et sages-femmes peuvent donner des conseils dans un cadre personnel (face-à-face), un cadre collectif (avec un partenaire ou un membre de la famille), ou dans le cadre d'un groupe.
- L'activité de conseil personnalisé implique une relation d'aide face-à-face dans laquelle le conseiller travaille avec la cliente pour lui permettre de prendre une décision éclairée en ce qui concerne un problème ou une situation. L'intimité du cadre personnel peut aider à mettre la cliente à l'aise lors de la discussion de problèmes personnels avec le conseiller.
- L'activité de conseil collectif est une relation d'aide dans laquelle le conseiller travaille avec la cliente en association avec un partenaire ou un membre de sa famille pour prendre une décision éclairée en ce qui concerne un problème ou une situation. L'activité de conseil collectif se recentre sur les problèmes et besoins d'une seule cliente dans des situations dans lesquelles les décisions peuvent aussi affecter l'autre personne. Le cadre collectif peut favoriser la communication entre la cliente et son partenaire ou un membre de la famille.
- L'activité de conseil de groupe implique une relation d'aide dans laquelle le conseiller travaille avec un groupe de clientes pour résoudre un problème ou une situation qui affecte tous les membres du groupe. Cela permet à un conseiller d'aider plusieurs clientes, qui partagent un même problème, à faire face à la réalité de leur situation et à aider chacune à identifier des objectifs réalistes et à prendre des décisions éclairées.
- Quel que soit le type de conseil, il est essentiel de respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente. La cliente doit toujours avoir l'option de recevoir des conseils personnalisés sans la présence de qui que ce soit.

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé
- Exercice en petits groupes

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 5-A : Qu'est-ce que l'activité de conseil ?
- Polycopié 5-B : Activité d'information, d'orientation et d'avis
- Polycopié 5-C : Activité de conseil personnalisé, collectif et de groupe
- Fiche pédagogique 5-1 : Évaluation et corrigé du module 5

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
 2. Passez en revue les polycopiés 5-A, 5-B et 5-C.
 3. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Définition et activité de conseil (Polycopié 5-A)
 - Caractéristiques de l'activité de conseil (Polycopié 5-A)
 - Activités de conseil dont le personnel de soins de santé est responsable (Polycopié 5-A)
 - Définition des activités d'information, d'orientation et d'avis (Polycopié 5-B)
 - Descriptions des activités de conseil personnalisé, collectif et de groupe (Polycopié 5-C)
 - Phases et étapes des EEPM (Polycopié 5-D)
 4. Écrivez les titres « Activité d'information », « Activité d'orientation » et « Activité d'avis » en haut de trois feuilles du tableau-papier.
- Remarque :* Conservez ces pages couvertes jusqu'à l'étape 14 de la partie A, activité 2.
5. Photocopiez les polycopiés 5-A, 5-B et 5-C pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si vous souhaitez faire un test de début pour le module 5, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 5-1 (en vous basant sur les séances et le contenu abordé) pour créer le test. Le test initial rallongera la durée de la séance I de 20 minutes environ. Les bonnes réponses sont indiquées en **gras**.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 30 minutes

SÉANCE 1

Étapes de la formation

PARTIE A : QU'EST-CE QUE L'ACTIVITÉ DE CONSEIL ?

Durée : 50 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Expliquez que l'activité de conseil fait partie intégrante des services de soins pour la fistule obstétricale.
2. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
3. Insistez sur le fait que cette séance vise à fournir une **introduction générale à l'activité de conseil**.
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé et discussion (45 minutes)

1. Facilitez une brève discussion en posant aux participants les questions suivantes :
 - « Quelle formation avez-vous reçue sur l'activité de conseil ? »
 - « Quelles sorte d'activité de conseil avez-vous eue avec vos clientes ? »
2. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Cette discussion initiale vous permet d'évaluer le niveau de connaissance des participants en matière d'activité de conseil. S'ils ont eu une quelconque formation ou expérience en matière d'activité de conseil, vous pouvez rendre le reste de cette activité plus interactif (en posant des questions, demandant des exemples, etc.) ; dans le cas contraire, faites un cours pour présenter les informations pour le reste de cette activité.

3. Distribuez le polycopié 5-A
4. Discutez des définitions de l'activité de conseil, au moyen d'un tableau -papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 5-A).
5. Décrivez les caractéristiques de l'activité de conseil (sur la base du polycopié 5-A).
6. Insistez sur le fait que le rôle du conseiller est de *faciliter* la prise de décision et *non* de prendre des décisions à la place des clientes.
7. Demandez aux participants de lire « l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à propos de l'activité de conseil » dans le polycopié.
8. Engagez une brève discussion sur les énoncés de l'OMS en demandant aux participants : « Qu'avez-vous trouvé de plus significatif ou important ? ».
9. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Être non critique
 - Être conscient de la nécessité d'intimité et confidentialité
 - Utiliser une documentation de soutien écrite et illustrée

S'il n'est pas mentionné, insistez sur l'énoncé suivant :

- *Les éléments essentiels de tout bon conseil incluent l'aptitude du conseiller à solliciter et écouter les besoins, préoccupations et questions de la cliente, et à l'informer, l'éduquer et la rassurer par un langage et des mots que la cliente comprend.*

10. Dressez la liste des activités de conseil dont le personnel soignant est responsable, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 5-A).
11. Distribuez le polycopié 5-B.
12. Expliquez les définitions des activités d'information, d'orientation et d'avis, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 5-B).
13. Révélez les trois feuilles de tableau-papier préparées, intitulées « Activité d'information », « Activité d'orientation » et « Activité d'avis » (Préparation, Étape 4).
14. Invitez les participants à examiner la définition de l'activité de conseil sur le polycopié 5-A.
15. Demandez aux participants, « Comment l'activité d'information diffère-t-elle de l'activité de conseil ? »
16. Écrivez les réponses des participants sur la feuille « Activité d'information » du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - L'activité d'information implique une communication unilatérale ; l'activité de conseil implique une communication bilatérale.
 - L'activité d'information impose de donner des faits ; l'activité de conseil implique de permettre aux clientes d'appliquer des informations et de faire des choix éclairés
 - L'activité d'information ne traite pas du ressenti et des préoccupations ; l'activité de conseil le fait parce que ceux-ci reflètent les choix de la cliente.
17. Demandez aux participants, « Comment l'activité d'orientation diffère-t-elle de l'activité de conseil ? »
18. Écrivez les réponses des participants sur la feuille « Activité d'orientation » du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - L'activité d'orientation implique une communication unilatérale ; l'activité de conseil implique une communication bilatérale.
 - L'activité d'orientation n'est pas collective, la personne assurant l'orientation essaie d'influencer ou d'orienter la cliente ; l'activité de conseil implique de permettre aux clientes de faire leurs propres choix éclairés.
19. Demandez aux participants, « Comment l'activité d'avis diffère-t-elle de l'activité de conseil ? »
20. Écrivez les réponses des participants sur la feuille « Activité d'avis » du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - L'activité d'avis implique une communication unilatérale ; l'activité de conseil implique une communication bilatérale.
 - L'activité d'avis n'est pas collective, le conseiller suggère à la cliente ce qu'elle doit faire ; l'activité de conseil implique de permettre aux clientes de faire leurs propres choix éclairés.
21. Insistez sur les points suivants à propos de l'activité de conseil :
 - Il s'agit d'un processus *interactif*.
 - Les conseillers doivent être *non critiques* et *non manipulateurs*.
 - L'objectif est de *permettre aux clientes de faire leurs propres choix éclairés*.
22. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant la définition de l'activité de conseil.

PARTIE B : ACTIVITÉ DE CONSEIL PERSONNALISÉ, COLLECTIF ET DE GROUPE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Exposé et discussion (10 minutes)

1. Invitez les participants à examiner brièvement les activités de conseil énumérées sur le polycopié 5-A.
2. Expliquez que les infirmières et sages-femmes peuvent avoir ces activités de conseil dans un cadre personnel (face-à-face), un cadre collectif (avec un partenaire ou un membre de la famille), ou dans le cadre d'un groupe.
3. Distribuez le polycopié 5-C.
4. Décrivez les activités de conseil personnalisé, collectif et de groupe sur la base des informations du polycopié 5-C.
5. Insistez sur ce point, quel que soit le type de conseil, il est essentiel de respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente ; la cliente doit toujours avoir la possibilité de recevoir des conseils personnalisés en l'absence de qui que ce soit.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les trois types de l'activité de conseil.

Activité 2 : Exercice en petits groupes (30 minutes)

1. Répartissez les participants en trois groupes.
2. Donnez à chaque groupe plusieurs feuilles du tableau-papier et des marqueurs.
3. Demandez au premier groupe d'identifier des exemples de situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil personnalisé serait la plus appropriée ; demandez au deuxième groupe d'identifier des situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil collectif serait la plus appropriée ; demandez au deuxième groupe d'identifier des situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil de groupe serait la plus appropriée.
4. Accordez 10 minutes aux groupes pour accomplir leur tâche ; demandez à chaque groupe d'écrire ses réponses sur le tableau-papier et de sélectionner un intervenant.
 - A. Demandez au premier groupe de présenter des exemples de situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil personnalisé serait particulièrement appropriée. Ces réponses peuvent être :
 - Conseiller une victime de violence familiale
 - Conseiller un adulte célibataire sur une intervention ou un traitement médical.
 - Conseiller une cliente à propos d'une intervention médicale ou d'un traitement en urgence quand aucun autre membre de la famille n'est disponible
 - Chaque fois qu'une cliente demande spécifiquement un conseil personnalisé
 - B. Demandez au deuxième groupe de présenter des exemples de situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil collectif serait particulièrement appropriée. Ces réponses peuvent être :
 - Conseiller un couple à propos du planning familial
 - Conseiller une personne en couple à propos d'une intervention ou d'un traitement médical (avec l'autorisation de la présence du partenaire).
 - Conseiller un enfant à propos d'une intervention ou d'un traitement médical (en présence d'un parent ou d'un membre de la famille).
 - Conseiller des couples sérodifférents au VIH (c.-à-d., des couples dans lesquels un seul des partenaires est porteur du VIH)
 - Chaque fois qu'une cliente demande spécifiquement la présence d'une tierce personne

- C. Demandez au troisième groupe de présenter des exemples de situations liées à la santé dans lesquelles l'activité de conseil de groupe serait particulièrement appropriée. Ces réponses peuvent être :
- Conseiller des jeunes femmes à propos de la nutrition prénatale
 - Conseiller de jeunes adultes à propos de la prévention des infections sexuellement transmissibles
 - Conseiller des femmes ayant récemment subi une réparation de la fistule obstétricale
 - Conseiller des personnes traitées pour alcoolisme et toxicomanie
 - Conseiller des femmes à propos de la transmission mère-enfant du VIH pendant les soins prénataux
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les situations dans lesquelles les trois types d'activité de conseil sont les plus appropriés.

SÉANCE 2

Introduction au cadre de l'activité de conseil EEPM

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Expliquer le cadre de l'activité de conseil EEPM

POINTS À RETENIR

- EEPM est un acronyme pour les quatre phases d'un cadre d'activité de conseil de santé de la reproduction. Les quatre phases sont :
 - Établissement de relations
 - Exploration
 - Prise de décision
 - Mise en œuvre des décisions
- Le cadre de l'activité de conseil EEPM :
 - Insiste sur le droit et la responsabilité de la cliente à prendre des décisions et à les mettre en œuvre
 - Fournit des lignes directrices pour aider le conseiller et la cliente à prendre en considération la situation et le contexte social de celle-ci
 - Identifie les défis qu'une cliente doit relever pour mettre en œuvre sa décision
 - Aide les clientes à créer des compétences pour relever ces défis
 - Insistez sur les quatre points clés suivants à propos de l'activité EEPM :
 - Un cadre est une aide, un moyen d'atteindre une fin, et non la fin en soi.
 - Le cadre EEPM fournit une structure et une orientation pour parler avec les clientes de sorte que les prestataires ne ratent pas des étapes importantes dans le processus de l'activité de conseil.
 - L'activité de conseil doit toujours s'adresser à la cliente ; trop souvent les prestataires se focalisent davantage sur les étapes à suivre que sur l'écoute de la cliente et les réponses à lui fournir.
 - La tâche essentielle de l'activité de conseil consiste à comprendre les besoins de la cliente, puis de l'aider à les satisfaire aussi efficacement que possible.
- Les étapes de la **Phase 1 : Établissement de relations** sont :
 - Accueillir la cliente avec respect.
 - Faire les présentations.
 - Garantir la confidentialité et la vie privée de la cliente.
 - Expliquer la nécessité de discuter franchement des problèmes sensibles et personnels.
- Les étapes de la **Phase 2 : Exploration** sont :
 - Explorer en profondeur la raison de la visite de la cliente. (Ces informations permettront d'établir les besoins en conseil de la cliente et de se concentrer sur la séance d'activité de conseil).
 - Explorer la situation actuelle de la cliente et, le cas échéant, son expérience passée.
 - Explorer le contexte social, les circonstances et les relations de la cliente.
 - Identifier et discuter des problèmes et préoccupations de la cliente.
 - Fournir les informations et les expliquer si nécessaire et corriger les idées reçues.
- Les étapes de la **Phase 3 : Prise de décision** sont :
 - Identifier le(s) décision(s) que la cliente doit confirmer ou prendre.
 - Explorer les options pertinentes pour chaque décision.
 - Aider la cliente à peser les avantages, les inconvénients et les conséquences de chaque option, en donnant les informations nécessaires pour combler toute lacune de connaissance restante.
 - Encourager la cliente à prendre ses propres décisions réalistes.
- Les étapes de la **Phase 4 : Mise en œuvre des décisions** sont :
 - Aider la cliente à établir un plan concret et spécifique pour la mise en œuvre des décisions.
 - Identifier les barrières que la cliente doit franchir pour mettre en œuvre sa décision.
 - Développer des stratégies pour surmonter les obstacles.
 - Établir un plan de suivi et/ou fournir des recommandations si nécessaire.

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé
- Discussion en groupe élargi

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 5-D : Le cadre de l'activité de conseil EEPM

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue le polycopié 5-D.
3. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectif de la présente séance
 - Définition des EEPM (Polycopié 5-D)
 - Phases et étapes des EEPM (Polycopié 5-D)
 - Photocopiez le polycopié 5-D pour les participants.

Durée de la séance (totale) : 35 minutes

SÉANCE 2

Étapes de formation

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Examinez l'objectif de la séance, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
2. Expliquez que cette séance donne aux participants un **cadre d'activité de conseil de base** : une brève série de phases et étapes que les infirmières et sages-femmes peuvent appliquer dans plusieurs situations liées aux soins de santé, notamment, aux soins de la fistule.
3. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé (10 minutes)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE Si lors de la séance 1, vous avez observé que les participants ont eu une certaine expérience de la formation à l'activité de conseil, vous pouvez commencer cette activité en demandant : « Connaissez-vous le cadre des EEPM, souvent utilisé dans l'activité de conseil du planning familial ? ». S'ils ont une expérience des EEPM, vous pouvez rendre le reste de cette activité plus interactif (en posant des questions, en demandant des exemples, etc.) ; dans le cas contraire, faites un cours pour présenter les informations pour le reste de cette activité.

1. Définissez l'acronyme « EEPM » au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du Polycopié 5-D).
2. Discutez des points suivants du cadre de l'activité de conseil EEPM (sur la base des informations du polycopié 5-D). Observez que les EEPM :
 - Insistent sur le droit et la responsabilité de la cliente à prendre des décisions et à les mettre en œuvre
 - Fournissent des lignes directrices pour aider le conseiller et la cliente à prendre en considération la situation et le contexte social de celle-ci
 - Identifient les défis qu'une cliente doit relever pour mettre en œuvre sa décision
 - Aident la cliente à créer des compétences pour relever ces défis
3. Insistez sur les points clés suivants à propos du cadre des EEPM :
 - Un cadre est une aide, un moyen d'atteindre une fin, et *non* une fin en soi.
 - Le cadre EEPM fournit une structure et une orientation pour parler avec les clientes de sorte que les prestataires ne ratent pas des étapes importantes dans le processus de l'activité de conseil.
 - L'activité de conseil doit toujours s'adresser à la cliente ; trop souvent les prestataires se focalisent davantage sur les étapes à suivre que sur l'écoute de la cliente et les réponses à lui fournir.
 - La tâche essentielle de l'activité de conseil consiste à comprendre les besoins de la cliente, puis de l'aider à les satisfaire aussi efficacement que possible.
4. Distribuez le polycopié 5-D.
5. Examinez les phases et étapes des EEPM au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 5-D).
6. Indiquez que la prochaine activité donnera aux participants l'occasion de discuter plus en détail du cadre des EEPM.

Activité 3 : Discussion en groupe élargi (20 minutes)

1. Laissez environ cinq minutes aux participants pour lire le photocopié 5-D.
2. Engagez une brève discussion en demandant aux participants : « Comment le cadre des EEPM s'assure-t-il que l'activité de conseil s'adresse aux clientes ? ».
3. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Le cadre des EEPM commence par les circonstances personnelles de la cliente et s'y focalisent. Chaque séance d'activité de conseil est alors personnalisée en fonction des besoins spécifiques d'une cliente particulière en prenant en considération ses circonstances, besoins et désirs spécifiques.
 - Le cadre des EEPM considère la cliente comme une personne spécifique avec des besoins et circonstances différents et corrélés. Il aide les prestataires à explorer et traiter les besoins et problèmes des clientes dans leur ensemble.
 - Les EEPM prennent aussi en considération si la cliente sera en mesure de mettre en œuvre sa ou ses décision(s). Les EEPM aident les prestataires à identifier les obstacles potentiels et à développer des stratégies pour les franchir. Par conséquent, la phase de Mise en œuvre des décisions des EEPM évolue différemment selon les besoins et circonstances spécifiques à chaque cliente.
4. Engagez une brève discussion en demandant aux participants : « Pourquoi le cadre des EEPM s'adresse-t-il au contexte social et aux circonstances personnelles des clientes ? ».
5. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Les clientes doivent prendre des décisions réalistes qu'elles pourront mettre en œuvre en toute sécurité.
 - L'examen du contexte social aide les clientes à comprendre les résultats potentiels de leurs décisions.
 - Il est important que les conseillers et clientes comprennent qui a le pouvoir de décision et qui influence celle-ci (c.-à-d., les partenaires, les amis, les membres de la famille).
 - Il est aussi important de comprendre quelles pressions économiques peuvent affecter les décisions de la cliente.
6. Engagez une brève discussion en demandant aux participants : « Comment le cadre des EEPM favorise-t-il la prise de décision éclairée et volontaire d'une cliente ? ».
7. Écrivez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Les EEPM aident le prestataire à personnaliser les informations en fonction des besoins et circonstances de la cliente de sorte qu'elle puisse prendre des décisions réalistes après avoir pris en considération les circonstances de sa vie
 - Le cadre rappelle à la cliente de peser les options, de considérer leurs implications, et l'aide à anticiper les obstacles potentiels à la mise en œuvre de sa décision et à développer des stratégies pour les franchir.
 - Le cadre guide les prestataires en aidant les clientes à mieux comprendre leurs options, leur permettant ainsi de prendre des décisions éclairées.
 - Le cadre permet aussi de s'assurer que le prestataire vérifie l'influence éventuelle d'une pression sociale (c.-à-d., de partenaires, membres de la famille ou de la communauté) sur la cliente et confirme que sa décision est volontaire et dépourvue de toute coercition.
8. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant le cadre de l'activité de conseil EEPM.

SÉANCE 3

Présentation de l'activité de conseil relatif à la fistule

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Expliquer l'importance de l'activité de conseil en matière de fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relative à la prévention de la fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relatif à la prise en charge de la fistule
- Décrire le rôle des infirmières et des sages-femmes dans l'activité de conseil relatif à la réinsertion des clientes ayant une fistule
- Expliquer l'utilité de l'activité de conseil EEPM en situation pour les soins de la fistule

POINTS À RETENIR

- L'activité de conseil fait partie intégrante des services de soins pour la fistule obstétricale.
- Les besoins de conseil particuliers des clientes atteintes d'une fistule obstétricale se divisent en trois catégories générales :
 - Informations/éducation
 - Soutien affectif
 - Prise en charge clinique
- Les compétences et étapes de l'activité de conseil doivent **toujours** faire partie des interactions des infirmières et sages-femmes avec les clientes atteintes d'une fistule.
- Les soins de la fistule comprennent trois éléments : la prévention, la prise en charge et la réinsertion. Chacun de ces éléments reflète un jeu de compétences en activité de conseil (c.-à-d., compétences et actions) impliquant un conseil personnalisé, collectif ou de groupe.
- L'activité de conseil pour la *prévention* de la fistule obstétricale se divise en trois types en fonction du moment où elle intervient :
 - Activité de conseil avant la grossesse
 - Activité de conseil prénatal
 - Activité de conseil postnatal
- L'activité de conseil relative à la *prise en charge* de la fistule obstétricale se divise en quatre types en fonction du moment où elle intervient :
 - Activité de conseil préopératoire
 - Activité de conseil peropératoire
 - Activité de conseil postopératoire
 - Activité de conseil à la sortie de l'hôpital
- L'activité de conseil relative à la *réinsertion* de clientes ayant une fistule obstétricale se divise en trois types en fonction du moment où elle intervient :
 - Activité de conseil sur la physiothérapie
 - Activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille
 - Activité de conseil sur la subsistance

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé/discussion
- Démonstration
- Jeux de rôles en petits groupes
- Discussion en groupe élargi
- Test de fin de module
- Revue/compte rendu

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 5-E : Activité de conseil relatif à la fistule
- Polycopié 5-F : Activité de conseil pour la prévention de la fistule
- Polycopié 5-G : Activité de conseil relatif à la prise en charge de la fistule
- Polycopié 5-H : Activité de conseil relatif à la réinsertion des clientes ayant une fistule
- Fiche pédagogique 5-1 : Évaluation et corrigé du module 5
- Fiche pédagogique 5-2 : Liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/le jeu de rôles
- Fiche pédagogique 5-3 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 1 : Prévention
- Fiche pédagogique 5-4 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 2 : Prise en charge
- Fiche pédagogique 5-5 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 3 : Réinsertion
- Polycopiés du module 3 :
 - Polycopié 3-O : Consentement éclairé pour une réparation de la fistule
 - Polycopié 3-R : Soins préopératoires et préparation des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule
 - Polycopié 3-X : Soins postopératoires des clientes d'une réparation chirurgicale de la fistule
 - Polycopié 3-Y : Réparation chirurgicale de la fistule : Complications postopératoires
 - Polycopié 3-BB : Réparation chirurgicale de la fistule : Plan de sortie et suivi

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les polycopiés 5-E, 5-F, 5-G et 5-H.
3. Passez en revue les fiches pédagogiques 5-1, 5-2, 5-3, 5-4 et 5-5.
4. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Caractéristiques du processus de l'activité de conseil (d'après le polycopié 5-A)
 - Besoins de conseil en matière d'information/éducation des clientes ayant une fistule (d'après le polycopié 5-E)
 - Besoins de conseil affectif des clientes ayant une fistule (d'après le polycopié 5-E)
 - Besoins de conseil en matière de prise en charge des clientes ayant une fistule (d'après le polycopié 5-E)
 - Compétences pour l'activité de conseil avant la grossesse (d'après le polycopié 5-F)
 - Compétences pour l'activité de conseil prénatal (d'après le polycopié 5-F)
 - Compétences pour l'activité de conseil postnatal (d'après le polycopié 5-F)
 - Compétences pour l'activité de conseil préopératoire (d'après le polycopié 5-G)
 - Compétences pour l'activité de conseil peropératoire (d'après le polycopié 5-G)
 - Compétences pour l'activité de conseil postopératoire (d'après le polycopié 5-G)
 - Compétences pour l'activité de conseil pour la sortie (d'après le polycopié 5-G)
 - Compétences pour l'activité de conseil sur la physiothérapie (d'après le polycopié 5-G)
 - Compétences pour l'activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille (d'après le polycopié 5-H)
 - Compétences pour l'activité de conseil sur la subsistance (d'après le polycopié 5-H)
5. Photocopiez les polycopiés 5-E, 5-F, 5-G et 5-H pour les participants.

6. Préparez l'évaluation du module 5 (d'après la fiche pédagogique 5-1).

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 5-1 pour le test de fin du module 5. Les bonnes réponses sont reproduites en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

7. Faites trois copies de la liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/le jeu de rôles (d'après la fiche pédagogique 5-2) pour chaque participant.
8. Photocopiez la fiche pédagogique 5-3 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 1 : Prévention
9. Photocopiez la fiche pédagogique 5-4 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 2 : Prise en charge et de la fiche pédagogique 5-5 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 3 : Réinsertion
10. Photocopiez les polycopiés suivants du module 3 pour la préparation du jeu de rôles :
 - Polycopié 3-O : Consentement éclairé pour une réparation de la fistule
 - Polycopié 3-R : Soins préopératoires et préparation des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule
 - Polycopié 3-X : Soins postopératoires des clientes d'une réparation chirurgicale de la fistule
 - Polycopié 3-Y : Réparation chirurgicale de la fistule : Complications postopératoires
 - Polycopié 3-BB : Réparation chirurgicale de la fistule : Plan de sortie et suivi

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Dans la mesure où la séance 3 dure 3 heures et 35 minutes, il sera peut-être difficile de la mener à bien en un seul jour. Si vous devez diviser la séance, nous vous suggérons d'animer la partie A (Activité de conseil relatif à la fistule) et la partie B (Activité de conseil relatif à la prévention de la fistule) un jour et la partie C (Activité de conseil de la prise en charge de la fistule), la partie D (Activité de conseil sur la réinsertion de clientes ayant une fistule), et la partie E (Évaluation du Module 5) le lendemain ; veillez aussi à prévoir une pause avant la partie E.

Durée de la séance (totale) : 3 heures, 35 minutes

SÉANCE 3

Étapes de formation

PARTIE A : ACTIVITÉ DE CONSEIL RELATIF À LA FISTULE

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Insistez sur le fait que cette séance vise à donner *une présentation du rôle des infirmières et sages-femmes et des initiatives dans l'activité de conseil pendant toutes les phases des soins de la fistule.*
3. Expliquez que, pour être vraiment efficaces les conseillers, infirmières et sages-femmes nécessiteront des cours et/ou une formation supplémentaires sur l'activité de conseil. Les participants qui travailleront dans des établissements qui traitent un grand nombre de clientes ayant une fistule doivent envisager de suivre l'*Activité de conseil aux clientes ayant une fistule obstétricale : Un cours de formation.*
4. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé et discussion (25 minutes)

1. Rappelez aux participants les caractéristiques du processus de l'activité de conseil (énumérées dans le polycopié 5-A), qui ont été discutées dans la séance 1, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
 - L'activité de conseil vise à aider des personnes à prendre des décisions et à gérer les émotions associées à leur situation.
 - L'activité de conseil va au-delà des faits en permettant aux clientes d'appliquer des informations à leur situation particulière et à faire des choix éclairés.
 - L'activité de conseil inclut une discussion sur le ressenti et les préoccupations parce qu'ils reflètent les choix de la cliente.
2. Rappelez aux participants que dans la séance 1 nous avons énoncé que l'activité de conseil fait partie intégrante des services de soins pour la fistule obstétricale.
3. Demandez aux participants : « Pourquoi est-il important d'intégrer l'activité de conseil dans les services de soins de la fistule obstétricale ? ».
4. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Les femmes ayant une fistule connaissent un isolement social et d'autres effets émotionnellement dévastateurs.
 - Les femmes ayant une fistule doivent prendre des décisions éclairées à propos de leur traitement.
 - L'activité de conseil avant la grossesse et prénatal peut aider à prévenir la fistule obstétricale.
 - Les femmes qui ont subi une réparation de la fistule doivent comprendre les informations postopératoires et celles liées à la sortie pour bénéficier d'une guérison satisfaisante.

Module 5: Activité de conseil des clientes ayant une fistule obstétricale

5. Expliquez que les besoins de conseil particuliers des clientes ayant une fistule obstétricale se divisent en trois catégories générales :
 - Informations/éducation
 - Soutien affectif
 - Prise en charge clinique
6. Distribuez le polycopié 5-E aux participants.
7. Discutez des besoins en information et activité de conseil en éducation des clientes ayant une fistule (sur la base du polycopié 5-E), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
8. Discutez des besoins de conseil de soutien affectif des clientes ayant une fistule (sur la base du polycopié 5-E), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
9. Discutez des besoins de conseil de prise en charge clinique des clientes ayant une fistule (sur la base du polycopié 5-E), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
10. Insistez sur le fait que les compétences et étapes de l'activité de conseil doivent *toujours* faire partie des interactions des infirmières et sages-femmes avec les clientes ayant une fistule.
11. Discutez les points suivants :
 - Les soins de la fistule comprennent trois éléments : la prévention, la prise en charge et la réinsertion.
 - Chacun de ces éléments reflète un jeu de compétences en activité de conseil (c.-à-d., compétences et actions) impliquant un conseil personnalisé, collectif ou de groupe.
 - La majeure partie du reste de cette séance traitera des jeux de compétences pour chacun de ces trois éléments.
12. Demandez aux participants quelles questions générales ils ont à propos des besoins de conseil des clientes ayant une fistule obstétricale.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

À ce stade, les participants peuvent avoir des questions qui seront traitées plus loin dans la séance. Si c'est le cas, notez leurs préoccupations en les écrivant dans les « Questions en suspens » du tableau-papier. Indiquez qu'au terme de ce module leurs questions devraient obtenir des réponses. À la fin de la partie D de cette séance, vous devrez confirmer que vous avez répondu à leurs questions et que les participants comprennent les compétences de l'activité de conseil pour chacun des trois éléments des soins de la fistule.

PARTIE B : ACTIVITÉ DE CONSEIL POUR LA PRÉVENTION DE LA FISTULE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Présentation (10 minutes)

1. Expliquez que l'activité de conseil pour la prévention de la fistule obstétricale se divise en trois types en fonction du moment où elle intervient :
 - Activité de conseil avant la grossesse
 - Activité de conseil prénatal
 - Activité de conseil postnatal
2. Distribuez le polycopié 5-F.
3. Discutez des compétences de l'activité de conseil avant la grossesse (sur la base du polycopié 5-F), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
4. Discutez des compétences de l'activité de conseil prénatal (sur la base du polycopié 5-F), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
5. Discutez des compétences de l'activité de conseil postnatal (sur la base du polycopié 5-F), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
6. Expliquez les points suivants à propos de l'activité de conseil pour la prévention de la fistule :
 - Le besoin d'activité de conseil principal qu'elle traite est l'information/éducation.
 - Elle peut impliquer une activité de conseil personnalisé, une activité de conseil collectif et/ou une activité de conseil de groupe.
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les compétences relatives à l'activité de conseil pour la prévention de la fistule obstétricale.

Activité 2 : Démonstration (30 minutes)

1. Expliquez que vous allez donner une démonstration de l'activité de conseil sur la prévention de la fistule et, en particulier, de l'activité de conseil postnatal.
2. Demandez à un bénévole de jouer le rôle d'une cliente, remettez-lui un exemplaire de la fiche pédagogique 5-3 (Démonstration/Jeu de rôles Scénario 1 : Prévention) et demandez lui d'examiner ce scénario pendant deux à trois minutes.
3. Distribuez des copies de la liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/jeu de rôles (sur la base de la fiche pédagogique 5-2) aux autres participants et invitez-les à s'y reporter pendant la démonstration pour vérifier les tâches de l'activité de conseil lors de leur déroulement, et écrire tout commentaire à propos de ce qui a été efficace ou non.
4. Indiquez que pour gagner du temps, cette démonstration sera une version condensée du processus de l'activité de conseil et ne traitera pas des informations sur la nutrition optimale des femmes et nouveaux-nés, qui doivent toujours être couvertes lors d'une séance complète d'activité de conseil postnatal.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE Lors de la préparation de cette démonstration, veillez à réviser le cadre EEPM et tout document pédagogique sur le planning familial utilisé dans votre établissement.

Module 5: Activité de conseil des clientes ayant une fistule obstétricale

5. En collaboration avec le volontaire, jouez les rôles du processus d'activité de conseil postnatal.
 - Fournissez des informations sur la programmation et l'espace adéquat des grossesses et sur les options de planning familial à la disposition de la cliente.
 - Observez les phases et étapes du cadre EEPM d'aussi près que possible.
 - Essayez de limiter le jeu de rôles à 10 à 15 minutes maximum.
6. Demandez aux participants (y compris à la « cliente » bénévole) de réagir au jeu de rôles, notamment :
 - Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?
 - Qu'est-ce qui peut être amélioré ?
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'activité de conseil pour la prévention de la fistule obstétricale.

PARTIE C : ACTIVITÉ DE CONSEIL RELATIF À LA PRISE EN CHARGE DE LA FISTULE

Durée : 1 heure et 5 minutes

Activité 1 : Présentation (20 minutes)

1. Expliquez que l'activité de conseil relative à la prise en charge de la fistule obstétricale se divise en quatre types en fonction du moment où elle intervient :
 - Activité de conseil préopératoire
 - Activité de conseil peropératoire
 - Activité de conseil postopératoire
 - Activité de conseil à la sortie de l'hôpital
2. Distribuez le polycopié 5-G.
3. Discutez des compétences de l'activité de conseil préopératoire (sur la base du polycopié 5-G), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
4. Discutez des compétences de l'activité de conseil peropératoire (sur la base du polycopié 5-G), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
5. Discutez des compétences de l'activité de conseil postopératoire (sur la base du polycopié 5-G), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
6. Discutez des compétences de l'activité de conseil de sortie de l'hôpital (sur la base du polycopié 5-G), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
7. Expliquez les points suivants à propos de l'activité de conseil pour la prise en charge de la fistule :
 - Elle traite des trois besoins de l'activité de conseil : information/éducation, soutien affectif et prise en charge clinique.
 - Elle peut impliquer une activité de conseil personnalisé et collectif, dans quelques grands centres de soins de la fistule elle peut aussi impliquer une activité de conseil de groupe.
8. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les compétences relatives à l'activité de conseil de prise en charge de la fistule obstétricale.

Activité 2 : Jeux de rôles en petits groupes (35 minutes)

1. Expliquez que les participants auront l'occasion de pratiquer l'activité de conseil relative à la prise en charge de la fistule obstétricale, et en particulier à l'activité de conseil préopératoire.
2. Divisez les participants en groupes de trois et attribuez à chaque membre de chaque groupe un rôle de client, un rôle de conseiller et un rôle d'observateur.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si la répartition par groupe de trois n'est pas possible, vous aurez alors :

- Un groupe de quatre (dont deux observateurs) ou
- Un groupe de deux (dans lequel vous jouerez le rôle de l'observateur)

3. Distribuez à chaque groupe :
 - Une copie de la fiche pédagogique 5-4 (Démonstration/Jeu de rôles Scénario 2 : Prise en charge) à la cliente
 - Deux copies de la liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/le jeu de rôles (d'après la fiche pédagogique 5-2) au conseiller et à l'observateur.
4. Accordez aux conseillers et clientes trois à quatre minutes pour se préparer.
5. Demandez aux clientes d'examiner le premier scénario de la page.
6. Demandez aux conseillers d'examiner la partie de l'activité de conseil préopératoire du photocopié 5-G.
7. Demandez aux conseillers d'examiner les photocopiés suivants du module 3 :
 - Photocopié 3-O : Consentement éclairé pour une réparation de la fistule
 - Photocopié 3-R : Soins préopératoires et préparation des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule
 - Photocopié 3-X : Soins postopératoires des clientes à une réparation chirurgicale de la fistule
 - Photocopié 3-Y : Réparation chirurgicale de la fistule : Complications postopératoires
8. Dites aux conseillers et observateurs de consulter la liste à cocher pendant la démonstration :
 - Les conseillers peuvent l'utiliser pour se rappeler des phases et étapes du cadre EEPM.
 - Les observateurs peuvent cocher les étapes de conseil en cours de déroulement et écrire des commentaires sur ce qui a été efficace ou ne l'a pas été.
9. Indiquez que pour gagner du temps ce jeu de rôles sera une version condensée du processus d'activité de conseil ; les conseillers doivent limiter les informations qu'ils donnent à deux ou trois sujets prioritaires. Une bonne séance d'activité de conseil préopératoire doit couvrir tous les sujets pertinents pour la situation de la cliente.
10. Demandez aux groupes de jouer les rôles du processus d'activité de conseil préopératoire.
11. Demandez aux groupes de récapituler les jeux de rôles après environ 10 à 12 minutes.
12. Faites répéter le processus aux groupes (étapes 4 à 11 ci-dessus), en utilisant le deuxième scénario de la page et en échangeant les rôles comme suit :
 - Le conseiller devient observateur.
 - La cliente devient conseiller.
 - L'observateur devient cliente.

Activité 3 : Discussion en groupe élargi (10 minutes)

1. Demandez aux participants de réagir aux jeux de rôles, notamment :
 - Comment la cliente se sentait-elle ?
 - Les problèmes techniques ont-ils été expliqués avec un langage simple ?
 - Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?
 - Qu'est-ce qui peut être amélioré ?
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'activité de conseil de la prise en charge de la fistule.

PARTIE D : ACTIVITÉ DE CONSEIL RELATIF À LA RÉINSERTION DES CLIENTES AYANT UNE FISTULE

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Présentation (10 minutes)

1. Expliquez que l'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale se divise en trois types en fonction de la situation dans laquelle elle intervient :
 - Activité de conseil sur la physiothérapie
 - Activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille
 - Activité de conseil sur la subsistance
2. Distribuez le polycopié 5-H.
3. Discutez des compétences de l'activité de conseil sur la physiothérapie (sur la base du polycopié 5-H), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
4. Discutez des compétences de l'activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille (sur la base du polycopié 5-H), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
5. Discutez des compétences de l'activité de conseil sur la subsistance (sur la base du polycopié 5-H), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
6. Expliquez les points suivants à propos de l'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale :
 - Le principal besoin d'activité de conseil qu'elle traite est le soutien affectif ; il peut aussi traiter de l'information/éducation.
 - Elle peut impliquer une activité de conseil personnalisé, une activité de conseil collectif et/ou une activité de conseil de groupe.
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les compétences relatives à l'activité de conseil pour la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale.

Activité 2 : Jeux de rôles en petits groupes (20 minutes)

1. Expliquez que les participants auront l'occasion de pratiquer l'activité de conseil relative à la prise en charge de la fistule obstétricale, et en particulier à l'activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille.
2. Demandez aux participants de reconstituer les mêmes groupes que ceux du jeu de rôles précédent, pour ce jeu de rôles, les membres du groupe échangeront les rôles comme suit :
 - Le conseiller devient observateur.
 - La cliente devient conseiller.
 - L'observateur devient cliente.
3. Distribuez à chaque groupe :
 - Un exemplaire de la fiche pédagogique 5-5 : Démonstration/Jeu de rôles Scénario 3 : Réinsertion de la cliente
 - Deux exemplaires de la liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/le jeu de rôles (d'après la fiche pédagogique 5-2) au conseiller et à l'observateur

4. Accordez aux conseillers et clientes trois à quatre minutes pour se préparer.
 - Demandez aux clientes de revoir le scénario.
 - Demandez aux conseillers d'examiner la partie de l'activité de conseil relative au retour dans la communauté/famille du polycopié 5-H.
 - Demandez aux conseillers d'examiner le polycopié 3-BB du module 3 : Réparation chirurgicale de la fistule : Plan de sortie de l'hôpital et suivi.
5. Dites aux conseillers et observateurs de consulter la liste à cocher pendant la démonstration :
 - Les conseillers peuvent l'utiliser pour se rappeler des phases et étapes du cadre des EEPM.
 - Les observateurs peuvent cocher les étapes de conseil en cours de déroulement et écrire des commentaires sur ce qui a été efficace ou ne l'a pas été.
6. Indiquez que pour gagner du temps ce jeu de rôles sera une version condensée du processus d'activité de conseil ; les conseillers doivent limiter les informations qu'ils donnent à deux ou trois sujets prioritaires. Une bonne séance d'activité de conseil relative au retour dans la communauté/famille doit couvrir tous les sujets pertinents pour la situation de la cliente.
7. Demandez aux groupes de jouer les rôles du processus d'activité de conseil du retour dans la communauté/famille.
8. Demandez aux groupes de récapituler les jeux de rôles après environ 10 à 12 minutes.

Activité 3 : Discussion en grands groupes (10 minutes)

1. Demandez aux participants de réagir au jeu de rôles, notamment :
 - Comment la cliente se sentait-elle ?
 - Les problèmes techniques ont-ils été expliqués avec un langage simple ?
 - Qu'est-ce qui a bien fonctionné ?
 - Qu'est-ce qui peut être amélioré ?
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'activité de conseil sur la réinsertion de la cliente ayant une fistule obstétricale.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si, lors de la Partie A de cette séance, les participants ont exprimé des questions ou préoccupations que vous avez mises de côté et incluses dans les « questions en suspens » du tableau-papier, vous devez à présent confirmer que vous les avez traitées. Révisez brièvement les « Questions en suspens » et confirmez avec les participants qu'elles ont obtenu des réponses satisfaisantes.

PARTIE E : Évaluation du module 5

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 5 (sur la base des questions fournies dans la fiche pédagogique 5-1) aux participants et accordez-leur 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests au bout de 20 minutes.

Activité 2 : Revue/compte rendu (20 minutes)

1. Examinez les réponses à l'évaluation du module 5 (en utilisant le corrigé de la fiche pédagogique 5-1).
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

S'il reste du temps, circulez parmi les participants pour leur demander de répondre aux questions du test de fin de module. Si vous manquez de temps, lisez les réponses à haute voix.

RESSOURCES DU MODULE 5

POLYCOPIÉ 5-A

Qu'est-ce que l'activité de conseil ?

Définition de l'activité de conseil

Voici deux définitions de l'*activité de conseil* en contexte de soins de santé :

- « L'activité de conseil est une communication bilatérale entre une cliente et un membre du personnel des soins de santé visant à confirmer ou faciliter une décision prise par la cliente, ou à aider celle-ci à résoudre des problèmes ou préoccupations ».

Source : Le projet ACQUIRE. 2008. *Counseling for effective use of family planning: Participant handbook*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

- L'activité de conseil est « l'emploi d'un processus d'aide interactif axé sur les besoins, problèmes ou sentiments et autres de la cliente, significatifs pour améliorer ou soutenir la prise en charge et la résolution de problèmes ainsi que des relations à autrui ».

Source : Elsevier, 2003.

Caractéristiques de l'activité de conseil

Le processus de l'activité de conseil :

- Vise à aider des personnes à prendre des décisions et à gérer les émotions associées à leur situation
- Va au-delà des faits en permettant aux clientes d'appliquer des informations à leur situation particulière et à faire des choix éclairés
- Inclut une discussion sur le ressenti et les préoccupations parce que ceux-ci reflètent les choix de la cliente

L'activité de conseil implique toujours une communication bilatérale entre la cliente et le prestataire dans laquelle chacun passe du temps à parler, écouter et poser des questions.

Le rôle du conseiller est de *faciliter* la prise de décision et *non* de prendre des décisions à la place des clientes.

L'activité de conseil est :

- Centrée sur les clientes
- Réciproque
- Respectueuse

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur l'activité de conseil

« L'activité de conseil... peut être assurée par différents membres du personnel, notamment les infirmières, les sages-femmes, les médecins, les travailleurs sociaux et les aides-soignants. [*Remarque* : Cette liste de prestataires de services varie selon le pays]. Des volontaires sont employés avec succès dans certaines situations. Un conseiller professionnel n'est pas nécessaire ; toutefois, une formation en techniques d'activité de conseil doit être assurée pour tout membre du personnel faisant office de conseiller ».

« Le personnel qui assure l'activité de conseil doit être non critique, très sensible et respectueux des émotions et sentiments de la femme, afin d'adapter la séance aux besoins spécifiques de celle-ci. Les conseillers doivent être avertis, bien entraînés et capables de donner des informations précises. Les conseillers doivent toujours être conscients du besoin d'intimité, de confidentialité, et dans certains cas, d'anonymat... Les éléments essentiels de tout bon conseil incluent l'aptitude du conseiller à solliciter et écouter les besoins, préoccupations et questions d'une femme, et à l'informer, l'éduquer et la rassurer par un langage et des mots que la femme comprend... Il est aussi conseillé de compléter les explications verbales par des documents écrits et illustrés pour renforcer ce qui a été dit dans les séances d'activité de conseil ».

Source : OMS, 1995.

Tâches de l'activité de conseil

Lors de l'activité de conseil, le personnel de soins de santé est responsable :

- D'aider les clientes à évaluer leurs propres besoins de services, informations et soutien affectif
- De fournir des informations convenant aux problèmes et besoins identifiés des clientes
- D'aider les clientes à prendre des décisions éclairées de leur plein gré en les assistant dans leurs choix
- D'aider les clientes à explorer les éventuels obstacles à la mise en œuvre de leurs décisions, à développer des stratégies et compétences nécessaires pour surmonter ceux-ci et à mettre en œuvre leurs décisions
- De répondre aux questions, de résoudre des préoccupations et de s'assurer que les clientes comprennent toutes les informations qu'elles reçoivent

Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Counseling for effective use of family planning: Participant handbook*. New York : EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

Elsevier, Inc. 2003. *Miller-Keane encyclopedia and dictionary of medicine, nursing, and allied health*, 7^{ème} éd. Saunders.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1995. Information and counselling for the patient. In *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Genève.

POLYCOPIÉ 5-B

Activité d'information, d'orientation et d'avis

L'activité d'information

L'activité d'information consiste à « donner ou faire part d'une connaissance d'un fait ou d'une circonstance ». Autrement dit *communiquer*.

L'activité d'orientation

L'orientation est « l'acte ou la fonction d'orienter » qui, elle-même, se définit par « l'exercice d'une influence ou le contrôle sur » quelque chose ou quelqu'un. Autrement dit *diriger*.

L'activité d'avis

L'activité d'avis consiste à « donner une opinion ou une suggestion pouvant être suivie ». Autrement dit *recommander*.

Bibliographie

Houghton Mifflin Company. 2009. *The American heritage dictionary of the English language*, 4^{ème} éd. New York.

Random House, Inc. 2011. *Random House dictionary*. New York.

POLYCOPIÉ 5-C

Activité de conseil personnalisé, collectif et de groupe

Les infirmières et sages-femmes peuvent donner des conseils dans un cadre personnel (face-à-face), un cadre collectif (avec un partenaire ou un membre de la famille), ou dans le cadre d'un groupe.

Activité de conseil personnalisé

L'activité de conseil personnalisé est une relation d'aide face-à-face dans laquelle le conseiller travaille avec la cliente pour lui permettre de prendre une décision éclairée en ce qui concerne un problème ou une situation. Par définition, elle se focalise sur des problèmes et besoins spécifiques d'une même cliente. L'intimité du cadre personnel peut aider à mettre la cliente à l'aise lors de la discussion de problèmes personnels avec le conseiller. Elle aide aussi la cliente à prendre des décisions éclairées de son plein gré sans l'influence abusive de partenaires, membres de la famille ou collègues.

Activité de conseil collectif

L'activité de conseil collectif est une relation d'aide dans laquelle le conseiller travaille avec la cliente en association avec un partenaire ou un membre de sa famille pour prendre une décision éclairée en ce qui concerne un problème ou une situation. Elle se focalise sur les problèmes et besoins d'une seule cliente lors de situations dans lesquelles les décisions peuvent aussi affecter l'autre personne. Le cadre collectif peut favoriser la communication entre la cliente et son partenaire ou un membre de la famille. Toutefois, il est essentiel que la cliente autorise de son plein gré l'autre personne à participer à l'activité de conseil ; la cliente doit toujours avoir l'option de recevoir des conseils personnalisés sans la présence du partenaire ou d'un membre de la famille.

Activité de conseil de groupe

L'activité de conseil de groupe est une relation d'aide dans laquelle le conseiller travaille avec un groupe de clientes pour résoudre un problème ou une situation qui affecte tous les membres du groupe. Cela permet à un conseiller d'aider plusieurs clientes, qui partagent un même problème, à faire face à la réalité de leur situation et à aider chacune à identifier des objectifs réalistes et à prendre des décisions éclairées. Le cadre du groupe donne l'occasion aux clientes de recevoir de l'aide et de s'aider mutuellement ; il permet aux membres de recevoir un soutien authentique, des réactions franches et des solutions différentes de la part de personnes dans la même situation.

Au début de l'activité de conseil de groupe, le conseiller clarifie l'objectif du groupe, explique son rôle et le sien, discute du rôle de chaque membre et de la façon dont chacun va bénéficier de sa participation au groupe. Le conseiller explique aussi les règles de base du groupe, en mettant l'accent sur la nécessité de respecter la vie privée et la confidentialité des membres et l'importance de la libre expression de leurs pensées et sentiments. Comme pour l'activité de conseil collectif, il est essentiel que la cliente participe de son plein gré au groupe ; la cliente doit toujours avoir l'option de recevoir des conseils personnalisés sans la présence d'autres membres du groupe.

POLYCOPIÉ 5-D

Le cadre de l'activité de conseil EEPM

EEPM

EEPM est un acronyme pour les quatre phases d'un cadre d'activité de conseil de santé de la reproduction. Les quatre phases sont :

- Établissement de relations
- Exploration
- Prise de décision
- Mise en œuvre des décisions

Le cadre de l'activité de conseil EEPM :

- Insiste sur le droit et la responsabilité de la cliente à prendre des décisions et à les mettre en œuvre
- Fournit des lignes directrices pour aider le conseiller et la cliente à prendre en considération la situation et le contexte social de celle-ci
- Identifie les défis qu'une cliente doit relever pour mettre en œuvre ses décisions
- Aide les clientes à créer des compétences pour relever ces défis

Un cadre est une aide, un moyen d'atteindre une fin, et *non* une fin en soi. L'activité de conseil doit être focalisée sur la cliente. Le cadre EEPM fournit une structure et une orientation pour parler avec les clientes de sorte que les prestataires ne ratent pas des étapes importantes dans le processus de l'activité de conseil. Toutefois, trop souvent les prestataires se focalisent davantage sur les étapes à suivre que sur l'écoute de la cliente et les réponses à lui fournir. La tâche essentielle de l'activité de conseil consiste à comprendre les besoins de la cliente, puis de l'aider à les satisfaire aussi efficacement que possible.

Il est important de personnaliser les séances d'activité de conseil en explorant la situation de chaque cliente. Comprendre et explorer le contexte social des décisions est essentiel pour aider la cliente à évaluer précisément leur situation et à prendre des décisions adéquates, bien pesées. Le contexte social englobe les personnes (partenaires, membres de la famille, amis et membres de la communauté) et les facteurs qui influencent les décisions d'une cliente, y compris le pouvoir de la cliente à prendre des décisions autonomes. La prise en compte du contexte social de la cliente inclut aussi la prévision des ramifications des décisions pour le réseau social de la cliente.

Phases et étapes des EEPM
Phase 1 : Établissement de relations <ol style="list-style-type: none">1. Accueillir la cliente avec respect.2. Faire les présentations.3. Garantir la confidentialité et la vie privée de la cliente.4. Expliquer la nécessité de discuter franchement des problèmes sensibles et personnels.
Phase 2 : Exploration <ol style="list-style-type: none">1. Explorer en profondeur la raison de la visite de la cliente (ces informations permettront d'établir les besoins en conseil de la cliente et de se concentrer sur la séance d'activité de conseil).2. Explorer la situation actuelle de la cliente et, le cas échéant, son expérience passée.3. Explorer le contexte social, les circonstances et les relations de la cliente.4. Identifier et discuter des problèmes et préoccupations de la cliente.5. Fournir les informations et les expliquer si nécessaire et corriger les idées reçues.
Phase 3 : Prise de décision <ol style="list-style-type: none">1. Identifier le(s) décision(s) que la cliente doit confirmer ou prendre.2. Explorer les options pertinentes pour chaque décision.3. Aider la cliente à peser les avantages, les inconvénients et les conséquences de chaque option (en donnant les informations nécessaires pour combler toute lacune de connaissance restante).4. Encourager la cliente à prendre ses propres décisions réalistes.
Phase 4 : Mise en œuvre des décisions <ol style="list-style-type: none">1. Aider la cliente à établir un plan concret et spécifique pour la mise en œuvre des décisions.2. Identifier les barrières que la cliente doit franchir pour mettre en œuvre sa décision.3. Développer des stratégies pour surmonter les obstacles.4. Établir un plan de suivi et/ou fournir des recommandations si nécessaire.

Adapté de : The ACQUIRE Project, 2008.

Bibliographie

The ACQUIRE Project. 2008. *Counseling for effective use of family planning: Participant handbook*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

POLYCOPIÉ 5-E

Activité de conseil relatif à la fistule

Les besoins de conseil particuliers des clientes atteintes d'une fistule obstétricale se divisent en trois catégories générales :

- Informations/éducation
- Soutien affectif
- Prise en charge clinique

Informations/éducation

Des informations et un enseignement actualisés à propos de la fistule et des soins s'y rapportant doivent être partagés par les prestataires dans un langage que la cliente comprend et en utilisant des messages simples et clairs. Une cliente ayant une fistule a besoin d'informations pour :

- Comprendre ce qui a provoqué son état (pour dissiper tout mythe ou perception erronée) pour qu'elle puisse participer à la prise en charge de son état
- Comprendre le type de fistule qu'elle a et le degré et l'étendue de sa lésion, de préférence à l'aide d'un schéma
- Comprendre la portée du traitement et ses taux de succès, risques et avantages
- Connaître la disponibilité de la réparation chirurgicale de la fistule
- Comprendre les résultats éventuels du traitement
- Comprendre son propre rôle dans la prise en charge de son état
- Avoir des instructions préopératoires et postopératoires claires
- Comprendre l'importance de son hygiène personnelle
- S'impliquer dans les groupes de soutien des clientes de l'établissement
- Être exposée à des histoires d'expériences réussies
- Comprendre les complications préopératoires et postopératoires éventuelles
- Comprendre les problèmes de santé de la reproduction et les droits sexuels (y compris le planning familial) pouvant l'affecter
- Comprendre qu'elle doit éviter des infections de l'appareil reproducteur, y compris les infections sexuellement transmissibles
- Comprendre son potentiel de fécondité après le traitement
- Comprendre ses options de planning familial
- Comprendre les options en cas d'échec ou d'impossibilité de l'intervention chirurgicale
- Comprendre comment prendre soin d'elle-même après l'intervention, y compris comment maintenir une bonne nutrition, comment cuire ses propres aliments et comment assurer une bonne hygiène personnelle
- Comprendre l'importance des soins prénataux dans la prévention de la fistule, ainsi que comment et où aller trouver ces soins
- Comprendre comment s'occuper d'elle-même et où aller trouver des soins pendant toute grossesse ultérieure (p. ex., la nécessité d'une césarienne réalisée dans un établissement de soins de santé pour la prochaine grossesse)
- Utiliser ses propres connaissances et expériences pour conduire d'autres clientes ayant une fistule vers ces établissements
- Contacter des organisations communautaires qui travaillent avec les femmes ayant une fistule et mettre à profit des activités génératrices de revenu et des opportunités pédagogiques

Soutien affectif

Les conseillers devront s'assurer que la cliente ayant une fistule :

- Se sente bien accueillie dans l'établissement
- Constate que sa vie privée et sa confidentialité sont préservées
- Se sente à l'aise avec l'équipe et les autres clientes de l'établissement
- Se sente à l'aise pour discuter de ses émotions, préoccupations, questions et besoins
- Se sente libre d'agir
- N'ait plus de crainte
- Trouve des réponses à ses émotions, préoccupations, questions et besoins
- Ait un soutien adéquat (affectif, physique et matériel) avant et après la réparation chirurgicale, quelle que soit l'issue chirurgicale
- Comprenne qu'elle n'est pas la seule dans cette condition
- Ait les moyens d'affronter une dépression ou d'autres conséquences émotionnelles de la fistule

Prise en charge clinique

Les systèmes de santé doivent s'assurer que les clientes ayant une fistule ont :

- Un accès facile aux services de santé
- Un accès sans délai à un traitement/une réparation chirurgicale de la fistule
- Des soins prodigués avec compassion et amour
- Des prestataires de service bien formés et compétents
- Des soins infirmiers de qualité
- Le sentiment qu'elles seront traitées avec respect, que leurs confidentialité et vie privée seront préservées, et qu'elles seront traitées en tant que partenaires dans leurs soins et traitement
- Des soins de qualité pour traiter toute comorbidité tant préopératoire que postopératoire (p. ex., une physiothérapie si nécessaire, un régime adapté à l'intervention chirurgicale, etc.)
- Un accès à des groupes de soutien de clientes dans un établissement donné
- Un accès à des organismes communautaires d'entraide, le cas échéant
- Un accès à des services de suivi de qualité après la sortie de l'hôpital
- Un accès à des services de soins obstétriques en urgence de qualité (avant et après une intervention réussie)
- Un accès à d'autres services de santé sexuelle et de reproduction après la réparation, notamment des services de planning familial, des soins prénataux pour de futures grossesses et des services d'opération césarienne dans un hôpital

Adapté de : The ACQUIRE Project & EngenderHealth, 2005.

Bibliographie

The ACQUIRE Project and EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: 29 et 30 mars 2005, Kampala, Ouganda*. New York.

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 5-F

Activité de conseil pour la prévention de la fistule

L'activité de conseil pour la prévention de la fistule obstétricale se divise en trois types en fonction du moment où elle intervient :

- Activité de conseil avant la grossesse
- Activité de conseil prénatal
- Activité de conseil postnatal

Activité de conseil avant la grossesse

Les aptitudes (c.-à-d., compétences et actions) pour l'activité de conseil avant la grossesse incluent :

- L'explication des causes de la fistule
- L'explication de la prévention de la grossesse par la nutrition des fillettes, le retardement de la grossesse précoce, la nutrition et l'utilisation du planning familial
- L'engagement de partenaires et/ou d'autres ayant une influence sur la prise de décision dans la famille

Activité de conseil prénatal

Les compétences de l'activité de conseil prénatal incluent :

- La fourniture d'informations sur la compréhension des signes avant-coureurs pendant la grossesse et la détermination du moment adéquat pour se rendre à l'hôpital, l'accès à des services hospitaliers en temps opportun pendant le travail, et l'établissement d'un plan de préparation à la grossesse (notamment la prévision d'économies en vue des frais de transport)
- La prévision de partenaires et/ou d'autres ayant une influence sur la prise de décision dans la famille à propos du risque de travail prolongé retardant les soins de santé et à propos de l'importance d'un accouchement réalisé par un prestataire formé

Activité de conseil postnatal

Les compétences de l'activité de conseil postnatal incluent :

- La fourniture d'informations sur la programmation et l'espacement adéquats des grossesses et sur les options de planning familial disponibles
- La fourniture d'informations sur une nutrition optimale pour les nouvelles mamans et leur bébé, en particulier les besoins nutritionnels des bébés/fillettes

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 5-G

Activité de conseil relatif à la prise en charge de la fistule

L'activité de conseil relative à la prise en charge de la fistule obstétricale se divise en quatre types en fonction du moment où elle intervient :

- Activité de conseil préopératoire
- Activité de conseil peropératoire
- Activité de conseil postopératoire
- Activité de conseil à la sortie de l'hôpital

Activité de conseil préopératoire

Les aptitudes (c.-à-d., compétences et actions) pour l'activité de conseil préopératoire incluent :

- L'évaluation de l'aptitude de la cliente à donner et recevoir des informations et à explorer ses besoins et émotions
- La fourniture d'informations sur l'évaluation initiale, les options de traitement envisageables, les issues potentielles et les éventuels effets indésirables, complications et risques
- La mise en relation de la cliente avec des groupes de soutien social et/ou des ressources de l'établissement
- Le maintien d'un soutien affectif par une communication verbale ou non, au moyen de techniques pour minimiser la crainte et l'anxiété
- La fourniture d'informations sur le rôle postopératoire attendu de la cliente en matière de soins personnels, soins de la sonde, mobilité, nutrition, prise en charge de la douleur, complications et signes avant-coureurs, physiothérapie, période d'abstinence sexuelle, prochaine grossesse, besoins de planning familial ainsi que sur la nécessité de soins prénataux et d'accouchement par césarienne à proximité pour les grossesses ultérieures

Remarque : Parfois, en raison de la disponibilité limitée des services de traitement de la fistule, la cliente doit attendre chez elle que l'intervention chirurgicale puisse être programmée et/ou réalisée. Même si les instructions d'activité de conseil préopératoire à la cliente varient, en fonction de son état, des ressources dont elle dispose chez elle et des protocoles médicaux locaux, ces instructions englobent généralement des informations sur la façon de soigner la fistule, la nécessité de prendre des bains de siège et l'importance d'une bonne nutrition.

Activité de conseil peropératoire

Les compétences de l'activité de conseil peropératoire incluent :

- La protection de la vie privée de la cliente et son droit au respect et à la dignité
- Le réconfort et le soutien avant l'administration d'anesthésiques
- La fourniture d'informations à propos de l'anesthésie utilisée, de ses risques et de la prise en charge de la douleur

Activité de conseil postopératoire

Les compétences de l'activité de conseil postopératoire incluent :

- Le maintien du soutien affectif et la surveillance des besoins de prise en charge de la douleur pendant la toute première période de rétablissement
- Comme indiqué, la fourniture d'informations sur l'issue de l'intervention, les soins personnels, soins de la sonde, la mobilité, la nutrition, la prise en charge de la douleur, les complications et signes avant-coureurs, la physiothérapie, la période d'abstinence sexuelle, la prochaine grossesse, les besoins de planning familial ainsi que sur la nécessité de soins prénataux et d'accouchement par césarienne à proximité pour les grossesses ultérieures

- La prévision de partenaires et/ou d'autres ayant une influence sur la prise de décision dans la famille à propos des besoins de la guérison de la cliente, du besoin de repos, de suivi dans l'établissement, d'abstinence sexuelle et d'utiliser le planning familial pour retarder une grossesse désirée jusqu'à la guérison complète, et à propos de la nécessité de soins prénataux et d'accouchement par césarienne à proximité pour les grossesses ultérieures

Activité de conseil à la sortie de l'hôpital

Les compétences de l'activité de conseil à la sortie de l'hôpital incluent :

- L'évaluation des émotions, questions et préoccupations de la cliente en ce qui concerne la phase de guérison et son avenir
- La fourniture d'informations relatives à la sortie de l'hôpital conformément au plan de prise en charge postopératoire et d'informations sur la nutrition adéquate, l'abstinence sexuelle, la nécessité d'éviter des infections de l'appareil reproducteur (notamment des infections sexuellement transmissibles), le retard de la grossesse et la prise en charge de l'incontinence urinaire à l'effort
- L'accent mis sur l'importance des informations discutées pendant l'activité de conseil postopératoire sur l'abstinence sexuelle, le planning familial, la nécessité de soins prénataux et sur la nécessité d'une césarienne pour les grossesses ultérieures
- La programmation d'une visite de suivi dans les trois mois qui suivent l'intervention et l'insistance sur l'importance de la venue de la cliente dans l'établissement même si elle se sent bien
- L'évaluation des autres besoins psychologiques et la mise en relation de la cliente avec des services de conseil ou la recommandation de services supplémentaires auprès d'organismes communautaires qui soutiennent les femmes ayant eu une opération de la fistule

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 5-H

Activité de conseil relatif à la réinsertion des clientes ayant une fistule

L'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale se divise en trois types en fonction du moment où elle intervient :

- Activité de conseil sur la physiothérapie
- Activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille
- Activité de conseil sur la subsistance

Activité de conseil sur la physiothérapie

Les aptitudes (c.-à-d., compétences et actions) pour l'activité de conseil sur la physiothérapie incluent :

- L'exploration des émotions de la cliente à propos de ses progrès en physiothérapie et de son évolution vers l'autonomie

Activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille

Les compétences de l'activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille incluent :

- L'exploration des émotions de la cliente à propos de son acceptation et de son fonctionnement dans la famille et/ou la communauté
- L'établissement d'un lien entre la cliente et la communauté et/ou les services sociaux qui prennent en charge ses besoins de changements

Activité de conseil sur la subsistance

Les compétences de l'activité de conseil sur la subsistance incluent :

- L'établissement d'un lien entre la cliente et la création de compétences en vue d'obtenir un revenu et la prise en charge de ses ressources

Remarque : En cas d'échec de l'intervention chirurgicale, en fonction de l'état de la cliente, l'activité de conseil relative à la réinsertion doit aussi prévoir les informations sur les raisons de l'échec chirurgical ; les éventuelles interventions et options futures ; les complications et/ou infections ; l'hygiène et la nutrition personnelles ; la prise en charge de l'incontinence ; et la nécessité de retarder une grossesse après une future intervention.

Bibliographie

Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

FICHE PÉDAGOGIQUE 5-1

Évaluation et corrigé du module 5

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes pour les tests de début et de fin du module 5. Les bonnes réponses sont reproduites en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

1. L'activité de conseil est une communication bilatérale entre une cliente et un membre du personnel de soins de santé visant à _____.
 - a. Confirmer une décision prise par la cliente
 - b. Faciliter une décision de la cliente
 - c. Aider la cliente à résoudre des problèmes ou préoccupations
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**[Polycopié 5-A]

2. L'activité de conseil est « l'utilisation d'un processus d'aide interactif focalisé sur les besoins, problèmes, ou sentiments de _____ pour améliorer ou aider à affronter, résoudre des problèmes et des relations interpersonnelles »
 - a. La cliente
 - b. Autres personnes significatives
 - c. À la fois A et B**
 - d. Aucune des personnes ci-dessus[Polycopié 5-A]

3. Le processus de l'activité de conseil va au-delà de l'énoncé des faits en permettant aux clientes d'appliquer des informations à leur situation particulière et de faire des choix éclairés.
 - a. Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 5-A]

4. Le processus de l'activité de conseil inclut des discussions des sentiments de la cliente parce que _____.
 - a. Les sentiments sont la meilleure base pour prendre une décision
 - b. Ils sont pertinents pour les choix de la cliente**
 - c. À la fois A et B
 - d. Aucun de ce qui précède[Polycopié 5-A]

5. Le rôle du conseiller est de prendre des décisions à la place des clientes.
 - a. Vrai
 - b. Faux**[Polycopié 5-A]

Le rôle du conseiller est de *faciliter* la prise de décision et *non* de prendre des décisions à la place des clientes.

6. L'activité de conseil implique toujours une communication bilatérale entre la cliente et le

Module 5: Activité de conseil des clientes ayant une fistule obstétricale prestataire dans laquelle chacun passe du temps à_____.

- a. Parler
 - b. Écouter
 - c. Poser des questions
 - d. Toutes les réponses précédentes**
- [Polycopié 5-A]

7. Les conseillers doivent toujours être conscients du besoin d'intimité, de confidentialité, et dans certains cas, d'anonymat.

- a. Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 5-A]

8. Lequel des mots suivants se définit comme « donner ou faire part d'une connaissance d'un fait ou d'une circonstance ».

- a. Informer**
 - b. Orienter
 - c. Donner un avis
 - d. Aucun de ce qui précède
- [Polycopié 5-A]

9. Un synonyme d'orienter est *recommander*.

- a. Vrai
 - b. Faux**
- [Polycopié 5-B]

Un synonyme d'orienter est *diriger vers*.

10. Donner un avis signifie_____.

- a. Exercer une influence ou un contrôle sur quelque chose ou quelqu'un
 - b. Offrir une opinion ou suggestion pouvant être suivie**
 - c. Dire
 - d. Aucun de ce qui précède
- [Polycopié 5-B]

11. _____est une relation d'aide dans laquelle le conseiller travaille avec la cliente en association avec un partenaire ou un membre de sa famille pour prendre une décision éclairée en ce qui concerne un problème ou une situation.

- a. Activité de conseil personnalisé
 - b. Activité de conseil collectif**
 - c. Activité de conseil de groupe
 - d. Tout ce qui précède
- [Polycopié 5-C]

12. Le respect de la vie privée d'une personne_____.

- a. Peut aider à mettre la cliente à l'aise lors de la discussion de préoccupations personnelles
 - b. Aide la cliente à prendre des décisions éclairées de son plein gré sans l'influence abusive de partenaires, membres de la famille ou collègues
 - c. À la fois A et B**
 - d. Aucun de ce qui précède
- [Polycopié 5-C]

13. Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont vraies pour l'activité de conseil ?
- Elle permet à un conseiller d'aider plusieurs clientes qui partagent un même problème
 - Elle donne une occasion aux clientes de recevoir de l'aide et de s'aider mutuellement
 - Elle permet aux membres de recevoir un soutien authentique, des réactions franches et des solutions utiles de la part de personnes dans la même situation.

d. Toutes les réponses qui précèdent

[Polycopié 5-C]

14. Quel que soit le type de conseil, il est essentiel de respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente ; la cliente doit toujours avoir la possibilité de recevoir des conseils personnalisés en l'absence de qui que ce soit.

a. **Vrai**

b. Faux

[Polycopié 5-C]

15. Dans laquelle des situations suivantes l'activité de conseil collectif est-elle particulièrement appropriée ?

a. **Conseiller un couple à propos du planning familial**

b. Conseiller un adulte célibataire sur une intervention ou un traitement médical.

c. Conseiller des femmes ayant récemment subi une réparation de la fistule obstétricale

d. Toutes les réponses qui précèdent

[Séance 1, Partie B, Activité 2]

16. Que signifie l'acronyme EEPM ?

Établissement de relations

Exploration

Prise de décision

Mise en œuvre des décisions

[Polycopié 5-D]

17. Le cadre de l'activité de conseil EEPM :

a. Insiste sur le droit et la responsabilité de la cliente à prendre des décisions et à les mettre en œuvre

b. Fournit des lignes directrices pour aider le conseiller et la cliente à prendre en considération la situation et le contexte social de celle-ci

c. Identifie les défis qu'une cliente doit relever pour mettre en œuvre sa décision

d. Toutes les réponses qui précèdent

[Polycopié 5-D]

18. Le cadre EEPM est une aide, un moyen d'atteindre une fin, et *non* une fin en soi.

a. **Vrai**

b. Faux

[Polycopié 5-D]

19. Le contexte social des décisions d'une cliente peut inclure :
- Les personnes (partenaires, membres de la famille, amis et membres de la communauté) et les facteurs qui influencent les décisions d'une cliente
 - Le pouvoir d'une cliente à prendre des décisions autonomes
 - Anticiper les ramifications des décisions pour le réseau social de la cliente
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 5-D]
20. Laquelle des activités suivantes *n'est pas* une étape de la Phase 1 du cadre EEPM ?
- Accueillir la cliente avec respect.
 - Garantir la confidentialité et la vie privée
 - c. Établir un plan de suivi et/ou fournir des recommandations, si nécessaire**
 - Expliquer la nécessité de discuter franchement des problèmes sensibles et personnels
- [Polycopié 5-D]
21. Lors de quelle phase du cadre EEPM un conseiller doit-il fournir et clarifier des informations, si nécessaire, et corriger des idées reçues ?
- Phase 1
 - b. Phase 2**
 - Phase 3
 - Phase 4
- [Polycopié 5-D]
22. Dans quelles catégories générales suivantes les besoins de conseil particuliers des clientes ayant une fistule obstétricale se situent-ils ?
- Informations/éducation
 - Soutien affectif
 - Prise en charge clinique
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 5-E]
23. S'il reste du temps, les compétences et étapes de l'activité de conseil peuvent faire partie des interactions des infirmières et sages-femmes avec les clientes ayant une fistule obstétricale.
- Vrai
 - b. Faux**
- [Séance 3, Partie A, Activité 2]
Les compétences et étapes de l'activité de conseil doivent *toujours* faire partie des interactions des infirmières et sages-femmes avec les clientes ayant une fistule obstétricale.
24. Le principal besoin traité par l'activité de conseil liée à la *prévention de la fistule* est :
- a. Informations/éducation.**
 - Soutien affectif
 - Prise en charge clinique
 - Toutes les réponses qui précèdent
- [Séance 3, Partie B, Activité 1]

25. Une des compétences pour l'activité de conseil ___ consiste à fournir des informations sur la compréhension des signes avant-coureurs pendant la grossesse et quand aller à l'hôpital.
- a. Avant la grossesse
 - b. Prénatal**
 - c. Postnatal
 - d. Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 5-F]

26. Une des compétences pour l'activité de conseil préopératoire consiste à___:
- a. Fournir des informations sur l'évaluation initiale, les options de traitement envisageables, les issues potentielles et les éventuels effets indésirables, complications et risques**
 - b. Le réconfort et le soutien avant l'administration d'anesthésiques
 - c. Engager des partenaires et/ou d'autres personnes ayant une influence sur la prise de décision dans la famille à propos des besoins de guérison de la cliente
 - d. Toutes les réponses qui précèdent
- [Polycopié 5-G]

27. Dans le cadre de l'activité de conseil postopératoire, les infirmières et sages-femmes maintiennent un soutien affectif et surveillent les besoins de prise en charge de la douleur pendant la toute première période de rétablissement.
- a. Vrai**
 - b. Faux
- [Polycopié 5-G]

28. Pendant l'activité de conseil à la sortie de l'hôpital, la cliente doit programmer une visite de suivi dans_____après l'intervention chirurgicale.
- a. Le mois
 - b. Les trois mois**
 - c. Les six mois
 - d. Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 5-G]

29. Quelle activité l'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale inclut-elle ?
- a. Activité de conseil sur la physiothérapie
 - b. Activité de conseil sur le retour dans la communauté/famille
 - c. Activité de conseil sur la subsistance
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 5-H]

30. L'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale n'implique qu'une activité de conseil de groupe (à moins que la cliente ne demande un conseil personnalisé).
- a. Vrai
 - b. Faux**
- [Séance 3, Partie D, Activité 1]
L'activité de conseil relative à la réinsertion de clientes ayant une fistule obstétricale peut impliquer une activité de conseil personnalisé, et/ou de groupe.

<p style="text-align: center;">FICHE PÉDAGOGIQUE 5-2 Liste à cocher de l'activité de conseil pour la démonstration/le jeu de rôles</p>
--

Phase 1 : Établissement de relations

- Accueillir la cliente avec respect.
- Faire les présentations.
- Garantir la confidentialité et la vie privée de la cliente.
- Expliquer la nécessité de discuter franchement des problèmes sensibles et personnels.

Commentaires : _____

Phase 2 : Exploration

- Explorer en profondeur la raison de la visite de la cliente (ces informations permettront d'établir les besoins en conseil de la cliente et de se concentrer sur la séance d'activité de conseil).
- Explorer la situation actuelle de la cliente et, le cas échéant, son expérience passée.
- Explorer le contexte social, les circonstances et les relations de la cliente.
- Identifier et discuter des problèmes et préoccupations de la cliente.
- Fournir les informations et les expliquer si nécessaire et corriger les idées reçues.

Commentaires : _____

Phase 3 : Prise de décision

- Identifier le(s) décision(s) que la cliente doit confirmer ou prendre.
- Explorer les options pertinentes pour chaque décision.
- Aider la cliente à peser les avantages, les inconvénients et les conséquences de chaque option (en donnant les informations nécessaires pour combler toute lacune de connaissance restante).
- Encourager la cliente à prendre ses propres décisions réalistes.

Commentaires : _____

Phase 4 : Mise en œuvre des décisions

- Aider la cliente à établir un plan concret et spécifique pour la mise en œuvre de ses décisions.
- Identifier les barrières que la cliente doit franchir pour mettre en œuvre sa décision.
- Développer des stratégies pour surmonter les obstacles.
- Établir un plan de suivi et/ou fournir des recommandations si nécessaire.

Commentaires : _____

Adapté de : The ACQUIRE Project. 2008. *Counseling for effective use of family planning: Participant handbook*. New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

FICHE PÉDAGOGIQUE 5-3

Démonstration/Jeu de rôles Scénario 1 : Prévention

Nom de la cliente : Ayodele

Âge de la cliente : 18

Situation de la cliente :

- Ayodele a accouché de son premier enfant par césarienne il y a une semaine et revient dans l'établissement pour le retrait de ses points.
- Elle allaite l'enfant.
- Elle n'a utilisé aucune forme de contraception dans le passé mais envisage de le faire à présent.
- Ayodele a précédemment fréquenté une séance de formation de groupe sur les méthodes du planning familial. Elle doute que son mari accepte d'utiliser un préservatif, elle envisage d'utiliser une pilule contraceptive.

Adapté de : The ACQUIRE Project. 2008. *Counseling for effective use of family planning: Participant handbook.* New York: EngenderHealth/The ACQUIRE Project.

FICHE PÉDAGOGIQUE 5-4

Démonstration/Jeu de rôles Scénario 2 : Prise en charge

Scénario 1 :

Nom de la cliente : Naneye

Âge de la cliente : 15

Situation de la cliente :

- Naneye a été mariée à l'âge de 13 ans et a été enceinte deux ans plus tard.
- Sa grossesse s'est bien passée. Elle n'a pas été malade jusqu'au travail. Sa famille et son mari ont été à ses côtés pendant le travail. Celui-ci a duré quatre jours et le quatrième jour elle a été conduite au centre de soins, où elle a accouché d'un enfant mort-né.
- Peu après l'accouchement, elle a constaté qu'elle avait des pertes urinaires. Les prestataires du centre de soins ont établi qu'elle avait une fistule vésico-vaginale et l'ont immédiatement adressée à un hôpital spécialisé dans la capitale. Son mari a emprunté de l'argent et l'a conduite à l'hôpital, où les médecins évaluent et réalisent l'intervention chirurgicale sur sa fistule.
- Pendant toute l'évaluation préchirurgicale, le mari de Naneye lui rend visite régulièrement et attend avec impatience qu'elle soit opérée et rentre à la maison. Ils espèrent avoir des enfants peu après la guérison de Naneye.

Adapté de : Une histoire personnelle fournie par l'hôpital de la fistule d'Addis Abeba, comme citée dans EngenderHealth/ The ACQUIRE Project, 2008.

Scénario 2

Nom de la cliente : Tigest

Âge de la cliente : 16

Situation de la cliente :

- Tigest a été mariée à l'âge de 12 ans. Elle est analphabète et n'est jamais allée à l'école.
- À l'âge de 14 ans, Tigest a donné naissance à un bébé de sexe féminin mort-né après quatre jours de travail à la maison, assistée par une accoucheuse traditionnelle (AT). Lorsqu'elle a commencé à perdre de l'urine après la naissance, l'AT lui a dit que cela venait probablement du fait qu'elle avait reçu une malédiction de Dieu.
- Le mari de Tigest la trouve sale et bien qu'il ne divorce pas, il ne lui permet pas de rester à la maison. Sa famille refuse de la reprendre et Tigest n'a aucun revenu et dépend de son mari pour sa subsistance, elle doit donc rester avec son mari même s'il ne lui permet pas de résider dans la maison.
- Tigest entend dire que les médecins de l'hôpital de la capitale pourraient l'aider à guérir. Son mari et sa famille lui disent qu'aucun médecin ne peut l'aider parce que à l'évidence Dieu ne l'a pas entendue et n'a pas répondu à ses prières pendant le travail. Elle décide donc de prendre un risque, de fuir son mari et d'aller à la capitale par tout moyen à sa disposition. Occasionnellement elle doit se prostituer pour gagner de l'argent.
- Lorsque Tigest arrive à l'hôpital, on lui dit que des fonds sont disponibles pour l'aider à payer l'intervention chirurgicale nécessaire, que les médecins estiment relativement sans complications.

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum.* New York: EngenderHealth.

FICHE PÉDAGOGIQUE 5-5

Démonstration/Jeu de rôles Scénario 3 : Réinsertion

Nom de la cliente : Aberesh

Âge de la cliente : 22

Situation de la cliente :

- À l'âge de 18 ans, Aberesh a été mariée à un homme plus âgé dans un village rural éloigné. Aberesh n'est jamais allée à l'école et ne sait ni lire ni écrire.
- Elle est tombée enceinte immédiatement après le mariage. La grossesse a été difficile. Le travail était dystocique et Aberesh n'a pas pu accoucher.
- Au troisième jour de travail, ses parents ont décidé de demander de l'aide. Ils ont vendu une chèvre et payé des hommes pour transporter Aberesh sur un brancard pendant six heures vers l'hôpital le plus proche. Quand elle est arrivée, il était trop tard pour sauver le bébé, son fils était mort-né.
- Aberesh était si faible et épuisée en raison du supplice qu'elle ne pouvait sortir du lit. Il a encore fallu quatre semaines avant qu'elle puisse marcher seule.
- Deux jours après l'accouchement, elle a commencé à perdre de l'urine d'une fistule vésico-vaginale. Rien ne pouvait arrêter le flux.
- Son mari la renvoie chez sa mère pour qu'elle guérisse.
- Un médecin de l'hôpital a parlé à ses parents de la possibilité d'une réparation à l'hôpital de la capitale. Une fois encore sa famille s'est rassemblée pour la soutenir et réunir l'argent pour le voyage en bus jusqu'à la capitale. À l'hôpital pour le traitement de la fistule, l'intervention chirurgicale a eu lieu sans complication et elle a complètement guéri.
- Elle envisage de retourner chez ses parents et espère pouvoir finalement retourner vivre avec son mari.

Adapté de : Une histoire personnelle fournie par l'hôpital de la fistule d'Addis-Abeba, comme citée dans EngenderHealth/ The ACQUIRE Project, 2008.

MODULE 6 :

UTILISATION DE DONNÉES POUR ÉCLAIRER LA PRISE DE DÉCISIONS DANS LES SERVICES DE SOINS DE LA FISTULE

Introduction

Outre leur rôle essentiel dans la prestation des services de soins de la fistule à des clientes, les infirmières et sages-femmes sont indispensables pour la collecte et la prise en charge des données de soins de la fistule et les systèmes informatiques. Ce module vise à augmenter l'aptitude des infirmières et sages-femmes à utiliser ces données pour la prise de décisions éclairées tant chez la cliente que dans l'établissement pour des services de prévention de la fistule, traitement et réinsertion.

Conditions préalables

- Réussite des modules 1, 2 et 3 de ce cours (ou connaissances et expérience équivalentes)
- Connaissance de base de la tenue des dossiers des clientes
- Réussite d'un cours de recherche de soins infirmiers ou de sages-femmes

Objectifs du module

À l'issue de ce module, les participants seront en mesure de :

- Définir les termes essentiels de la surveillance et de l'évaluation
- Décrire les raisons de la surveillance et de l'évaluation
- Distinguer la surveillance des clientes de la surveillance des services
- Identifier correctement les sources des données des principaux indicateurs de surveillance pour les services de soins de la fistule
- Discuter des implications pour les infirmières et sages-femmes des principaux indicateurs de surveillance pour les services de soins de la fistule
- Énoncer le rôle des infirmières et des sages-femmes dans le système informatique de soins de la fistule
- Décrire six dimensions de la qualité des données
- Identifier les erreurs de données courantes dans les dossiers des clientes
- Décrire et activer un environnement qui assure que des données de qualité font partie de la pratique courante
- Définir *la pratique fondée sur les preuves*
- Différencier la recherche quantitative de la recherche qualitative
- Décrire l'utilisation potentielle des résultats de la recherche dans la prestation de services pour la fistule
- Discuter du rôle des infirmières et des sages-femmes dans la recherche de soins de la fistule
- Décrire les stratégies appropriées pour l'affichage, la présentation, la diffusion de données pour différents auditoires cibles
- Présenter efficacement les données de surveillance et d'évaluation des services de la fistule dans un exercice en classe

Présentation du contenu du module

Séances/Parties	Durée totale
1. Introduction des données pour la prise de décisions	55 minutes
A. Qu'est-ce que la prise de décisions fondée sur des données ?	55 minutes
2. Collecte et prise en charge des données ordinaires de soins de la fistule	1 heure et 10 minutes
A. Surveillance des clientes et surveillance des services	25 minutes
B. Indicateurs pour la surveillance des services de soins de la fistule	35 minutes
C. Expérience réussie de données de soins de la fistule	10 minutes
3. Garantir la qualité des données de soins de la fistule couramment recueillies	1 heure et 55 minutes
A. Dimensions de la qualité des données	25 minutes
B. Reconnaissance des erreurs de données courantes	1 heure et 15 minutes
C. Le rôle des infirmières et des sages-femmes dans le contrôle de la qualité des données	15 minutes
4. Utilisation de la recherche pour améliorer les services de soins de la fistule	1 heure, et 20 minutes
A. Sources de connaissance	15 minutes
B. Méthodes de recherches courantes	1 heure et 5 minutes
5. Affichage, présentation et diffusion des données pour en maximiser l'utilisation pour éclairer la prise de décision	2 heures et 40 minutes
A. Affichage des données	30 minutes
B. Interprétation des données	20 minutes
C. Présentation et diffusion des données	1 heure et 10 minutes
D. Évaluation du module 6	40 minutes
Durée totale	8 heures

Évaluation

- Fiche pédagogique 6-1 : Évaluation et corrigé du module 6

SÉANCE 1

Introduction des données pour la prise de décisions

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Définir les termes essentiels de la surveillance et de l'évaluation
- Décrire les raisons de la surveillance et de l'évaluation

POINTS À RETENIR

- Les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans la collecte des données de soins de la fistule et dans la gestion des systèmes d'information de soins de la fistule.
- La saisie des données relatives aux services des soins de la fistule est importante parce que, en général, ces services sont relativement nouveaux et qu'il y n'a donc pas de données historiques.
- L'utilisation des données pour la prise de décisions est un processus qui consiste à : (a) obtenir, analyser et interpréter des données ; (b) prendre des décisions basées sur ces données ; et (c) agir sur la base de telles données pour renforcer la prestation de services.
- La surveillance continue compare les performances aux prévisions en collectant et en analysant des données sur des indicateurs prédéterminés. Elle fournit des informations en continu sur les progrès accomplis vers les objectifs à travers la tenue de dossiers et de systèmes de rapports réguliers. Les informations de performance obtenues par la surveillance améliorent l'apprentissage de l'expérience et favorisent la prise de décisions.
- L'évaluation est une analyse périodique en profondeur de la performance. Elle s'appuie sur des données issues des activités de surveillance mais peut aussi inclure des informations obtenues d'autres sources (p. ex., études, recherche, entretiens approfondis, discussions de groupe focalisées, enquêtes, etc.). L'évaluation vise en général à établir la pertinence, la validité des plans, l'efficacité, l'efficience et l'impact des activités ou services.
- La surveillance et l'évaluation des services permettent de :
 - Évaluer les progrès
 - Ajuster les plans
 - Identifier les opportunités d'amélioration
 - Identifier les meilleures pratiques
 - Informer les parties prenantes et communiquer avec elles
 - Soutenir le plaidoyer stratégique et la mobilisation des ressources
- La surveillance et l'évaluation permettent d'*éclairer la prise de décisions* et d'*améliorer* les services. Elles ne visent *pas* à sanctionner le personnel en raison d'une faible performance.

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé/discussion
- Discussion de groupe

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 6-A : Termes de la surveillance et de l'évaluation
- Fiche pédagogique 6-1 : Évaluation et corrigé du module 6
- Fiche pédagogique 6-2 : Exemples de termes de surveillance et d'évaluation pour les infirmières et sages-femmes

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue le polycopié 6-A.
3. Fiche pédagogique 6-1.
4. Fiche pédagogique 6-2.
5. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Définition de « l'utilisation des données pour la prise de décisions » (d'après le polycopié 6-A)
6. Photocopiez le polycopié 6-A pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si vous souhaitez faire un test de début pour le module 6, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 6-1 (en vous basant sur les séances et le contenu abordé) pour créer le test. Le test de début rallongera la durée de la séance I de 20 minutes environ. Les bonnes réponses sont indiquées en **gras**.

Durée de la séance : 55 minutes

SÉANCE 1

Étapes de formation

PARTIE A : QU'EST-CE QUE LA PRISE DE DÉCISIONS FONDÉE SUR DES DONNÉES ?

Durée : 55 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Expliquez que les infirmières et les sages-femmes jouent un rôle essentiel dans la collecte et dans la gestion des systèmes d'information de soins de la fistule.
3. Indiquez que ce module vise à augmenter l'aptitude des infirmières et sages-femmes à utiliser ces données pour éclairer la prise de décisions tant chez la cliente que dans l'établissement pour des services de prévention de la fistule, de traitement et de réinsertion.
4. Insistez sur l'importance de la saisie des données relatives aux services des soins de la fistule parce que, en général, ces services sont relativement nouveaux et qu'il y n'a donc pas de données historiques.
5. Expliquez que, bien que ce module soit focalisé sur des données relatives aux services de soins de la fistule obstétricale, ces informations peuvent s'appliquer à de nombreux domaines dans leur établissement et leur travail.
6. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Selon le niveau de connaissance et l'expérience des participants, ils peuvent poser des questions basiques : par exemple, « Qu'entendez-vous par *utiliser des données pour éclairer la prise de décisions tant au niveau de la cliente qu'à celui de l'établissement* ? » Si c'est le cas, notez leurs préoccupations en les écrivant dans les « Questions en suspens » du tableau-papier. Indiquez qu'au terme de toutes les séances de ce module leurs questions devraient obtenir des réponses. À la fin du module, vous devrez confirmer que vous avez répondu à leurs questions et que les participants comprennent ces termes et concepts.

Activité 2 : Exposé et discussion (35 minutes)

1. Distribuez des photocopies du polycopié 6-A.
2. Expliquez la définition d'*utiliser des données pour la prise de décision* (d'après le polycopié 6-A), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
3. Engagez une brève discussion sur les trois étapes du processus d'utilisation de données pour la prise de décisions en posant aux participants les questions suivantes :
 - Qu'implique l'obtention de données ?
Réponse éventuelle : Des détails sur la collecte, le traitement et la gestion des données.
 - Quelle est la différence entre l'analyse et l'interprétation des données ?
Réponse éventuelle : L'analyse des données implique l'organisation et le tri des données pour trouver des résultats importants. L'interprétation des données implique la réponse à la question « que nous disent les informations de l'analyse ? »
 - Pourquoi est-t-il important de souligner à la fois la *prise de décisions* et l'*accomplissement d'une action* ?
Réponse éventuelle : Aucune autre partie du processus de collecte et d'analyse des données pour la prise de décisions n'importe si aucune action n'est accomplie comme résultat des décisions fondées sur des données.

4. Discutez des termes de la surveillance et de l'évaluation (S&E) énumérés sur le polycopié 6-A, comme suit :
 - Lisez la définition du premier terme du polycopié 6-A.
 - Demandez aux participants de donner un exemple de soin infirmier ou de sage-femme pour chaque terme. Donnez un exemple si les participants n'en trouvent pas (consulter la liste des exemples dans la fiche pédagogique 6-2).
 - Répétez le processus jusqu'à avoir défini et discuté tous les termes S&E énumérés dans le polycopié.
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les termes S&E.

Activité 3 : Discussion en groupes (15 minutes)

1. Engagez une discussion en demandant aux participants : « Quelles sont certaines des raisons pour lesquelles nous surveillons et évaluons les services ? ».
2. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses peuvent être :
 - **Évaluer les progrès** : Les S&E nous permettent d'établir si le service atteint ses objectifs et a les résultats et l'impact voulus.
 - **Ajuster les plans** : Les S&E fournissent des informations sur ce qui a été accompli ou non et sur les efforts qui ont ou non été efficaces, nous pouvons utiliser ces informations pour prendre des décisions sur ce qui doit être changé dans nos plans et stratégies de mise en œuvre.
 - **Identifier les opportunités d'amélioration** : Les S&E peuvent nous aider à identifier les domaines de performance inadéquate ou inefficace et à reconnaître les problèmes ou contraintes potentiels avant qu'ils ne deviennent des crises.
 - **Identifier les meilleures pratiques** : Les S&E peuvent aussi aider à clarifier les domaines performance supérieure, y compris des procédures et pratiques très efficaces qui peuvent être utilisées pour améliorer la prestation des services.
 - **Informar les parties prenantes et communiquer avec elles** : Les S&E fournissent des informations pour répondre aux représentants locaux, y compris aux bénéficiaires (comme les femmes qui ont reçu des services de traitement de la fistule). La discussion des informations S&E avec les parties prenantes peut nous aider à identifier les stratégies efficaces pour servir différents groupes de personnes.
 - **Soutenir le plaidoyer stratégique et la mobilisation des ressources** : Les S&E fournissent des informations crédibles sur les accomplissements, les défis et les solutions potentielles que les défenseurs de la cause peuvent utiliser pour mobiliser de plus grands engagements et soutiens financiers pour les services.
3. Ajoutez et discutez les raisons énumérées ci-dessus qui n'ont pas été mentionnées par les participants.
4. Insistez sur le fait que les S&E permettent d'éclairer la prise de décisions et d'améliorer les services. Elles *ne visent pas* à sanctionner le personnel en raison d'une faible performance.
5. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les raisons des S&E.

SÉANCE 2

Collecte et gestion des données de soins ordinaires de la fistule

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Distinguer la surveillance des clientes de la surveillance des services
- Identifier correctement les sources des données des principaux indicateurs de surveillance pour les services de soins de la fistule
- Discuter des implications pour les infirmières et sages-femmes des principaux indicateurs de surveillance pour les services de soins de la fistule
- Énoncer le rôle des infirmières et des sages-femmes dans le système informatique de soins de la fistule

POINTS À RETENIR

- La *surveillance des clientes* est la collecte, la compilation et l'analyse régulières de données sur des clientes particulières, dans le temps, et sur des points de prestation de services, au moyen d'informations recueillies sur des formulaires papier et/ou saisies sur un ordinateur.
- La *surveillance des services* est le rapport et le suivi régulier d'informations essentielles à propos d'un service, et en particulier la comparaison des résultats attendus à ceux obtenus. La surveillance des services nécessite de nombreux types d'informations (p. ex., démographiques, médicaux, psychosociaux, financiers, etc.), notamment des données cumulatives sur les clientes.
- Les principales sources des données d'indicateurs de surveillance essentiels pour les services de soins de la fistule sont le registre des clientes et le dossier de la cliente.
- Les indicateurs de surveillance pour les services de traitement de la fistule incluent :
 - Le nombre de femmes venues demander une réparation de la fistule
 - Le nombre de femmes nécessitant une réparation de la fistule
 - Le nombre de femmes recevant des services de traitement de la fistule
 - Le type de réparation chirurgicale sur la fistule
 - Le nombre de réparations urinaires uniquement et de réparations urinaires et FRV
 - Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation urinaire uniquement
 - Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation urinaire et FRV
 - Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation FRV uniquement
 - Le nombre d'intervention sur une fistule chez des clientes sorties de l'hôpital pendant le trimestre
 - Le nombre de femmes qui ont eu une réparation chirurgicale sans sortir de l'hôpital pendant le trimestre
 - Les résultats des cas urinaires uniquement et urinaires et FRV sortis de l'hôpital ce trimestre
 - Les résultats des cas urinaires et FRV sortis de l'hôpital ce trimestre
 - Le nombre de femmes sorties de l'hôpital ce trimestre qui ont connu des complications
- Les infirmières et sages-femmes jouent un rôle important dans la surveillance des clientes et dans celle des services :
 - Les infirmières et sages-femmes sont responsables de la surveillance des clientes ; elles sont une source essentielle de données sur les clientes.
 - La surveillance des services *dépend* des données de surveillance des clientes.

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé et discussion
- Histoire et discussion

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 6-B : Collecte de données à différents niveaux du système de soins de santé
- Polycopié 6-C : Exemples d'indicateurs de soins de la fistule
- [Facultatif] Fiche pédagogique 6-3 : Expériences réussies de données sur la fistule

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les polycopiés 6-B et 6-C.
3. Décidez si vous allez utiliser un souvenir personnel ou l'une des histoires de la fiche pédagogique 6-3 pendant la Partie D, Activité 2. Si vous choisissez un souvenir personnel, surlignez les éléments principaux de l'histoire de la cliente. Si non, examinez l'expérience réussie de la fiche pédagogique 6-3.
4. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Définitions de la *surveillance des clientes* et de la *surveillance des services* (d'après le polycopié 6-B)
 - Un schéma montrant la collecte des données à différents niveaux du système de soins de santé (d'après le polycopié 6-B)
 - Indicateurs des soins de la fistule (d'après le polycopié 6-C)
5. Photocopiez les polycopiés 6-B et 6-C pour les participants.

CONSEILS DE FORMATION

Le contenu de cette séance peut sembler aride et abstrait. Pour réussir cette séance, vous devrez :

- Vous assurer que les participants restent attentifs en les occupant, en leur posant des questions ouvertes, etc.
- En leur rendant le contenu pertinent en insistant sur le rôle des infirmières et des sages-femmes comme sources essentielles de données sur les clientes.

Durée de la séance (totale) : 1 heure, 10 minutes

SÉANCE 2

Étapes de formation

PARTIE A : SURVEILLANCE DES CLIENTES ET SURVEILLANCE DES SERVICES

Durée : 25 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé/discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants comment et où ils enregistrent les données de leurs clientes. Les réponses attendues peuvent être :
 - Le registre des clientes
 - Le dossier des clientes
2. Indiquez que l'enregistrement des données lors de la prise en charge des clientes ayant une fistule utilise aussi le registre des clientes et le dossier des clientes.
3. Définissez et différenciez la *surveillance des clientes* et la *surveillance des services*, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur sur la base du photocopié 6-B.
4. Distribuez le photocopié 6-B.
5. Au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du photocopié 6-B), expliquez que le schéma du photocopié montre comment les différents niveaux d'un système de soins de santé collectent des données.
 - Certains éléments des données utilisés pour surveiller les soins et le bien-être de clientes particulières sont compilés et utilisés au niveau de l'établissement comme statistiques de service. Par exemple, les observations postopératoires horaires/quotidiennes des infirmières chez des clientes ayant eu une fistule (telles que les régimes de « boisson, drainage et sec de la cliente ») sont consignées au niveau de l'établissement comme « nombre de clientes sorties sans écoulement de l'établissement ».
 - Les informations sur les clientes permettent de suivre les progrès au niveau de l'établissement et, finalement, à d'autres niveaux du système. Par exemple, les rapports mensuels d'un établissement seront ajoutés à ceux d'autres établissements du même district pour produire un rapport trimestriel du district.
6. Engagez une discussion, en demandant au groupe quand, où et à quelle fréquence les données de surveillance des clientes sont enregistrées, recueillies et/ou compilées. Les réponses peuvent être :
 - Quand : à l'admission, avant, pendant et après l'intervention, à la sortie de l'hôpital
 - Où elles sont enregistrées/recueillies : dossier de la cliente, registre de la maternité et registre du bloc opératoire.
 - Où elles sont compilées : rapport sommaire
 - À quelle fréquence : compilées mensuellement, trimestriellement et annuellement

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Certains participants peuvent être des infirmières et sages-femmes expérimentées qui utilisent des données pour la surveillance des clientes. Si c'est le cas, demandez-leur comment elles utilisent de telles données dans leur travail au quotidien. Les réponses possibles peuvent être :

- Surveiller l'état physique de la cliente pour établir son état de santé ou ses besoins d'intervention infirmière ou médicale
- Décider comment traiter la cliente

7. Demandez aux participants de nommer certaines données importantes que les infirmières et sages-femmes doivent surveiller et enregistrer pour les clientes de soins de la fistule.
8. Écrivez leurs réponses sur une feuille du tableau -papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Constantes
 - Apport liquidien (débit de la perfusion IV et ou quantité bue par la cliente) par jour
 - Débit liquidien/urinaire (quantité et couleur)
 - Médicaments (dose et fréquence) administrés par jour
 - Propreté de l'intervention chirurgicale/du site de la fistule
9. Insistez sur le fait que les infirmières et sages-femmes jouent un rôle important dans la surveillance des clientes et dans celle des services
 - Les infirmières et sages-femmes sont responsables de la surveillance des clientes ; elles sont une source essentielle de données sur les clientes.
 - La surveillance des services *dépend* des données de surveillance des clientes.
10. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant la surveillance des clientes et de la surveillance des services.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Prévoyez un tableau-papier déjà préparé, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur montrant comment les différents niveaux d'un système de soins de santé recueillent des données (sur la base du polycopié 6-B). Vous pourrez le réutiliser dans la présentation relative à l'impact des erreurs de données dans la Séance 3, Partie B, Activité 1.

PARTIE B : INDICATEURS POUR LA SURVEILLANCE DES SERVICES DE SOINS DE LA FISTULE

Durée : 35 minutes

Activité 1 : Exposé et discussion (35 minutes)

1. Engagez une brève discussion en demandant aux participants, « Si vous étiez responsable des services de soins de la fistule dans un établissement, quelles informations devriez-vous savoir pour déterminer l'efficacité de ces services ? »
2. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier.
3. Expliquez que, après des discussions les directeurs de services de soins de la fistule en Afrique de l'Est, Afrique occidentale et en Asie, 13 indicateurs sont utilisés dans 14 pays pour établir et renforcer la prévention de la fistule, le traitement et les programmes de réinsertion. Ceux-ci sont fournis à titre indicatif et peuvent servir à surveiller le progrès ainsi qu'à envisager des améliorations dans la qualité des soins en fonction de l'analyse de ces indicateurs.
4. Distribuez des photocopies du polycopié 6-C, qui définit et explique ces indicateurs.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Utilisez un un tableau-papier déjà préparé, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 6-C) lors de la descriptions des 13 indicateurs (étapes 5 à 13 ci-après). Pour que les indicateurs soient lisibles, vous aurez besoin de plusieurs pages/diapositives/transparents ; groupez les indicateurs pour qu'ils coïncident avec les étapes de la formation.

5. Décrivez les indicateurs 1 à 3 (demande de services chirurgicaux pour la fistule).
6. Engagez une brève discussion en demandant aux participants :
 - Parmi ces trois indicateurs, lequel est susceptible d'avoir le plus grand nombre comme résultat ? Réponse : Indicateur 1 (femmes venues demander une réparation de la fistule)
 - Que se passe-t-il si l'indicateur 2 (femmes nécessitant une intervention chirurgicale) est très faible par comparaison à l'indicateur 1 ? Que cela peut-il nous indiquer ? Réponses : Les travailleurs de la santé ont peut-être des problèmes à enregistrer des cas. Peut-être les travailleurs des établissements de niveau inférieur ou les membres de la communauté ne comprennent pas quelles sortes de cas recommander pour une intervention, de sorte que les femmes se présentant pour un traitement de la fistule peuvent en fait ne pas avoir de fistule ou avoir une fistule inopérable.
 - Que se passe-t-il si l'indicateur 3 (femmes ayant une intervention chirurgicale) est très inférieur à l'indicateur 2 (femmes nécessitant une intervention) ? Que cela peut-il indiquer ? Réponses : Il peut y avoir un arriéré de cas ; si tel est le cas, la direction de l'établissement et/ou le personnel doit en chercher les causes possibles (p. ex., absence de chirurgien, manque de fournitures, aucun service de chirurgie régulier présent, et uniquement des interventions chirurgicales occasionnelles périodiques).
7. Décrivez les indicateurs 4 (type de réparation chirurgicale) et 5 (nombre de réparations par cliente), y compris les sous-indicateurs.
8. Décrivez les indicateurs 6 à 9 (nombre de femmes sorties de l'hôpital).
9. Engagez une brève discussion en demandant aux participants :
 - À quels indicateurs précédents les indicateurs 6 (fistule urinaire uniquement), 7 (fistule urinaire et recto-vaginale) et 8 (FRV uniquement) correspondent-ils ? Réponses : Indicateurs 4.1, 4.2 et 4.3.
 - Le nombre total de femmes sorties de l'hôpital (indicateur 9) peut-il être supérieur au nombre total de femmes ayant eu une intervention chirurgicale (indicateur 3) ? Réponse : Oui, si certaines femmes qui ont eu une intervention pendant la dernière période du rapport ne sont pas sorties de l'hôpital pendant le même trimestre que l'intervention.
 - Le nombre total de femmes sorties de l'hôpital (indicateur 9) peut-il être inférieur au nombre total de femmes ayant eu une intervention chirurgicale (indicateur 3) ? Réponse : Oui, toutes les femmes qui ont eu une intervention ne sortent pas le même trimestre.
10. Décrivez l'indicateur 10 (nombre de femmes sorties de l'hôpital ce trimestre).
11. Expliquez que l'indicateur 10 est généralement égal à la différence entre l'indicateur 3 (nombre ayant une intervention) et l'indicateur 9 (total des sorties de l'hôpital). Parfois, cependant, le nombre des sorties est plus grand que cette différence. Par exemple, une cliente peut devoir rester à l'hôpital pendant une période prolongée parce qu'elle a besoin d'une intervention chirurgicale supplémentaire. Le nombre de sorties informe les directeurs sur la capacité des lits.
12. Décrivez les indicateurs 11 et 12 (résultats de la chirurgie), y compris les sous-indicateurs.

13. Décrivez l'indicateur 13 (complications), y compris les sous-indicateurs.
14. Expliquez que les indicateurs du polycopié 6-C ne portent que sur la prestation de services de traitement de la fistule, mais que d'autres indicateurs peuvent aussi être utiles pour la surveillance et l'évaluation des services de soins de la fistule. Les exemples incluent :
- Nombre de membres du personnel formés, par type de formation et cadre
 - Nombre de programmes de prise de contact avec les communautés réalisés en matière de prévention de la fistule
 - Nombre de personnes jointes avec des informations relatives à la prévention de la fistule
 - Pourcentage de tous les travaux pour lesquels des partogrammes ont été remplis correctement et gérés selon le protocole
 - Pourcentage de naissances par césarienne
 - Pourcentage des naissances par césarienne résultant d'un travail prolongé ou dystocique
15. Demandez aux participants, « Quelles autres sources de données peuvent fournir des informations utiles ? » Les réponses peuvent être :
- Statistiques du service de santé sexuelle et reproductive (SSR)
 - Données de recensement
 - Entretiens avec les clientes
 - Discussion de groupe
 - Enquêtes dans la population comme les enquêtes de démographie et de santé
16. Ajoutez et discutez les sources de données énumérées ci-dessus si elles n'ont pas été mentionnées par les participants.
17. Demandez aux participants, « Quelles rôles jouent les infirmières et les sages-femmes en relation avec les indicateurs dont nous venons de discuter ? »
- Réponses :
- Les infirmières et sages-femmes sont responsables de la surveillance des clientes et elles sont responsables de la documentation des données sur les clientes.
 - La surveillance des services dépend des données de surveillance des clientes et de sa documentation précise.
18. Soulignez l'importance essentielle de ce rôle.
19. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les indicateurs de soins de la fistule pour la surveillance des services.

PARTIE C : EXPÉRIENCES RÉUSSIES DE DONNÉES SUR LA FISTULE

Durée : 10 minutes

Activité 1 : Expérience/discussion (10 minutes)

1. Racontez une expérience réussie, une situation qui démontre l'importance des infirmières et sages-femmes dans la collecte de données sur les soins de la fistule (souvenir personnel ou l'une des expériences réussies de la fiche pédagogique 6-3).
2. Demandez aux participants de décrire leurs réactions à l'histoire ; que ressentent-ils ?
3. Résumez les commentaires des participants ; déduisez-en les rôles importants que les infirmières et les sages-femmes doivent jouer dans la collecte des données de soins de la fistule.

SÉANCE 3

Collecte et gestion des données régulières de soins de la fistule

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Décrire six dimensions de la qualité des données
- Identifier les erreurs de données courantes dans les dossiers des clientes
- Décrire et activer un environnement qui assure que des données de qualité font partie de la pratique courante

POINTS À RETENIR

- Les six dimensions (attributs souhaitables) de la qualité des données de soins d'une cliente incluent :
 - L'exactitude
 - La fiabilité
 - L'exhaustivité
 - La lisibilité
 - L'actualité
 - L'accessibilité
- Quelques unes des erreurs de collecte de données les plus fréquentes incluent :
 - Les erreurs mathématiques
 - Les impossibilités logiques
 - Les nombres hors des plages normales/attendues
 - Données manquantes
 - Les erreurs de transcription
- Exemples d'erreurs de transcription :
 - Transposition
 - Zéros supplémentaires ou manquants
 - Faux zéros
 - Écriture illisible
 - Données mal copiées
- Tous les centres de soins de santé ont la responsabilité de recueillir des données exactes et complètes dans les dossiers des clientes et d'utiliser ces informations pour surveiller et améliorer les soins des clientes.
- Les systèmes de soins de santé doivent avoir des procédures standardisées pour identifier et corriger les erreurs dans toutes les sources de données.
- Les infirmières et sages-femmes jouent un rôle important dans l'enregistrement précis des données et dans la vérification et la correction des erreurs.
- Tout membre du personnel qui enregistre des données doit en comprendre la définition et vérifier régulièrement son travail ; s'il a des questions, il doit interroger son responsable.

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé et discussion
- Exercice en petits groupes
- Discussion de groupe
- Brainstorming et discussion

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 6-D : Dimensions de la qualité des données
- Polycopié 6-E : Erreurs courantes de collecte de données
- Polycopié 6-F : Exercice d'évaluation de la qualité des données
- Fiche pédagogique 6-4 : Exercice d'évaluation de la qualité des données : corrigé

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les polycopiés 6-D, 6-E et 6-F.
3. Fiche pédagogique 6-4.
4. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Six dimensions de la qualité des données (d'après le polycopié 6-D)
 - Erreurs courantes de la collecte des données (d'après le polycopié 6-E)
5. Photocopiez les polycopiés 6-D, 6-E et 6-F pour les participants.

Durée de la séance (totale) : 1 heure et 55 minutes

SÉANCE 3

Étapes de formation

PARTIE A : DIMENSIONS DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Durée : 25 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé et discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants, « que signifie-t-on lorsqu'on dit que quelque chose est *de qualité* ? » Les réponses sont susceptibles de refléter l'opinion subjective des participants à propos de la signification de *qualité*.
2. Expliquez que *de qualité* reflète l'adhésion à de normes d'excellence définies.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Cette activité porte sur la *qualité des données*. Toutefois, si les participants sont habitués au processus COPE ou à la supervision de facilitation, vous avez l'occasion de l'utiliser comme une opportunité de renforcer (brièvement) les trois fondamentaux des soins pour des services de qualité :

- Garantir une prise de décisions éclairée et volontaire
- Assurer la sécurité des techniques et actes cliniques
- Fournir un mécanisme pour une assurance qualité et une gestion continue.

Veillez à revenir rapidement aux dimensions de qualité des données.

3. Expliquez que, pour les données, il y a plusieurs dimensions (attributs souhaitables) qui définissent la qualité des données. Dans cette séance nous nous focaliserons sur six dimensions de la qualité des données.
4. Distribuez des photocopies du polycopié 6-D.
5. Décrivez chacune des dimensions de la qualité des données au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 6-F).
6. Demandez aux participants de suggérer un exemple positif et négatif de chaque dimension.

Exemples de réponses :

- **L'exactitude**

Exemple positif : Les détails de l'identification de la cliente sont correctes et n'identifient que la cliente.

Exemple négatif : Un problème médical sans lien avec l'intervention est enregistré comme complication chirurgicale.

- **La fiabilité**

Exemple positif : Le diagnostic enregistré sur la couverture du dossier médical de l'hôpital correspond au diagnostic enregistré dans les notes de progression et autres parties pertinentes du dossier médical.

Exemple négatif : Le nom de la cliente est orthographié différemment sur plusieurs formulaires à l'intérieur du dossier médical.

- **L'exhaustivité**

Exemple positif : Toutes les notes des infirmières, y compris le plan infirmier, les notes de progression, la tension artérielle, la température et les autres tableaux et formulaires sont remplis, signés et datés. *Exemple négatif* : Le dossier médical ne comporte pas les documents requis.

- **La lisibilité**

Exemple positif : Toutes les notes manuscrites du cahier de la cliente sont claires et concises et utilisent les abréviations standard.

Exemple négatif : Les annotations des médecins sont indéchiffrables et comportent des symboles non standard.

- **L'actualité**

Exemple positif : Les antécédents médicaux de la cliente, l'historique de la maladie ou du problème actuel tel que détaillé par la cliente et les résultats de l'examen physique sont enregistrés lors de la première visite au centre de soins ou à l'admission à l'hôpital.

Exemple négatif : Les informations cliniques ne sont pas consignées lorsqu'elles sont observées, ce qui entraîne des omissions ou une prise en charge inappropriée.

- **L'accessibilité**

Exemple positif : Les dossiers d'une cliente sont disponibles pour les médecins et infirmières en toutes circonstances.

Exemple négatif : Les rapports statistiques ne sont pas disponibles lorsque le gouvernement a besoin des informations pour prendre des décisions budgétaires ; les dossiers des clientes ne peuvent être localisés pour que les médecins examinent l'évolution et prennent des décisions médicales éclairées.

7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les dimensions de la qualité des données.

PARTIE B : RECONNAISSANCE DES ERREURS DE DONNÉES COURANTES

Durée : 1 heure et 15 minutes

Activité 1 : Présentation (10 minutes)

1. Rappelez aux participants la collecte des données aux différents niveaux du système de soins de santé (discutée dans la séance 2 de ce module). Les données au niveau de la cliente sont collectées et compilées en données au niveau de l'établissement ; celles-ci sont collectées et compilées en données au niveau du district, etc.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Pour illustrer l'étape 1, vous pouvez réutiliser le tableau-papier déjà préparé, la diapositive informatisée ou le transparent pour rétroprojecteur montrant comment les différents niveaux d'un système de soins de santé recueillent des données (sur la base du polycopié 6-B) d'après la Séance 2, Partie A, Activité 2.

2. Expliquez les points suivants :
 - Le dossier et le registre de la cliente sont les bases sur lesquels le reste des informations du système des soins de santé sont construites.
 - Des erreurs au niveau de la cliente compromettent l'intégrité des données de l'ensemble du système de soins de santé.
3. Précisez que si les six dimensions de la qualité des données sont importantes, l'exactitude est *très importante*.

4. Expliquez que les deux étapes peuvent aider à garantir l'exactitude des données :
 - Être conscients de types courants d'erreurs de données
 - Identifier ces erreurs et les corriger
5. Distribuez des photocopies du polycopié 6-E aux participants.
6. Décrivez les types courants d'erreurs de collecte des données au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 6-E).
7. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les erreurs courantes de collecte des données.

Activité 2 : Exposé/discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants de décrire différents types de dossiers de clientes. Les réponses possibles peuvent être :
 - Le dossier de la cliente
 - La carte du service ambulatoire (SA)
 - Le registre des entrées de patients
 - Le dossier d'admission
 - Le tableau de température
 - Relevé de la diurèse
 - Liste ou registre du bloc opératoire
 - Registre des accouchements de la maternité
2. Rappelez aux participants le partogramme, couvert dans le module 2.
 - Cet outil normalisé au plan international enregistre graphiquement la surveillance des travaux se sorte qu'une action adéquate peut être accomplie en cas d'évolution du travail non conforme aux paramètres normaux.
 - Parce qu'il permet de surveiller l'évolution du travail, le partogramme doit être rempli pendant le travail, et *non* après ou lorsque l'accouchement est terminé.
 - Le partogramme doit faire partie du dossier personnel de la cliente pour chaque femme qui accouche dans l'établissement.
3. Expliquez qu'il n'y a pas de normes internationales pour de nombreuses parties du dossier de la cliente (bien qu'il y ait des lignes directrices internationalement acceptées pour les informations médicales à recueillir pour chaque service ou acte médical). Exemples de données pour lesquelles il n'y a pas de normes :
 - Données démographiques (p. ex., nom, adresse, date de naissance, sexe)
 - Informations sur la grossesse
 - Informations sur les antécédents obstétricaux de la cliente
 - Le dossier prénatal de la cliente
 - Le dossier postnatal de la cliente
 - Informations sur l'accouchement par césarienne
 - Informations sur l'anesthésie
4. Rappelez aux participants que le module 3 comporte un prototype de dossier cliente « standard ».
5. Expliquez que certaines variables de la cliente sont saisies d'abord (ou seulement) dans des registres. Registres utilisés dans les centres de soins de la fistule peuvent être :
 - Le registre de la salle
 - Registre du bloc opératoire
 - Livre des commandes/fournitures de la salle
6. Expliquez que certains pays donnent aux femmes un dossier à conserver. Ce document (parfois appelé passeport) aide à transférer des informations relatives à la cliente lorsqu'elle reçoit des services de soins maternels de différents établissements.
7. Demandez aux participants s'ils ont déjà vu de tels documents.
8. Demandez aux participants de réfléchir aux types de dossiers et d'informations sur les clientes qui ont été discutés. Sur la base de leur expérience :
 - Que pensent-ils de la qualité des données de tels dossiers ?
 - Quels types d'erreurs ont-ils vus ou de quels types ont-ils entendu parler ?

9. Expliquez que tous les centres de soins de santé ont la responsabilité de recueillir des données exactes et complètes dans les dossiers des clientes et d'utiliser ces informations pour surveiller et améliorer les soins des clientes.
10. Insistez sur le fait que les infirmières et sages-femmes jouent un rôle important dans la garantie de la qualité des données.
11. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les différents types de dossiers des clientes.

Activité 3 : Exercice en petits groupes et discussion de groupes (45 minutes)

1. Faites cet exercice en petits groupes comme suit :
 - Répartissez les participants en quatre groupes.
 - Distribuez des photocopies du polycopié 6-F, qui comporte les instructions de l'exercice et des exemples de dossiers et registres cliente qui seront examinés.
 - Passez en revue les instructions de l'exercice du polycopié 6-F.
 - Demandez aux groupes 1 et 2 d'examiner l'exemple 1 (Mabel Solo) et aux groupes 3 et 4 d'examiner l'exemple 2 (Mercy Kastor).
 - Donnez à chaque groupe une feuille du tableau-papier et un marqueur.
2. Accordez aux groupes 15 minutes pour remplir leur mission.
3. Demandez au groupe 1 de présenter les erreurs qu'il a identifiées.
4. Demandez au groupe 2 de présenter les erreurs qu'il a identifiées, en notant les différences.
5. Si nécessaire, désignez les erreurs que les groupes ont omises (d'après la fiche pédagogique 6-3).
6. Demandez au groupe 3 de présenter les erreurs qu'il a identifiées.
7. Demandez au groupe 4 de présenter les erreurs qu'il a identifiées, en notant les différences.
8. Si nécessaire, désignez les erreurs que les groupes ont omises (d'après la fiche pédagogique 6-3).
9. Engagez une discussion de groupe sur la qualité des données et les problèmes de vérification de celles-ci en posant les questions suivantes :
 - Que pouvez-vous faire pour vérifier que les données sont enregistrées de façon fiable ?
 - Comment pouvez-vous vous assurer que les données sont transférées avec exactitude des registres ?
10. Insistez sur les points suivants :
 - Les systèmes de soins de santé doivent avoir des procédures standardisées pour identifier et éliminer les erreurs dans toutes les sources de données.
 - Les infirmières et sages-femmes jouent un rôle important dans la vérification et la correction des erreurs.
 - Tout membre du personnel qui enregistre des données doit en comprendre la définition et vérifier régulièrement son travail ; s'il a des questions, il doit interroger son responsable.
11. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant cet exercice d'évaluation de la qualité des données.

PARTIE C : LE RÔLE DES INFIRMIÈRES ET DES SAGES-FEMMES DANS LE CONTRÔLE DE LA QUALITÉ DES DONNÉES

Durée : 15 minutes

Activité 1 : Brainstorming et discussion (15 minutes)

1. Rappelez aux participants que, pendant cette séance, nous avons insisté sur le rôle important que jouent les infirmières et les sages-femmes dans le contrôle de la qualité des données.
2. Demandez aux participants de penser à leur propre établissement de soins de santé, à l'environnement dans lequel ils travaillent.
3. Demandez aux participants, « De quoi avez-vous besoin pour vous assurer régulièrement de la qualité des données dans votre pratique ? Quels éléments doivent être présents dans votre environnement pour que cela soit possible ? »

4. Engagez un bref échange d'idées et écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses peuvent être :
 - Des formulaires et dossiers normalisés, bien conçus
 - Des règles, des normes et des directives établies sur la qualité des données
 - Des systèmes et/ou technologies adéquats pour la tenue des registres
 - Un enseignement et une formation du personnel sur l'importance d'une collecte précise des données
 - Un engagement sur la qualité des données et une valorisation de celle-ci de la part de l'administration, des responsables, etc.
 - Le soutien des médecins (le remplissage en temps opportun des dossiers médicaux, une écriture lisible sur les formulaires, en éliminant l'emploi d'abréviations non standard, etc.)
 - Un comité efficace d'examen de la qualité
 - Des procédures établies de vérification des données
 - Travail d'équipe (tous les membres du personnel font leur part ; chacun s'engage sur la qualité des données)

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Il est probable que les participants identifieront de nombreux éléments qui, quoique valides, sont au-delà de leur contrôle. Le succès de cette activité dépend de la possibilité qu'ils ont de voir ce qu'*eux-mêmes* peuvent faire pour s'assurer que la qualité des données fait partie de leur pratique régulière.

5. Demandez aux participants, « Parmi ces éléments, quels sont ceux que vous contrôlez le mieux ? »
6. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses peuvent être :
 - Travail d'équipe
 - Faire sa part (bonne saisie des données)
 - S'engager dans la qualité des données
7. Demandez aux participants, « Quelle conclusion tirez-vous de cela ? » Idéalement, ils diront comprendre que la garantie de la qualité des données commence par les infirmières et sages-femmes, qui doivent toujours être conscientes de son importance et s'y engager durablement.
8. Insistez sur le fait que dans de nombreux établissements c'est l'infirmière responsable du service de la fistule, du service de maternité ou du département d'obstétrique gynécologie qui compilera les données et les transmettra au(x) médecin(s). Les dossiers personnels et registres des clientes sont généralement tenus par des infirmières qui les envoient à l'administration lorsque la cliente sort de l'hôpital.

SÉANCE 4

Utilisation de la recherche pour améliorer les services de soins de la fistule

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Définir *la pratique fondée sur les preuves* (PFP)
- Différencier la recherche quantitative de la recherche qualitative
- Décrire l'utilisation potentielle des résultats de la recherche dans la prestation de services pour la fistule
- Discuter du rôle des infirmières et des sages-femmes dans la recherche de soins de la fistule

POINTS À RETENIR

- *La pratique fondée sur les preuves*, ou PFP, désigne l'emploi de la recherche et des études scientifiques comme base pour établir les meilleures pratiques dans un domaine particulier. Dans les soins infirmiers et de sages-femmes, les PFP impliquent l'intégration consciencieuse des meilleures preuves de la recherche en matière d'expertise clinique et des valeurs et besoins des clientes dans une prestation de soins de santé économique de qualité (Burns et Grove, 2008).
- La *recherche* est une quête ou étude diligente, systématique visant à affiner les connaissances existantes et à en générer de nouvelles (Burns et Grove, 2008). Dans les soins infirmiers et de sages-femmes, le principal but de la recherche est d'améliorer les résultats (Cluett et Bluff, 2006).
- Les méthodes de recherche peuvent se diviser en deux grandes catégories, en fonction des types d'observation qu'elles produisent : numériques (recherche quantitative) et descriptives (recherche qualitative).
- *La recherche quantitative* est une recherche fondée sur des méthodes scientifiques traditionnelles ; elle génère des données numériques et visent généralement à établir des relations causales entre deux variables ou plus, en utilisant des méthodes statistiques pour vérifier la force et la signification des relations (*A Dictionary of Nursing*, 2008).
- La recherche quantitative implique une analyse statistique des données de dossiers et rapports ; elle peut aussi inclure l'utilisation de méthodes telles que des enquêtes, des questionnaires et des entretiens structurés.
- *La recherche qualitative* est une recherche qui vise à fournir une compréhension de l'expérience, des perceptions, des motivations, des intentions et comportements humains sur la base de la description et l'observation et de l'emploi d'une approche interprétative naturaliste d'un sujet et de son cadre contextuel (*A Dictionary of Nursing*, 2008).
- Les méthodes de recherche qualitative incluent des entretiens non structurés, des discussions de groupes, une observation directe, des études de cas et des documents photographiques.

Méthodes de formation

- Présentation
- Discussion de groupe
- Exposé et discussion
- Attribution de tâches
- Exercice en petits groupes

Support/Matériel

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 6-G : Pratique et recherche fondées sur les preuves
- Polycopié 6-H : Soins de la fistule : attribution de tâches liées à la recherche
- Fiche pédagogique 6-5 : Recherche liée aux soins de la fistule

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les polycopiés 6-G et 6-H.
3. Passez en revue la fiche pédagogique 6-5.
4. Identifiez les articles de recherche liée aux soins de la fistule (d'après la fiche pédagogique 6-5) pour l'attribution de lectures à la maison.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Pour l'attribution de lectures à la maison, vous avez deux options en fonction de ressources disponibles :

- Fournir aux participants les titres et les URL des articles et leur demander d'accéder à ces articles en ligne
- Télécharger les articles, en faire des photocopies et les distribuer aux participants.

5. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Définition de la pratique fondée sur les preuves (d'après le polycopié 6-G)
 - Définition de la recherche et des informations à propos des catégories des méthodes de recherche (d'après le polycopié 6-G)
 - Instructions relatives à l'attribution de lectures à la maison (d'après le polycopié 6-H)
6. Photocopiez les polycopiés 6-G et 6-H pour les participants.

Durée de la séance : 1 heure et, 20 minutes

SÉANCE 4

Étapes de formation

PARTIE A : SOURCES DE CONNAISSANCE

Durée : 15 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Discussion en groupes (10 minutes)

1. Demandez aux participants, « Quelles sont certaines des sources des connaissances que les infirmières et sages-femmes utilisent couramment pour prendre des décisions dans leur pratique ? »

CONSEILS DE FORMATION

- Pour la formation dans le service, demandez aux participants de réfléchir aux sources qu'ils ont utilisées lors d'une récente journée de travail.
- Pour la formation avant le service, demandez aux participants de réfléchir aux sources qu'ils ont utilisées pendant leurs gardes cliniques, chirurgicales et de maternité.

Écrivez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. Les réponses peuvent être (Rees, 2003) :

- Tradition : « Nous avons toujours fait comme ça ».
 - Autorité/règlement : « On m'a demandé de faire comme ça ».
 - Enseignement/formation : « J'ai appris à faire comme ça ».
 - Expérience personnelle : « J'ai remarqué que généralement cela fonctionne/ ne fonctionne pas ».
 - Essai et erreur : « J'ai déjà essayé d'autres façons ».
 - Modélisation de rôles : « J'ai vu d'autres personnes faire comme ça ».
 - Intuition : « Cela m'a l'air bien comme ça ».
 - Recherche : « La recherche que j'ai lue suggère que c'est la meilleure méthode ».
2. Engagez une brève discussion sur le pour et le contre des sources que les participants ont mentionnées. Exemples de réponses :
 - Tradition : pour : familiarité ; contre : rigidité, entrave une prise de décisions améliorée
 - Autorité/règlement : pour : conformité au règlement ; contre : aucune responsabilité personnelle
 - Enseignement/formation : pour : bonne connaissance de la procédure apprise ; contre : dépend de la qualité et du caractère récent de la formation
 - Expérience personnelle : pour : fondé sur l'expérience ; contre : risqué, potentiellement incohérent
 - Essai et erreur : pour : fondé sur l'expérience ; contre : risqué, potentiellement incohérent
 - Modélisation de rôles : pour : fondé sur l'expérience ; contre : risqué, potentiellement incohérent
 - Intuition : pour : donne confiance en soi ; contre : aucune base tangible pour les décisions
 - Recherche : pour : fondé sur les preuves ; contre : dépend de la qualité et du caractère récent de la recherche
 3. Expliquez que la Partie B de cette séance portera sur l'emploi de la recherche dans la prise des décisions.

PARTIE B : MÉTHODES DE RECHERCHES COURANTES

Durée : 1 heure et 5 minutes

Activité 1 : Exposé et discussion, travail à la maison (20 minutes)

1. Rappelez aux participants que la recherche fournit une source de connaissance *basée sur les preuves* pour la prise de décisions.
2. Demandez aux participants de définir *la pratique basée sur les preuves*.
3. Distribuez des photocopies du polycopié 6-G.
4. Examinez les définitions de la *pratique basée sur les preuves*, au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 6-G).
5. Insistez sur l'importance de l'utilisation des pratiques basées sur les preuves dans les soins infirmiers et de sages-femmes aussi souvent que possible.
6. Indiquez que nous manquons de preuves pour beaucoup de pratiques médicales (tant pour les soins de la fistule que pour d'autres types de soins médicaux). Certaines pratiques sont basées sur des principes scientifiques, alors que d'autres sont basés sur la coutume, l'expérience ou l'observation, et non sur des preuves. Il est irréaliste de penser que nous aurons toujours des preuves pour toutes les pratiques.
7. Examinez la définition de la recherche et de l'information à propos de la recherche qualitative et quantitative et de la recherche pour améliorer la qualité des soins; au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur (sur la base du polycopié 6-G).
8. Dites aux participants que la recherche sur la fistule et les soins de la fistule sont limités et que ceux qui y travaillent peuvent prendre part à des études de recherche comme des études de cas ou des essais cliniques.
9. Demandez aux participants, « Quelles fonctions les infirmières et les sages-femmes peuvent-elles remplir en tant que participants ou agents de soutien des activités de recherche ? » Les réponses possibles peuvent être : collecte de données, enregistrement de statistiques de services, enregistrement de données personnelles et de service.
10. Décrivez un essai clinique en cours comparant l'efficacité d'un cathétérisme postchirurgical à sept jours à celle d'un cathétérisme postchirurgical à 14 jours. Les infirmières et les sages-femmes surveillent les clientes recrutées dans l'étude et travaillent avec les chirurgiens pour remplir les formulaires de collecte de données.
11. Indiquez que la recherche des infirmières et sages-femmes fait l'objet de nombreux livres et cours alors que cette séance ne donne qu'un très bref aperçu de haut niveau.
12. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant la pratique et la recherche fondées sur les preuves.
13. Répartissez les participants en groupes (voir l'astuce pédagogique ci-dessous).

ASTUCE PÉDAGOGIQUE Au moyen de la fiche pédagogique 6-5, identifiez plusieurs articles de recherche liée à la fistule pour que les participants les lisent à la maison.

- S'il y a huit participants ou moins, sélectionnez deux articles.
- S'il y a neuf à douze participants, sélectionnez trois articles.
- S'il y a plus de douze participants, sélectionnez quatre articles.

14. Distribuez des photocopies du polycopié 6-H, et attribuez à chaque groupe ses lectures à la maison. Comme indiqué dans l'astuce pédagogique à la préparation :
 - Fournissez aux participants les titres et les URL des articles et demandez leur d'accéder à ces articles en ligne
 - Téléchargez les articles, faites-en des copies et distribuez-les aux participants.

Activité 2 : Exercice en petits groupes (45 minutes)

1. Demandez aux participants de rejoindre leur groupe (attribué dans la précédente activité).
2. Donnez à chaque groupe une feuille du tableau-papier et un marqueur.
3. Expliquez que chaque groupe aura environ 20 minutes pour :
 - Examiner ses réponses aux questions de la discussion dans le polycopié 6-H
 - Préparer un bref plan d'action décrivant comment appliquer les résultats de la recherche aux services de soins de la fistule dans leur établissement
 - Affecter un présentateur pour donner un bref exposé (de quatre à cinq minutes) résumant la recherche, les réponses aux questions de la discussion et le plan d'action du groupe
4. Au bout d'environ 20 minutes, demandez aux petits groupes de clore leurs travaux.
5. Demandez au premier groupe de faire sa présentation.
6. Sollicitez deux ou trois commentaires en réaction des autres groupes.
7. Répétez le processus pour les groupes restants.
8. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les utilisations potentielles des résultats de la recherche dans la prestation de services pour la fistule.

SÉANCE 5

Affichage, présentation et diffusion des données pour en maximiser l'utilisation pour éclairer la prise de décisions

Objectifs de la séance de sensibilisation

Au terme de la présente séance, les participants pourront :

- Décrire les stratégies appropriées pour l'affichage, la présentation, la diffusion de données pour différents auditoires cibles
- Présenter efficacement les données de surveillance et d'évaluation des services de la fistule dans un exercice en classe

POINTS À RETENIR

- Une fois les données collectées, il est important de les afficher de sorte à efficacement véhiculer la signification. Les méthodes efficaces d'affichage des données incluent :
 - Des listes
 - Des tableaux
 - Des graphiques
- *Les listes* sont les meilleures lorsqu'elles sont courtes. Le cerveau humain a des difficultés à traiter de longues listes.
- Des points gras ou numéros peuvent faciliter la lecture ou la compréhension des listes. Les listes numérotées fonctionnent mieux pour présenter des données séquentielles.
- Une méthode utile pour l'organisation des données d'une liste est le *classement* : la liste des éléments dans un ordre significatif.
- *Les tableaux affichent* les données selon un arrangement ordonné de lignes horizontales et de colonnes verticales.
- La ligne supérieure d'un tableau, souvent appelée *en-tête* n'affiche pas de données, elle identifie le contenu des colonnes.
- Le format en tableau facilite la comparaison des données.
- *Le graphique* est le moyen le plus visuel de ces trois méthodes de présentation des données.
- Les types courants de graphiques sont :
 - Graphiques à barres et colonnes
 - Graphiques à barres et colonnes empilées et en pourcentage
 - Graphiques linéaires
 - Graphiques à secteurs
- Pour être efficaces, les graphiques doivent être limités à la démonstration d'un ou deux points majeurs.
- Bien que cela puisse prendre plus de temps, les tableaux et graphiques sont tout aussi efficaces lorsqu'ils sont tracés avec des crayons ou marqueurs sur du papier que lorsqu'ils sont imprimés ou affichés sur un ordinateur.
- Une raison essentielle pour l'affichage des données est de les rendre plus faciles à interpréter. *L'interprétation des données* est le processus de détermination, clarification, ou explication de la signification des informations afin d'en tirer des conclusions.
- Alors que les données peuvent *suggérer* une conclusion, une étude plus approfondie peut être nécessaire pour *valider* cette conclusion.
- Les participants peuvent avoir besoin de présenter et diffuser des données pour prendre des décisions dans trois situations :
 - Pour déterminer quelles décisions doivent être prises
 - Pour parler aux personnes affectées par ces décisions
 - Pour parler aux personnes ou organisations qui doivent prendre (ou ont des intérêts dans) ces décisions

POINTS À RETENIR (suite)

- Les deux étapes importantes dans la préparation de la présentation et la diffusion des données sont :
 - Analyse de l'auditoire
 - Développement du message
- L'analyse de votre auditoire implique l'identification de votre auditoire et l'analyse de son besoin d'informations.
 - Prenez en considération le niveau de connaissances techniques et cliniques de l'auditoire, ainsi que ses intérêts et motivations, pour déterminer comment mieux communiquer avec lui.
 - Prévoyez ses questions et préoccupations de sorte à préparer des réponses.
 - Proposez des solutions à tous les problèmes que vous présentez.
- Lors du développement de votre message, donnez la priorité aux informations à partager avec votre auditoire et évitez de présenter des informations qui ne sont pas essentielles.
 - Pour la plupart des présentations, ne sélectionnez que trois à cinq points très importants.
 - Identifiez les actions éventuelles que pourra conduire l'auditoire.
 - Évitez de ne présenter que des informations négatives. Trop d'informations négatives peuvent créer un sentiment d'incapacité.
- Si possible, utilisez plusieurs formats pour présenter vos points, notamment :
 - Des données numériques, présentées en listes ou tableaux
 - Des données visuelles, présentées en graphiques
 - Des formats narratifs (p. ex. histoires, rapports, feuillets d'informations sur deux pages)

Méthodes de formation

- Présentation
- Exposé/brainstorming/discussion
- Exercice en petits groupes
- Exercice en groupe élargi
- Test de fin de module
- Revue/compte rendu

Documents et équipement

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- [Facultatif] ordinateur portable et vidéoprojecteur (ou rétroprojecteur et transparents)
- Polycopié 6-I : Affichage des données : listes
- Polycopié 6-J : Affichage des données : tableaux
- Polycopié 6-K : Affichage des données : graphiques
- Polycopié 6-L : Présentation et diffusion des données
- Polycopié 6-M : Exercice de présentation et de diffusion des données
- Fiche pédagogique 6-1 : Évaluation et corrigé du module 6
- Fiche pédagogique 6-6 : Tableaux-papierpréparés pour la séance 5 Tableau et graphique

Préparation en amont

1. Passez en revue les étapes de la formation.
2. Passez en revue les photocopies 6-I, 6-J, 6-K, 6-L et 6-M.
3. Passez en revue les fiches pédagogiques 6-6 et 6-1.

4. Préparez un tableau-papier, une diapositive informatisée ou un transparent pour rétroprojecteur pour les éléments suivants :
 - Objectifs de la présente séance
 - Listes (points essentiels d'après le polycopié 6-I)
 - Tableaux (points essentiels d'après le polycopié 6-J)
 - Graphiques (points essentiels d'après le polycopié 6-K)
 - Analyse de l'auditoire, développement des messages et formats pour la présentation des données (points essentiels d'après le polycopié 6-L)
 5. Préparez deux pages du tableau-papier pour la Partie A, Activité 2 (d'après la fiche pédagogique 6-6) :
 - Tableau affichant des données sur les femmes recourant aux soins, femmes nécessitant un traitement et femmes recevant des soins, par trimestre : 2008
 - Graphique linéaire affichant des données sur l'ordre des réparations chirurgicales chez les femmes admises en chirurgie, par trimestre : 2009
- Remarque :* Conservez ces pages couvertes jusqu'à l'étape 8 de la Partie A, Activité 2.
6. Préparez une page du tableau-papier pour la Partie B, Activité 1 (d'après la fiche pédagogique 6-6).
- Remarque :* Conservez cette page couverte jusqu'à l'étape 4 de la Partie B, Activité 1.
7. Photocopiez les polycopiés 6-I, 6-J, 6-K, 6-L et 6-M pour les participants.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes dans la fiche pédagogique 6-1 pour le test de fin du Module 6. Les bonnes réponses sont reproduites en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Dans la mesure où la séance 5 dure 2 heures et 40 minutes, il sera peut-être difficile de la mener à bien en un seul jour. Si vous devez diviser la séance, nous vous suggérons d'animer la partie A (Affichage des données) et la partie B (Interprétation des données) un jour et la partie C (Présentation et diffusion des données) et la partie D (Évaluation du module 6) le lendemain. Si vous animez toutes les séances en un seul jour, songez à programmer une pause avant et après la partie C.

Durée de la séance : 2 heures et 40 minutes

SÉANCE 5

Étapes de formation

PARTIE A : AFFICHAGE DES DONNÉES

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Présentation (5 minutes)

1. Passez en revue les objectifs de la séance à l'aide du tableau-papier déjà préparé, de diapositives informatisées ou de transparents pour rétroprojecteur
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant les objectifs de la séance.

Activité 2 : Exposé et discussion (25 minutes)

1. Expliquez que, une fois les données collectées, il est important de les afficher de sorte à efficacement véhiculer la signification.
2. Demandez aux participants, « Citez des moyens efficaces d'afficher les données ? »
3. Écrivez les réponses des participants sur une feuille du tableau-papier. Les réponses attendues peuvent être :
 - Des listes
 - Des tableaux
 - Des graphiques

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Utilisez les réponses des participants pour évaluer leur connaissance des moyens d'affichage des données. Si les participants sont habitués aux listes, tableaux et graphiques, vous pouvez rendre le reste de cette activité plus interactive (p. ex. en leur demandant des exemples pour chaque type d'affichage). Dans le cas contraire, faites un cours pour présenter les informations pour le reste de l'activité.

4. Discutez de l'affichage des données au moyen de listes tableaux et graphiques en vous servant du tableau-papier, des diapositives informatisées et des transparents pour rétroprojecteur sur la base des photocopiés 6-I, 6- J et 6-K.
5. Distribuez les photocopiés 6-I, 6-J et 6-K.
6. Demandez aux participants, « Avez-vous besoin d'un ordinateur pour créer une tableau ou une graphique ? »
7. Expliquez que les gens qui n'ont pas accès à un ordinateur hésitent souvent à faire des tableaux ou graphiques à la main ; toutefois, les tableaux et les graphiques peuvent être tout aussi efficaces lorsqu'ils sont tracés sur du papier avec des crayons ou marqueurs.
8. Révélez les feuilles de tableau-papier préparées avec des tableaux et graphiques faits à la main montrant les données de la fistule (Préparation, Étape 5).
9. Soulignez que même si cela peut prendre plus de temps pour tracer les tableaux et graphiques à la main, ceux-ci peuvent véhiculer des informations aussi efficacement que des versions faites sur ordinateur.
10. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'affichage des données.

PARTIE B : INTERPRÉTATION DES DONNÉES

Durée : 20 minutes

Activité 1 : Exposé, brainstorming et discussion (20 minutes)

1. Expliquez qu'une raison essentielle pour l'affichage des données est d'en faciliter l'interprétation.
2. Demandez aux participants, « Qu'entend-on par *interprétation des données* ? »
3. Expliquez que l'interprétation des données est le processus de détermination, clarification, ou explication de la signification des informations afin d'en tirer des conclusions.
4. Affichez le tableau-papier préparé pour cette activité (Préparation, Étape 6).
5. Discutez des données affichées sur le tableau-papier préparé. Au cours du mois précédent :
 - Soixante pour cent des clientes qui se sont présentées dans l'établissement de santé pour une réparation de la fistule venaient de la communauté X.
 - Quarante pour cent des clientes qui se sont présentées dans l'établissement de santé pour une réparation de la fistule venaient de la communauté Y.
6. Expliquez qu'une interprétation des données peut-être que la fistule est plus prévalente dans la communauté X que dans la communauté Y.
7. Invitez les participants à écrire chacun autant d'interprétations que possible en trois minutes.
8. Demandez aux participants de partager leurs interprétations.
9. Écrivez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - La communauté X est plus au courant des services de traitement de la fistule que la communauté Y.
 - La communauté X a plus de femmes en âge de procréer que la communauté Y.
 - Les moyens de transport vers l'établissement de santé local sont plus disponibles dans la communauté X que dans la communauté Y.
 - Une valeur culturelle, une croyance ou un mythe de la communauté Y empêche les femmes de demander de services de traitement de la fistule.
 - Des expériences négatives d'une femme ou famille de la communauté Y peuvent avoir découragé d'autres femmes de cette communauté à utiliser des services de traitement de la fistule.
 - La communauté Y a des normes sociales différentes qui incluent le retard de la procréation, l'éducation des femmes et moins de barrières pour accéder aux services, ce qui entraîne une plus faible incidence de femmes présentant un travail prolongé et dystocique et un accès en temps opportun aux services obstétricaux.
 - Le système de recommandation de la communauté Y peut ne pas être fonctionnel de façon fiable.
 - La communauté X peut avoir un personnel de santé plus actif, informant et orientant les familles vers le site du service de traitement de la fistule.
10. Observez que les participants ont été capables de déduire plusieurs conclusions différentes à partir des mêmes données.
11. Observez que si les données peuvent suggérer une conclusion, une étude plus approfondie peut être nécessaire pour valider cette conclusion.
12. Demandez aux participants s'ils ont des questions concernant l'interprétation des données.

PARTIE C : Présentation et diffusion des données

Durée : 1 heure et 10 minutes

Activité 1 : Exposé et discussion (15 minutes)

1. Rappelez aux participants que l'objet de cette séance est *l'affichage, la présentation et la diffusion des données pour en maximiser l'emploi pour éclairer la prise de décisions*, et en particulier la prise de décisions relative aux services de soins de la fistule.
2. Demandez aux participants, « Citez des situations dans lesquelles vous pourriez devoir présenter et diffuser des données pour la prise de décisions ? »
3. Enregistrez leurs réponses sur une feuille du tableau-papier. Les réponses possibles peuvent être :
 - Pour déterminer quelles décisions doivent être prises
 - Pour parler aux personnes affectées par ces décisions
 - Pour parler aux personnes ou organisations qui doivent prendre (ou ont des intérêts dans) ces décisions
4. Demandez aux participants des exemples de chaque situation.
5. Écrivez les réponses des participants sur la feuille correspondante du tableau-papier.
Exemples de réponses :
 - Déterminer quelles décisions doivent être prises (les services à ajouter, changer, ou renforcer ; la formation à dispenser; l'équipement à acheter)
 - Discuter avec des personnes affectées par ces décisions (personnel médical, les infirmières, sages-femmes, le personnel soignant ou de conseil de la communauté, les clientes et leur famille)
 - Parler avec les personnes ou organisations qui doivent prendre des décisions (ou sont parties prenantes dans celles-ci) (directeurs d'centres de soins de santé, responsables de services, leaders communautaires/réseaux, groupes de femmes, d'hommes, de jeunes, ministères de la Santé, de l'Education, des Finances ou de la Jeunesse, donateurs, groupes internationaux)
6. Expliquez qu'il y a deux étapes importantes dans la préparation de la présentation et la diffusion des données :
 - Analyse de l'auditoire
 - Développement du message
7. Discutez des points clés relatifs à l'analyse de l'auditoire (sur la base du polycopié 6-L), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.
8. Demandez aux participants, « Citez des méthodes permettant de déterminer comment mieux communiquer avec votre auditoire ? » Les réponses possibles peuvent être :
 - Lors de discussions avec des responsables de la direction ou des finances, utilisez des données statistiques et monétaires.
 - Lors de discussions avec des clientes, utilisez des histoires personnelles.
9. Discutez des points clés relatifs au développement des messages (sur la base du polycopié 6-L), au moyen d'un tableau-papier déjà préparé, d'une diapositive informatisée ou d'un transparent pour rétroprojecteur.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si les participants savent comment présenter des données, rendez la discussion sur le développement des messages plus interactive, en posant des questions telles que :

- Pourquoi est-il important de ne se concentrer que sur trois à cinq points d'informations ?
- Pourquoi est-il important d'éviter de ne présenter que des informations négatives ?

Les réponses à ces questions sont fournies dans le polycopié 6-L.

10. Insistez sur le fait que la brièveté et la clarté sont des compétences essentielles dans la présentation de données.
11. Distribuez des photocopies du polycopié 6-L.
12. Décrivez les trois formats de présentation de données (numérique, visuel et narratif) énumérés en bas du polycopié.
13. Demandez aux participants s'il a des questions concernant la présentation et de la diffusion des données.

Activité 2 : Exercice en petits groupes et exercice en grands groupes (55 minutes)

1. Rappelez aux participants que dans la Séance 2 de ce module, ils ont appris environ 13 indicateurs du traitement de la fistule.
2. Expliquez que dans cet exercice, ils interpréteront et présenteront des données relatives à ces indicateurs.
3. Distribuez des photocopies du polycopié 6-M.
4. Divisez les participants en trois groupes et attribuez des données d'indicateur à chaque groupe comme suit :
 - Groupe 1 : femmes recourant aux soins, nécessitant une intervention et recevant des soins, par trimestre
 - Groupe 2 : complications chez les clientes à une réparation de la fistule, 2008 et 2009
 - Groupe 3 : résultats des réparations de la fistule à la sortie de l'hôpital, par type de fistule
5. Donnez à chaque groupe une feuille du tableau-papier et un marqueur.
6. Expliquez que chaque groupe aura environ 30 minutes pour :
 - Analysez et interprétez leurs données attribuées
 - Créez un graphique qui affiche efficacement ces données
 - Identifiez qui est intéressé par ces données (l'auditoire)
 - Analysez cet auditoire
 - Sélectionnez et développez deux ou trois messages clés
 - Préparez un résumé (d'environ trois minutes) qui communique de façon adéquate ces messages à cet auditoire
 - Désignez un présentateur
7. Au bout d'environ 30 minutes, demandez aux groupes de clore leurs travaux.
8. Rappelez aux participants que la brièveté est une compétence essentielle dans la présentation de données.
9. Conduisez l'exercice en grands groupes comme suit :
 - Demandez au groupe 1 de faire sa présentation.
 - Demandez deux ou trois commentaires en réaction
 - Répétez le processus pour les groupes 2 et 3.
10. Faites un compte rendu des exercices, en demandant :
 - A-t-il été difficile de convenir d'une interprétation ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - A-t-il été difficile d'analyser votre auditoire ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - A-t-il été difficile d'identifier les deux ou trois points les plus importants ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - A-t-il été difficile de rendre la présentation brève ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
11. Demandez aux participants quelles questions supplémentaires ils ont à propos de la présentation et de la diffusion des données.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Si, plus tôt dans ce module, les participants ont exprimé des questions ou préoccupations que vous avez mises de côté et incluses dans les « questions en suspens » du tableau-papier, vous devez à présent confirmer que vous les avez traitées. Révisez brièvement les « Questions en suspens » et confirmez avec les participants qu'elles ont obtenu des réponses satisfaisantes.

PARTIE D : Évaluation du module 6

Durée : 40 minutes

Activité 1 : Test de fin de module (20 minutes)

1. Distribuez l'évaluation du module 6 (sur la base des questions fournies dans la fiche pédagogique 6-1) aux participants et accordez-leur 20 minutes pour faire le test.
2. Ramassez les tests au bout de 20 minutes.

Activité 2 : Revue et compte rendu (20 minutes)

1. Examinez les réponses à l'évaluation du module 6 (en utilisant le corrigé de la fiche pédagogique 6-1).
2. Demandez aux participants s'ils ont des questions.

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

S'il reste du temps, circulez parmi les participants pour leur demander de répondre aux questions du test de fin de module. Si vous manquez de temps, lisez les réponses à haute voix.

RESSOURCES DU MODULE 6

POLYCOPIÉ 6-A

Termes de la surveillance et de l'évaluation

Définition de l'utilisation des données pour la prise de décisions

L'utilisation des données pour la prise de décisions est un processus qui consiste à :

1. Obtenir, analyser et interpréter des données
2. Prendre des décisions sur la base de ces données
3. Agir sur la base de ces données pour renforcer la prestation de services (Timmons & Egboh, 1992)

Définitions de la surveillance et de l'évaluation

La surveillance continue compare les performances aux prévisions en collectant et en analysant des données sur des indicateurs prédéterminés. Elle fournit des informations en continu sur les progrès accomplis vers les objectifs à travers la tenue de dossiers et de systèmes de rapports réguliers. Les informations de performance obtenues par la surveillance améliorent l'apprentissage de l'expérience et favorisent la prise de décisions.

L'évaluation est une analyse périodique en profondeur de la performance. Elle s'appuie sur des données issues des activités de surveillance mais peut aussi inclure des informations obtenues d'autres sources (p. ex., études, recherche, entretiens approfondis, discussions de groupe focalisées, enquêtes etc.). L'évaluation vise en général à établir la pertinence, la validité des plans, l'efficacité, l'efficience et l'impact des activités ou services.

Glossaire des termes clés de la surveillance et de l'évaluation

Analyse : Processus consistant à appliquer systématiquement des techniques statistiques et logiques pour interpréter, comparer et synthétiser les données recueillies pour en tirer des conclusions.

Données : Informations spécifiques quantitatives et qualitatives ou faits (p. ex., observations enregistrées sous forme numérique ou textuelle), qui peuvent alors être recueillies et analysées.

Collecte des données : Collecte systématique d'informations sur des indicateurs prédéterminés ; les méthodes de collecte incluent les examens des enregistrements, des enquêtes ou entretiens.

Donnée : Unité de base d'information créée sur des structures standard ayant une signification unique et des unités ou valeurs distinctes (p.ex., nom de cliente, date de naissance, poids, etc.).

Impact : Effet à long terme ou ultime attribuable à une activité ou un service, incluant des modifications : prévues ou non prévues, positives ou négatives, directes ou indirectes, principales ou secondaires, qu'une activité ou un exercice a permis de provoquer.

Indicateur : Unité d'information quantitative ou qualitative fournissant une méthode simple et fiable pour mesurer un accomplissement, évaluer des performances, ou refléter des modifications liées à une activité ou un service.

Apport : Ressource financière, humaine, matérielle, technologique, ou informatique nécessaire à la mise en œuvre d'une activité ou d'un service (telle que des observations, du personnel, des établissements, de l'équipement, et des règlements).

Objectif : Énoncé définissant un résultat souhaité qu'une activité ou un service vise à atteindre.

Résultat : Production à court ou moyen terme d'une activité ou d'un service, le résultat représente une modification intervenue entre la réalisation de la production et l'accomplissement de l'impact.

Production : Résultat immédiat des processus ou activités (tel que le nombre de personnes formées, les services rendus, ou les visites de supervision conduites).

Processus : Activité dans laquelle les apports sont utilisés de façon spécifique pour atteindre les résultats voulus (comme la formation, la prestation de services, ou la supervision).

Données qualitatives : Informations non numériques (mots) qui décrivent des attributs, des caractéristiques, ou comportements que l'on peut observer mais non mesurer (p. ex., religion, statut socioéconomique, opinions, attitudes).

Données quantitatives : Informations numériques que l'on peut comptabiliser (p. ex., clientes traitées, actes réalisés) ou mesurer (p. ex., poids, taille).

Tenue des dossiers : Processus défini de consignation des informations au moyen des outils appropriés (registres, dossiers des clientes). Une tenue (manuelle ou informatique) précise des dossiers facilite le suivi et la continuité des soins des clientes et fournit des données pour l'établissement de rapports et la surveillance.

Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: Trainer's manual*. New York: EngenderHealth.

Timmons, R., and Egboh, M., eds. 1992. Using service data: The tools for taking action, *The Family Planning Manager*, Vol. I, No. 2, Boston: Management Sciences for Health.

Fonds des Nations unies pour la population. 2004. *Programme manager's planning monitoring and evaluation toolkit*. New York: Fonds des Nations unies pour la population.

POLYCOPIÉ 6-B

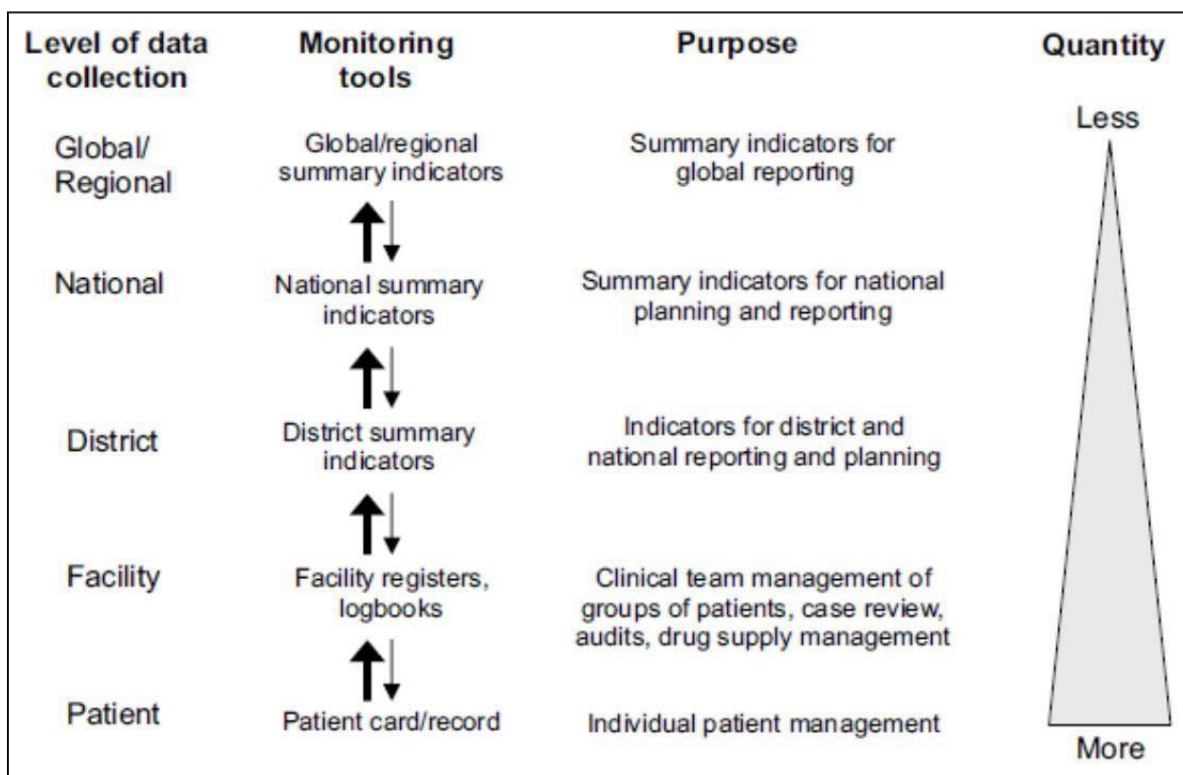
Collecte de données à différents niveaux du système de soins de santé

Surveillance des clientes

La *surveillance des clientes* est la collecte, la compilation et l'analyse régulières de données sur des clientes particulières, dans le temps, et sur des points de prestation de services, au moyen d'informations recueillies sur des formulaires papier ou saisies sur un ordinateur.

Surveillance des services

La *surveillance des services* est le rapport et le suivi régulier d'informations essentielles à propos d'un service, et en particulier des résultats attendus. La surveillance des services nécessite de nombreux types d'informations (p. ex., démographiques, médicaux, psychosociaux, financiers, etc.), notamment des données cumulatives sur les clientes.



Bibliographie

Organisation mondiale de la Santé. 2006. *Patient monitoring guidelines for HIV care and antiretroviral therapy (ART)*. Genève.

POLYCOPIÉ 6-C

Exemples d'indicateurs de soins de la fistule

Ces indicateurs de la réparation de la fistule ne sont fournis qu'à titre indicatif.

Indicateur	Définition/explication	Objet/utilisation
1. Le nombre de femmes venues demander une réparation de la fistule	Toutes les femmes recourant aux soins n'ont pas une fistule, mais l'établissement veut savoir combien demandent des services et leur perception de la fistule.	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre des décisions sur la sensibilisation à la réparation de la fistule et sur le besoin potentiel d'un contact et/ou d'une éducation communautaire • Faciliter la détermination des ressources requises pour assurer des services de soins de la fistule (p. ex., personnel, équipement)
2. Le nombre de femmes nécessitant une réparation de la fistule	Femmes venues demander des soins de la fistule, examinées, chez qui une fistule urinaire et/ou une fistule recto-vaginale (FRV) a été observée. Les réponses peuvent être : <ul style="list-style-type: none"> • Vésico-vaginale • Uréthro-vaginale • Urétéro-vaginale • Vésico-utérine 	<ul style="list-style-type: none"> • Comparer à l'indicateur 1 et rechercher des différences significatives • Faciliter la détermination des ressources requises pour assurer des services de soins de la fistule (p. ex., personnel, équipement, fournitures, lits)
3. Nombre de femmes recevant des services de traitement de la fistule (total des indicateurs 4.1, 4.2, et 4.3)	Nombre de femmes recevant des services de traitement de la fistule dans l'établissement pendant le trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer le volume total d'une activité clé au centre de traitement de la fistule • Faciliter la détermination des ressources requises pour assurer des services de soins de la fistule (p. ex., personnel, équipement, fournitures, lits)

Indicateur	Définition/explication	Objet/utilisation
4. Type de réparation de la fistule (le total des indicateurs 4.1, 4.2, et 4,3 est égal à l'indicateur 3)	Une répartition du nombre de femmes qui ont eu une intervention pour : : Réparation urinaire uniquement : Réparation urinaire et FRV : FRV uniquement	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre des décisions sur les besoins en ressources (p. ex., personnel, équipement, fournitures)
5. Nombre de réparations pour des clientes urinaires uniquement et des clientes urinaires et FRV (le total des indicateurs 5.1, 5.2., et 5.3 est égal au total des indicateurs 4.1 et 4.2)	Pour les femmes qui ont eu une chirurgie urinaire uniquement ou une chirurgie urinaire et FRV, nombre de fois que les femmes ont subi une intervention : : Première réparation : Deuxième réparation : Plus de deux réparations	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer l'efficacité et ou la complexité des interventions • Prendre des décisions sur les besoins en personnel (p. ex., infirmières chariot)
6. Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation urinaire uniquement	Le nombre de femmes qui ont eu une réparation urinaire uniquement (4.1), sorties de l'hôpital dans le trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les directeurs de la capacité en lits • Fournir un dénominateur pour le calcul de la mesure des résultats • Mesurer (potentiellement) la qualité des soins postopératoires (surveillance de l'apport liquidien, sonde, etc.)
7. Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation urinaire et FRV	Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation urinaire et FRV (4.2) sorties de l'hôpital dans le trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les directeurs de la capacité en lits • Fournir un dénominateur pour le calcul de la mesure des résultats • Mesurer (potentiellement) la qualité des soins postopératoires (surveillance de l'apport liquidien, sonde, etc.)
8. Le nombre de femmes sorties de l'hôpital qui ont eu une réparation FRV uniquement	Le nombre de femmes qui ont eu une réparation FRV uniquement (4.3) sorties de l'hôpital ce trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les directeurs de la capacité en lits • Fournir un dénominateur pour le calcul de la mesure des résultats

Indicateur	Définition/explication	Objet/utilisation
9. Nombre de femmes recevant des services de traitement de la fistule (total des indicateurs 6, 7 et 8)	Nombre de femmes sorties après avoir eu une réparation de la fistule dans l'établissement	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer les résultats chirurgicaux
10. Nombre de femmes qui ont eu une réparation chirurgicale sans sortir de l'hôpital pendant le trimestre	Nombre de femmes qui ont eu une réparation quelconque de a fistule mais ne sont pas sorties (elles continuent à recevoir des soins post-opératoires). Ce nombre peut inclure des femmes qui ont reçu un traitement pendant ce trimestre ou le précédent.	<ul style="list-style-type: none"> Informers les directeurs de la capacité en lits Identifier les problèmes postopératoires potentiels (p. ex., complications, qualité des soins)
11. Nombre de réparations pour des clientes urinaires uniquement et des clientes urinaires et FRV sorties ce trimestre (le total des indicateurs 11.1, 11.2 et 11.3 est égal au total des indicateurs 6 et 7)	La répartition des résultats à la sortie de l'hôpital pour les femmes qui ont eu une réparation urinaire et une réparation FRV : : Plaie refermée sans écoulement : Plaie refermée avec incontinence urinaire restante : Plaie non refermée	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer l'impact des services de traitement de la fistule Évaluer la qualité des soins
12. Résultats des cas FRV uniquement sortis de l'hôpital ce trimestre (le total des indicateurs 12.1, 12.2 et 12.3 est égal à l'indicateur 8)	Répartition des résultats à la sortie de l'hôpital pour les femmes qui ont subi une réparation de la FRV uniquement : : Plaie refermée sans écoulement : Plaie non refermée ; incontinente avec selles aqueuses et/ou flatulences (gaz) : Plaie non refermée ; incontinente avec selles fermes	<ul style="list-style-type: none"> Mesurer l'impact des services de traitement de la fistule Évaluer la qualité des soins
13. Nombre de femmes sorties ce trimestre qui ont eu des complications (total des indicateurs 13.1, 13.2, et 13.3)	Répartition du nombres de femmes qui ont subi une réparation quelconque de la fistule (urinaire seule, urinaire et FRV, ou FRV seule) et qui ont connu une quelconque complication. Certaines femmes peuvent avoir eu plusieurs complications.	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les problèmes postopératoires potentiels (p. ex., complications, qualité des soins)

Bibliographie

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-D

Dimensions de la qualité des données

Six dimensions de la qualité des données

Les six dimensions suivantes (attributs souhaitables) définissent la qualité et sont fréquemment utilisées pour évaluer les données des soins des clientes. Les six dimensions sont toutes essentielles dans les dossiers des clientes, les registres des clientes, et les autres formes de systèmes d'information de prise en charge des soins.

Dimension	Description
L'exactitude	Les données doivent être valides, correctes et dépourvues d'erreurs ; la documentation doit refléter les informations de façon factuelle.
La fiabilité	Les données doivent être cohérentes ; la collecte, le traitement et l'affichage des données doivent toujours suivre des règles et normes établies.
L'exhaustivité	Toutes les données requises sont présentes ; les dossiers médicaux et de santé doivent contenir tous les documents pertinents.
La lisibilité	Les données sont lisibles et compréhensibles ; si des abréviations ou codes sont utilisés, ils sont standard et compris par tous les professionnels de la santé impliqués dans les services rendus à la cliente.
L'actualité	Les données sont enregistrées promptement lors de l'observation ou du traitement.
L'accessibilité	Les données sont disponibles pour les personnes autorisées où et si nécessaires.

Bibliographie

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-E

Erreurs courantes de collecte de données

Lors de l'enregistrement, de la copie ou de la compilation des données (à tout niveau du système de santé), il est possible d'introduire des erreurs. Quelques unes des erreurs de collecte de données les plus fréquentes incluent :

- **Erreurs mathématiques** : par exemple, addition incorrecte
- **Impossibilités logiques** : par exemple, une date de naissance de femme enceinte enregistrée comme ayant eu lieu au début du XX^e siècle)
- **Nombres hors d'une plage normale ou attendue** : par exemple, une augmentation considérable du nombre de réparations de la fistule, d'un peu moins de 10 réparations par trimestre à 300 en un trimestre
- **Données manquantes** : par exemple, adresse d'une cliente non fournie ou enregistrée
- **Erreurs de transcription**. Exemples d'erreurs de transcription :
 - **Transposition** : par exemple, le nombre *16* est saisi *61*
 - **Zéros supplémentaires ou manquants** : par exemple, le nombre *10* est saisi *100* (ou vice versa)
 - **Faux zéros** : par exemple, un zéro est enregistré quand une donnée est manquante (l'entrée correcte est autre chose qu'un zéro)
 - **Écriture illisible** : par exemple, les mots ou nombres saisis sont difficiles ou impossibles à lire
 - **Données mal copiées** : par exemple, une donnée d'un dossier ou document est saisie incorrectement pendant le transfert de cette donnée dans un autre dossier ou document (ou pendant la compilation de ces données).

Bibliographie

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-F

Exercice d'évaluation de la qualité des données

Instructions pour l'exercice

Cet exercice vise à évaluer les données sur des exemples de formulaires relatifs à des clientes, et à en identifier les erreurs (et erreurs potentielles). Vous avez 15 minutes pour examiner les données du formulaire qui vous a été distribué.

- Les groupes 1 et 2 travaillerons sur l'exemple 1 (Mabel Solo).
 - Les groupes 3 et 4 travaillerons sur l'exemple 2 (Mercy Kastor).
1. Prenez en considération les six dimensions de la qualité des données :
 - L'exactitude
 - La fiabilité
 - L'exhaustivité
 - La lisibilité
 - L'actualité
 - L'accessibilité
 2. Recherchez des erreurs courantes de collecte des données :
 - Les erreurs mathématiques
 - Les impossibilités logiques
 - Les nombres hors des plages normales/attendues
 - Les données manquantes
 - Les erreurs de transcription
 - Transposition
 - Zéros supplémentaires ou manquants
 - Faux zéros
 - Écriture illisible
 - Données mal copiées
 3. Identifiez et classez les erreurs de données du formulaire que vous avez reçu.
 4. Dressez la liste des erreurs de données sur une feuille du tableau-papier et sélectionnez un porte-parole pour les présenter à l'ensemble du groupe.

Exemple 1 (Mabel Solo)

REG. N° : 0644381 Dr. Massa

NOM : Mabel Solo HÔPITAL.....Fairville.....N° IP

ÂGE : 22 TRIBU :

ADRESSE : Recommandé(e) par : Bytheway HC

TAILLE : 4' 9" Poids : 38,5 Kg

CLASSIFICATION DE LA FISTULE : FVV

ÂGE auquel la fistule s'est développée : 17 ans

DURÉE des pertes : 17 ans

RÉSULTAT de l'accouchement, provoquant la fistule : mort-né

CAUSE DE LA FISTULE : Obstétrique (sans lien avec césarienne) : Obstétrique (sans lien avec césarienne)

Obstétrique (lien avec césarienne) :

Hystérectomie :

Autres causes :

MULTIPARE lorsque la fistule s'est développée : 0

DURÉE du travail : >24 jours

INTERVALLE entre accouchement et pertes : 4 semaines

SEXE du nouveau-né : féminin

ÉTAT DE SANTÉ du nouveau-né : mauvais

PRÉCÉDENTS accouchements : 0

PRÉCÉDENTS accouchements : 0

SUCCÈS d'une réparation FVV dans le passé tentative de réparation FVV : Pas de

INFRUCTUEUSE dans le passé :

MENSTRUES : Non

STATUT SOCIAL

Vit avec son mari, oui ou non : Non Autre épouse : Aucune connue vivant

dans la famille, oui ou non : Oui.

Vit seule, oui ou non : Non.

Remariée (avec fistule) : Non

Jamais mariée : Oui

Mari décédé : Non

ÉDUCATION femme : Standard 3 ÉDUCATION partenaire : Standard 6

PROFESSION femme : Était commerçante PROFESSION partenaire : Aide mécanicien

LÉSIONS CONCOMITANTES

FRV : Non

Paralysie du nerf périméal : Non

Escarres (excoriations) : Non

Sténose vaginale : Inconnue

Autres : Insuffisance pondérale sévère

État de santé de la femme : Bon

DATE et TYPE DE REPARATION : À préciser

COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES :

RÉSULTAT : Test de coloration, pos. ou nég. : SUIVI : Test de coloration, pos. ou nég. : :

DATE Incontinence : DATE Incontinence :

Vagin : Vagin :

Retrait de la sonde : Menstrues :

: Grossesse :

Exemple 2 (Mabel Solo)

Services des soins de la fistule Hôpital Tamaranda : Dossier de cliente

Date : 6 janvier 2010

Numéro ID patiente : _____

Données personnelles :

1. **Nom de la cliente** : Mercy Kastor
2. **Âge** : 35 ans
3. **Situation de famille** : (célibataire, **mariée**, divorcée, veuve)
4. **Âge au mariage** : 17
5. **Domicile/village (adresse postale)** : Plot 269, Semperi
6. **Coordonnées d'un parent** : Esther Kastor, Mère, Plot 268, Semperi
7. **Vit avec son mari ?** Non **Vit avec sa famille ?** Oui
8. **Groupe ethnique** :
9. **Religion** : Chrétienne
10. **Niveau scolaire** : Seconde
11. **Date d'entrée** : 20 décembre 2010
12. **Recommandée par** : Hôpital public, Waverly
 - a. Si vous n'avez pas été recommandée, comment avez-vous connu ce service ?

Antécédents

13. **Âge de la première grossesse** : 17
14. **Nombre de grossesses** : 4_ naissances prématurées 0_ avortements 1_ mort-nés 1_ nombre d'enfants vivants 3_.
15. **Quand a eu lieu la dernière naissance ?** Il y a 10 mois. **État de santé du nouveau-né ?** Décédé
16. **Complications du travail** : « bébé dans la mauvaise position »
17. **Type d'accouchements** : (césarienne, forceps, aspiration, vaginal) – vaginal
18. **Quand les pertes/souillures ont-elles commencé ?** Il y a 9 mois
19. **Est-elle allée à l'hôpital se faire traiter ?** **Résultats ?**

Examen général

20. **Taille** : 182 cm
21. **Poids** : 90 kg
22. **Constantes** :
23. **Cœur** :
24. **Poumons** :
25. **Abdomen** : pas de cicatrices, pas d'organes agrandis
26. **Pelvien** : FVV **Diagnostic** : fistule de taille moyenne ;

Prise en charge

27. **Acte** : Réparation de la fistule par un abord vaginal
28. **Date** : 10 janvier 2011
29. **Préparations avant acte** : Typage sanguin AB+_
30. **Complications** : Fièvre d'origine inconnue 3 jours après l'intervention ; traitée par antibiothérapie IV

Sortie de l'hôpital :

31. **Résultat** : Plaie refermée sans écoulement : Incontinence à l'effort – légère, modérée, sévère
32. **Activité de conseil** : Soins auto-administrés x ; relations sexuelles x ; planning familial ; futures grossesses & accouchements par césarienne x et suivi .

POLYCOPIÉ 6-G

Pratique et recherche fondées sur les preuves

Définition de la pratique fondée sur des preuves

Les termes *pratique fondée sur les preuves* (PFP) désignent l'emploi de la recherche et des études scientifiques comme base pour établir les meilleures pratiques dans un domaine particulier. Dans les soins infirmiers et de sages-femmes, les PFP sont l'intégration consciencieuse des meilleures preuves de la recherche en matière d'expertise clinique et des valeurs et besoins des clientes dans une prestation de soins de santé économique de qualité (Burns et Grove, 2008). Les observations de la recherche dans des études rigoureuses constituent le meilleur type de preuves pour éclairer les décisions et actions des infirmières et sages-femmes et les interactions avec les clientes (Polit et Beck, 2008).

Définition de la recherche

La *recherche* est une quête ou étude diligente, systématique visant à affiner les connaissances existantes et à en générer de nouvelles (Burns et Grove, 2008). Dans les soins infirmiers et de sages-femmes, le principal but de la recherche est d'améliorer les résultats (Cluett et Bluff, 2006).

Catégories de méthodes de recherche

Les méthodes de recherche peuvent se diviser en deux grandes catégories, en fonction des types d'observations qu'elles produisent : numériques (recherche quantitative) et descriptives (recherche qualitative).

- La **recherche quantitative** est une recherche fondée sur des méthodes scientifiques traditionnelles ; elle génère des données numériques et visent généralement à établir des relations causales entre deux variables ou plus, en utilisant des méthodes statistiques pour vérifier la force et la signification des relations (*A Dictionary of Nursing*, 2008). La recherche quantitative implique une analyse statistique des données de dossiers et rapports ; elle peut aussi inclure l'utilisation de méthodes telles que des enquêtes, des questionnaires et des entretiens structurés. Exemples d'observations quantitatives relatives aux soins de la fistule :
 - Incidence de la fistule dans un district donné
 - Nombre de réparations de la fistule réalisées dans un site donné sur une période donnée
 - Pourcentage de réparations de la fistule ayant pour résultat une plaie refermée sans écoulement dans un site donné sur une période donnée
- La **recherche qualitative** est une recherche qui vise à fournir une compréhension de l'expérience, des perceptions, des motivations, des intentions et comportements humains sur la base de la description et l'observation et de l'emploi d'une approche interprétative naturaliste d'un sujet et de son cadre contextuel (*A Dictionary of Nursing*, 2008). Les méthodes de recherche qualitative incluent des entretiens non structurés, des discussions de groupes, une observation directe, des études de cas et des documents photographiques. Exemples d'observations qualitatives relatives aux soins de la fistule :
 - Expériences de femmes recourant aux soins médicaux pour une fistule
 - Impacts affectifs et sociaux de la fistule sur des femmes ayant une fistule qui vivent dans leur famille
 - Expériences de femmes en réinsertion après une réparation de la fistule

Bibliographie

Burns, N., and Grove, S. K. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique, and utilization*, 5^{ème} éd. Philadelphia: Elsevier.

Cluett, E., and Bluff, R. 2006. *Principles and practice of research in midwifery*, 2^{ème} éd. Philadelphia: Elsevier.

Martin, E., and McFerran, T. 2008. *A Dictionary of Nursing*, 5^{ème} éd. Oxford: Oxford University Press.

Polit, D., and Beck, C. 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 8^{ème} éd. New York: J. B. Lippincott.

POLYCOPIÉ 6-I

Affichage des données : listes

Le format en liste est une de méthodes les plus simples pour afficher des données, mais c'est aussi la plus limitée.

- Les listes sont les meilleures lorsqu'elles sont courtes. Le cerveau humain a des difficultés à traiter de longues listes.
 - Si une liste comporte plus de cinq éléments, essayez de les regrouper en deux ou trois catégories.
 - S'il y a plus de 10 éléments, un autre type de présentation sera probablement plus efficace.
- Des points gras ou numéros peuvent faciliter la lecture ou la compréhension des listes. Les listes numérotées fonctionnent mieux pour présenter des données séquentielles.
- Une méthode utile pour l'organisation des données d'une liste est le *classement* : la liste des éléments dans un ordre significatif. Par exemple, un établissement pourrait classer les types de réparations de la fistule qu'il a réalisées par ordre de fréquence, les types les plus fréquents en tête de liste, suivis des seconds types les plus fréquents et des types les moins fréquents. Par exemple, les réparations de la fistule pour le premier trimestre d'une année donnée :
 - Fistule urinaire uniquement : 143 réparations
 - Fistule urinaire et FRV : 9 réparations
 - FRV uniquement : trois réparations

Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: Trainer's manual*. New York: EngenderHealth.

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-J

Affichage des données : tableaux

Les tableaux clarifient la représentation des données d'une façon impossible pour les listes.

- Les tableaux affichent les données selon un arrangement ordonné de lignes horizontales et de colonnes verticales.
- La ligne supérieure d'un tableau, souvent appelée *en-tête* n'affiche pas de données, elle identifie le contenu des colonnes.
- Le format en tableau facilite la comparaison des données. Dans l'exemple ci-dessous, les données sont comparées :
 - Dans le temps (Trimestre 1 par rapport au trimestre 2)
 - Par catégorie (type de fistule traitée)

Type de réparation	Réparations du trimestre 1	Réparations du trimestre 2
Fistule urinaire uniquement	143	156
Fistule urinaire et FRV	9	7
FRV uniquement	3	1

- Pour les tableaux comportant de nombreuses lignes, l'ombré permet d'améliorer la lisibilité.
- Les tableaux peuvent être des totaux par colonnes, par lignes et pour l'ensemble du tableau. Par exemple :

Type de réparation	Réparations du trimestre 1	Réparations du trimestre 2	Total
Fistule urinaire uniquement	143	156	299
Fistule urinaire et FRV	9	7	16
FRV uniquement	3	1	4
Total	155	164	319

Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: Trainer's manual*. New York: EngenderHealth.

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-K

Affichage des données : graphiques

Les *graphiques* ont un impact visuel supérieur à celui des listes ou des tableaux. Pour être efficaces, les graphiques doivent être limités à la démonstration d'un ou deux points majeurs. Les graphiques ne doivent pas nécessairement être générés sur un ordinateur pour être efficaces ; de bons graphiques peuvent aussi être faits à la main avec des fournitures.

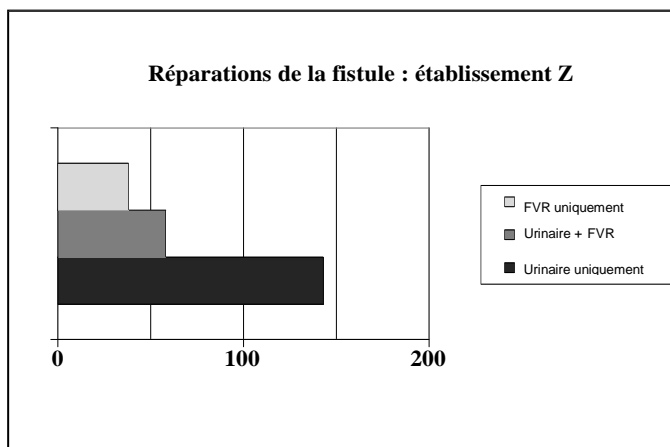
Les types courants de graphiques sont :

- Graphiques à barres et colonnes
- Graphiques à barres et colonnes empilées et en pourcentage
- Graphiques linéaires
- Graphiques à secteurs

Des exemples de tous ces types de graphiques sont donnés ci-dessous.

Graphiques à barres et colonnes

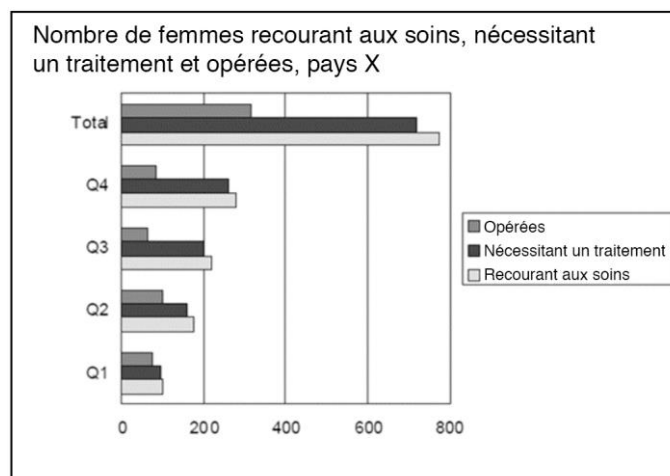
Un graphique à barres ou colonnes simples compare une donnée ou un indicateur dans le temps. La seule différence entre un graphique à barre et un graphique à colonne est son orientation ; les graphiques à barres sont horizontaux, les graphiques à colonnes sont verticaux. Parfois une orientation est plus facile à lire qu'une autre.



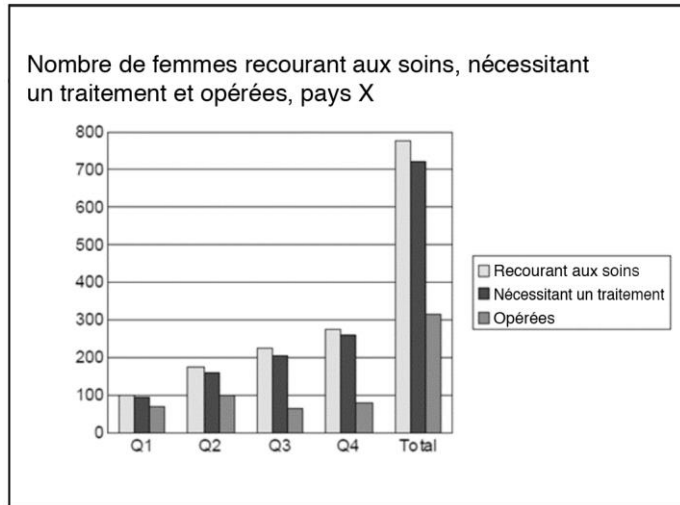
Exemple de graphique à barres simple :

Des graphiques à barres ou colonnes plus complexes combinent les données en petits groupes, appelés blocs, et permettent de montrer des comparaisons de ces blocs dans le temps.

Exemple de graphique à barres avec des blocs des données :



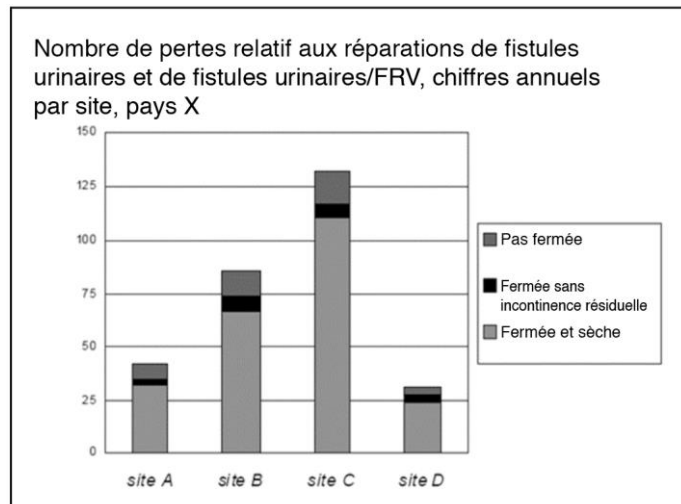
Exemple de mêmes blocs des données formatés dans un graphique à colonnes :



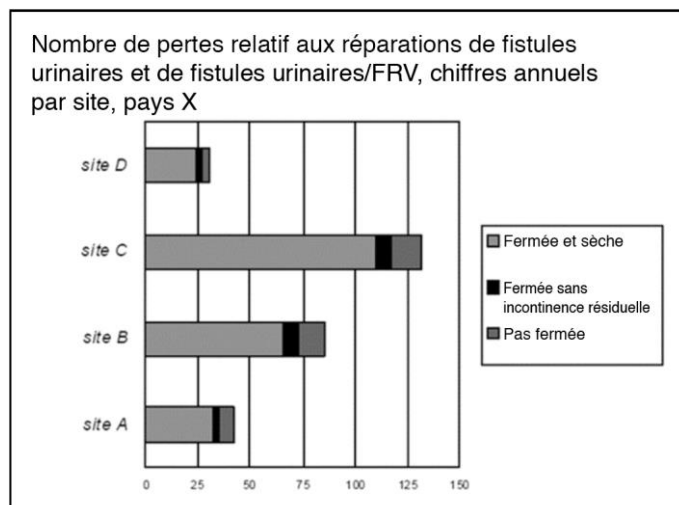
Graphiques à barres et graphiques à colonnes empilés

Les graphiques à barres empilés et les graphiques à colonnes empilés montrent le total cumulé d'un bloc de données. Toutes les unités à l'intérieur d'un bloc apparaissent sur la même barre ou colonne. Le lecteur peut facilement voir le total de chaque bloc et peut comparer les totaux entre blocs.

Exemple de graphique à colonnes empilées :



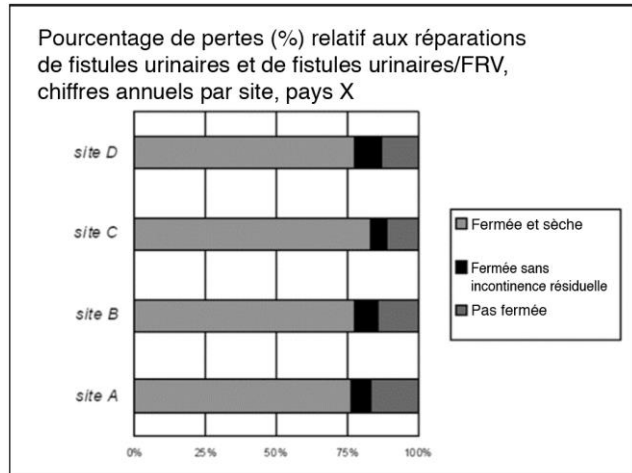
Exemple de graphique à barres empilées :



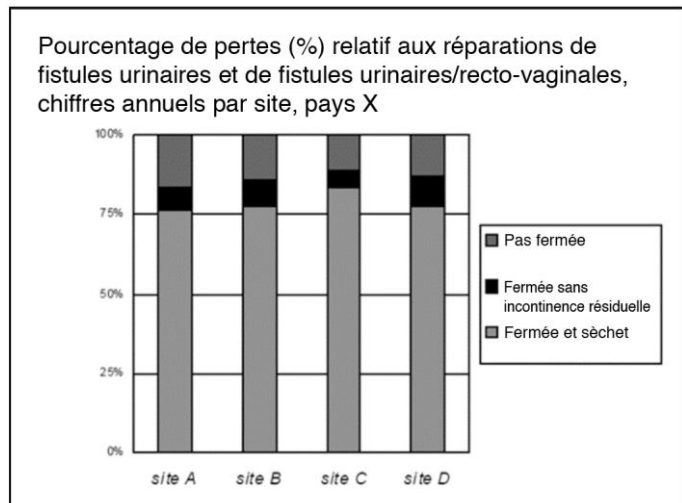
Graphiques à barres empilées sur 100 % et graphiques à colonnes empilées sur 100 %

Les graphiques empilés sur cent pour cent affichent des pourcentages. Chaque barre ou colonne égale 100 %. Ces graphiques facilitent la comparaison des pourcentages sur les barres et les colonnes.

Exemple de graphique à barres empilées sur 100 % :



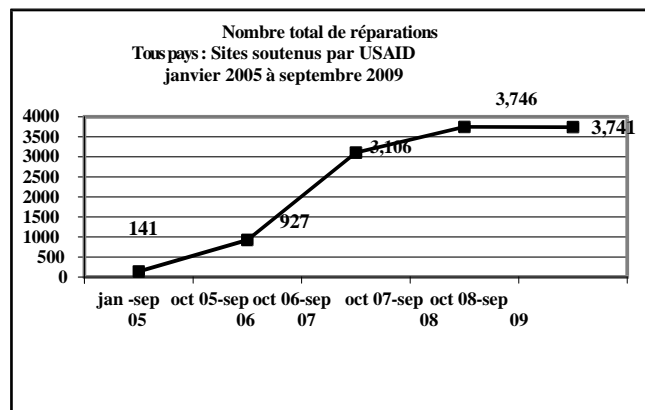
Exemple de graphique à colonnes empilées sur 100 % :



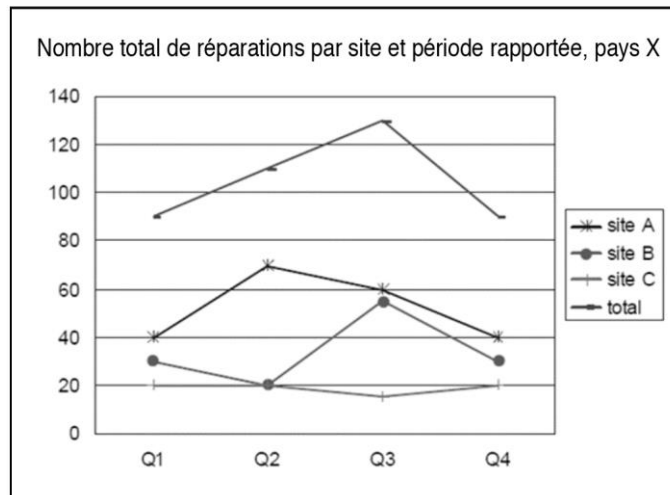
Graphiques linéaires

Les graphiques linéaires sont souvent utilisés pour montrer des tendances dans le temps. La ligne relie une série de points de données dans le temps.

Exemple de graphique linéaire à une ligne :



Exemple de graphique linéaire à plusieurs lignes :



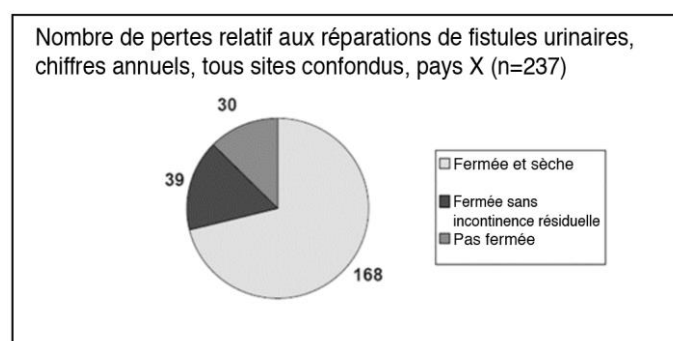
Graphiques à secteurs

Un graphique à secteurs montre des parties d'un ensemble. Il est constitué d'un cercle divisé en secteurs qui illustrent les proportions. Le cercle représente 100 pour cent ; les secteurs à l'intérieur du cercle doivent toujours totaliser 100 pour cent.

Les graphiques en secteurs permettent de visualiser une valeur majoritaire. Ils peuvent aussi être un moyen efficace de montrer la taille relative d'un ou plusieurs secteurs par comparaison à l'ensemble.

Les graphiques à secteurs fonctionnent mieux lorsque ceux-ci représentent 25 à 50 % de données ; ils deviennent difficiles à lire s'il y a trop de secteurs ou si certains de ceux-ci sont très étroits.

Exemple de graphique à secteurs :



Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: Trainer's manual*. New York: EngenderHealth.

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-L

Présentation et diffusion des données

Analyse de l'auditoire

- Identifiez votre auditoire.
- Analysez son besoin d'informations. Au lieu de tenter de simplement impressionner votre auditoire, donnez-lui des informations qu'il trouvera significatives et appréciables.
 - Prenez en considération le niveau de connaissances techniques et cliniques de l'auditoire, ainsi que ses intérêts et motivations, pour déterminer comment mieux communiquer avec lui.
 - Prévoyez ses questions et préoccupations de sorte à préparer des réponses.
 - Proposez des solutions à tous les problèmes que vous présentez.

Développement du message

- Donnez la priorité aux informations à partager avec votre auditoire et évitez de présenter des informations qui ne sont pas essentielles.
- Pour la plupart des présentations, ne sélectionnez que trois à cinq points très importants. La plupart des gens ne peut conserver que trois à cinq informations à l'esprit en un moment donné. Si vous limitez de ce que vous présentez, vous ne surchargerez pas votre auditoire.
- Lors de la formulation de vos messages, identifiez les actions éventuelles que pourra conduire l'auditoire. Cela l'aidera à rester concentré et fera aussi appel à son sens de la logique ; il verra le lien entre les données et l'action.
- Évitez de ne présenter que des informations négatives. Trop d'informations négatives peuvent créer un sentiment d'incapacité et peut aussi suggérer que le changement est impossible.

Formats de présentation des données

Si possible, utilisez plusieurs formats pour présenter vos points, notamment :

- Des données numériques, présentées en listes ou tableaux
- Des données visuelles, présentées en graphiques
- Des formats narratifs (p. ex. histoires, rapports, feuillets d'informations sur deux pages)

Bibliographie

ACQUIRE Project. 2008. *Facilitative supervision for quality improvement: Trainer's manual*. New York: EngenderHealth.

Fistula Care. 2011. *Data for decision making in fistula care: A supplemental module for facilitative supervision*. New York: EngenderHealth.

POLYCOPIÉ 6-M

Exercice de présentation et de diffusion des données

Instructions pour l'exercice

Chaque groupe disposera d'environ 30 minutes pour :

1. Analyser et interpréter leurs données attribuées
2. Créer un graphique qui affiche efficacement ces données
3. Identifier qui est intéressé par ces données (p. ex., l'auditoire)
4. Analyser cet auditoire
5. Sélectionner et développer deux ou trois messages clés
6. Préparer une brève présentation (d'environ trois minutes) qui communique de façon adéquate ces messages à cet auditoire
7. Désigner un présentateur

Groupe 1 : Femmes recourant aux soins, nécessitant une réparation et recevant des soins, par trimestre

Trimestre	Femmes Recourant aux soins	Femmes nécessitant une réparation	Femmes recevant des soins
T1	95	80	74
T2	74	65	59
T3	99	92	75
T4	102	60	51

Groupe 2 : Complications chez les clientes à une réparation de la fistule, 2008 et 2009

Complications	2008	2009
Complications postopératoires mineures liées à a perception du succès de la réparation chirurgicale.	15	8
Complications chirurgicales majeures	3	6
Complications mineures liées à l'anesthésie	1	4

Groupe 3 : Résultats des réparations de la fistule à la sortie de l'hôpital, par type de fistule

Résultat	Fistule urinaire uniquement/ Réparation urinaire et FRV	FRV uniquement
Plaie refermée sans écoulement	141	43
Plaie refermée avec incontinence restante	114	22
Plaie non refermée	15	4

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-1

Évaluation et corrigé du module 6

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

En vous basant sur les séances et le contenu abordé, sélectionnez environ 20 questions pertinentes pour les tests de début et de fin du module 6. Les bonnes réponses sont reproduites en **caractères gras** et l'endroit où se trouve la bonne réponse est indiqué entre [crochets].

1. L'utilisation des données pour la prise de décisions est un processus qui consiste à :
 - a. Obtenir, analyser et interpréter des données
 - b. Prendre des décisions sur la base de ces données
 - c. Agir sur la base de ces données pour renforcer la prestation de services
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**[Polycopié 6-A]

2. La surveillance continue compare les performances aux prévisions en collectant et en analysant des données sur des indicateurs prédéterminés.
 - a. Vrai**
 - b. Faux[Polycopié 6-A]

3. Les informations de performance générées par la surveillance _____.
 - a. Améliorent l'apprentissage par l'expérience
 - b. Améliorent la prise de décision
 - c. À la fois A et B**
 - d. Aucune des réponses qui précèdent[Polycopié 6-A]

4. L'évaluation est une analyse unique, rapide de la performance.
 - a. Vrai
 - b. Faux**[Polycopié 6-A]
L'évaluation est une analyse périodique en profondeur de la performance.

5. Parmi les données suivantes, lesquelles sont des exemples d'informations utilisées dans l'évaluation ?
 - a. Données générées par les activités de surveillance
 - b. Informations obtenues dans des études et recherches
 - c. Informations obtenues dans entretiens approfondis, des discussions de groupes et d'enquêtes
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**[Polycopié 6-A]

6. Parmi les points suivants, lequel est une unité d'information quantitative ou qualitative fournissant une méthode simple et fiable pour mesurer un accomplissement, évaluer des performances, ou refléter des modifications liées à une activité ou un service ?
 - a. Donnée
 - b. Indicateur**
 - c. Résultat
 - d. Aucune des réponses qui précèdent[Polycopié 6-A]

7. Certaines de raisons de la surveillance et de l'évaluation des services sont :
- L'ajustement des plans
 - L'identification des meilleures pratiques
 - Le soutien du plaidoyer stratégique et de la mobilisation des ressources
 - d. Toutes les réponses qui précèdent**
- [Séance 1, Partie A, Activité 3]
8. _____ est la collecte, la compilation, et l'analyse régulières de données sur des personnes, dans le temps et dans des points de prestations de services.
- a. Surveillance des clientes**
 - Surveillance des services
 - À la fois A et B
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-A]
9. La surveillance des services nécessite de nombreux types d'informations (p. ex., démographiques, médicaux, psychosociaux, financiers, etc.), notamment des données cumulatives sur les clientes.
- a. Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 6-B]
10. Parmi les éléments suivants, lesquels sont des sources des données des principaux indicateurs de surveillance pour les services de soins de la fistule ?
- Le registre des clientes
 - Le dossier de la cliente
 - c. À la fois A et B**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Séance 2, Partie A, Activité 2]
11. L'indicateur de réparation de la fistule « Nombre de femmes sorties ce trimestre qui ont eu des complications » serait utilisé pour la prise de décisions relative aux besoins de ressources (équipement, fournitures, etc.).
- Vrai
 - b. Faux**
- [Polycopié 6-C]
L'indicateur est utilisé pour identifier les domaines nécessitant une amélioration (p. e.x., complications, qualité des soins).
12. Quel est le rôle des infirmières et des sages-femmes dans la surveillance des clientes et des services ?
- Les infirmières et sages-femmes sont responsables de la surveillance des clientes et responsables de la documentation des données sur les clientes.
 - La surveillance des services dépend des données de surveillance des clientes et de sa documentation précise.
 - c. À la fois A et B**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Séance 2, Partie B]

13. L'énoncé, *les données doivent être valides, correctes et dépourvues d'erreurs ; la documentation doit refléter les informations de façon factuelle*, décrit quelle dimension de la qualité de données ?
- L'exactitude**
 - L'actualité
 - L'accessibilité
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-D]
14. L'énoncé, *les annotations des médecins sont indéchiffrables et comportent des symboles non standard*, est un exemple négatif de quelle dimension de la qualité des données ?
- La fiabilité
 - L'exhaustivité
 - À la fois A et B
 - Aucune des réponses qui précèdent**
- [Séance 3, Partie A, Activité 2]
Il s'agit d'un exemple négatif de la lisibilité.
15. Un exemple d'impossibilité logique dans un dossier de cliente sera une femme enceinte ayant une date de naissance au début du vingtième siècle.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 6-E]
16. Exemples d'erreurs de transcription :
- Transposition
 - Zéros supplémentaires ou manquants
 - Données mal copiées
 - Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 6-E]
17. Tous les éléments nécessaires pour s'assurer que des données de qualité font partie de la pratique régulière sont au-delà du contrôle des infirmières et sages-femmes.
- Vrai
 - Faux**
- [Séance 3, Partie C, Activité 1]
La sensibilisation des infirmières et sages-femmes sur l'importance de la qualité des données et leur engagement envers celle-ci est à l'origine de l'assurance de la qualité des données.
18. La pratique fondée sur les preuves (PFP) fait référence à ____.
- l'emploi de la recherche et des études scientifiques comme base pour établir les meilleures pratiques dans un domaine particulier.
 - l'intégration consciencieuse des meilleures preuves de la recherche en matière d'expertise clinique et des valeurs et besoins des clientes dans une prestation de soins de santé économique de qualité.
 - À la fois A et B**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-G]
19. Dans les soins infirmiers et des sages-femmes, le principal but de la recherche est d'améliorer les résultats.
- Vrai**
 - Faux
- [Polycopié 6-G]

20. La recherche qualitative produit _____ de observations.
- Numériques
 - Descriptives**
 - À la fois A et B
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-G]
21. La recherche quantitative implique _____.
- Un analyse statistiques des données des dossiers et rapports
 - L'emploi de méthodes telles que des enquêtes, questionnaires et entretiens structurés
 - À la fois A et B**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-G]
22. Les méthodes de recherche qualitative incluent _____.
- Des entretiens non structurés
 - Des discussions de groupe
 - Une observation directe
 - Toutes les réponses qui précèdent**
- [Polycopié 6-G]
23. Exemples d'observations quantitatives relatives aux soins de la fistule :
- Pourcentage de réparations de la fistule ayant pour résultat une plaie refermée sans écoulement dans un site donné sur une période donnée**
 - Impacts affectifs et sociaux de la fistule sur des femmes ayant une fistule
 - À la fois A et B
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-D]
24. La recherche sur la fistule et les soins de la fistule sont très longs ; les infirmières et sages-femmes qui travaillent dans les soins de la fistule sont peu susceptibles d'être impliquées dans des études de recherche.
- Vrai
 - Faux**
- [Séance 4, Partie B, Activité 1]
La recherche sur la fistule et les soins de la fistule sont limités et les infirmières et sages-femmes qui travaillent dans les soins de la fistule peuvent y participer et y contribuer.
25. Parmi les affirmations suivantes à propos des listes, lesquelles sont vraies ?
- Des points gras ou numéros peuvent faciliter la lecture ou la compréhension des listes.
 - Les listes numérotées fonctionnent mieux pour présenter des données séquentielles
 - À la fois A et B**
 - Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-I]

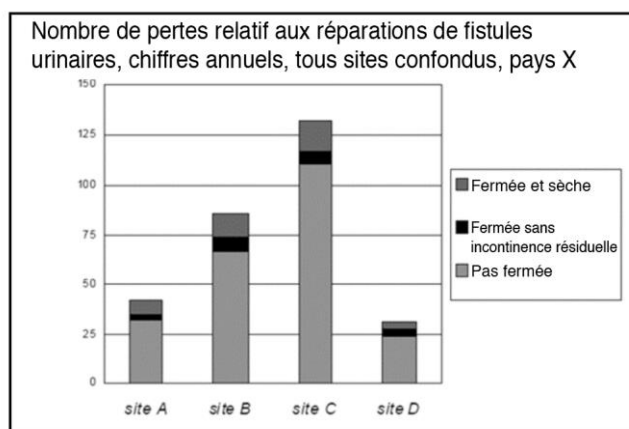
Module 6: Utilisation de données pour éclairer la prise de décisions dans les services de soins de la fistule
 26. Le tableau inclut des totaux par colonne, par ligne et pour l'ensemble du tableau.

Type de réparation	Réparations du	Réparations du
Fistule urinaire uniquement	143	156
Fistule urinaire et FRV	9	7
FRV uniquement	3	1

- a. Vrai
 - b. Faux**
- [Polycopié 6-J]

Ce tableau n'inclut pas de totaux.

27. Le graphique ci-dessous est un exemple de _____.



- a. Graphique à barres empilées
 - b. Graphique à colonnes empilées**
 - c. Graphique à colonnes empilées sur 100 %
 - d. Aucune des réponses qui précèdent
- [Polycopié 6-K]

28. Parmi les affirmations suivantes à propos des graphiques, lesquelles sont vraies ?

- a. Les graphiques linéaires sont souvent utilisés pour montrer des tendances dans le temps.
- b. La ligne relie une série de points de données dans le temps.
- c. Les graphiques linéaires peuvent avoir une ou plusieurs lignes.
- d. Toutes les réponses qui précèdent**

[Polycopié 6-K]

29. Les graphiques à secteurs ____.

- a. Conviennent pour visualiser une valeur majoritaire.
- b. Sont efficaces de montrer la taille relative d'un ou plusieurs secteurs par comparaison à l'ensemble.
- c. À la fois A et B**
- d. Aucune des réponses qui précèdent

[Polycopié 6-K]

30. Pour la plupart des présentations, ne sélectionnez que les points les plus importants.
- a. 3—5
 - b. 7—10
 - c. 12
 - d. Aucune des réponses qui précèdent
 - e. [Polycopié 6-L]

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-2

Exemples de termes de surveillance et d'évaluation pour les infirmières et sages-femmes

Analyse : Processus consistant à appliquer systématiquement des techniques statistiques et logiques pour interpréter, comparer et synthétiser les données recueillies pour en tirer des conclusions.

Exemple : Résultats des cas de surveillance de la fistule à la sortie de l'hôpital pour mesurer les performances d'un programme

Données : Informations ou faits spécifiques quantitatifs et qualitatifs qui sont recueillis et analysés.

Exemple : Observations enregistrées sous forme numérique ou textuelle

Collecte des données : Recueil systématique d'informations sur des indicateurs établis.

Exemple : Les méthodes de collecte peuvent inclure les examens des dossiers, enquêtes ou entretiens.

Donnée : Unité de base d'information créée sur des structures standard ayant une signification unique et des unités ou valeurs distinctes.

Exemples : Mesure de la tension artérielle; statut « plaie refermée sans écoulement » après réparation de la fistule

Impact : Effet à long terme ou ultime attribuable à une activité ou un service, incluant des modifications : prévues ou imprévues, positives ou négatives, directes ou indirectes, principales ou secondaires, qu'une activité ou un exercice a permis de provoquer.

Exemple : Emploi efficace d'un ARV se traduisant par une meilleure santé, un retour de la fécondité, une conception inattendue

Indicateur : Unité d'information quantitative ou qualitative qui fournit une méthode simple et fiable pour mesurer un accomplissement, évaluer des performances, ou refléter des modifications liées à une activité ou un service.

Exemple : Nombre de femmes recevant des services de traitement de la fistule pendant le trimestre

Apport : Ressource financière, humaine, matérielle, technologique, ou informatique nécessaire à la mise en œuvre d'une activité ou d'un service (telle que des observations, du personnel, des établissements, de l'équipement, et des règlements).

Exemple : Équipement, fournitures, médicament spécifique aux besoins d'un établissement qui assure des soins obstétricaux en urgence, personnel formé pour effectuer des césariennes selon un standard spécifié

Objectif : Énoncé définissant un résultat souhaité qu'une activité ou un service vise à atteindre à une échéance spécifiée.

Exemple : En 2015, l'organisation X aura établi des services de fistule simple dans quatre de ses 12 hôpitaux régionaux

Résultat : Production à court ou moyen terme d'une activité ou d'un service, il représente une modification intervenue entre la réalisation de la production et l'accomplissement de l'impact.

Exemple : La formation des conseillers en soins de la fistule dans le planning familial s'est traduite par une acceptation accrue du planning familial par les femmes après intervention

Production : Résultats immédiats des processus ou activités.

Exemple : Le nombre de personnes formées, le nombre de clientes qui utilisent les services, ou le nombre de visites de supervision conduites

Processus : Activité dans laquelle les apports sont utilisés de façon spécifique pour atteindre les résultats voulus.

Exemple : Formation avec un stage, encadrement sur site pendant la prestation des services, ou conseils pendant les visites de supervision

Données qualitatives : Informations non numériques (c.-à-d., des mots) qui décrivent des attributs, des caractéristiques, ou comportements que l'on peut observer mais non mesurer (p. ex., religion, statut socioéconomique, opinions, attitudes).

Exemple : Rapports sociaux entre les sexes, statut socioéconomique, satisfaction du traitement pendant la prestation de services

Données quantitatives : Informations numériques que l'on peut compter.

Exemple : Clientes traitées (p. ex., actes réalisés) ou mesurées (p. ex., poids, taille)

Tenue des dossiers : Processus défini de consignation des informations au moyen des outils appropriés. Une tenue (manuelle ou informatique) précise des dossiers facilite le suivi et la continuité des soins des clientes et fournit des données pour l'établissement de rapports, la surveillance et la prise de décisions.

Exemple : Dossiers des clientes, registre clinique, formulaires de gestion des stocks

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-3

Expériences réussies de données sur la fistule

Une étude dans un hôpital du Bangladesh a examiné les dossiers de femmes qui avaient accouché par césarienne. Un des objectifs de l'étude a été d'évaluer la qualité de la tenue des dossiers et des rapports dans le contexte des services d'accouchement par césarienne. Dans le cadre de cette étude, les responsables et le personnel de la maternité (y compris le personnel chirurgical, infirmier et informatique) ont eu à répondre à la question suivante relative aux données sur le travail et les résultats et examens de l'accouchement : « Pouvez-vous me donner un exemple des types de décisions qui ont été prise en fonction de vos données ? » Dans un établissement, la réponse a été : « Les pratiques qui ont changé en raison des données d'infection des plaies discutées lors de l'examen des données, ont inclus : un bloc opératoire distinct réservé aux césariennes ».

Source : Fistula Care. 2011. *Retrospective record review of indications for cesarean deliveries at Kumudini Hospital, Bangladesh: rapport sommaire* New York: EngenderHealth/Fistula Care.

Une autre étude sur les accouchements sur césariennes a été conduite dans un hôpital en Ouganda. Les données de la maternité y ont été examinées trimestriellement. Les décès maternels et néonataux ont été examinés immédiatement et occasionnellement pendant les séances de formation médicale continue. Le personnel de l'hôpital examinant régulièrement les données, des informations clés ont pu donner des exemples de décisions qui ont été prises sur la base de l'examen des données périodiques de la maternité. Exemples de décisions prises :

- Le nombre de lits dans la maternité a été augmenté de 37 à 50 après l'analyse du taux d'occupation des lits, qui a été supérieur à 100 %, de nombreuses clientes étant allongées sur le sol.
- En analysant le taux de césariennes par établissement (qui était supérieur à 50 % avant 2008), le directeur du service obstétrique a demandé à tous les médecins et chirurgiens travaillant à la maternité d'évaluer attentivement toutes les recommandations pour éviter des indications erronées de césariennes.
- Le personnel de la direction a aussi essayé de réduire le séjour hospitalier à la maternité en (a) embauchant un autre obstétricien à temps partiel pour aider à évaluer les femmes après l'accouchement, (b) en s'assurant que le service avait toujours un praticien généraliste présent, et (c) en insistant pour que le programme de travail de la maternité prévoit en toutes circonstances d'un médecin d'astreinte.

Source : Fistula Care. 2010. *Retrospective record review of indications for cesarean deliveries at Kitovu Hospital, Uganda: Study report*. New York: EngenderHealth/Fistula Care.

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-4

Exercice d'évaluation de la qualité des données : Corrigé

Exemple 1 (Mabel Solo)

REG. Non	: 0644381	Dr. Massa
NOM	: Mabel Solo	HÔPITAL.....Fairville.....N° IP
<u>AGE</u>	: 22	TRIBU :
<u>ADRESSE</u>	:	<u>Recommandé(e) par</u> : Bytheway HC
<u>TAILLE</u>	: 4' 9"	Poids : 38,5 Kg
<u>CLASSIFICATION de la FISTULE</u>	:	FVV
<u>ÂGE</u> auquel la fistule s'est développée	:	17 ans
<u>DURÉE</u> des pertes	:	17 ans
<u>RÉSULTAT</u> de l'accouchement, provoquant la fistule	:	mort-né
<u>CAUSE DE LA FISTULE</u> :	Obstétrique (sans lien avec césarienne)	: Obstétrique (sans lien avec césarienne)
	Obstétrique (lien avec césarienne)	:
	Hystérectomie	:
	Autres causes	:
<u>MULTIPARE</u> lorsque la fistule s'est développée	:	0
<u>DURÉE</u> du travail	:	>24 jours
<u>INTERVALLE</u> entre accouchement et pertes du nouveau-né	:	4 semaines <u>SEXE</u>
<u>ÉTAT DE SANTÉ</u> du nouveau-né	:	mauvais
<u>PRÉCÉDENTS</u> accouchements	:	0
<u>PRÉCÉDENTS</u> accouchements	:	0
<u>SUCCÈS</u> d'une réparation FVV dans le passé	:	Pas de
tentative de réparation FVV <u>INFRUCTUEUSE</u> dans le passé	:	
<u>MENSTRUES</u>	:	Non
<u>STATUT SOCIAL</u>	:	
Vit avec son mari, oui ou non	: Non.	Autre épouse :
Aucune connue vivant dans la famille, oui ou non: Oui.		
Vit seule, oui ou non	: Non.	
Remariée (avec fistule)	: Non	
Célibataire/Jamais mariée	: Oui	
Mari décédé	: Non	
<u>ÉDUCATION</u> femme : Standard 3		<u>ÉDUCATION</u> partenaire : Standard 6
<u>PROFESSION</u> femme : Était commerçante		<u>PROFESSION</u> partenaire : Aide mécanicien
<u>LÉSIONS CONCOMITANTES</u>	:	
FRV	:	Non
Paralysie du nerf périméal	:	Non
Escarres (excoriations)	:	Non
Sténose vaginale	:	Inconnue
Autres	:	Insuffisance pondérale sévère
État de santé de la femme	:	Bon
<u>DATE</u> et <u>TYPE DE REPARATION</u>	:	À préciser
<u>COMPLICATIONS POSTOPÉRATOIRES</u>	:	
<u>RÉSULTAT</u> : Test de coloration, pos. ou nég. :		<u>SUIVI</u> : Test de coloration, pos. ou nég. :
<u>DATE</u> Incontinence :		<u>DATE</u> Incontinence :
Vagin :		Vagin :
Retrait de la sonde :		Menstrues :
		Grossesse :

Exemple 2 (Mercy Kastor)

Services des *soins* de la fistule Hôpital Tamaranda : Dossier de cliente

Date : 6 janvier 2010

Numéro ID patiente : _____

Données personnelles :

1. **Nom de la cliente** : Mercy Kastor
2. **Âge** : 35 ans
3. **Situation de famille** : (célibataire, **mariée**, divorcée, veuve)
4. **Âge au mariage** : 17
5. **Domicile/village (adresse postale)** : Plot 269, Semperi
6. **Coordonnées d'un parent** : Esther Kastor, Mère, Plot 268, Semperi
7. **Vit avec son mari ?** Non Vit avec sa famille ? Oui
8. **Groupe ethnique** :
9. **Religion** : Chrétienne
10. **Niveau scolaire** : Seconde
11. **Date d'entrée** : 20 décembre 2010
12. **Recommandée par** : Hôpital public, Waverly
 - a. Si vous n'avez pas été recommandée, comment avez-vous connu ce service ?

Antécédents

13. **Âge de la première grossesse** : 17
14. **Nombre de grossesses** : 4_ naissances prématurées 0_ avortements 1_ mort-nés 1_ nombre d'enfants vivants 3_.
15. **Quand a eu lieu la dernière naissance ?** Il y a 10 mois. **État de santé du nouveau-né ?** Décédé
16. **Complications du travail** : « bébé dans la mauvaise position »
17. **Type d'accouchements** : (césarienne, forceps, aspiration, vaginal) – vaginal
18. **Quand les pertes/souillures ont-elles commencé ?** Il y a 9 mois
19. **Est-elle allée à l'hôpital se faire traiter ?** **Résultats ?**

Examen général

20. **Taille** : 182 cm
21. **Poids** : 90 kg
22. **Constantes** :
23. **Cœur** :
24. **Poumons** :
25. **Abdomen** : pas de cicatrices, pas d'organes agrandis
26. **Pelvien** : FVV **Diagnostic** : fistule de taille moyenne ;

Prise en charge

27. **Acte** : Réparation de la fistule par un abord vaginal
28. **Date** : 10 janvier 2011
29. **Préparations avant acte** : Typage sanguin AB+_
30. **Complications** : Fièvre d'origine inconnue 3 jours après l'intervention ; traitée par antibiothérapie IV

Sortie de l'hôpital :

31. **Résultat** : Plaie refermée sans écoulement ; avec écoulement : Incontinence à l'effort – légère, modérée, sévère
32. **Activité de conseil** : Soins auto-administrés x ; relations sexuelles x ; planning familial ___ ; futures grossesses & accouchements par césarienne x et suivi _____ .

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-5

Recherche liée aux soins de la fistule

ASTUCE PÉDAGOGIQUE

Identifiez plusieurs articles de recherche liée à la fistule pour que les participants les lisent à la maison.

- S'il y a huit participants ou moins, sélectionnez deux articles.
- S'il y a neuf à douze participants, sélectionnez trois articles.
- S'il y a plus de douze participants, sélectionnez quatre articles.

Sources d'articles de recherche liés aux soins de la fistule

Campaign to End Fistula—Global Network Reference Centre

http://www.fistulanetwork.org/FistulaNetwork/?option=com_content&task=reference&id=31

Remarque : Ce site nécessite une inscription gratuite pour les professionnels de la santé.

EngenderHealth Technical Publications and Resources

<http://www.engenderhealth.org/pubs/maternal/fistula.php>

Fistula Care Project—Research Reports

<http://www.fistulacare.org/pages/resources/publications/research-reports.php>

Fistula Care Project—Research Reports

<http://www.fistulacare.org/pages/resources/publications/research-reports.php>

Remarque : Ce site déclare que seuls des partenaires du Fistula Care Project peuvent télécharger des références dans leur intégralité, mais les recherches sur Google semblent contourner cet obstacle.

The Lancet

<http://www.thelancet.com/home>

Remarque : Ce site nécessite une inscription gratuite pour les professionnels de la santé.

Liens vers des articles de recherche liés aux soins de la fistule

“Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A Longitudinal Study”

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61574-8/fulltext?_eventId=login](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61574-8/fulltext?_eventId=login)

“Making Motherhood Safer by Addressing Obstetric Fistula (OF)”

http://www.endfistula.org/docs/south_africa_october2005.pdf

“Risk and Resilience: Obstetric Fistula in Tanzania”

<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/Risk-and-Resilience-Obstetric-Fistula-in-Tanzania.pdf>

“Sharing the Burden: Obstetric Fistula in Tanzania”

<http://www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/Risk-and-Resilience-Obstetric-Fistula-in-Tanzania.pdf>

Pour l'attribution de lectures à la maison, vous avez deux options en fonction des ressources disponibles :

- Fournissez aux participants le titre et l'URL pour leurs articles et demandez-leur d'accéder à ces articles en ligne
- Téléchargez les articles, faites-en des photocopies et distribuez-les aux participants.

Exemples de réponses aux questions de la discussion

Pour l'article « Risk and Resilience: Obstetric Fistula in Tanzania », les questions et réponses de la discussion sont :

1. Décrivez brièvement le projet de recherche de l'article, y compris son but, son objet, son site et ses principales observations.

Réponse :

- Cette étude a pour but la compréhension des plusieurs dimensions de la fistule et sa vulnérabilité sociale relative à travers des expériences et opinions de jeunes filles et de femmes qui vivent avec une fistule ainsi que de leur famille et des communautés et du personnel de la santé qui les soignent. L'étude a aussi exploré les recommandations des participants sur des solutions localement appropriées pour la prévention et la prise en charge de la fistule.
 - L'étude a été conduite dans trois secteurs en Tanzanie : Singida Rural, Songea Rural et Ukerewe. Des entretiens supplémentaires ont été conduits avec des clientes dans un hôpital partenaire à Mwanza.
 - Les six principales observations et recommandations dérivées de cette étude sont :
 - La fistule affecte les jeunes filles et les femmes de tous âges, pendant la première grossesse et aux grossesses suivantes.
 - Les services des soins prénataux, lorsque ils sont disponibles et utilisés largement, sont incohérents et inadéquats.
 - Le manque de préparation à la naissance, y compris les informations de base sur la procréation et la prise de décisions autour des « retards », augmente le risque.
 - Le manque d'accès à la césarienne en urgence menace considérablement la vie des femmes.
 - Le coût et l'inaccessibilité à des services de qualité de traitement de la fistule constituent une barrière pour les soins, pour de nombreuses jeunes filles et femmes.
 - Bien que la plupart des femmes ayant une fistule bénéficie du soutien d'autres personnes, l'impact affectif et économique de la fistule est important pour la femme elle-même, ainsi que pour sa famille.
2. L'article a-t-il utilisé une recherche quantitative, qualitative, ou les deux types de recherche ?

Réponse : Une recherche quantitative

3. Quelle est selon vous l'observation la plus importante de cet article ?

Réponse : La nécessité d'économiser de l'argent pour le transport et l'accouchement, le fait que le transport vers un établissement de soins de santé adéquat soit souvent inabordable ou indisponible (en raison de la mauvaise qualité des routes).

4. Comment pourriez-vous appliquer les observations de la recherche aux services de soins de la fistule dans votre établissement ?

Réponse :

- Les efforts d'éducation communautaire doivent informer les personnes que toutes les femmes (quel que soit leur âge) sont potentiellement exposées au risque de la fistule obstétricale.
- Les travailleurs de la santé nécessitent une formation spécifique dans la communication adéquate, efficace et respectueuse avec différentes clientes, notamment une communication non discriminatoire avec des populations vulnérables comme les pauvres, les handicapées et autres jeunes filles et femmes marginalisées.
- Des efforts de plaidoyer stratégique, de soutien et de réinsertion doivent être institués pour atténuer les impacts affectifs et économiques de la fistule.

FICHE PÉDAGOGIQUE 6-6
Tableaux-papier préparés pour la séance 5
Tableau et graphique

Partie A, Activité 2

Préparez les pages de tableau-papier suivantes :

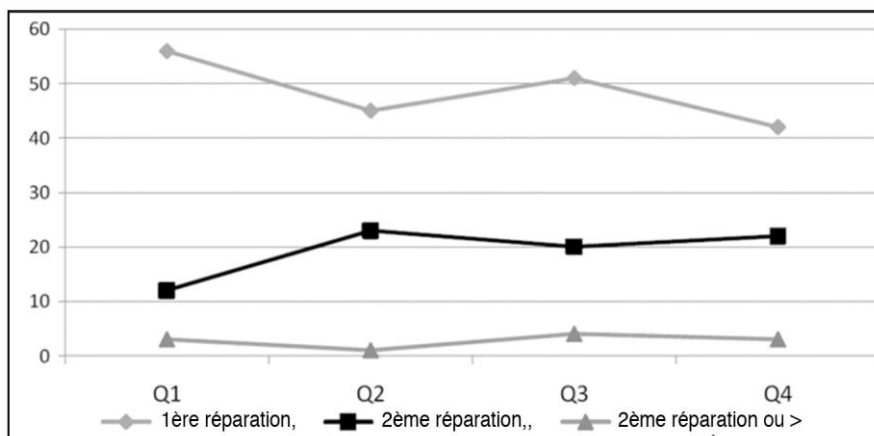
- Tableau

Femmes recourant aux soins, nécessitant une réparation et recevant des soins, par trimestre, 2008

Trimestre	Femmes recourant aux soins	Femmes nécessitant une	Femmes recevant des soins
T1	95	80	74
T2	74	65	59
T3	99	92	75
T4	102	60	52

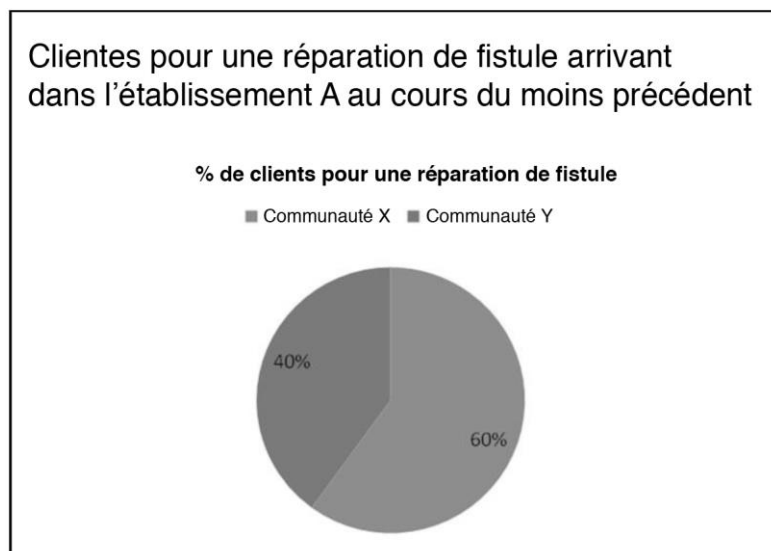
- Graphique

Ordre des réparations chirurgicales parmi les femmes opérées, par trimestre, 2009



Partie B, Activité 2

Préparez les pages de tableau-papier suivantes :



ANNEXE A : TRAVAUX PRATIQUES : LISTE A COCHER DES SOINS DE LA FISTULE

- Utilisation du partogramme
- Pose d'une sonde urinaire
- Bilan physique
- Soins préopératoires et postopératoires
- Activité de conseil
 - Première prise de contact
 - Apport clinique
 - Admission et période préopératoire
 - Période peropératoire, anesthésie péridurale
 - Période peropératoire, anesthésie générale
 - Période postopératoire
 - Sortie de l'hôpital et suivi

Liste à cocher des soins de la fistule : Utilisation du partogramme

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant au moyen du partogramme. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'emploi du partogramme.

Remarque : Le partogramme OMS modifié commence par l'espace pour la phase active du travail.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Remplissez les informations cliente en haut du partogramme (nom, âge, geste/ pare, numéro de l'hôpital, date et heure d'admission, heure du début du travail, heure de la rupture des membranes.				
5. Enregistrez correctement la dilatation du col sur le partogramme.				
6. Enregistrez l'heure des examens dans l'emplacement correct.				
7. Enregistrez correctement la descente de la présentation par heure de la phase active et avant chaque toucher vaginal.				
8. Sentez les contractions utérines pendant dix minutes pour en établir la force, la fréquence et la durée. <ul style="list-style-type: none"> • Notez correctement les résultats sur le partogramme au moyen des symboles standard. • Surveiller les contractions toutes les 30 minutes pendant la phase active. 				
9. Surveillez la température, le pouls, les respirations et la tension artérielle de la mère au moins toutes les 4 heures et les noter correctement sur le partogramme.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
10. Surveillez le débit d'urine de la mère toutes les 2 heures, en enregistrant correctement la couleur, la quantité et la présence de glucose, d'acétone ou de protéines sur le partogramme.				
11. Notez correctement l'apport liquidien (IV, p.o.) et les médicaments administrés sur le partogramme.				
12. Notez correctement l'oxytocine sur le partogramme lorsque l'accélération/le déclenchement est en cours.				
13. Relevez le rythme cardiaque foetal au moins toutes les heures et notez-le correctement sur le partogramme.				
14. Si les membranes sont rompues, notez l'état des membranes et la consistance du liquide amniotique sous le rythme cardiaque foetal en utilisant le code standard.				
15. Notez la présence et/ou l'état du modelage pendant chaque toucher vaginal au moyen des symboles standard.				
16. Remplissez la deuxième page du partogramme avec les informations requises.				
17. Signez et datez le partogramme en tant qu'infirmier(e) sage-femme.				
18. Identifiez correctement les écarts de la norme dans l'évaluation du travail et accomplir les gestes infirmiers, de sages-femmes appropriés et opportuns.				
19. Identifiez correctement les écarts nécessitant une intervention médicale ou des soins obstétriques en urgence et consultez le médecin ; stabilisez et transférez la cliente pour des soins spécialisés si le travail est pris en charge dans un site qui ne peut pas traiter des situations obstétriques d'urgence.				
20. Consignez la consultation et la prise en charge médicale proposée et/ou les soins obstétriques en urgence sur le partogramme.				
21. Accomplissez les tâches d'infirmière ou de sage-femme comme indiqué par le médecin pendant les soins obstétriques en urgence.				
22. Le cas échéant, remplissez le partogramme ou le dossier de la cliente avec les observations de la quatrième phase de surveillance de la mère et de l'enfant (toutes les 15 minutes pendant les 2 premières heures ; toutes les 30 minutes pendant la troisième heure).				
Commentaires supplémentaires				

Liste à cocher des soins de la fistule : Pose d'une sonde urinaire

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'emploi de la sonde.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Rassemblez les équipements et fournitures* pour la pose de la sonde.				
4. Présentez-vous et expliquez ce que vous allez faire.				
5. Lors de la pose de la sonde, expliquez à l'avance chaque action.				
6. Lavez-vous les mains.				
7. Aidez la cliente à se placer en décubitus dorsal, les jambes écartées et les pieds joints.				
8. Protégez l'intimité de la cliente au moyen d'écrans ou de barrières visuelles.				
9. Ouvrez le kit de la sonde et la sonde selon une technique aseptique.				
10. Préparez le champ stérile.				
11. Mettez des gants stériles.				
12. Vérifiez la perméabilité du ballonnet.				
13. Enduisez généreusement la portion distale de la sonde avec un lubrifiant stérile (2 à 5 cm).				
14. Appliquez des champs stériles.				
15. Avec la main non dominante, séparez les lèvres et identifiez le méat urinaire.				
16. Avec la main dominante pour tenir les pinces, nettoyez la muqueuse périurétrale avec une solution nettoyante.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
17. Nettoyez en allant d'avant en arrière, de l'intérieur vers l'extérieur, en utilisant une compresse par passage.				
18. Préparez le champ stérile.				
19. En maintenant les lèvres séparées, prenez la sonde avec la main gantée stérile tout en gardant l'extrémité de la sonde enroulée dans la paume de la main dominante.				
20. Identifiez le méat urinaire ; introduisez doucement la sonde sur 1 à 2 cm au-delà du point où vous observez l'urine.				
21. Gonflez le ballonnet, au moyen de la quantité correcte de liquide stérile (généralement 5 cm ³).				
22. Tirez doucement la sonde jusqu'à ce que le ballonnet gonflé soit contre le col de la vessie.				
23. Raccordez la sonde au système de drainage.				
24. Fixez la sonde sur l'abdomen ou la cuisse de la cliente sans tension sur la tubulure.				
25. Placez le sac collecteur en dessous du niveau de la vessie ou fixez la tubulure en silicone à la sonde en l'étendant jusqu'au récipient de recueil.				
26. Retirez les gants.				
27. Éliminez correctement l'équipement, en observant les précautions standard ; lavez-vous les mains.				
28. Consignez la taille de la sonde introduite, la quantité d'eau dans le ballonnet, la réponse de la cliente à la procédure et votre évaluation de l'urine.				
Commentaires supplémentaires				

*Équipement et fournitures

- Gants stériles
- Champs stériles
- Solution antiseptique (p. ex., Savlon)
- Compresses en coton
- Pincettes
- Eau stérile (généralement 10 cm³)
- Sonde de Foley (généralement 16 à 18 F)
- Seringue (généralement 10 cm³)
- Lubrifiant (gelée stérile aqueuse, comme K-Y jelly, ou gel à la Xylocaine [lidocaïne])
- En cas d'utilisation de poche urinaire : Sac collecteur, tubulure
- En cas d'utilisation d'un récipient collecteur : Tubulure en silicone propre, droite, petit seau avec couvercle

Liste à cocher des soins de la fistule : Bilan physique
--

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'évaluation physique.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. En cas de toucher pelvien, rassemblez l'équipement et les fournitures.*				
4. Présentez-vous et expliquez ce que vous allez faire.				
5. Lors de la pose de la sonde, expliquez à l'avance chaque geste.				
6. Aidez la cliente à se placer en décubitus dorsal.				
7. Recherchez sur l'abdomen de la cliente des cicatrices ou grosseurs.				
8. Palpez l'abdomen de la cliente à la recherche de masses et douleurs.				
9. Aidez la cliente à se mettre dans la position de lithotomie ou de Sims.				
10. Protégez l'intimité de la cliente au moyen d'écrans ou de barrières visuelles.				
11. Positionnez une source lumineuse pour une visualisation optimale.				
12. Mettez des gants stériles.				
13. Inspectez la vulve (recherche d'un méat urinaire visible, d'une sténose ou occlusion vaginale) et l'intérieur des cuisses (dermatite urinaire).				
14. Nettoyez la vulve avec une solution antiseptique, en allant de l'avant vers l'arrière, une fois avec chaque compresse.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
<p>15. Lubrifiez l'index ; introduisez-le doucement dans le vagin pour :</p> <ol style="list-style-type: none"> Déterminer la perméabilité et la profondeur Palper le col Identifier la présence de : <ul style="list-style-type: none"> Tissus fibreux dans les parois vaginales Paroi vaginale antérieure courte Défaut de la paroi vaginale antérieure (FVV) Défaut dans la paroi vaginale postérieure (FRV) 				
16. <i>Alternativement</i> : Examinez le vagin avec un spéculum de Sims.				
<p>17. Si la fistule ne peut être vue alors que la femme se plaint de pertes :</p> <ol style="list-style-type: none"> Demandez à la cliente de boire une grande quantité d'eau. Placez la cliente soit sur le côté gauche avec la jambe droite soutenue, soit en position de lithotomie. <p>Introduisez un spéculum de Sims, exposant la paroi vaginale antérieure. Demandez à la cliente de tousser et observez la visibilité de la fistule.</p>				
<p>18. <i>Alternativement</i> : Réalisez un test de coloration :</p> <ol style="list-style-type: none"> Préparez trois compresses en coton sèches pour les introduire dans le vagin. Diluez du bleu de méthylène ou du violet de gentiane. Introduisez une sonde urinaire. Remplissez le ballonnet de la sonde avec de l'eau stérile, de l'eau pour injection ou du sérum physiologique normal. Introduisez les compresses de coton sèches, une à la fois, sur la longueur du vagin. Instillez lentement ~60 cm³ de solution de teinture dans la vessie. Patientez une minute ; puis demandez à la cliente de tousser. Retirez une compresse de coton à la fois, recherchez la présence de teinture ou d'humidité de l'urine. [<i>Remarque</i> : de la teinture sur une compresse selon où elle se trouvait indique une fistule ou une fuite de l'urètre. De l'humidité sans teinture sur la compresse (distale) depuis le cul-de-sac de Douglas indique une éventuelle fistule urétéro-vaginale hors de la vessie. Si la compresse n'est pas teintée mais humide, demandez une urographie IV pour exclure une fistule urétéro-vaginale]. Si aucune des compresses n'est colorée, informez le médecin ou demandez une évaluation approfondie. 				

Tâche	1	2	3	Commentaires
19. Éliminez les fournitures usagées conformément aux protocoles de prévention des infections.				
20. Retirez les gants et lavez-vous les mains.				
21. Consignez les résultats de l'examen dans le dossier de la cliente.				
22. Faites part de vos observations à la cliente.				
23. Faites part de vos observations au médecin dirigeant la réparation de la fistule.				
Commentaires supplémentaires				

***Équipement et fournitures**

- Gants d'examen
- Sonde de Foley
- Sonde utérine
- Sonde métallique
- Seringue à vessie, 60 cm³ à grand bec
- Seringue, 5 à 10 cm³
- Tableau d'observation
- Spéculum de Sims ou vaginal
- Bétadine ou Savlon
- Bleu de méthylène ou violet de gentiane
- Gaze
- Sonde
- Lubrifiant hydrosoluble
- Haricot
- Compresse ou boules de coton
- Pincettes à éponge
- Source lumineuse orientable

Liste à cocher des soins de la fistule : Soins préopératoires et postopératoires

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans les soins préopératoires et postopératoires.

Tâche	1	2	3	Commentaires
Soins préopératoires : Initiaux				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Expliquez à la cliente les activités préopératoires qui permettent des résultats chirurgicaux optimaux : a. Apprendre à la cliente à faire des bains de siège deux fois par jour. b. Fournir un régime protéiné. c. Administrer un supplément en fer et des anthelminthiques. d. Encourager la cliente à boire au moins 5 l de liquide par jour. e. Enseigner des exercices préopératoires, notamment des exercices du périnée. f. Assister la cliente dans les exercices nécessitant de l'aide.				
5. Mettez en application une procédure de consentement éclairé, en obtenant la signature de la cliente ou une marque sur le formulaire de consentement.				
Soins préopératoires : Deux jours avant l'opération				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Fournissez seulement un régime allégé à la cliente (pommes de terre, riz, nouilles/pâtes, potages clairs, pain/céréales pauvre(s) en fibres).				
5. Administrez un lavage rectal à l'eau chaude, et du savon, puis répétez jusqu'à ce que l'eau soit claire.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
6. Pour les réparations recto-vaginale de la fistule, administrez 30 cm ³ d'huile de ricin avec une quantité importante d'eau <i>ou</i> deux lavements, selon les instructions du chirurgien.				
7. Déterminez avec le chirurgien s'il faut du sang, travaillez avec la cliente pour identifier un donneur.				
Soins préopératoires : Jour/nuit précédant l'opération				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Vérifiez que le formulaire de consentement éclairé est signé ou marqué par la cliente et qu'il porte la signature du chirurgien.				
5. N'autorisez aucune ingestion après minuit ou encouragez un apport très liquide, selon les instructions du chirurgien.				
6. Administrez un/des médicament(s) préopératoires, selon les instructions du chirurgien ou le protocole local.				
7. Prescrivez une prophylaxie antibiotique, selon les instructions du chirurgien.				
Le jour de l'opération				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Vérifiez le bracelet d'identification et les dossiers de la cliente afin de s'assurer de la prise en charge de la bonne personne vers le bloc opératoire.				
5. Lavez et coupez les poils pubiens depuis les lèvres vaginales et le périnée, selon les instructions du chirurgien ou le protocole local.				
6. Relevez les constantes et consignez-les dans les formulaires/dossiers adéquats.				
7. Aidez l'anesthésiste à expliquer la procédure anesthésique à la cliente et ce qu'elle peut en attendre.				
8. Posez la perfusion ou aidez à la pose de la ligne IV, en surveillant le débit des liquides IV selon les instructions du chirurgien.				
9. Aidez à transférer la cliente vers le bloc opératoire.				
Soins postopératoires : Immédiatement en salle de réveil				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Préparez le lit et l'espace pour accueillir la cliente après l'opération.				
5. Ayez à portée de main le tensiomètre, le stéthoscope, le thermomètre et le pied à perfusion.				
6. Préparez les formulaires des constantes et du bilan hydrique et placez-les au chevet de la cliente avec notamment son nom, ses identifiants, ainsi que le nom du chirurgien mentionné sur les formulaires.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
7. Recevez la cliente avec le rapport de l'infirmière du bloc opératoire.				
8. Si la cliente a eu une anesthésie générale, relevez les constantes : a. Toutes les 15 minutes pendant la première heure postopératoire b. Puis toutes les 30 minutes pendant les trois heures suivantes c. Puis deux fois par jour				
9. Si la cliente a eu une anesthésie péridurale, relevez les constantes : a. Toutes les 30 minutes pendant quatre heures b. Puis deux fois par jour				
10. Vérifiez la perméabilité de la sonde urinaire (en s'assurant qu'elle n'est ni tordu, ni plicaturée), en notant la couleur et la quantité d'urine.				
11. Surveillez les saignements de la zone vaginale (en surveillant aussi la saturation de la poche) et autour de la sonde urinaire.				
12. Consignez les observations dans le dossier de la cliente et le tableau du bilan hydrique.				
13. Évaluez la douleur de la cliente en lui donnant des analgésiques selon les instructions du chirurgien ou le protocole local.				
14. Informez le chirurgien de tout saignement, soucis, signe de choc ou d'anurie.				
15. Facilitez le transfert vers la salle de réveil selon les instructions du chirurgien ou le protocole local.				
Soins postopératoires : Dans les premières 24 heures après l'opération				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Protégez la vie privée et la confidentialité de la cliente.				
4. Surveillez les constantes : a. Toutes les 30 minutes pendant les quatre heures suivantes b. Si elles sont stables après les cinq premières heures, vérifiez-les toutes les quatre heures par la suite.				
5. Surveillez les saignements : a. Vaginaux b. Autour de la sonde urinaire				
6. Vérifiez la position de la sonde urinaire, les torsions ou plicatures, en notant la couleur et la quantité d'urine.				
7. Consignez les observations dans le dossier de la cliente et le tableau du bilan hydrique.				
8. Évaluez la douleur de la cliente en lui donnant des analgésiques selon les instructions du chirurgien ou le protocole local.				
9. Procédez au suivi des soins au-delà des 24 premières heures avec l'équipe de réparation de la fistule.				

Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Premier contact

Nom _____
Date 1 _____
Date 2 _____
Date 3 _____
Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil à la cliente lors du premier contact.

Remarque : La femme devrait être encouragée à autoriser son époux et/ou des membres de sa famille à assister aux séances d'activité de conseil, si une telle participation est dans son intérêt.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations.				
3. Veillez au respect de la confidentialité.				
4. Évaluez si le conseil est alors adéquat (si ce n'est pas le cas, prévoyez de conseiller la cliente à un autre moment).				
5. Présentez la fistule obstétricale.				
6. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations.				
7. Évaluez les connaissances de la cliente et donnez des informations nécessaires : a. Indiquez-lui le service approprié. b. Fournissez les informations dont la cliente a besoin à propos de son état ; incluez tous les détails supplémentaires demandés par la cliente. c. Abordez les mythes et les idées reçues, le cas échéant.				
8. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance.				
9. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision.				
10. Pesez les avantages et inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option pour la cliente.				

Annexe A : Stages : Liste de vérifications des soins de la fistule

Tâche	1	2	3	Commentaires
11. Aidez la cliente à prendre ses propres décisions réalistes, en partageant des histoires ou anecdotes comparables, le cas échéant.				
12. Aidez la cliente à établir un plan spécifique, concret pour réaliser ses décisions.				
13. Identifiez avec la cliente les aptitudes dont elle a besoin pour réaliser ses décisions.				
14. Aidez la cliente à pratiquer ses compétences si nécessaire.				
15. Établissez un plan de suivi.				
Commentaires supplémentaires				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Apport clinique

Nom _____
Date 1 _____
Date 2 _____
Date 3 _____
Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher pour (a) enregistrer des commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil à la cliente à l'apport clinique.

Remarque : La femme devrait être encouragée à autoriser son époux et/ou des membres de sa famille à assister aux séances d'activité de conseil, si une telle participation est dans son intérêt.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Rencontrez le praticien responsable de la cliente et lisez vos notes sur la cliente pour connaître les observations cliniques, les analyses et autres examens envisagés, les actes et interventions prévus et le diagnostic posé.				
2. Accueillez la cliente.				
3. Faites les présentations.				
4. Veillez au respect de la confidentialité : a. Évaluez si l'activité de conseil est adaptée au moment donné, si ce n'est pas le cas, prévoyez un autre moment pour conseiller la cliente. b. Demandez à la cliente si elle souhaite la présence d'une autre personne pendant l'activité de conseil.				
5. Présentez à nouveau la fistule obstétricale.				
6. Explorez les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente : a. Explorez les attitudes, mythes, idées reçues, croyances religieuses ou préoccupations que la cliente a à propos de la réparation chirurgicale. b. Évaluez la connaissance de la cliente et donnez-lui des informations, si nécessaire.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
7. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance. En fonction de l'état de la cliente et de la consultation de l'équipe chirurgicale, fournissez des informations à propos des points suivants, comme il convient : a. État physique général b. Résultats des examens physiques et pelviens et des analyses c. Présenter la pathologie et ses causes d. Possibilité de traitement et/ou d'options de traitement et chronologie e. Soins auto-administrés f. Besoin de recommandation et transport vers un autre établissement g. Examens à effectuer, leurs risques et bénéfices				
8. Si l'état de la cliente ne permet pas de traitement, fournissez des informations sur les réseaux de soutien communautaire et les stratégies de prise en charge au quotidien.				
9. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision, en pesant les avantages, les inconvénients et les conséquences de chaque option avec la cliente.				
10. Aidez la cliente à prendre ses propres décisions réalistes : a. Partagez des histoires ou anecdotes comparables, le cas échéant. b. Aidez la cliente à établir un plan spécifique, concret pour réaliser ses décisions.				
11. Identifiez avec la cliente les aptitudes dont elle a besoin pour réaliser ses décisions.				
12. Aidez la cliente à mettre en pratique ses aptitudes, si nécessaire.				
13. Établissez un plan de suivi : a. Faites en sorte que la cliente parle à d'autres clientes de la fistule obstétricale, le cas échéant. b. Fournissez des informations sur les groupes de soutien des clientes existants dans l'établissement.				
Commentaires supplémentaires				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum.* New York: EngenderHealth.

<p>Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Admission et période préopératoire</p>

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher (a) pour enregistrer les commentaires supplémentaires ou (b) attester que les participants font preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil auprès d'une cliente au moment de son admission ou pendant la période préopératoire.

Remarque : La femme devrait être encouragée à autoriser son époux et/ou des membres de sa famille à assister aux séances d'activité de conseil, si une telle participation est dans son intérêt.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Rencontrez le chirurgien/l'équipe chirurgicale qui est responsable de la cliente et lisez ses notes sur la cliente pour connaître les observations cliniques, les analyses et autres examens envisagés, les actes et interventions prévus, la préparation préopératoire à observer et le diagnostic posé.				
2. Accueillez la cliente.				
3. Faites les présentations : Présentez la cliente à l'équipe chirurgicale et aux autres clientes de la salle.				
4. Veillez au respect de la confidentialité : a. Évaluez si l'activité de conseil est adaptée au moment donné, si ce n'est pas le cas, prévoyez un autre moment pour conseiller la cliente. b. Demandez à la cliente si elle souhaite la présence d'une autre personne pendant l'activité de conseil.				
5. Introduisez à nouveau l'objet de la fistule obstétrique.				
6. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations, en examinant tout mythe, toute attitude, idée reçue, croyance religieuse, crainte, ou préoccupation de la cliente à propos de la réparation chirurgicale.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
<p>7. Évaluez la connaissance de la cliente et donnez-lui des informations, si nécessaire. En fonction de la pathologie de la cliente et de sa consultation par l'équipe chirurgicale chargée de la soigner, fournissez des informations sur les points suivants, de façon adéquate :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Réparation chirurgicale de la fistule (étapes, examens possibles ou analyses, sentiments prévisibles, consentement, taux de réussite, effets secondaires possibles, complications et risques) ainsi que la durée d'hospitalisation prévue b. Type d'anesthésie prévu, risques de l'anesthésie, douleur et ce à quoi il faut s'attendre pendant l'anesthésie 				
<p>8. Dans le cadre de la formation préopératoire, adoptez l'attitude suivante :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Préparez la cliente et sa famille aux événements auxquels s'attendre le jour de l'opération. b. Informez la cliente et sa famille sur les tubulures prévues, les traitements, les routines, etc. c. Informez la cliente sur la préparation préopératoire (p. ex., préparation intestinale, nutrition). d. Informez la cliente sur les activités visant à empêcher les complications postopératoires. e. Abordez les craintes de la cliente concernant : <ul style="list-style-type: none"> • La perte de contrôle • L'inconnu • L'anesthésie • La douleur • La mort • La séparation • Les perturbations dans la vie quotidienne • Les modifications de l'image ou des fonctions du corps 				
<p>9. Si la pathologie de la cliente ne peut être traitée, informez-la sur les réseaux de soutien communautaire et les stratégies de prise en charge au quotidien.</p>				
<p>10. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Discutez : du rôle la cliente dans la prise en charge de la pathologie. b. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision. c. Pesez les avantages et inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option pour la cliente. 				

Tâche	1	2	3	Commentaires
11. Aidez la cliente à prendre ses propres décisions réalistes : a. Proposez et documentez un consentement éclairé pour le traitement chirurgical, en s'assurant que : <ul style="list-style-type: none"> • la cliente exprime oralement sa compréhension de la formation préopératoire. • la cliente réalise correctement les exercices postopératoires (c.-à-d., tousser, respirer profondément, et les exercices des jambes). b. Faites part de réussites, le cas échéant.				
12. Aidez la cliente à établir un plan spécifique, concret pour réaliser ses décisions.				
13. Identifiez avec la cliente les aptitudes dont elle a besoin pour réaliser ses décisions.				
14. Aidez la cliente à mettre en pratique ses aptitudes, si nécessaire.				
15. Établissez un plan de suivi : a. Prévoyez une discussion entre la cliente et d'autres personnes ayant une fistule obstétricale, si cela est approprié. b. Fournissez des informations sur les groupes de soutien des clientes existants dans l'établissement.				
Commentaires supplémentaires				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum.* New York: EngenderHealth.

<p style="text-align: center;">Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Période peropératoire, anesthésie péridurale</p>

Nom _____
Date 1 _____
Date 2 _____
Date 3 _____
Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher (a) pour enregistrer les commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil auprès d'une cliente ayant eu une anesthésie péridurale pendant la période peropératoire.

Tâche	1	2	3	Commentaires
Pendant l'intervention, ne jamais laisser la cliente seule.				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations: Présentez la cliente aux autres personnes du bloc opératoire.				
3. Veillez au respect de la confidentialité; parler doucement et rassurer, fournir du réconfort et de l'espoir.				
4. Présentez à nouveau l'objet de la fistule obstétricale et la réparation chirurgicale de la fistule.				
5. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations. Avant l'intervention a. Rassurez la cliente sur le fait que vous ou un autre membre de l'équipe soignante serez à ses côtés pendant toute la durée de l'intervention. b. Demandez à la cliente si elle souhaite qu'on lui tienne la main ou qu'on reste seulement assis près d'elle pendant l'intervention. c. Expliquez les étapes de l'intervention à l'avance. Pendant l'intervention a. Rassurez la cliente par la parole pendant l'intervention. b. Évaluez la réponse de la cliente à l'anesthésie/la chirurgie et traitez ses craintes, problèmes ou éventuelles questions. c. Fournissez des informations sur la progression de l'intervention, le cas échéant.				

Tâche	1	2	3	Commentaires
<p>7. Évaluez les connaissances de la cliente et donnez des informations, si nécessaire.</p> <p>Avant l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Fournissez ou revoyez les informations sur le type d'anesthésie prévu, les risques de l'anesthésie, la douleur et ce à quoi il faut s'attendre pendant l'anesthésie. b. Discutez du ressenti de la cliente lorsque l'anesthésie péridurale s'atténue. c. Discutez de la prise en charge de la douleur. <p>Juste après l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Après la consultation du chirurgien/de l'équipe chirurgicale, revoyez les résultats de la chirurgie. b. Discutez à nouveau, ou actualiser si adapté, les procédures postopératoires immédiates. c. Demandez à la cliente si elle a des questions, puis répondez de façon adéquate. 				
<p>Commentaires supplémentaires</p>				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum.* New York: EngenderHealth.

**Liste à cocher des soins de la fistule :
Activité de conseil : Période peropératoire,
anesthésie générale**

Nom _____
Date 1 _____
Date 2 _____
Date 3 _____
Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher (a) pour enregistrer les commentaires supplémentaires ou (b) pour attester que les participants font preuve de compétences cohérentes en matière d'activité de conseil auprès d'une cliente ayant eu une anesthésie générale pendant la période peropératoire.

Tâche	1	2	3	Commentaires
Ne jamais laisser la cliente seule jusqu'à son anesthésie totale.				
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations: Présentez la cliente à aux autres personnes du bloc opératoire.				
3. Veillez au respect de la confidentialité; parler doucement et rassurer, fournir du réconfort et de l'espoir.				
4. Présentez à nouveau l'objet de la fistule obstétricale et la réparation chirurgicale de la fistule.				
5. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations. Avant l'intervention a. Rassurez la cliente sur le fait que vous ou un autre membre de l'équipe soignante serez à ses côtés jusqu'à son anesthésie totale b. Demandez à la cliente si elle souhaite qu'on lui tienne la main ou qu'on reste seulement assis près d'elle pendant l'intervention. c. Expliquez les étapes de l'intervention à l'avance (avant l'anesthésie).				
6. Évaluez la connaissance de la cliente et donnez-lui des informations, si nécessaire. Avant l'intervention a. Fournissez des informations ou revoyez le type d'anesthésie prévu, les risques de l'anesthésie, la douleur et ce à quoi il faut s'attendre pendant l'anesthésie				

Tâche	1	2	3	Commentaires
<p>b. Discutez du ressenti de la cliente lorsque l'anesthésie générale s'atténue, des effets secondaires, et de la prise en charge de la douleur.</p> <p>Juste après l'intervention</p> <p>a. Après la consultation du chirurgien/de l'équipe chirurgicale, revoyez les résultats de la chirurgie.</p> <p>b. Discutez à nouveau des procédures immédiates postopératoires.</p> <p>c. Demandez à la cliente si elle a des questions, et répondez-y de façon adéquate.</p>				
<p>Commentaires supplémentaires</p>				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum.* New York: EngenderHealth.

<p>Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Période postopératoire</p>

Nom _____
 Date 1 _____
 Date 2 _____
 Date 3 _____
 Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher (a) pour enregistrer les commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil auprès d'une cliente pendant la période postopératoire.

Remarque : La femme devrait être encouragée à autoriser son époux et/ou des membres de sa famille à assister aux séances d'activité de conseil, si une telle participation est dans son intérêt.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueillez la cliente.				
2. Faites les présentations : Présentez la cliente au reste de l'équipe.				
3. Veillez au respect de la confidentialité : a. Évaluez si le conseil est alors adéquat (si ce n'est pas le cas, prévoyez un autre moment pour conseiller la cliente. b. Demandez à la cliente si elle souhaite la présence d'une autre personne pendant l'activité de conseil.				
4. Présentez à nouveau l'objet de la fistule obstétricale et la réparation chirurgicale de la fistule.				
5. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations en examinant les craintes ou soucis que la cliente peut avoir au sujet de la réparation chirurgicale de la fistule.				
6. Évaluez la connaissance de la cliente et donnez-lui des informations, si nécessaire. En se basant sur la pathologie de la cliente et l'examen de l'équipe chirurgicale, fournissez des informations sur les points suivants, le cas échéant : a. Routines postopératoires b. Résultats de la chirurgie. c. Soins auto-administrés d. Soins de la sonde				

Tâche	1	2	3	Commentaires
e. Position et mobilité f. Nutrition et hydratation g. Soulagement de la douleur h. Complications et signes de danger i. Physiothérapie (si nécessaire) j. Nécessaire période d'abstinence de relations sexuelles (en général trois mois) k. Nécessité de retarder une grossesse pendant au moins un an après l'intervention, au moyen du planning familial l. Nécessité de soins prénataux attentifs et d'accouchement à l'hôpital (par césarienne) pour les prochaines grossesses m. Disponibilité de services de santé sexuelle et reproductive, y compris planning familial				
7. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance.				
8. Encouragez la participation à des groupes de soutien de clientes disponibles dans l'établissement, où si elle ne participe pas déjà, fournissez des informations sur les groupes de soutien existants.				
9. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision.				
10. Pesez les avantages et inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option pour la cliente.				
11. Aidez la cliente à prendre sa propre décision réaliste.				
12. Aidez la cliente à établir un plan spécifique, concret pour réaliser ses décisions.				
13. Identifiez avec la cliente les aptitudes dont elle a besoin pour réaliser ses décisions.				
14. Aidez la cliente à mettre en pratique ses aptitudes, si nécessaire.				
15. Établissez un plan de suivi.				
Commentaires supplémentaires				

D'après : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

Liste à cocher des soins de la fistule : Activité de conseil : Sortie de l'hôpital et suivi
--

Nom _____
Date 1 _____
Date 2 _____
Date 3 _____
Nom de l'examineur _____

Légende

S = Satisfaisant (correct et cohérent)

NA = Nécessite d'être amélioré (incorrect ou pas toujours cohérent)

NR= (consignes) Non respectées

Consignes : Observez la performance du soignant. À l'aide de la légende ci-dessus, écrivez la lettre correspondante dans les cases pour les tâches listées ci-après pendant au moins trois observations progressives. Si la performance est évaluée comme étant NA (nécessite d'être améliorée), enregistrez vos commentaires dans la colonne Commentaires en décrivant les observations et les suggestions pour la résolution du problème. Utilisez l'espace à la fin de la liste à cocher (a) pour enregistrer les commentaires supplémentaires ou (b) attester que le participant fait preuve de compétences cohérentes dans l'activité de conseil auprès d'une cliente pendant la période postopératoire.

Remarque : La femme devrait être encouragée à autoriser son époux et/ou des membres de sa famille à assister aux séances d'activité de conseil si une telle participation est dans son intérêt.

Tâche	1	2	3	Commentaires
1. Accueille la cliente.				
2. Faites les présentations: Présentez la cliente au reste de l'équipe.				
3. Veillez au respect de la confidentialité. a. Évaluez si le conseil est alors adéquat ; si ce n'est pas le cas, prévoyez un autre moment pour conseiller la cliente. b. Demandez à la cliente si elle souhaite la présence d'une autre personne pendant l'activité de conseil.				
4. Présentez à nouveau l'objet de la fistule obstétricale				
5. Explorez les besoins de la cliente, ses problèmes et préoccupations en examinant les craintes ou soucis que la cliente peut avoir au sujet de la réparation chirurgicale de la fistule et de la période postopératoire.				
6. Évaluez les connaissances de la cliente et donnez-lui des informations, si nécessaire; donnez à la cliente des informations écrites postopératoires.				
Si l'intervention a réussi				
1. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance				
2. Rappelez à la cliente les éventuels effets secondaires, risques et signes avant-coureurs; développer un plan en cas de complications ou de signes avant-coureurs				

Tâche	1	2	3	Commentaires
<p>3. Discutez avec la cliente de la façon de se prendre en charge à la maison en :</p> <p>a. Observant une période d'abstinence de relations sexuelles vaginales (en général trois mois) ; si une fistule recto-vaginale a été traitée, la cliente devra aussi s'abstenir de relations sexuelles rectales</p> <p>b. S'abstenant d'introduire des corps étrangers (p. ex., tampons) dans le vagin</p> <p>c. Retardant une grossesse pendant au moins un an et en utilisant le planning familial</p> <p>d. Prenant en charge l'incontinence urinaire</p> <p>4. Discutez des infections de l'appareil génital et des maladies sexuellement transmissibles, notamment du VIH.</p> <p>5. Rappelez à la cliente l'importance du suivi.</p> <p>6. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision.</p> <p>7. Discutez des méthodes contraceptives disponibles, comme il convient.</p> <p>8. Pesez les avantages et inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option pour la cliente.</p> <p>9. Aidez la cliente à prendre ses propres décisions réalistes.</p>				
Si l'intervention a réussi				
<p>1. Identifiez les décisions que la cliente doit prendre dans cette séance. En fonction de l'état de la cliente, fournissez des informations à propos des points suivants, le cas échéant :</p> <p>a. Hygiène personnelle et bonne nutrition</p> <p>b. Prise en charge de l'incontinence (p. ex., exercices)</p> <p>c. Retarder la grossesse ; au moyen du planning familial</p> <p>d. Complications possibles, y compris infections, et comment les prendre en charge</p> <p>e. Sources rentables de fournitures (p. ex., serviettes, poches de stomie)</p>				
<p>2. Identifiez les options de la cliente pour chaque décision.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discutez des méthodes contraceptives disponibles, comme il convient. 				
<p>3. Pesez les avantages et inconvénients ainsi que les conséquences de chaque option pour la cliente.</p>				
<p>4. Aidez la cliente à prendre ses propres décisions réalistes.</p>				
Mise en œuvre des décisions :				
<p>1. Aidez la cliente à établir un plan spécifique, concret pour réaliser ses décisions.</p>				
<p>2. Identifiez avec la cliente les aptitudes dont elle a besoin pour réaliser ses décisions.</p>				
<p>3. Aidez la cliente à mettre en pratique ses aptitudes, si nécessaire.</p>				
<p>4. Établissez un plan de suivi.</p>				
Commentaires supplémentaires				

Adapté de : Fistula Care. 2012. *Counseling the obstetric fistula client: A training curriculum*. New York: EngenderHealth.

ANNEXE B

FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE LA FORMATION

Consignes : Pour chaque article, cochez la case qui correspond le mieux à votre opinion. Vos réponses franches nous aideront à améliorer les futures formations. Vos commentaires sont aussi les bienvenus.

Nom (facultatif) _____

1. Les objectifs de cette formation ont été :

- Très clairs
- Clairs
- Pas clairs.

Commentaires : _____

2. Les objectifs de cette formation ont été :

- Entièrement satisfaits
- Majoritairement satisfaits
- Insuffisamment satisfaits

Commentaires : _____

3. La durée de cette formation a été :

- Trop longue
- Adéquate
- Trop courte

Commentaires : _____

4. Le contenu des ateliers m'a paru intéressant :

- Tout le temps
- La plupart du temps
- Parfois

Commentaires : _____

5. Les documents présentés dans le cours ont été pour moi :

- Presque tous nouveaux
- Majoritairement nouveaux
- Majoritairement connus

Commentaires : _____

6. Les compétences que j'ai acquises sont :

- Directement applicables à mon travail quotidien
- Quelque peu applicables à mon travail quotidien
- Pas très applicables à mon travail quotidien

Commentaires : _____

7. Les centres de formation ont été :

- Très satisfaisants
- Quelques peu satisfaisants
- Insatisfaisants

Commentaires : _____

8. Quelles ont été les caractéristiques les plus efficaces de la formation ?

Commentaires : _____

9. Quelles ont été les caractéristiques les moins efficaces de la formation ?

Commentaires : _____

10. Quels aspects de la formation pourraient être améliorés, et comment ?

Commentaires : _____

11. Avez-vous des conseils ou suggestions ?

Commentaires : _____

East, Central, and Southern African Health Community (ECSA-HC) Secretariat

I 57 Olorien, Njiro Road

P.O. Box I 009

Arusha, Tanzania

e-mail: regsec@ecsa.or.tz or info@ecsa.or.tz

<http://www.crhcs.or.tz>

Fistula Care.

do EngenderHealth

440 Ninth Avenue

New York, NY 10001 U.S.A.

e-mail: info@fistulacare.org

www.fistulacare.org

ISBN 978-1-937410-02-5
