



RÉPUBLIQUE DE GUINÉE
TRAVAIL - JUSTICE - SOLIDARITE

REPUBLIQUE DE GUINEE

**MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE
DIVISION DE LA SANTE DE LA REPRODUCTION
SECTION SMI/PF**

La Ligature des Trompes sous Anesthésie Locale par Minilaparotomie

Guide du Formateur

Mars 2011

GUIDE DU FORMATEUR

SECTION UN : GUIDE DES PARTICIPANTS

REMERCIEMENTS	v
VUE D'ENSEMBLE	vii
Avant de commencer ce stage de formation.....	vii
Approche pedagogique utilisee pendant ce stage	vii
Qu'est-ce que c'est la formation axee sur la competence ?	viii
Formation humaniste.....	ix
Composantes du kit de formation en LT/AL par minilaparotomie	x
Utiliser le kit de formation en LT/AL par minilaparotomie	x
INTRODUCTION	1
Conception du stage	1
Evaluation	2
Sommaire du stage	3
Objectifs d'apprentissage du participant.....	4
Calendrier du stage	6
Instructions pour utiliser le simulateur gynecologique ZOË.....	8
Questionnaire prealable	12
Stage de formation en LT/AL par minilaparotomie : matrice d'evaluation individuelle et collective	14
COMMENT APPREND-ON ?	15
Comparaison des methodes de formation classique (école) et pratique (apprendre en faisant).....	15
Comment apprend-on ?	15
Etapas dans l'apprentissage des competences cliniques	18
Principes de l'apprentissage (clés du succès)	18
FICHES D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET LE COUNSELING POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE	19
Utiliser les fiches d'apprentissage.....	19
Fiche d'apprentissage pour les competences en counseling pour la LT/AL par minilaparotomie	22
Fiche d'apprentissage pour les competences cliniques pour la LT/AL par minilaparotomie d'intervalle.....	24
Fiche d'apprentissage pour les competences cliniques en matiere de LT/AL par minilaparotomie du post-partum	29
Fiche d'apprentissage pour les des assistants en matiere de LT/AL par minilaparotomie competences	33
ETUDES DE CAS	35
Etudes de cas : etapes préopératoires et préparation de la cliente	35
Etudes de cas : complications de la LT/AL	35
Jeux de roles	36
Evaluation du stage sur la LT/AL par minilaparotomie	39

SECTION DEUX : GUIDE DU FORMATEUR

PREPARATION DU COURS	1
PROGRAMME MODELE DU STAGE	3
Duree	3
Objectifs/activites.....	3
Methodes de formation/apprentissage	3
Ressources/materiel.....	3
Programme modele de stage.....	4
Questionnaire prealable	15
Questionnaire prealable – cles responses	16
Comment apprend-on ?	18
LISTE DE VERIFICATION POUR L’EVALUATION DES COMPETENCES PREALABLES ...	23
Utilisation de la liste de verification	23
Liste de verification pour l’evaluation des competences prealables.....	24
ETUDES DE CAS ET CLES DE REPNSES	25
Etude de cas : etapes pré-opératoires et préparation de la cliente	25
Cle de réponses étude de cas : etapes pré-opératoires et préparation de la cliente	25
Etudes de cas : complications de la LT/AL	27
Cles de reponses etudes de cas : complications liées à l’anesthésie.....	27
Cles de reponses etudes de cas : lésions intra-abdominales	29
Cles de reponses aux etudes de cas : complications postopératoires	30
Jeux de roles	31
QUESTIONNAIRE A MI-STAGE	33
Utiliser le questionnaire	33
Questionnaire a mi-stage	33
Fiche de reponse au questionnaire a mi-stage	37
Questionnaire a mi-stage : cles aux reponses	38
LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE LT/AL PAR MINI LAPARATOMIE	43
Utiliser les listes de verification	43
Listes de verification pour les competences cliniques et de counseling en matiere de LT/AL par minilaparotomie d’intervalle.....	44
Liste de verification pour les competences cliniques et de counseling en matiere de la LT/AL par minilaparotomie du post-partum	47
Liste de verification pour les competences des assistants en matiere de la LT/AL par minilaparotomie.....	50

REMERCIEMENTS

Ce manuel de référence est adapté de trois publications préalables : Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC). 1993. *Minilaparotomy Under Local Anesthesia : A Curriculum for Doctors and Nurses*. AVSC : New York ; Philippine Family Planning Program. 1993. *Guidelines : Minilaparotomy with Local Anesthesia*. Department of Health : Manila, Philippines et Department of Health and Family Welfare, Government of Uttar Pradesh. 1996. *Minilaparotomy under Local Anaesthesia : Reference Manual for Uttar Pradesh*.

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué à la révision de ce document, en particulier le personnel et les consultants de Jhpiego qui ont prêté leurs connaissances et leur expertise médicales pour la réalisation de cette traduction française : le Professeur Yolande Hyjazi et Dr Tsigue Pleah. Nous voudrions aussi remercier Dana Lewison et Renata Kepner pour la mise en page de ce manuel.

La réalisation de ce document a été rendue possible grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'Accord Coopératif Leader avec Associate Cooperative Agreement No. GHS-A-00-08-00002-00. Les opinions exprimées ici incombent au Programme Intégré de Santé Maternelle et Infantile (MCHIP) et ne reflètent pas forcément les vues de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international ou du Gouvernement des Etats-Unis.



VUE D'ENSEMBLE

AVANT DE COMMENCER CE STAGE DE FORMATION

Ce stage de formation fera appel aux principes de la formation pour adultes qui se fonde sur l'hypothèse selon laquelle ils participent à des stages parce que :

- Ils sont intéressés par le thème.
- Ils savent ce qu'ils attendent du stage. En d'autres termes, ils peuvent expliquer pourquoi ils ont choisi ce stage en particulier plutôt qu'un autre stage ou un autre thème.
- Ils sont activement intéressés à apprendre de nouvelles connaissances, attitudes et compétences.

Voilà pourquoi tout le matériel du stage est axé sur le **participant**. Par exemple, le contenu et les activités du stage visent à encourager l'**apprentissage** et le participant doit prendre une part active à **tous** les aspects de cet apprentissage. Enfin, le **formateur clinique** devra créer une ambiance favorable et encourager les activités qui aident le participant à acquérir de nouvelles connaissances, attitudes et compétences.

Dans ce type de programme de formation, le **formateur clinique** et le **participant** reçoivent un kit analogue de matériel pédagogique. Le formateur clinique, en raison de sa formation et de son expérience antérieure, travaille avec les participants en tant qu'expert sur le sujet et dirige les activités d'apprentissage.

L'approche à la formation axée sur la compétence utilisée dans ce stage insiste sur l'importance de l'utilisation efficace, par rapport au coût, des ressources, de l'application de technologies pédagogiques pertinentes et de l'utilisation de techniques de formation plus humaines. Ces dernières incluent l'utilisation de modèles anatomiques, tel que le modèle gynécologique ZOË utilisé dans ce stage, pour minimiser le risque pour la cliente et faciliter l'apprentissage. Les Fiches d'apprentissage sont utilisées pour aider les participants à apprendre et à mesurer leurs propres progrès lorsqu'ils apprennent de nouvelles compétences. Enfin, les questionnaires de connaissance et des listes de vérification des aptitudes axés sur les compétences sont fournis pour aider le formateur clinique à évaluer objectivement les performances de chaque participant.

APPROCHE PEDAGOGIQUE UTILISEE PENDANT CE STAGE

La formation axée sur la compétence se concentre sur l'apprentissage pratique **faire**. Le but est d'équiper plus efficacement les professionnels de la santé avec les connaissances et les compétences nécessaires pour fournir des services de prestations de qualité de LT/AL par minilaparotomie de manière sensible en se souciant du bien-être de la cliente.

Voici les **principales caractéristiques** de cette approche pédagogique :

- Se base sur les principes de la formation pour adultes : interactive, pertinente et pratique
- Utilise une modification du comportement (modélisation) pour faciliter l'apprentissage
- Donne la formation par rapport à des normes de performance bien définies pour chaque compétence ou activité

- Évalue dans quelle mesure le participant exécute une compétence ou une activité plutôt que la quantité de ce qu'il a appris

QU'EST-CE QUE C'EST LA FORMATION AXÉE SUR LA COMPÉTENCE ?

La formation axée sur la compétence se distingue nettement du processus de formation traditionnel. Elle apporte aux agents de soins de santé les compétences vitales pour une performance professionnelle réussie. Contrairement à l'enseignement traditionnel qui insiste sur **l'évaluation de l'information acquise par le participant**, la formation axée sur la compétence met l'accent **sur la manière dont le participant s'exécute** (c'est-à-dire une combinaison de connaissances, d'attitudes et, surtout, de compétences).

Pour réussir la formation axée sur la compétence, la procédure clinique à enseigner doit être divisée en ses étapes essentielles. Chaque étape est ensuite analysée pour déterminer quelle est la manière la plus efficace et la plus sûre pour l'inculquer et l'acquérir, processus appelé **standardisation**. Une fois qu'une procédure telle que la minilaparotomie sous anesthésie locale a été standardisée, des Fiches d'apprentissage et des Listes de vérification axées sur la compétence peuvent être élaborées pour mesurer les progrès d'apprentissage et évaluer l'ensemble de la performance des compétences ou de l'activité du participant.

L'**encadrement** est une composante essentielle de la formation axée sur la compétence. Le formateur explique d'abord une compétence ou une activité. Ensuite, il la démontre en utilisant un modèle anatomique ou une autre aide pédagogique, telle qu'un jeu de diapositives ou une cassette vidéo. Une fois que la procédure a été démontrée et que l'on en a discuté, le formateur/moniteur observe et dialogue avec le participant pour le guider dans l'apprentissage de la compétence ou de l'activité, tout en suivant ses progrès et en l'aidant à surmonter ses problèmes.

Le processus d'encadrement assure que le participant reçoive un feedback concernant ses performances :

- **Avant la pratique** Le formateur clinique et le participant se rencontrent brièvement avant chaque séance pratique pour revoir la compétence/activité, y compris les étapes/tâches sur lesquelles on insistera pendant la séance.
- **Pendant la pratique** Le formateur clinique observe, encadre et apporte un feedback au participant qui exécute les étapes/tâches telles que mentionnées dans la Fiche d'apprentissage.
- **Après la pratique** Cette séance de feedback devrait se dérouler immédiatement après la pratique. En utilisant la Fiche d'apprentissage, le formateur clinique discute des points forts de la performance du participant et offre également des suggestions spécifiques pour qu'il s'améliore.

Lorsque la formation axée sur la compétence est intégrée aux **principes de la formation pour adultes** et basée sur la **modélisation comportementale**, le résultat est une méthode extrêmement efficace pour dispenser une formation clinique. Et, lorsqu'on intègre l'utilisation de **modèles anatomiques et d'autres aides pédagogiques**, le temps de formation (et les coûts de formation) sont nettement diminués. Par exemple, une étude réalisée récemment en Thaïlande a comparé la méthode de formation traditionnelle pour le DIU et l'approche de formation axée sur la compétence que nous venons de décrire. Lorsque les stagiaires ont pu apprendre et s'exercer avec des modèles de bassin, 70% des 150 stagiaires ont été jugés compétents après juste deux insertions

chez des clientes, et 100% étaient jugés compétents après six insertions. En revanche, sur les 150 participants formés sans l'utilisation des modèles de bassin, 50% étaient jugés compétents après une moyenne de 6,5 insertions et 10% n'y sont jamais arrivés (c'est-à-dire n'ont pas été qualifiés) même après 15 insertions.

L'utilisation de modèles (**formation à caractère humaniste**) facilite l'apprentissage car elle permet aux participants d'apprendre et de commencer à pratiquer les nouvelles compétences dans un milieu simulé plutôt qu'avec des clientes. Cela diminue l'anxiété chez le stagiaire ainsi que les risques de blessure et de douleur pour la cliente. Aussi, l'utilisation de cette approche de formation plus humaine est-elle un volet important pour améliorer la qualité de la formation clinique et, partant, la prestation de services.

FORMATION HUMANISTE

Tel que décrit ci-dessus, des modèles anatomiques qui simulent de très près le corps humain sont utilisés par les participants du stage pour l'**acquisition initiale** de compétences en LT/AL par minilaparotomie et pour leur permettre de **maîtriser la compétence** avant de travailler avec des clientes dans un milieu clinique.

Termes utilisés pour décrire les niveaux de performance de la compétence clinique

Acquisition de la compétence :	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) pour pratiquer la compétence ou l'activité mais a besoin d'aide
Maîtrise de la compétence :	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et peut pratiquer la compétence ou l'activité demandée
Maîtrise parfaite de la compétence :	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et pratique avec efficacité la compétence ou l'activité demandée

Par exemple, avant qu'un participant n'exécute une procédure clinique avec une cliente, deux activités de formation devraient se dérouler :

- Le formateur devrait **démontrer** plusieurs fois les compétences nécessaires et les interactions avec les clientes en utilisant le modèle anatomique et des jeux de diapositives et/ou des cassettes vidéo pédagogiques appropriés.
- Le participant devrait **s'exercer à pratiquer**, sous la supervision du formateur, la compétence nécessaire et les interactions avec les clientes en utilisant le modèle et les véritables instruments dans un milieu simulé qui ressemble de près à la situation réelle.

Ce n'est que lorsque le participant a démontré une **maîtrise de la compétence** et un certain degré de **maîtrise parfaite** avec le modèle qu'il aura son premier contact avec une cliente.

COMPOSANTES DU KIT DE FORMATION EN LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

Ce stage en formation clinique repose sur les composantes suivantes :

- Un **manuel de référence** dans lequel nous avons des informations.
- Un **guide du participant** avec des questionnaires, des Fiches d'apprentissage et des Listes de vérification pour la pratique validés qui donnent les étapes essentielles de la compétence ou de l'activité (par exemple, counseling ou minilaparotomie).
- Un **guide du formateur** avec le programme de formation, les clés de réponses aux questionnaires, exercices, études de cas et les Listes de vérification.
- Du **matériel audio-visuel bien conçu**, par exemple, des graphiques de présentation, des modèles anatomiques et d'autres aides pédagogiques.
- Une **évaluation de la performance axée sur la compétence**.

Le manuel de référence dont l'utilisation est recommandée pour ce stage est **LT/AL par minilaparotomie : Manuel de référence**. Il comprend douze chapitres et neuf annexes et contient des informations essentielles sur les sujets suivants : counseling, consentement éclairé, indications et contre-indications, évaluation des clientes, pratiques recommandées pour la prévention des infections, anesthésie, procédure chirurgicale, LT/AL par minilaparotomie du post-partum, récupération postopératoire, sortie et suivi, prise en charge des complications, fournir des services de qualité et les standards de performance.

UTILISER LE KIT DE FORMATION EN LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

Tel que décrit ci-dessus, lorsque la formation axée sur la compétence est combinée à la modélisation comportementale, elle convient particulièrement bien à la formation technique telle que la LT/AL par minilaparotomie locale et le counseling. Lors de la conception du matériel de formation pour ce stage, on a surtout cherché à le rendre facile à utiliser et à donner aux participants du stage et au formateur clinique le plus de latitude possible pour adapter la formation aux besoins de formation des participants (individuels et collectifs). Par exemple, au début de chaque stage, une évaluation est faite des connaissances et des compétences cliniques de chaque participant. Ensuite, les résultats de cette évaluation préalable sont utilisés conjointement par les participants et le formateur clinique pour adapter le contenu du stage tel qu'ils le jugent nécessaire de sorte que la formation se concentre sur l'acquisition de **nouvelles** informations et compétences.

Une seconde caractéristique se rapporte à l'utilisation du manuel de référence et du guide du participant. Le **manuel de référence** est conçu pour fournir toute l'information essentielle nécessaire pour réaliser le stage de manière logique. Vu que c'est le texte pour les participants et la source de référence pour le formateur clinique, il n'est pas nécessaire de fournir des documents à distribuer ou du matériel supplémentaire. En outre, vu que le manuel ne comporte que des informations conformes aux buts et objectifs du stage, il fait partie intégrante de tous les exercices en salle de classe que ce soit un exposé illustré ou l'information pour résoudre des problèmes.

En revanche, le **guide du participant** a une double fonction. Il est avant tout la carte routière qui guide le participant à travers les diverses étapes du stage. Il comprend également le sommaire, le plan et le calendrier de la formation. Ceux-ci sont fournis pour aider le formateur à développer ses propres programmes et plans de stage. Le guide du participant comprend également des

suppléments imprimés (questionnaire préalable, matrice de formation individuelle et collective, Fiche d'apprentissage et évaluation du stage) nécessaires tout au long du stage.

Conformément à la philosophie de formation dont s'inspire le présent stage, toutes les activités de formation, qu'elles soient réalisées en salle de classe ou en clinique, seront exécutées de manière interactive et participative. Pour cela, le formateur clinique doit continuellement changer de rôle tout au long du stage. Par exemple, il est un **professeur** lorsqu'il présente une démonstration en salle de classe ; un **animateur** lorsqu'il mène des discussions en petits groupes ou lorsqu'il utilise des jeux de rôle, et il se transforme en **moniteur** lorsqu'il aide les stagiaires à pratiquer une procédure. Enfin, en évaluant objectivement la performance, il devient le **responsable de l'évaluation**.

En bref, l'approche de la formation axée sur la compétence utilisée dans ce stage intègre un certain nombre de traits essentiels.

Premièrement, elle se fonde sur les principes de la formation pour adultes, c'est-à-dire qu'elle est interactive, pertinente et pratique. De plus, elle demande au formateur clinique de faciliter l'expérience d'apprentissage et non pas d'être un professeur ou un moniteur au sens plus traditionnel du terme.

Deuxièmement, elle utilise la modification comportementale (théorie de modélisation) pour faciliter l'apprentissage d'une manière standardisée de la LT/AL par minilaparotomie et du counseling des patientes.

Troisièmement, elle est axée sur la compétence. Cela signifie qu'on évalue le participant en voyant **s'il exécute bien** l'activité et non pas en fonction de la **quantité** de ce qu'il a appris.

Quatrièmement, quand cela est possible, elle utilise beaucoup les modèles anatomiques et autres aides de formation (c'est-à-dire qu'elle est à caractère humaniste) pour permettre aux participants de pratiquer à maintes reprises la manière standard d'exécuter la compétence ou l'activité **avant** de travailler avec des clientes. Par conséquent, au moment où la performance de chaque participant est évaluée par le formateur clinique qui utilise à cette fin la Liste de vérification, **chaque** participant devrait être en mesure d'exécuter de manière compétente **chaque** compétence ou activité. **Cela est la mesure ultime de la formation clinique.**

INTRODUCTION

CONCEPTION DU STAGE

Le présent stage de formation clinique est conçu pour des équipes de deux personnes, l'opérateur et son assistant. Le stage tient compte des connaissances que chaque participant a déjà acquises et exploite sa motivation à apprendre les tâches de formation en un temps minimum. La formation insiste sur le **faire** pas simplement le savoir, et utilise l'évaluation de la **performance** axée sur la compétence.

Ce stage de formation se distingue de plusieurs manières des stages traditionnels :

- Au cours du premier jour du stage, les participants démontrent leurs connaissances sur la prise en charge des services en matière de minilaparotomie en remplissant un test écrit (**Questionnaire préalable**). De plus, on évalue les compétences des participants, lorsqu'ils exécutent l'examen gynécologique en utilisant un élévateur utérin et d'autres étapes de la minilaparotomie, par le biais d'un modèle du bassin qui simule de près la situation réelle avec les femmes.
- Des séances en salle de classe et en clinique se concentrent sur les aspects clés de la prestation de services (par exemple, counseling des clients, comment fournir les prestations et prendre en charge les effets secondaires et autres problèmes de santé).
- Les progrès dans l'apprentissage axé sur la connaissance sont mesurés pendant le stage en utilisant une évaluation écrite standardisée (**Questionnaire à mi-stage**).
- La formation en compétences cliniques se fonde sur l'expérience que le participant a acquise dans le domaine de la planification familiale. Les participants pratiquent d'abord sur le modèle anatomique ZOË. De cette manière, ils apprennent plus rapidement les compétences requises pour effectuer la LT/AL par minilaparotomie avec compétence sur les clientes.
- Les progrès dans l'acquisition de nouvelles compétences sont documentés en utilisant des Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques.
- L'évaluation de la performance de chaque participant est faite par un formateur clinique qui utilise les Listes de vérification des aptitudes axées sur la compétence.

La réussite du stage se base sur la maîtrise **à la fois** du contenu et des compétences, aussi bien que sur une performance générale satisfaisante du counseling et des compétences cliniques en matière de LT/AL par minilaparotomie.

La prestation de service en LT/AL par minilaparotomie relève d'un effort d'équipe qui nécessite les compétences de cliniciens formés (médecins, sage femmes et infirmières) et d'autres catégories de professionnels de la santé, tels des conseillers. Le stage est conçu pour une équipe de professionnels (médecins et infirmières/sages-femmes).

Il se peut que le type de travailleur de la santé qui en fait exécute les différentes tâches varie selon les pays, et selon les règlements nationaux et programmatiques. Par conséquent, il faut donner à tous des possibilités de s'exercer à pratiquer la technique chirurgicale, tout aussi bien que de se former en matière de techniques de counseling, de prévention des infections, de conservation des dossiers et du suivi des clients. Même si le participant ne va pas exécuter une tâche spécifique, il ou elle a besoin

Guide des participants

de la connaître de façon à assurer une prestation de service de qualité. Donc, il faudrait fournir l'opportunité à **tous les participants à la formation** d'observer ou d'exécuter toutes les compétences et les activités associées avec la prestation en toute sécurité des services de LT/AL par minilaparotomie.

EVALUATION

Ce stage de formation clinique vise à produire des prestataires de services compétents en minilaparotomie. La qualification est un énoncé de(s) l'organisme(s) de formation indiquant que le participant a répondu aux conditions de la formation du point de vue des connaissances, des compétences et de la pratique. Qualification **ne** veut **pas** dire certification. Le personnel peut être certifié uniquement par une organisation ou une agence dûment agréée.

La qualification est basée sur les résultats du participant dans trois domaines :

- **Connaissances** : Un score d'au moins 85% lors du questionnaire à mi-stage.
- **Compétences** : Performance satisfaisante en counseling et en compétences cliniques pour la LT/AL par minilaparotomie.
- **Pratique** : Capacité démontrée de fournir des services de LT/AL par minilaparotomie dans un contexte clinique.

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

Les méthodes d'évaluation qui seront utilisées pendant le stage sont décrites brièvement ci-dessous :

- **Questionnaire à mi-stage.** Cette évaluation des connaissances se fera au moment du stage où **tous** les thèmes ont été présentés. Un score de 85% indique une maîtrise des connaissances des données présentées dans le manuel de référence. Pour ceux obtenant moins de 85% lors de leur premier essai, le formateur clinique reverra les résultats individuellement avec le participant et le guidera dans l'utilisation du manuel de référence pour apprendre l'information nécessaire. Les participants réalisant moins de 85% peuvent à nouveau répondre au **questionnaire à mi-stage** à n'importe quel moment pendant le reste du stage.
- **Les Listes de vérification pour le counseling et pour les compétences cliniques.** Le formateur clinique va utiliser ces listes de vérification pour évaluer chaque participant lorsqu'il conseille les clientes et lorsqu'il exécute la LT/AL par minilaparotomie sur les clientes. L'évaluation de chaque participant pour les **compétences en counseling** peut être faite avec les clientes ; cependant, elle peut être accomplie n'importe quand pendant le stage à partir de l'observation faite durant les jeux de rôles en utilisant les participants ou des volontaires. L'évaluation des **compétences cliniques** sera généralement faite le dernier jour du stage (cela dépend du nombre de participants et du nombre de cas).
- De façon à déterminer si le participant est qualifié, le(s) formateur(s) clinique(s) va/vont observer et évaluer la performance du participant pour chacune des étapes de la compétence ou de l'activité. Pour être qualifié, le participant doit recevoir l'appréciation satisfaisante pour chaque compétence ou activité.

- **Prestations de services (Pratique).** Durant le stage, il incombe au formateur clinique d'observer l'ensemble de la performance de chaque participant lorsqu'il fournit les services de LT/AL par minilaparotomie. Cela offre une opportunité d'observer l'impact de l'**attitude** du participant sur les patientes une composante critique de la qualité des prestations de services. Cela est le seul moyen par lequel le formateur clinique peut voir si le participant utilise ce qu'il a appris.

Il est recommandé, dans la mesure du possible, qu'un **formateur de stage** observe et évalue les stagiaires dans leurs institutions en utilisant la même Liste de vérification des compétences cliniques et de counseling, dans les trois à six mois suivant la qualification. (Ou du moins, le stagiaire devrait être observé par un **prestataire qualifié** peu après avoir suivi la formation.) Cette activité d'évaluation après le stage est importante pour plusieurs raisons.

Premièrement, cela donne non seulement au stagiaire un feedback direct sur sa performance, mais lui donne également l'occasion de discuter des problèmes ou contraintes rencontrés au départ au niveau de la prestation des services (par exemple, manque d'instruments, de fournitures ou de personnel de soutien).

Deuxièmement, toute chose aussi importante, cela apporte au centre de formation, par le biais du formateur clinique, des informations très importantes sur l'adéquation de la formation et son utilité par rapport aux conditions locales. Sans ce type de feedback, la formation peut facilement tomber dans la routine, devenir stagnante et peu adaptée aux besoins de prestation de services.

SOMMAIRE DU STAGE

Description du stage. Ce stage de formation de 6 jours vise à préparer le participant au counseling concernant la ligature des trompes par minilaparotomie et à le rendre compétent dans l'exécution de cette procédure sous anesthésie locale, en identifiant et en prenant en charge les complications chirurgicales et en fournissant des soins de suivi routiniers.

Buts du stage

- Influencer de manière positive les attitudes du participant face aux avantages et à l'utilisation appropriée de la LT/AL par minilaparotomie ;
- Fournir au participant des compétences en matière de counseling spécifique à la méthode pour la LT/AL par minilaparotomie, y compris la vérification du consentement éclairé ;
- Fournir au participant les connaissances et les compétences nécessaires pour exécuter la LT/AL par minilaparotomie ;
- Fournir au participant les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre en charge les complications chirurgicales et fournir des soins de suivi routinier ;
- Fournir au participant les connaissances et les compétences nécessaires pour organiser et gérer un service de LT/AL par minilaparotomie de qualité.

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE DU PARTICIPANT

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

1. Décrire les principes et les conditions pour exécuter la LT/AL par minilaparotomie.
2. Décrire les principes du consentement éclairé pour la stérilisation volontaire.
3. Expliquer quelles sont les indications et les conditions demandant des précautions pour la LT/AL par minilaparotomie.
4. Faire un bilan de la cliente, y compris une prise limitée des antécédents en matière de santé de la reproduction, un examen abdominal et des seins.
5. Utiliser des pratiques recommandées de prévention des infections lors de la LT/AL par minilaparotomie qui réduisent le risque d'infections post-opératoires et la possibilité de contracter l'hépatite B et le SIDA.
6. Décrire les principes et les conditions pour l'utilisation de l'anesthésie locale, y compris l'importance de la préparation psychologique de la cliente et de du soutien verbal durant l'opération.
7. Exécuter la procédure standard de LT/AL par minilaparotomie. (Opérateur)
8. Préparer la cliente pour l'opération et aider le chirurgien durant la procédure de LT/AL par minilaparotomie. (Assistant)
9. Reconnaître et prendre en charge les complications chirurgicales et celles liées à l'anesthésie.
10. Assurer les soins de suivi routiniers pour la LT/AL par minilaparotomie, y compris la prise en charge adéquate des effets secondaires et d'autres problèmes de santé.
11. Décrire les compétences nécessaires pour organiser et gérer la qualité des services de minilaparotomie.

Méthodes de formation et d'apprentissage

- Exposés illustrés et discussions de groupe
- Exercices individuels et collectifs
- Jeux de rôle
- Travaux pratiques simulés avec le modèle anatomique
- Travaux pratiques guidés

Matériel pédagogique

Ce guide du participant est conçu pour être utilisé avec le matériel suivant :

- Manuel de référence : **Manuel de référence : LT/AL par minilaparotomie** (Jhpiego)
- Vidéo de formation/photocomposition
- Cassettes vidéo sur la prévention des infections : **Prévention des infections pour des Programmes de service en planification familiale** (Jhpiego)
- Kit de LT/AL par minilaparotomie
- Modèle anatomique ZOË

Critères de sélection des participants

Les participants à ce stage devraient être des équipes chirurgicales (opérateur et assistants) travaillant dans une structure sanitaire qui fournit des services de soins pour les femmes, y compris de planification familiale. La structure devrait avoir un nombre de cas programmés, suffisant pour permettre la prestation de services de LT/AL par mini- laparotomie.

Méthodes d'évaluation

Participant

- Evaluation des compétences cliniques préalables au stage
- Questionnaires préalables et à mi-stage
- Fiches d'apprentissage pour le counseling et les compétences cliniques pour les opérateurs, assistants et le personnel du bloc opératoire en matière de LT/AL par minilaparotomie
- Listes de vérification pour les compétences cliniques des opérateurs, assistants et du personnel du bloc opératoire en matière de LT/AL par minilaparotomie (à remplir par le formateur clinique pour qualification)

Stage

- Evaluation du stage (à remplir par les participants)

Durée du stage

- 12 séances dans une période de 6 jours

Nombre de participants suggéré

- 5 équipes composée chacune d'un opérateur et d'un assistant : (10 participants)¹
- 2 à 3 formateurs cliniques

¹ La taille de la classe sera limitée par la taille de la salle d'opération et le nombre potentiel de clientes pour la minilaparotomie par session dans les centres de formation clinique.

CALENDRIER DU STAGE

J1	J2	J3
<p>MATIN Bienvenue et présentations Vue d'ensemble du stage (Buts, Objectifs, Calendrier, Matériel du stage) Norme de travail et attente des participants Questionnaire préalable (Identification des besoins d'apprentissage individuel et collectif) Evaluation préalable des compétences Discussion : vue d'ensemble de la PF en Guinée et utilisation de la LT Exercice : comment apprend-on ?</p>	<p>MATIN Agenda et activité d'ouverture Présentation/discussion : chapitre 4 (Indications et précautions) et chapitre 5 (Bilan de la cliente) Démonstration par le formateur : LT/AL par minilaparotomie ; standard d'intervalle en situation réelle Conférence clinique : revoir les cas Présentation/discussion : chapitre 7, annexe I (Prise en charge de la douleur : verbacaine et anesthésie locale) Jeu de rôle : verbacaine en situation simulée ; Pratique en situation simulée de la verbacaine en petits groupes l'aide des fiches d'apprentissage.</p>	<p>MATIN Agenda et activité d'ouverture Travaux de groupes : chapitre 8 (La procédure chirurgicale : étapes préopératoires et préparation avant l'intervention) Pratique clinique : <ul style="list-style-type: none"> ● Le counseling et évaluation préopératoire ● Mesures de PI ● La technique standard de minilaparotomie sous anesthésie locale. </p>
<p>PAUSE DEJEUNER</p> <p>APRÈS-MIDI Présentation/discussion : chapitre I Introduction (Principes fondamentaux de la LT/AL par minilaparotomie) Travaux de groupes : revoir les fiches d'apprentissage Démonstration par le formateur : LT/AL par minilaparotomie standard d'intervalle en situation simulée Revoir les activités de la journée.</p>	<p>PAUSE DEJEUNER</p> <p>APRÈS-MIDI Pratique en situation simulée de la LT/AL en petits groupes l'aide des modèles et des fiches d'apprentissage. Discussion : rôle de l'assistant pour la LT Exercice : revoir les fiches d'apprentissage de l'assistant pour décrire son rôle Revoir les activités de la journée.</p>	<p>PAUSE DEJEUNER</p> <p>APRÈS-MIDI Conférence clinique : revoir les cas Présentation/discussion : chapitres 2 et 3 (Counseling en PF et consentement éclairé) Jeu de rôles/discussion : technique de counseling pour la PF Jeux de rôles : les participants pratiquent entre - eux et évaluent leurs performance en utilisant les fiches d'apprentissage. Revoir les activités de la journée.</p>
<p>Devoir : lire les chapitres 1, 4, 5 et 7 - Voir l'Annexe I.</p>	<p>Devoir : lire les chapitres 2, 3 et 8 - Voir les annexes : B (Directives pour le counseling en PF) et C (Consentement).</p>	<p>Devoir : lire le chapitre 6. Voir les annexes : D, E, F, G et H (Procédés de prévention des infections).</p>

J4	J5	J6
<p>MATIN Agenda et activité d'ouverture</p> <p>Activité : pratique clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le counseling et évaluation préopératoire • Mesures de PI • La technique standard de minilaparotomie. <p style="text-align: center;">PAUSE DEJEUNER</p> <p>APRÈS-MIDI Conférence clinique : revoir les cas Présentation/discussion : chapitre 6 (Pratique de PI pour les services de LT/AL. Exercices/discussion : sur les pratiques de PI pour les services de la LT/AL Pratique de la LT/AL en situation simulée en respectant les mesures de PI Revoir les activités de la journée.</p> <p>Devoir : lire les chapitres 9 et 11. Voir les annexes A (être préparé pour les urgences) et J (kit de LT/AL par minilaparotomie). Revoir tous les chapitres pour préparer le questionnaire à mi-stage.</p>	<p>MATIN Agenda et activité d'ouverture Pratique clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le counseling et évaluation préopératoire • Mesures de PI • La technique standard de minilaparotomie <p>Conférence clinique : revue des cas sélectionnés Discussion : prise en charge des urgences (Annexe A). Présentation/discussion : chapitre 11 (Prise en charge des complications).</p> <p style="text-align: center;">PAUSE DEJEUNER</p> <p>APRÈS-MIDI Présentation/discussion : chapitre 9 (LT/AL par minilaparotomie du post-partum) Démonstration : technique standard pour LT/AL du post-partum à l'aide du modèle ZOË. Travaux de groupe : pratique des procédures LT/AL du post-partum. Questionnaire à mi stage. Revoir les activités de la journée.</p> <p>Devoir : lire les chapitres 10 et 12.</p>	<p>MATIN Agenda et activité d'ouverture Présentation/discussion : chapitre 10 (Récupération postopératoire et soins de suivi) Discussion : chapitre 12 (Fournir des services de qualité) Activité : élaboration des plans de mise en œuvre Evaluation de la formation Cérémonie de clôture.</p> <p style="text-align: center;">PAUSE DEJEUNER</p>

INSTRUCTIONS POUR UTILISER LE SIMULATEUR GYNECOLOGIQUE ZOË

Le simulateur gynécologique ZOË est un torse inférieur de femme adulte de grandeur nature (abdomen et bassin). C'est un outil pédagogique versatile qui a été développé pour assister les professionnels de la santé dans l'enseignement des procédés et compétences nécessaires à l'exécution de nombreuses procédures gynécologiques. Le modèle ZOË est idéal pour démontrer et pratiquer les tâches suivantes :

- Examen gynécologique bimanuel avec palpation de l'utérus normal et de l'utérus gravide
- Examen vaginal avec spéculum
- Identification visuelle d'un col normal et d'anomalies cervicales
- Hystérométrie
- Insertion et retrait du DIU
- Ajustement du diaphragme
- Inspection laparoscopique et ligature des trompes de Fallope (anneaux de Fallope ou autres clips)
- Minilaparotomie (ligature tubaire d'intervalle et en post-partum)
- Traitement de l'avortement incomplet à l'aide de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

Contenu

Le simulateur gynécologique ZOË comprend les éléments suivants :

Eléments	Quantité
Utérus antéversé et rétroversé avec le dessus transparent, des accessoires pour des ligaments ronds et ovariens ainsi que des trompes de Fallope et orifice du col normal perméable pour l'examen gynécologique et l'insertion du DIU	2
Utérus de 6 à 8 semaines (avortement incomplet) avec orifice du col perméable dilaté, qui permet le passage d'une canule flexible de 5 ou 6 mm	1
Utérus de 10 à 12 semaines (avortement incomplet) avec orifice du col perméable dilaté qui permet le passage d'une canule flexible de 10 ou 12 mm	1
Utérus post-partum (taille de 20 semaines) avec les trompes de Fallope attachées pour pratiquer l'occlusion des trompes post-partum par minilaparotomie	1
Cols (non-perméables) à utiliser pour la reconnaissance visuelle : <ul style="list-style-type: none">• Col normal• Col avec prolifération d'épithélium prismatique (ectropion)• Col avec kyste d'inclusion (de Naboth) et polype endocervical• Col avec lésion (cancer)	1 1 1 1
Ligaments simulés ronds et ovariens (un jeu de 2 pour chacun)	4
Pavillons tubaires et ovariens normaux (2 de chaque)	4
Trompes de Fallope pour ligature des trompes	10
Cols normaux supplémentaires avec col perméable pour l'insertion/retrait du DIU	4
Cols supplémentaires pour des utérus de 6 à 8 semaines et de 10 à 12 semaines (2 de chaque taille)	4
Fines rondelles de verrouillage cervical	3
Lampe de poche avec piles	1
Sac portable en nylon	1

Peau externe

La **peau externe du modèle** est renforcée par de la mousse pour simuler l'impression de la paroi antérieure pelvienne. Toute la peau extérieure peut être détachée pour que le modèle puisse être utilisé aux fins de démonstration (par exemple, insertion du DIU).

Une incision de 3 cm (renforcée à chaque bout) située juste **en-dessous** du nombril permet d'insérer un laparoscope pour visualiser l'utérus, les ligaments ronds, les ovaires, les trompes de Fallope et pratiquer la ligature des trompes par laparoscopie. Cette incision peut également être utilisée pour pratiquer la ligature de trompes post-partum par la minilaparotomie.

Une incision de 3 cm est située quelques centimètres **au-dessus** de la symphyse pubienne pour les exercices de LT/AL par minilaparotomie d'intervalle. Cette incision est également renforcée pour permettre d'écarter la peau afin de faciliter la démonstration de la technique de LT/AL par minilaparotomie.

Cols

Les cols **normaux** ont une ouverture elliptique située au centre qui permet l'insertion d'un hystéromètre, d'un élévateur utérin ou d'un DIU. Les cols **anormaux** ne sont pas perméables (ouverts) et peuvent être utilisés seulement pour la démonstration. Chacun des cols pour le traitement de l'avortement incomplet est pourvu d'une ouverture elliptique située au centre qui est dilatée pour permettre le passage d'une canule flexible de 5 ou 6 mm ou de 10 ou 12 mm respectivement.

Les cols normaux et les utérus interchangeables sont dotés d'un modèle breveté en forme d'écrou pour pouvoir les changer facilement et rapidement.

Assemblage

Pour utiliser le modèle gynécologique ZOË pour des démonstrations ou pour apprendre initialement comment changer les pièces (par exemple, cols et utérus), il faut savoir comment enlever la peau.

Retirer et remplacer la peau et le renforcement en mousse

Tout d'abord, retirez soigneusement la peau extérieure et sa doublure en mousse de la base rigide au bout du modèle. (Se rapporte à la partie de ZOË la plus proche de la poignée en métal située au-dessus du nombril.)

Retirez des jambes la peau et sa doublure, en allant vers le haut et une jambe à la fois.

Allez aussi délicatement et soigneusement que possible. La peau détachable est faite d'un matériel avec une texture qui ressemble à celle de la peau et elle peut se déchirer.

Si vous désirez changer l'utérus antéversé et le col normal qui sont en place quand ZOË sort de son emballage, il faut d'abord retirer l'utérus.

Commencez par tirer des parois les ligaments ronds.

Puis, en tenant l'utérus d'une main, tournez le *large anneau gris* en sens inverse des aiguilles d'une montre jusqu'à ce que le col et le corps utérin soient détachés.

Guide des participants

Pour enlever le *col*, tournez le *mince* anneau gris en sens inverse des aiguilles d'une montre jusqu'à ce qu'il se détache.

On peut alors sortir le col en le poussant vers la sortie du vagin.

Pour **réassembler** les pièces, il suffit d'inverser l'ordre des étapes.

Pour remettre la peau et sa doublure, commencez par recouvrir les jambes.

Ensuite, assurez-vous que l'ouverture rectale est bien alignée avec l'ouverture de la base rigide.

Tirez la peau et sa doublure vers le haut du modèle.

Enfin, assurez-vous que la peau et sa doublure sont bien étirées autour de la base rigide, et que la peau est bien alignée avec la mousse.

Une fois que vous êtes habitué à la façon dont les pièces anatomiques de ZOË sont assemblées, nous vous suggérons de faire les échanges de pièces à travers cette ouverture sur le haut du modèle. Ceci aide à préserver la couverture externe de ZOË, du fait qu'elle ne sera retirée que lors des démonstrations ou s'il faut changer l'utérus post-partum (taille de 20 semaines).

Les utérus antéversés et rétroversés ont une partie supérieure transparente et une partie inférieure opaque pour utiliser lors de la démonstration de l'insertion du DIU. Ces utérus sont soutenus par des ligaments ronds attachés à la paroi pelvienne. Les ligaments ronds, les ovaires et les trompes de Fallope sont détachables.

Retirer l'utérus :

- Dévisser l'anneau de verrouillage le plus large attaché à l'utérus en **tournant dans le sens contraire des aiguilles d'une montre**.

Retirer le col :

- Dévisser l'anneau de verrouillage le plus étroit tout en haut à l'extérieur du haut du vagin.
- Le col devrait être poussé à travers le vagin et retiré de l'orifice du vagin.

Pour **réassembler**, procéder dans le sens contraire.

Effectuer les procédures

Examen au spéculum :

- Avant d'insérer le spéculum, le tremper dans de l'eau propre légèrement savonneuse. (Cela rend l'insertion du spéculum plus facile.)
- Pour visualiser le col, insérer entièrement le spéculum, le positionner postérieurement (car comme chez la femme, le vagin sur le modèle ZOË est positionné postérieurement), **puis** ouvrir entièrement les valves du spéculum.
- Pour augmenter le diamètre de l'ouverture, utiliser la vis à pouce du spéculum.

Passage des instruments (hystéromètre, élévateur utérin, dilateur ou canule) à travers l'orifice du col :

- Appliquer une petite quantité d'eau propre contenant **une ou deux gouttes** d'une solution savonneuse sur le col (tout comme vous appliqueriez avec une solution antiseptique chez une cliente). Cela permettra le passage plus facile des instruments par l'orifice du col.

L'hystérométrie, l'insertion du DIU et la minilaparotomie d'intervalle ou la laparoscopie : utiliser soit l'utérus normal (sans grossesse) antéversé ou rétroversé avec un col à orifice ouvert.

LT/AL par minilaparotomie en post-partum (ligature tubaire) : utiliser l'utérus post-partum (taille de 20 semaines) avec un col à orifice ouvert.

Traitement de l'avortement incomplet en utilisant l'AMIU : utiliser soit un utérus de 6 à 8 semaines soit un utérus de 10 à 12 semaines (avortement incomplet) avec un col de taille appropriée.

Soin et entretien du simulateur

- ZOË est construit avec un matériel qui a une texture similaire à celle de la peau. Aussi, il convient d'utiliser les mêmes techniques en douceur avec le modèle qu'on utiliserait avec une cliente.
- Pour éviter de déchirer la peau de ZOË lors de l'examen gynécologique, utiliser une solution savonneuse diluée pour lubrifier les instruments et les doigts gantés.
- Nettoyer le simulateur après chaque séance de formation en utilisant une solution contenant un détergent doux ; rincer avec de l'eau propre.
- **NE PAS** écrire sur ZOË avec un feutre ou stylo, car il est possible que ces marques ne puissent pas être enlevées.
- **NE PAS** utiliser d'alcool, d'acétone ou de Bétadine ou tout autre antiseptique contenant de l'iode sur ZOË. Ils abîmeront ou tâcheront la peau.
- Garder ZOË dans le sac de transport et le sac en plastique fournis avec le kit.
- **NE PAS** emballer ZOË dans d'autres sacs en plastique, des journaux, des emballages plastiques ou tout autre type de matériel, qui pourraient décolorer la peau.

QUESTIONNAIRE PREALABLE

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

COUNSELING

- | | | |
|--|-------|---|
| 1. Le counseling assure que la cliente comprend les avantages, les risques, les implications et les alternatives de la ligature des trompes. | _____ | Objectif du participant 2
(Chapitre 2) |
| 2. La période immédiate en post-partum peut être le meilleur moment pour la femme de décider d'effectuer une LT/AL par minilaparotomie du post-partum. | _____ | Objectif du participant 2
(Chapitre 2) |
| 3. Le prestataire est la personne la mieux placée pour décider de la méthode que la cliente va utiliser. | _____ | Objectif du participant 2
(Chapitre 2) |

INDICATIONS, CONDITIONS DEMANDANT DES PRECAUTIONS

- | | | |
|---|-------|--|
| 4. La stérilisation ne dure que 10 ans après que les trompes aient été occluses. | _____ | Objectifs du participant 3
(Chapitres 1 et 4) |
| 5. Une femme qui est certaine de ne plus vouloir d'enfants est une bonne candidate pour une ligature des trompes | _____ | Objectifs du participant 3
(Chapitres 1 et 4) |
| 6. On peut faire une ligature tubaire par la minilaparotomie à une femme avec un diabète contrôlé. | _____ | Objectifs du participant 3
(Chapitres 1 et 4) |
| 7. Un utérus rétroversé (postérieur) est une contre-indication pour la ligature tubaire par minilaparotomie. | _____ | Objectifs du participant 3
(Chapitres 1 et 4) |
| 8. Une hémorragie anté-partum est un facteur pour décider de vérifier le taux d'hémoglobine avant d'effectuer la LT/AL par minilaparotomie post-partum. | _____ | Objectifs du participant 3
(Chapitre 4) |

BILAN DE LA CLIENTE

- | | | |
|---|-------|--|
| 9. Un agent paramédical formé peut vérifier les antécédents en utilisant une Liste de vérification. | _____ | Objectifs du participant 4
(Chapitre 5) |
| 10. Des examens de laboratoires approfondis sont nécessaires avant la minilaparotomie. | _____ | Objectifs du participant 4
(Chapitre 5) |

PREVENTION DES INFECTIONS

- | | | |
|---|-------|--|
| 11. Les instruments décontaminés et nettoyés peuvent être stérilisés en les faisant bouillir dans de l'eau pendant 20 minutes. | _____ | Objectifs du participant 5
(Chapitre 6) |
| 12. Pour minimiser la transmission du VHB ou VIH au personnel durant le processus de nettoyage, tous les instruments souillés devraient d'abord être trempés dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes. | _____ | Objectifs du participant 5
(Chapitre 6) |
| 13. Les instruments désinfectés à haut niveau peuvent être utilisés pour la minilaparotomie lorsque la stérilisation par autoclave n'est pas disponible. | _____ | Objectifs du participant 5
(Chapitre 6) |

ANESTHESIE

- | | | |
|--|-------|---|
| 14. Le soutien verbal de la part du chirurgien et du personnel infirmier minimise la peur et l'inconfort de la cliente. | _____ | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 15. Il n'est pas nécessaire de prendre les signes vitaux de base de la cliente en minilaparotomie d'intervalle. | _____ | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 16. La plupart des clientes ont besoin d'une anesthésie para-cervicale (injection d'une petite quantité d'un anesthésique local) avant l'insertion de l'élévateur. | _____ | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 17. Après avoir injecté l'anesthésie locale, le chirurgien devrait attendre 2 à 3 minutes avant d'inciser. | _____ | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 18. L'utilisation d'un moindre volume de lignocaïne/xylocaïne à 2% fournit une meilleure anesthésie qu'un volume plus élevé à 1%. | _____ | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |

SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

- | | | |
|--|-------|---|
| 19. Une femme ayant eu une LT/AL par minilaparotomie et qui n'a pas ses règles devrait retourner à la clinique car il est possible qu'elle ait un déséquilibre hormonal. | _____ | Objectifs du participant 10 (Chapitre 10) |
| 20. Il est plus probable que des complications sérieuses liées à l'anesthésie surviennent chez des clientes sous sédation profonde. | _____ | Objectif du participant 9 (Chapitre 11) |
| 21. Il n'est pas crucial que la cliente vide sa vessie avant d'exécuter la LT/AL par minilaparotomie | _____ | Objectif du participant 9 (Chapitre 11) |

STAGE DE FORMATION EN LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE : MATRICE D'EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

Stage : _____ Dates : _____ Formateurs : _____

N° de Question	REPONSES CORRECTES (Participants)												CATEGORIES	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1														COUNSELING
2														INDICATIONS ET PRECAUTIONS
3														
4														
5														
6														
7													BILAN DE LA CLIENTE	
8														
9														
10													PREVENTION DES INFECTIONS	
11														
12														
13														
14														
15													ANESTHESIE	
16														
17														
18													SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS	
19														
20														

COMMENT APPREND-ON ?²

A la fin de cette séance, le participant saura dire comment les adultes apprennent et appliquent cette information de façon à atteindre l'objectif de la séance. Le participant pourra :

- Comparer les méthodes d'apprentissage classique (école) et pratique (apprendre en faisant)
- Donner les trois étapes de l'acquisition des compétences cliniques
- Décrire les principes de l'apprentissage

COMPARAISON DES METHODES DE FORMATION CLASSIQUE (ECOLE) ET PRATIQUE (APPRENDRE EN FAISANT)

- Les caractéristiques de l'enseignement classique (école) incluent les exemples suivants :
 - Structuré
 - Le formateur semble se croire meilleur que les étudiants
 - L'information est généralement théorique
 - Peu ou pas d'interaction ou de participation de la part des étudiants
 - Peu de questions de la part des étudiants
- Les caractéristiques de la formation pratique (par exemple, la manière dont un sculpteur sur bois apprendrait à ses enfants à sculpter le bois) :
 - Absence de formalité
 - C'est amusant d'apprendre (peu de stress)
 - C'est en forgeant qu'on devient forgeron (pratique)
 - A caractère participatif (le formateur et le stagiaire sont des partenaires)
 - Interactive (questions allant dans les deux sens)
- La méthode pratique consiste davantage à **encadrer** qu'à enseigner comme à l'école.
- L'insertion ou le retrait des implants, constitue un bon exemple où l'encadrement est la méthode de formation qui convient.

COMMENT APPREND-ON ?

- La formation doit être **pertinente**. Les expériences pédagogiques devraient être en relation directe avec les responsabilités qu'ont les participants dans leur travail.
- Les participants à la formation sont souvent des stagiaires **très motivés** :
 - Ils désirent améliorer leur prestation de travail
 - Ils désirent apprendre
 - Ils désirent améliorer leur vie

² Adapté de: Sullivan., R., et al. 1995. *Compétences en formation clinique pour les professionnels en santé de la reproduction*. Corporation Jhpiego: Baltimore, Maryland.

Guide des participants

- Les adultes ressentent **le besoin de participer** pendant la formation. Cela peut se faire en :
 - Permettant aux participants de donner leur avis en ce qui concerne l'emploi du temps, les activités et les autres événements
 - Utilisant des questions et en donnant du feedback
 - Organisant des séances de brainstorming et de discussions
 - Prévoyant des travaux pratiques
 - Réalisant des travaux de groupe et individuels
 - Faisant des activités ou des jeux en salle de classe
- Les adultes ont besoin de **diversité** que l'on peut créer en :
 - Variant l'emploi du temps
 - Utilisant toute une série d'aides audio-visuelles
 - Diapositives
 - Cassettes vidéo
 - Transparents et rétroprojecteur
 - Blocs géants ou tableau noir (flip charts)
 - Modèles ou véritables objets
 - Utilisant toute une gamme de méthodes pédagogiques :
 - Exposé avec exemples
 - Démonstrations
 - Activités en petit groupe
 - Discussions en groupe
 - Jeux de rôle et études de cas
 - Conférenciers invités
- Les adultes ont besoin de recevoir **un feedback positif**. Un feedback positif consiste à indiquer aux participants ce qu'on pense de leur performance et à leur fournir cette information de manière positive. Le formateur apporte un feedback positif lorsqu'il utilise un ou plusieurs des comportements suivants :
- Féliciter quelqu'un à haute voix, soit devant les autres participants soit en face à face
- Reconnaître une bonne réponse à une question :
 - C'est correct!
 - Bonne réponse!
 - En voilà une excellente réponse!
- Reconnaître un travail compétent pendant qu'on encadre des travaux cliniques :
 - Très bon travail!
 - J'aimerais que tout le monde note l'incision qui vient d'être faite. Irène a fait un excellent travail et vos incisions devraient ressembler à celle-ci.

- Indiquer aux participants s'ils sont sur la bonne voie vers la réalisation des objectifs de l'apprentissage.
- Le formateur clinique devrait savoir que les participants peuvent venir à une formation avec un certain nombre de **préoccupations personnelles** :
 - Crainte de l'échec ou d'être embarrassés
 - Peur de ne pas être au même niveau que les autres participants
 - Peur de ne pas s'entendre avec le formateur
 - Peur de ne pas comprendre le contenu
 - Peur de ne pas arriver à maîtriser les compétences
- Le formateur clinique doit tenir compte de ces préoccupations et commencer le stage par un exercice qui permette à tous les participants de faire connaissance dans un climat rassurant et positif.
- Les adultes préfèrent être traités comme des individus ayant des **antécédents, des expériences et des besoins d'apprentissage uniques et particuliers**. Le formateur clinique peut respecter ce sentiment d'individualité en adoptant une ou plusieurs des méthodes suivantes :
 - Appeler aussi souvent que possible les participants par leurs noms
 - Faire participer tout le monde aussi souvent que possible
 - Traiter les participants avec respect
 - Permettre aux participants de partager des informations entre eux pendant les séances didactiques et cliniques
- Pour répondre aux exigences d'une formation clinique, les participants ont besoin de préserver leur **amour-propre**. Le respect de la part du formateur clinique, ce qui veut dire éviter de donner un feedback négatif, est essentiel au maintien de l'amour-propre et de la confiance des participants en cours d'apprentissage.
- Le formateur clinique doit maintenir le **niveau élevé d'attente** chez les participants en :
 - Réalisant un stage de formation qui renforce et qui ne diminue pas l'amour-propre des participants et leur sens de la compétence
 - Exigeant une performance de haut niveau de lui-même ainsi que de ses collègues formateurs
 - Permettant aux participants d'apprendre à connaître et à respecter le formateur
 - Comprenant et en reconnaissant les progrès des participants dans leurs carrières
- Tous les participants ont des **besoins personnels** durant la formation : des pauses en temps voulu, une ventilation aussi bonne que possible, un éclairage adéquat et un environnement comportant le moins de distractions possible diminuent la tension et créent une atmosphère positive.

ETAPES DANS L'APPRENTISSAGE DES COMPETENCES CLINIQUES

1. **L'acquisition de la compétence** est la première étape de l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou activité clinique. Il faut une ou plusieurs séances pratiques pour apprendre à effectuer les étapes nécessaires et suivre la séquence (le cas échéant) dans laquelle il faut les exécuter. Une assistance et un encadrement sont nécessaires pour arriver à une exécution correcte de la compétence ou de l'activité.
2. **La maîtrise de la compétence** est une étape intermédiaire de l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou activité clinique. Le participant est capable d'exécuter les étapes requises dans la bonne séquence (le cas échéant) mais ne sait peut-être pas passer d'une étape à une autre de façon efficace.
3. **La maîtrise parfaite de la compétence** représente la phase finale dans l'apprentissage d'une compétence ou d'une activité clinique. Le participant effectue les étapes de façon précise et efficace et dans la bonne séquence (le cas échéant).

PRINCIPES DE L'APPRENTISSAGE (CLES DU SUCCES)

- C'est en forgeant qu'on devient forgeron. **Compétence** signifie **répétition**.
- Plus le contenu est **réaliste**, plus l'apprentissage est productif.
- L'apprentissage est :
 - Plus productif lorsque le participant est **prêt à apprendre** (C'est au formateur clinique de créer un climat qui motive les participants)
 - Plus productif lorsqu'il **part de** ce que le participant sait déjà ou de son expérience
 - Plus facile lorsque le participant sait **ce qu'il est supposé apprendre**
 - Plus amusant si on utilise toute une **gamme** de méthodes et de techniques pédagogiques

FICHES D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET LE COUNSELING POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

UTILISER LES FICHES D'APPRENTISSAGE

Les fiches d'apprentissage sont conçues pour aider les participants à apprendre les tâches ou les activités dans les domaines suivants :

- Offrir le counseling pour la LT/AL par minilaparotomie
- Exécuter une ligature des trompes sous anesthésie locale par minilaparotomie.

Il existe 4 fiches d'apprentissage dans le guide du participant :

- **Fiches d'apprentissage pour les compétences en counseling en matière de LT/AL par minilaparotomie**
- **Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques en matière de LT/AL par minilaparotomie d'intervalle**
- **Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques en matière de LT/AL par minilaparotomie en post-partum**
- **Fiches d'apprentissage pour les compétences des assistants en matière de LT/AL par minilaparotomie**

Chaque Fiche d'apprentissage contient la séquence des tâches effectuées par le conseiller et le clinicien lorsqu'ils exécutent la procédure de **LT/AL par minilaparotomie**.

Ces tâches correspondent aux chapitres en question dans le manuel de référence ainsi que dans la vidéo de formation. Ainsi, le participant peut facilement revoir les informations importantes.

On ne s'attend pas à ce que le participant réalise correctement toutes les tâches/activités la première fois qu'il/qu'elle s'exerce. En fait, les fiches d'apprentissage visent à :

- Aider le participant à acquérir les étapes correctes et la séquence dans laquelle elles devraient être exécutées (**acquisition de la compétence**)
- Mesurer l'apprentissage progressif en petites étapes au fur et à mesure que le participant prend confiance et acquiert les aptitudes (**maîtrise de la compétence**)

Avant d'utiliser les **Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques et le counseling pour la LT/AL par minilaparotomie**, le formateur clinique reverra de façon complète l'évaluation préopératoire et la procédure de LT/AL minilaparotomie avec les participants en utilisant la vidéo de formation. En outre, chaque participant aura l'occasion d'assister à une démonstration de counseling ou à une procédure de minilaparotomie effectuée sur le modèle gynécologique ZOË et/ou observera l'activité étant effectuée chez une cliente dans la clinique. Aussi, lorsque le groupe se répartira en équipes pour commencer à pratiquer et à noter (critiquer) la prestation de leurs collègues, chaque participant sera familier avec le processus pour exécuter une LT/AL minilaparotomie, y compris l'utilisation de l'anesthésie verbale (verbacaine).

Guide des participants

Utilisées de façon constante, les Fiches d'apprentissage permettent à chaque participant de noter ses progrès et d'identifier les domaines qu'il faut améliorer. En outre, elles visent à rendre la communication entre le participant et le formateur clinique (encadrement et feedback) plus facile et plus utile. En utilisant les fiches d'apprentissage, il est important que le participant et le formateur clinique travaillent ensemble en équipe. Par exemple, **avant** que le participant ne cherche à réaliser la tâche ou l'activité pour la première fois, le formateur clinique (ou la personne qui critique le participant si ce n'est pas le formateur clinique) devrait rapidement passer en revue les étapes à suivre et discuter du but visé. De plus, immédiatement **après** la réalisation de la tâche ou de l'activité, le formateur clinique/la personne qui critique devrait faire le point avec le participant. Cela permet de donner un **feedback positif** aux équipes sur les progrès faits et de définir les domaines qu'il faudra améliorer (connaissances, attitudes ou pratiques) lors des séances ultérieures de travaux pratiques.

Vu que les Fiches d'apprentissage sont utilisées pour aider à développer les compétences, il est important que la notation (le score) se fasse attentivement et aussi objectivement que possible. La prestation du participant à chaque étape est notée sur une échelle composée de trois points, comme suit :

1. **Doit être améliorée** : étape ou tâche n'a pas été effectuée correctement ou dans la bonne séquence (si nécessaire) ou a été omise
2. **Exécutée de manière compétente** : étape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
3. **Exécutée avec maîtrise** : étape ou tâche effectuée de façon efficace et précise et dans la bonne séquence (si nécessaire)

Utiliser les Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques en LT/AL par minilaparotomie pour les chirurgiens et les assistants : Ces fiches doivent être utilisées durant les travaux pratiques avec les modèles anatomiques (modèle gynécologique) et durant les séances d'observation et d'exercices en salle d'opération.

Exemples de la manière dont les Fiches d'apprentissage peuvent être utilisés à différents moments durant le stage :

- Au départ, les participants peuvent utiliser les Fiches d'apprentissage pour suivre les étapes lorsque le formateur clinique joue un jeu de rôle concernant l'évaluation préopératoire d'une cliente ou démontre les étapes de la procédure de LT/AL par minilaparotomie à l'aide d'un modèle gynécologique.
- Par la suite, pendant les séances pratiques en salle de classe, les Fiches servent de guides étape par étape pour le participant alors qu'il pratique ses connaissances en utilisant le modèle gynécologique ou conseille une cliente volontaire. Durant cette phase, les participants travaillent en équipe. (Un participant pratique la tâche ou activité en qualité de « prestataire de services », pendant que l'autre participant utilise la Fiche d'apprentissage pour évaluer ses performances ou donner des conseils à chaque étape au « prestataire de services » si nécessaire). Durant cette phase initiale de formation, le(s) formateur(s) clinique(s) circule(nt) entre les groupes de participants pour voir comment ils progressent et vérifie(nt) que les participants suivent bien les étapes mentionnées dans les Fiches d'apprentissage.

- Une fois que les participants réalisent avec confiance la procédure sur les modèles, ils peuvent utiliser la Fiche d'apprentissage pour noter leur performance mutuelle. Cet exercice peut servir de point de discussion pendant une conférence clinique **avant** que les participants ne fournissent des services à des clientes.
- Pour les séances de pratique clinique avec les clientes, les participants se remettent à nouveau par deux. Là aussi, un participant (prestataire de services) réalise la procédure pendant que l'autre observe et utilise les fiches d'apprentissage pour rappeler au « prestataire de services » les étapes qu'il a omises. Durant cette phase, le formateur clinique est toujours présent dans la clinique pour superviser la rencontre initiale avec la cliente pour chaque participant. Par la suite, selon les circonstances, il/elle circule entre les groupes de participants pour s'assurer qu'il n'y a pas de problèmes, tout en les encadrant lorsqu'ils réalisent les activités/tâches.

Rappel : cette formation vise à ce que **chaque** participant réalise correctement **chaque** tâche ou activité avec les clientes avant la fin du stage.

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES EN COUNSELING POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

(A utiliser par les Participants)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée selon l'échelle suivante :

1. **Doit être améliorée** : Etape ou tâche n'a pas été effectuée correctement ou dans la bonne séquence (si nécessaire) ou a été omise
2. **Exécutée de manière compétente** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
3. **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire)

Participant _____ Dates du stage _____

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES EN COUNSELING POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
Entretien INITIAL (Zone de réception des clientes)					
1. Accueillir la femme avec respect et amabilité.					
2. Obtenir des informations biographiques (nom, adresse, etc.).					
3. Définir le but de la visite et répondre aux questions.					
4. Fournir des informations générales sur la planification familiale.					
5. Renseigner la femme sur les choix contraceptifs disponibles et les avantages risques/limites de chacun.					
6. Expliquer la différence entre la contraception réversible et permanente.					
7. Corriger les fausses rumeurs ou les informations erronées sur toutes les méthodes.					
8. Expliquer ce qui se passera pendant la visite.					
9. Vérifier que l'entretien se déroule en privé.					
10. Demander à la cliente quels sont ses projets sur le plan de la reproduction (est-ce qu'elle désire espacer ou limiter les naissances ?) et ses besoins pour se protéger contre autres IST/VIH/SIDA.					
11. Discuter des besoins, préoccupations et craintes de la cliente de manière attentive et empathique.					
12. Aider la cliente à commencer à choisir une méthode appropriée.					
Si la cliente choisit la LT/AL par minilaparotomie : COUNSELING SPECIFIQUE A LA METHODE (Zone de counseling)					
1. Faire un bilan attentif de la cliente pour être sûr qu'il n'existe pas de conditions médicales qui pourraient s'avérer être un problème (remplir la fiche pour le bilan de la cliente).					
2. Discuter clairement des avantages de la LT/AL par minilaparotomie. Insister sur le fait que c'est une méthode permanente mais qu'il existe un faible risque d'échec.					
3. Expliquer combien il est important que l'époux participe à la décision d'opter pour la LT/AL.					
4. Expliquer que la LT/AL par minilaparotomie ne protège pas contre les IST/VIH/SIDA. (Si la cliente est à risque, il se peut qu'elle ait besoin d'utiliser la double protection.)					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES EN COUNSELING POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE				
TACHE/ACTIVITE	CAS			
5. Expliquer les complications communes de la procédure chirurgicale et s'assurer qu'elles soient bien comprises.				
6. Expliquer la procédure chirurgicale et ce à quoi il faut s'attendre pendant et après.				
7. Discuter de la programmation de la procédure et du besoin possible de contraception avant la procédure de SV.				
8. Obtenir la signature ou une empreinte digitale de la cliente sur le formulaire de consentement éclairé				
AVANT LA PROCEDURE (Zone d'examen/Procédure)				
1. Revoir l'anamnèse et l'examen physique de la cliente pour s'assurer qu'elle est une bonne candidate.				
2. Vérifier l'identité de la cliente et s'assurer qu'un consentement informé a été obtenu.				
3. Expliquer qu'elle va éprouver une légère douleur durant la procédure et qu'elle devrait signaler à l'un des membres de l'équipe si elle éprouve une gêne à n'importe quel moment.				
APRES LA PROCEDURE (Zone de récupération)				
1. Après que la sédation se soit dissipée, donner des instructions post-opératoires, oralement et par écrit si nécessaire. Demander à la cliente de répéter les instructions.				
2. Discuter de ce qu'il faut faire si la cliente a un problème quelconque.				
3. Programmer une visite de suivi dans les 7 jours.				
4. Discuter des arrangements pour la sortie (c'est à dire, personne accompagnant la cliente chez elle).				
5. Assurer la cliente qu'elle peut revenir dans la même clinique à n'importe quel moment pour des conseils ou pour tout autre besoin médical.				
6. Répondre aux questions de la cliente.				
7. Compléter le dossier de la cliente.				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE

(A utiliser par les Participants)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée selon l'échelle suivante :

1. **Doit être améliorée** : Etape ou tâche n'a pas été effectuée correctement ou dans la bonne séquence (si nécessaire) ou a été omise
2. **Exécutée de manière compétente** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
3. **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire)

Participant _____ Dates du stage _____

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
SE PREPARER					
1. Mettre L'EPP chirurgical.					
2. Accueillir la cliente avec respect, établir un rapport cordial et vérifier son identité.					
3. Revoir les antécédents de la cliente et les résultats des examens.					
4. Vérifier que le consentement éclairé en connaissance de cause a été obtenu.					
5. Vérifier que la cliente s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
6. Vérifier que la cliente a récemment vidé sa vessie.					
7. Si l'on va utiliser une prémédication intramusculaire, la donner 25 à 30 minutes avant la procédure. Si la voie orale est utilisée, administrer les médicaments 45 à 60 minutes avant la procédure.					
TACHES PRE-OPERATOIRES					
1. Mettre l'EPP à la cliente (lui enlever ses habits et lui mettre une blouse et un bonnet).					
2. Aider la cliente à se mettre sur le dos sur la table d'opération.					
3. Vérifier la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et du plateau pour les urgences.					
4. Prendre les signes vitaux et les noter.					
5. Donner une médication intraveineuse, si nécessaire (dose initiale ou maximum selon le poids de la cliente).					
6. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.					
7. Placer la cliente dans une position gynécologique.					
8. Mettre des gants d'examen propres.					
9. Faire doucement un examen pelvien bi-manuel pour déterminer la taille, la position, la mobilité et la forme de l'utérus et vérifier qu'il n'y a pas d'anomalie pelvienne.					
10. Insérer un spéculum vaginal pour visualiser le col.					
11. Appliquer soigneusement une solution antiseptique sur le col et le vagin à deux reprises.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE				
TACHE/ACTIVITE	CAS			
12. Insérer l'élévateur utérin en utilisant la technique « sans toucher ». Utiliser la pince de Pozzi pour visualiser le col si nécessaire.				
13. Retirer le spéculum vaginal avec précaution sans déloger l'élévateur utérin et le placer dans une solution de chlore à 0,5% pour la décontamination.				
14. Déterminer la hauteur du fond utérin en appuyant doucement sur le manche exposé de l'élévateur utérin et en palpant l'abdomen.				
15. Choisir l'endroit de l'incision environ 1 cm en dessous du fond utérin ou la largeur de deux doigts (environ 3 cm) au-dessus de la symphyse pubienne, s'il n'a pas été possible de palper le fond.				
16. Positionner les jambes de la cliente à plat sur la table d'opération avec le manche de l'élévateur entre ses cuisses.				
17. Immerger les deux mains gantées brièvement dans une solution de chlore, les retirer en les retournant et les placer dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
18. Faire un lavage chirurgical (3 à 5 minutes) et revêtir une blouse chirurgicale propre ou stérile.				
19. Mettre des gants stériles aux deux mains.				
20. Appliquer à deux reprises une solution antiseptique sur la zone de l'incision en utilisant des mouvements circulaires en s'éloignant du centre (du site de l'incision).				
21. Couvrir la cliente pour la procédure.				
22. Parler continuellement avec la cliente (anesthésie verbale) et surveiller les signes vitaux pendant la procédure.				
PROCEDURE DE MINILAPAROTOMIE				
Anesthésie locale				
1. Infiltrer doucement la peau au centre du site de l'incision en utilisant de la xylocaïne/lignocaïne à 1% (ou un équivalent) dans une seringue de 10 ou 20 ml stérilisée ou désinfectée à haut niveau (dose 5 mg/kg).				
2. En commençant au centre du site prévu pour l'incision, administrer l'anesthésique local (environ 3 à 5 ml sans dépasser 10ml) juste en dessous de la peau le long des deux côtés de la ligne d'incision.				
3. Recommencant au milieu de la ligne d'incision, insérer l'aiguille dans l'aponévrose à un angle de 45°, en dirigeant l'aiguille légèrement au-dessus de la ligne d'incision.				
4. Aspirer pour s'assurer que l'aiguille n'est pas entrée dans un vaisseau sanguin ; retirer alors lentement l'aiguille, tout en injectant 3 à 5 ml de xylocaïne/lignocaïne à 1%. (Répéter l'injection sur l'autre côté de la ligne d'incision.)				
5. Insérer l'aiguille verticalement à travers l'aponévrose des muscles grands droits jusqu'au péritoine, et aspirer et injecter 1 à 2 ml d'anesthésique dans la couche du péritoine.				
6. Retirer l'aiguille et la placer dans un endroit sûr pour éviter des piqûres d'aiguille accidentelles.				
7. Masser doucement la peau pour diffuser l'anesthésique dans les tissus.				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
8. Tester le site de l'incision avec la pince sans griffes pour voir si l'anesthésie est adéquate. (Si la cliente se sent pincée, attendre 2 à 3 minutes et re tester l'endroit de l'incision.)					
Ouverture de la paroi abdominale					
9. Faire une incision horizontale de la peau supra-pubienne d'environ 3 à 5 cm de long à l'endroit présélectionné de l'incision, à environ 1 cm en dessous du fond de l'utérus ou à 3 cm (2 doigts) au-dessus de la symphyse pubienne.					
10. Disséquer doucement les tissus sous-cutanés avec la pointe des ciseaux. Utiliser les écarteurs si nécessaire.					
11. Identifier et saisir l'aponévrose à deux endroits avec une pince d'Allis et la couper en sens transversal avec des ciseaux.					
12. Séparer les muscles grands droits dans la partie médiane (en sens longitudinal) par une dissection non-traumatique utilisant une pince hémostatique et enlever le tissu pré péritonéal si besoin est.					
13. Insérer les écarteurs horizontalement pour exposer le péritoine et le saisir avec les pinces. Si la femme éprouve de la douleur, fournir d'avantage d'anesthésique local par instillation. (Sans dépasser 10ml).					
14. Confirmer l'identification du péritoine. Eloigner l'intestin ou d'autre tissu abdominal du site prévu pour l'entrée.					
15. Tout en élevant le péritoine avec la pince, faire une petite incision dans le péritoine avec les ciseaux.					
16. Elargir l'ouverture verticalement avec des ciseaux, placer une pince hémostatique sur les bords supérieurs et inférieurs du péritoine et repositionner les écarteurs (en sens longitudinal) dans la cavité abdominale.					
17. Utiliser les écarteurs pour éloigner le contenu de l'abdomen du site opératoire.					
Localiser les trompes de Fallope					
18. Appuyer doucement sur le manche de l'élévateur pour relever le fond de l'utérus en dessous de l'incision. (On peut placer la cliente en position Trendelenburg, avec la tête vers le bas, si besoin est.)					
19. Confirmer visuellement la présence du fond de l'utérus en dessous de l'endroit de l'incision.					
20. Tourner l'élévateur utérin sur son grand axe pour ramener successivement la corne et la trompe de Fallope, droite et gauche en dessous du site de l'incision.					
21. Confirmer visuellement la présence de la partie proximale de la trompe à l'endroit de l'incision.					
Saisir les trompes de Fallope : méthode des pinces					
22a. Insérer une pince de Babcock et saisir doucement la trompe de Fallope sans fermer la pince.					
22b. Identifier la partie médiane de la trompe et la saisir doucement avec la pince Babcock.					
22c. Ramener doucement la trompe à travers l'incision. (Ne pas fermer la pince. Eviter de saisir la corne.)					
22d. Identifier le pavillon de la trompe en faisant avancer la pince latéralement.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
Saisir les trompes de Fallope : méthode du crochet tubaire					
23a. Maintenir la pression vers le bas pour assurer que le fond de l'utérus reste en dessous de l'endroit de l'incision.					
23b. Insérer le crochet tubaire derrière l'utérus et avancer un bout du crochet en sens latéral jusqu'à ce qu'il soit positionné derrière le mésosalpinx.					
23c. Appuyer sur le manche du crochet contre la paroi abdominale jusqu'à ce que le crochet soit parallèle avec la paroi (plat).					
23d. Visualiser la partie médiane de la trompe, tenue par le crochet et la ramener dans l'incision.					
23e. Insérer une pince de Babcock et saisir doucement la trompe.					
23f. Utiliser la pince de Babcock pour saisir la partie médiane de la trompe et la ramener doucement à travers l'incision. Ne pas fermer la pince. (Eviter de saisir la corne.)					
23g. Identifier le pavillon de la trompe en faisant avancer la pince latéralement.					
Ligature des trompes					
24. Tout en saisissant la partie médiane de la trompe, placer un nœud libre (suture résorbable) autour d'une boucle de trompe de 1 à 2 cm (environ 3 cm de la corne) et faire un nœud serré.					
25. Sectionner la boucle de trompe avec des ciseaux en tenant la ligature et inspecter le moignon pour l'hémostase.					
26. Couper la ligature à 1 cm du moignon et lâcher la trompe, lui permettant ainsi de rentrer dans l'abdomen.					
27. Répéter la procédure sur l'autre côté pour la seconde trompe.					
Fermeture de la paroi (lorsque l'hémostase est assurée)					
28. Il n'est pas nécessaire de fermer le péritoine.					
29. Fermer les bords des muscles grands droits avec deux sutures en figure de huit.					
30. Fermer l'aponévrose en surjet.					
31. Fermer la peau.					
32. Mettre un pansement adhésif sur la plaie.					
TACHES POST OPERATOIRES					
1. Retirer l'élévateur utérin et le placer dans une solution chlorée à 0,5%. Vérifier qu'il n'y a pas de saignement vaginal excessif.					
2. S'assurer que la cliente est transférée en toute sécurité dans la zone postopératoire (zone de récupération).					
3. S'assurer que l'assistant aspire et rejette 2 à 3 fois la solution de chlore à 0,5%, avant d'éliminer l'aiguille et la seringue, (ne pas les désassembler) et les place dans un récipient imperforable. Mettre les autres objets piquants et tranchants (bistouris et aiguilles à suturer) dans le même récipient imperforable.					
4. S'assurer que l'assistant place les instruments dans une solution de chlore à 0,5 % pour les décontaminer et les fait tremper pendant 10 minutes.					
5. S'assurer que le linge souillé est mis dans un sac en plastique fermé avant d'être envoyé pour le nettoyage et la stérilisation.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES POUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
6. S'assurer que l'assistant élimine des déchets contaminés selon les directives de PI.					
7. Immerger brièvement les mains gantées dans une solution de chlore, les retirer soigneusement en les retournant et les placer dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
8. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les faire sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.					
9. S'assurer que la cliente est surveillée à intervalles réguliers et que les signes vitaux sont pris.					
10. Déterminer si la cliente est prête pour la sortie (au moins 2 heures après la médication intraveineuse).					
11. S'assurer que les instructions post-opératoires et le programme de suivi sont donnés à la cliente.					

**FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN
MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM**

(A utiliser par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée selon l'échelle suivante :

1. **Doit être améliorée** : Etape ou tâche n'a pas été effectuée correctement ou dans la bonne séquence (si nécessaire) ou a été omise
2. **Exécutée de manière compétente** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
3. **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire)

Participant _____ Dates du stage _____

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
SE PREPARER					
1. Mettre l'habillement chirurgical. (EPP)					
2. Accueillir la cliente avec respect et établir un rapport cordial.					
3. Revoir les antécédents de la cliente et les résultats des examens.					
4. Vérifier que le consentement éclairé en connaissance de cause a été obtenu et vérifier l'identité de la cliente.					
5. Vérifier que la cliente s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
6. Vérifier que la cliente a récemment vidé sa vessie.					
7. Si l'on doit utiliser une prémédication intra musculaire, la donner 25 à 30 minutes avant la procédure.					
TACHES PRE-OPERATOIRES					
1. Mettre l'EPP à la cliente (lui enlever ses habits et lui mettre une blouse et un bonnet).					
2. Aider la cliente à se mettre sur le dos sur la table d'opération.					
3. Vérifier la disponibilité des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et du plateau pour les urgences.					
4. Prendre les signes vitaux et les noter.					
5. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.					
6. Déterminer la hauteur du fond de l'utérus.					
7. Faire un lavage chirurgical des mains (3 à 5 minutes) et revêtir une blouse chirurgicale propre ou stérile.					
8. Mettre des gants stériles aux deux mains.					
9. Appliquer à deux reprises une solution antiseptique sur la zone de l'incision en utilisant des mouvements circulaires en s'éloignant du centre (site de l'incision).					
10. Couvrir la cliente pour la procédure.					
11. Parler continuellement avec la cliente (anesthésie verbale) et surveiller les signes vitaux pendant la procédure.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
PROCEDURE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE					
Anesthésie locale					
1. Choisir l'endroit et le type de l'incision (vertical ou sous ombilical semi-lunaire).					
2. Infiltrer doucement la peau au centre de l'incision, en utilisant un anesthésique local à 1% (par exemple, lignocaïne) dans une seringue de 10 ou 20 ml, stérile (la dose maximum ne doit pas excéder 200 mg).					
3. En commençant au centre de la ligne de l'incision présélectionnée, administrer un anesthésique local à 1% (environ 3 à 5 ml sans dépasser 10ml) juste en dessous de la peau, sur les deux bords de la ligne de l'incision.					
4. En commençant de nouveau au centre de la ligne de l'incision, insérer l'aiguille dans l'aponévrose à un angle de 45°, en dirigeant l'aiguille sur le bord supérieur de la ligne d'incision.					
5. Aspirer pour vérifier que l'aiguille n'a pas pénétré dans un vaisseau sanguin ; ensuite, retirer lentement l'aiguille en injectant 3 à 5 ml de lignocaïne. (Répéter le geste sur le bord inférieur de la ligne d'incision.)					
6. Retirer l'aiguille et la placer dans un endroit sûr pour éviter des piqûres d'aiguille accidentelles.					
7. Masser doucement la peau pour diffuser l'anesthésique dans les tissus.					
8. Tester le site de l'incision avec la pince sans griffes pour voir si l'anesthésie est adéquate. (Si la cliente se sent pincée, attendre 2 à 3 minutes et re-tester l'endroit de l'incision.)					
Ouverture de la paroi abdominale					
1. Faire une incision sous-ombilicale transverse dans la peau, d'environ 3 cm de long dans le post-partum immédiat ; on fait une incision verticale d'environ 3 à 5 cm de long dans la partie médiane à environ 1 cm en dessous du fond de l'utérus dépendant de l'involution utérine dans les 7 jours post-partum.					
2. Disséquer doucement les tissus sous-cutanés avec la pointe des ciseaux. Utiliser les écarteurs si nécessaire.					
3. Identifier et saisir l'aponévrose à deux endroits avec une pince d'Allis et la couper en sens transversal avec des ciseaux.					
4. En cas d'incision verticale, séparer les muscles grands droits dans la partie médiane (en sens longitudinal) par une dissection non-traumatique utilisant une pince hémostatique et enlever le tissu pré-péritonéal si besoin est.					
5. Insérer les écarteurs pour exposer le péritoine et le saisir avec les pinces.					
6. Si la femme éprouve de la douleur, fournir d'avantage d'anesthésique local par instillation.					
7. Confirmer l'identification du péritoine. Refouler l'intestin ou d'autre tissu abdominal du site prévu pour l'entrée.					
8. Tout en élevant le péritoine avec la pince, faire une petite incision dans le péritoine avec les ciseaux.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
9. Elargir l'ouverture verticalement avec des ciseaux, placer une pince hémostatique sur les bords supérieurs et inférieurs du péritoine et repositionner les écarteurs (en sens longitudinal) dans la cavité abdominale. (Placer la cliente en position Trendelenburg, avec la tête vers le bas, si besoin est.)					
10. Utiliser les écarteurs pour éloigner le contenu de l'abdomen du site opératoire.					
Localiser les trompes de Fallope					
11. Confirmer visuellement la présence du fond de l'utérus en dessous de l'endroit de l'incision.					
12. Avec les écarteurs en place, repositionner doucement l'incision au-dessus des annexes droites ou gauches en manipulant l'utérus à travers la paroi abdominale.					
13. Confirmer visuellement la présence de la partie proximale de la trompe à l'endroit de l'incision.					
Saisir les trompes de Fallope					
14. Identifier la partie médiane de la trompe et la saisir doucement avec la pince de Babcock.					
15. Ramener doucement la trompe à travers l'incision. (Ne pas fermer la pince et éviter de saisir la corne.)					
16. Identifier l'extrémité du pavillon de la trompe en faisant avancer la pince latéralement.					
Ligature des trompes					
17. Tout en saisissant la partie médiane de la trompe, placer un nœud libre (suture résorbable) autour d'une boucle de trompe de 1 à 2 cm (environ 3 cm de la corne) et faire un nœud carré.					
18. Exciser la boucle de trompe avec des ciseaux en tenant la ligature et inspecter le moignon pour l'hémostase.					
19. Couper la ligature à 1 cm du moignon et lâcher la trompe, lui permettant ainsi de rentrer dans l'abdomen.					
20. Répéter la procédure sur l'autre côté pour la seconde trompe.					
Fermeture de la paroi abdominale (lorsque l'hémostase est assurée)					
21. Il n'est pas nécessaire de fermer le péritoine.					
22. Fermer les bords des muscles grands droits avec deux sutures en figure de huit. (si incision verticale).					
23. Fermer l'aponévrose en surjet.					
24. Fermer la peau.					
25. Mettre un pansement adhésif sur la plaie.					
TACHES POST OPERATOIRES					
1. S'assurer que la cliente est transférée en toute sécurité dans la zone de récupération (postopératoire).					
2. S'assurer que l'assistant aspire et rejette 2 à 3 fois la solution de chlore à 0,5%, avant d'éliminer l'aiguille et la seringue, (ne pas les désassembler.) et les place dans un récipient imperforable. Mettre les autres objets piquants et tranchants (bistouris et aiguilles à suturer) dans le même récipient imperforable.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM				
TACHE/ACTIVITE	CAS			
3. S'assurer que l'assistant place les instruments dans une solution de chlore à 0,5% pour les décontaminer et les fait tremper pendant 10 minutes.				
4. S'assurer que le linge souillé est mis dans un sac en plastique fermé avant d'être envoyé pour le nettoyage et la stérilisation				
5. S'assurer que l'assistant élimine des déchets contaminés selon les directives de PI.				
6. Immerger brièvement les mains gantées dans une solution de chlore, les enlever doucement en les retournant et les placer dans un récipient étanche ou un sac en plastique.				
7. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les faire sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.				
8. S'assurer que la cliente est surveillée à intervalles réguliers et que les signes vitaux sont pris.				
9. Déterminer si la cliente est prête pour la sortie (au moins 2 heures après la médication intraveineuse).				
10. S'assurer que les instructions post-opératoires et le programme de suivi sont donnés à la cliente.				

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE COMPETENCES

(A utiliser par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée selon l'échelle suivante :

1. **Doit être améliorée** : Etape ou tâche n'a pas été effectuée correctement ou dans la bonne séquence (si nécessaire) ou a été omise
2. **Exécutée de manière compétente** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire) mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
3. **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche réalisée correctement et dans la bonne séquence (si nécessaire)

Participant _____ Dates du stage _____

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
PRE-OPERATOIRE					
1. Mettre l'habillement chirurgical. (L'EPP)					
2. Accueillir la cliente avec respect et établir un rapport cordial.					
3. Vérifier que le consentement éclairé en connaissance de cause a été obtenu et vérifier l'identité de la cliente.					
4. Vérifier que la cliente s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
5. Vérifier que la cliente a récemment vidé sa vessie.					
6. Si l'on doit utiliser une prémédication intramusculaire, la donner 25 à 30 minutes avant la procédure.					
7. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les faire sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.					
8. Préparer les instruments pour la procédure et : <ul style="list-style-type: none"> – S'assurer que des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sont disponibles et prêts à être utilisés. – S'assurer que les instruments, l'équipement et les médicaments pour les urgences sont disponibles. – Placer des paquets d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur la table. 					
9. Préparer les instruments vaginaux pour l'examen bimanuel et l'insertion de l'élevateur utérin.					
10. Faire le lavage chirurgical des mains (3 à 5 minutes) et mettre une blouse chirurgicale.					
11. Mettre des gants chirurgicaux stériles aux deux mains.					
12. Arranger les instruments sur la table à instruments.					
13. Assister le chirurgien à préparer la peau.					
14. Assister le chirurgien à couvrir la cliente d'un champ opératoire.					
15. Après avoir vérifié la concentration du médicament, prélever la dose d'anesthésique nécessaire pour l'intervention.					

FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES COMPETENCES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
DURANT L'OPERATION					
1. Parler à la cliente tout au long de la procédure.					
2. Assister durant l'intervention, en travaillant en équipe avec l'opérateur. <ul style="list-style-type: none"> - En nettoyant les champs opératoires. - En tenant les écarteurs. - En faisant passer les instruments selon les étapes en respectant les principes de la PI. - En aidant à faire les nœuds et à couper les fils. 					
3. Compter les compresses et les instruments et en communiquer le nombre au chirurgien.					
4. Noter l'heure du début et de fin de l'opération dans le dossier de la cliente.					
5. Faire le pansement de la plaie à la fin de la procédure.					
POST OPERATOIRE					
1. Enlever le champ opératoire après avoir pansé la plaie.					
2. S'assurer que l'élévateur utérin a été retiré (uniquement pour la procédure d'intervalle).					
3. Aider au transfert de la cliente en zone postopératoire (zone de récupération).					
4. Aspirer et rejeter 2 à 3 fois la solution de chlore à 0,5%, avant d'éliminer l'aiguille et la seringue, (ne pas les désassembler.) et les placer dans un récipient imperforable.					
5. S'assurer que les instruments sont placés dans une solution de chlore à 0,5% pour les décontaminer (dans le bloc opératoire) et que le linge est placé dans un sac en plastique fermé.					
6. S'assurer que les bouts de trompes excisées sont éliminés selon les directives de PI.					
7. Immerger brièvement les mains gantées dans une solution de chlore, les enlever en les retournant et les placer dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					
8. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les faire sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge propre.					

ETUDES DE CAS

ETUDES DE CAS : ETAPES PREOPERATOIRES ET PREPARATION DE LA CLIENTE

Une femme âgée de 36 ans, qui a déjà accouché quatre fois, vient dans votre clinique et demande une ligature des trompes. Elle consulte tout d'abord un infirmier-conseiller qui détermine que sa décision d'avoir une ligature des trompes est une décision informée et volontaire. Le conseiller explique que la méthode de ligature des trompes utilisée dans la clinique est la minilaparotomie sous anesthésie locale. Après qu'on lui ait expliqué en détail la procédure, la cliente décide de subir la minilaparotomie et signe le formulaire de consentement.

Le jour de la procédure, elle se présente à la clinique et l'infirmier la reçoit aimablement, l'installe confortablement et vérifie bien qu'elle a pris sa douche avant de venir. Il l'installe sur la table d'opération, vérifie les signes vitaux de la cliente et prépare les instruments pendant que le chirurgien se lave les mains.

- A votre avis, quelles sont les étapes qui n'ont pas été exécutées pendant la préparation de la cliente de son arrivée à la clinique à son installation au bloc opératoire ?
- Qui aurait dû les exécuter ?
- Pouvez-vous expliquer l'importance de chaque étape non exécutée ?

Le chirurgien après s'être lavé chirurgicalement les mains, a revêtu une blouse chirurgicale stérile et a mis des gants stériles. Il s'apprête à effectuer l'asepsie de la zone de l'incision.

- Quelles étapes le chirurgien a-t-il omises ?
- Quelles peuvent être les conséquences de ces oublis pendant la procédure chirurgicale ?

ETUDES DE CAS : COMPLICATIONS DE LA LT/AL

Complications liées à l'anesthésie

Cas 1

20 ml de lignocaïne à 2% ont été utilisés comme anesthésique local pour la minilaparotomie. Lorsque le médecin qui opérait a eu du mal à élever la seconde trompe, on a injecté davantage de lignocaïne dans la trompe avant de la saisir avec une pince de Babcock. La cliente a commencé à marmonner et à avoir des convulsions. Quels sont les médicaments que l'on pourrait lui donner ? Que doit faire le médecin en ce qui concerne l'intervention inachevée de minilaparotomie ?

Cas 2

Tout juste après une minilaparotomie sous anesthésie locale et une forte sédation en utilisant du diazépam et de la péthidine, une cliente dans la salle de récupération a eu les symptômes suivants : dépression de la fréquence respiratoire, cyanose et désorientation. Que faudrait-il faire immédiatement ? Quels médicaments d'urgence faudrait-il donner ? Quelles autres mesures faudrait-il prendre ? Pourquoi ?

Lésions intra-abdominales

Cas 1

Une cliente a eu une minilaparotomie d'intervalle pendant laquelle l'utérus a été perforé. L'incision abdominale a été agrandie sous anesthésie supplémentaire pour contrôler le saignement et réparer l'utérus. L'intervention a duré 90 minutes. Quatre heures après, la cliente était inconsciente, tachycardique et hypotendue. Quelles mesures d'urgence faudrait-il prendre ? Quels médicaments peut-on utiliser ? Quel matériel d'urgence peut-on utiliser ? Quels sont les plans de suivi à prévoir ?

Cas 2

Pendant une minilaparotomie, pénétrant dans l'abdomen, le médecin a remarqué que la lumière de l'intestin avait été ouverte. Que faudrait-il faire pour réparer l'intestin ? Que faudrait-il faire concernant la minilaparotomie et la ligature des trompes ? Que faudrait-il faire pour éviter une péritonite ? Quels plans de suivi doit-on adopter ? Que faudrait-il dire à la cliente ?

Cas 3

Pendant une minilaparotomie, le médecin a vu un liquide clair dans l'abdomen. Que doit-il faire immédiatement ? Quelles sont les mesures suivantes à prendre ?

Complications post-opératoires

Cas 1

Une cliente a été renvoyée chez elle après une intervention de minilaparotomie sans problèmes. Deux jours plus tard, elle s'est présentée à l'hôpital, se plaignant de douleurs abdominales et de fièvre. Quel pourrait être le diagnostic ? Quelles dispositions doivent être prises et dans quel ordre ?

Cas 2

Une cliente a eu une minilaparotomie d'intervalle qui s'est déroulée sans problèmes ; le cinquième jour après l'opération, tout allait toujours bien et elle n'avait pas de problème. Puis soudainement, elle est tombée gravement malade d'une diarrhée et vomissement aigus. Elle a essayé de boire des liquides pour se réhydrater, mais cela ne l'a pas soulagée. Après deux jours, elle a été emmenée par son mari et un agent de santé au service chirurgical. Quelles sont les causes possibles de sa maladie ? Comment établiriez-vous un diagnostic différentiel ? Quelle serait la première étape du traitement ?

JEUX DE ROLES

Verbacaine

Situation :

Un chirurgien et son assistant sont en train d'exécuter une ligature des trompes par minilaparotomie chez une grande multipare (G10 P9, 8 vivants). La cliente est anxieuse et inquiète malgré le counseling qui avait été mené avant l'intervention. La conseillère la rassure en utilisant la VERBACAINE.

Jeu de rôle : quatre volontaires joueront les rôles suivants :

- Deux d'entre eux exécuteront la procédure (chirurgien et assistant)
- Le troisième pratiquera la verbacaine pendant la procédure, et
- Le quatrième jouera le rôle de la cliente.

Les autres participants observeront le jeu de rôle à l'aide de la Fiche d'apprentissage et donneront leur feedback.

Counseling : « Mauvais Counseling »

Situation :

Un prestataire de service reçoit une cliente qui désire la LT/AL, car elle a entendu ses copines en parler. Elle aurait souhaité avoir plus d'informations.

Le prestataire reçoit la cliente en lisant et en lui montrant qu'il est très occupé par des problèmes qu'il doit résoudre en ville. Il reçoit un coup de téléphone et n'écoute presque pas la cliente. Il répond à ses questions de manière très agressive et décourageante.

Jeu de rôle : Les formateurs et/ou les participants joueront les rôles d'un « mauvais counseling » ; Les participants observeront à l'aide des Fiches d'apprentissage.

EVALUATION DU STAGE SUR LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

(A remplir par les **Participants**)

Veuillez noter votre opinion sur les volets du stage ci-dessous en utilisant une échelle de 1 à 5.

5-Tout à fait d'accord 4-D'accord 3-Sans opinion 2-Pas d'accord 1-Pas d'accord du tout

VOLET DU STAGE	NOTE
1. Le questionnaire préalable m'a aidé à étudier de manière plus efficace.	
2. La vidéo/photocomposition m'a aidé à mieux comprendre les procédures de LT/AL par minilaparotomie avant de pratiquer avec un modèle gynécologique.	
3. Les séances de pratique avec le modèle gynécologique m'ont aidé à effectuer plus facilement la procédure de LT/AL par minilaparotomie avec les clientes.	
4. Assez de temps a été prévu pour effectuer la LT/AL minilaparotomie avec les clientes.	
5. A présent j'ai confiance en ma capacité d'effectuer la LT/AL minilaparotomie.	
6. A présent je suis capable d'utiliser les pratiques recommandées de prévention des infections pour la LT/AL par minilaparotomie.	
7. L'approche de formation interactive utilisée durant ce stage m'a permis d'apprendre plus facilement comment fournir les services de LT/AL par minilaparotomie.	
8. SIX jours étaient suffisants pour apprendre à fournir les services de LT/AL par minilaparotomie.	
9. J'ai confiance en ma capacité de prendre en charge les complications de la LT/AL par minilaparotomie pouvant survenir.	

COMMENTAIRES SUPPLEMENTAIRES

1. Quels sont les sujets (le cas échéant) qu'il faudrait **ajouter** (et pourquoi) pour améliorer le stage ?
2. Quels sont les sujets (le cas échéant) qu'il faudrait **supprimer** (et pourquoi) pour améliorer le stage ?
3. Si 6 jours n'étaient pas suffisants pour le stage, combien de jours le stage devrait-il durer ?
4. Des installations à votre lieu de travail sont-elles présentes qui vous permettront de fournir des services de **LT/AL** par minilaparotomie ? Sinon, quels changements sont nécessaires ?

Guide des participants

5. Allez-vous être à mesure d'effectuer la procédure de **LT/AL** par minilaparotomie que vous avez apprise durant ce stage ? Sinon, pourquoi pas ?

6. A qui parleriez-vous de votre frustration de ne pas être en mesure de fournir ces services ?

SECTION DEUX : GUIDE DU FORMATEUR

PREPARATION DU COURS

Le succès d'un cours de formation ne s'improvise pas, mais plutôt se réalise à travers une planification rigoureuse. Cette planification prend en compte des réflexions, du temps, de la préparation et des recherches de la part du formateur en compétences cliniques. Le formateur doit veiller à ce que le cours se déroule comme prévu. Il doit aussi s'assurer que le lieu de la formation est adapté et que les séances de pratiques cliniques sont menées de façon appropriée. Les mesures suivantes sont recommandées pour une bonne préparation de la formation.

Revue du matériel de formation :

- **Revue du guide du participant** : ce document permet au participant de se familiariser aux informations et outils dont il aura besoin.
- **Revue du sommaire du cours** : voir le calendrier, la durée, la description du cours, le but et objectifs du cours, les méthodes d'apprentissage et d'évaluation, le matériel de formation.
- **Revue du guide du formateur** : bien avant le début du cours.
- **Revue du programme** : donne des informations détaillées concernant l'enseignement de chaque objectif et la facilitation de chaque activité. Sur la base des informations du plan de session/programme, le formateur réunira l'équipement, les outils et les fournitures requises pour le déroulement du cours. Il doit également s'assurer que le temps alloué à toutes les séances et activités est suffisant. Le formateur doit aussi souligner les grandes lignes pour lui permettre d'assurer la bonne exécution des activités de chaque journée.
- **Revue de tous les exercices et activités** en vue d'avoir une idée claire sur comment ils vont être utilisés.

Faire des copies des documents du questionnaire préalable et à mi-stage, et les réponses standard en quantité suffisante.

- **Revue du Manuel de référence** : permet de se familiariser avec le contenu qui sera présenté pendant le cours.
- **Revue des diapositives et graphiques des présentations y compris les commentaires. Elaborer des notes pour faciliter les présentations, au besoin.**
- **Visionner la vidéo.**
- **Assurez-vous que tout l'équipement audiovisuel est disponible et en état de fonctionnement (par exemple, LCD projecteur, lecteur vidéo, un support flip chart).**
- **Vérifier tous les modèles anatomiques (par exemple, qu'ils sont propres, en bon état et toutes les pièces sont en place).**
- **Pratiquer toutes les procédures cliniques en utilisant le modèle anatomique et les Fiches d'apprentissage** des compétences disponibles dans le guide du participant.
- **Obtenir des informations sur les participants qui seront présents à la formation.** Il est important pour le formateur d'avoir des informations de base sur les participants comme :

- **L'expérience et le niveau de formation des participants. Le formateur doit tenter de rassembler autant d'informations sur les participants que possible avant la formation. Si cela n'est pas possible, le formateur doit rechercher leur pré-requis et leurs attentes au cours de la première journée de la formation.**
- **Les types d'activités cliniques que les participants exécuteront dans leur travail quotidien après la formation. Connaître la nature exacte du travail qu'ils exécuteront** après la formation est d'importance capitale pour le formateur. Le formateur doit utiliser des exemples appropriés, spécifiques à l'emploi tout au long de la formation, de sorte que les apprenants puissent établir des liens entre ce qui est enseigné et ce qu'ils doivent faire. C'est un excellent moyen de renforcer l'importance de ce qui est appris.
- **Donner aux participants des tâches/questions avant la formation le cas échéant.** Par exemple, selon les spécificités du programme, une copie du plan d'apprentissage individuel et standards de performance peuvent être envoyés aux participants afin qu'ils puissent faire une auto-évaluation de leurs propres pratiques, ainsi que celles de leurs collègues dans leurs structures sanitaires.
- **Rencontre avec le(s) co-formateur(s), les experts en la matière et les homologues de la structure sanitaire** afin de revoir les rôles et responsabilités de chacun. Pour que la formation se passe bien, le formateur principal travaillera avec d'autres intervenants pour s'assurer qu'il y a entente et consensus sur la façon dont le cours sera effectué.

PROGRAMME MODELE DU STAGE

Le programme présenté ici est un plan modèle de la formation qui sera présentée. Les thèmes des présentations et les activités à l'appui qui aideront le participant à atteindre les objectifs mentionnés dans le sommaire du stage sont donnés ici. Chaque thème ou activité s'accompagne de suggestions sur les activités et les ressources nécessaires. Le formateur peut également mettre au point d'autres activités et préparer des études de cas, des jeux de rôle ou autre situation qui se prête davantage au pays ou au groupe de participants.

Le programme est divisé en quatre colonnes.

DUREE

Cette section du programme indique la durée approximative qui sera consacrée à chaque activité d'apprentissage.

OBJECTIFS/ACTIVITES

Cette colonne présente les objectifs et activités d'apprentissage. Les objectifs de présentation nous donnent la séquence de la formation et sont donc présentés en ordre ici. La combinaison des thèmes et des activités (activités d'introduction, exercices en petits groupes, pratique clinique, pause, etc.) nous donnent le déroulement de la formation.

METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE

Cette colonne décrit les diverses méthodes, activités ou stratégies qui seront utilisées pour transmettre le contenu et démontrer les compétences et aptitudes liées à chaque thème qui devront être maîtrisées.

RESSOURCES/MATERIEL

La quatrième colonne du programme du stage énumère les ressources et le matériel nécessaire pour les activités d'apprentissage.

Quelques remarques importantes :

- Comme le programme de la formation est en relation avec le calendrier, des changements ou des modifications du calendrier devrait être reflétées dans le programme également (et vice versa). Si des modifications sont nécessaires, une version imprimable Word de ce programme est disponible sur le CD (dans le dossier Ressources supplémentaires).
- La plupart des matériaux mentionnés dans ce programme sont également disponibles sous forme de copie sur le CD (dans le dossier Ressources supplémentaires).
- L'après-midi du Jour 1 dure 30 minutes de plus que les autres jours (visite du site pratique).
- La vidéo inclus dans ce paquet peut être utilisée dans une variété de périodes, en fonction des disponibilités de temps. Des suggestions quand cela pourrait être plus pertinent sont inclus dans le programme.
- Des graphiques des présentations mentionnés dans le programme (et inclus sur le CD) contiennent d'importantes "note au formateur" (en dessous de chaque diapositive), qui fournissent des informations supplémentaires, des commentaires et des instructions pour rendre les présentations plus interactives. Le formateur peut choisir de couper et coller ces notes dans un fichier Word pour faciliter la présentation et les discussions. Un échantillon est inclus dans le dossier des présentations sur le CD.

PROGRAMME MODELE DE STAGE

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
PREMIERE SESSION : PREMIER JOUR, MATIN (240 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Souhaiter la bienvenue aux participants	Bienvenue de la part des représentants de l'organisation parrainant le stage de formation.	Matériel de stage : voir liste du matériel et des fournitures dans le sommaire du stage.
15 minutes	Activité : Faciliter la présentation des participants	Les participants se divisent en paire, s'interviewent mutuellement et ensuite font les présentations mutuelles en donnant le nom de leur partenaire, sa position et ses caractéristiques uniques. Les formateurs cliniques participent également à l'activité.	Flip chart, marqueurs
15 minutes	Activité : Donner une vue générale du stage	Revoir le sommaire du stage et le programme. Revoir les buts du stage et les objectifs d'apprentissage du participant.	Guide du participant : sommaire du stage
10 minutes	Activité : Revoir le matériel du stage	Distribuer, revoir et discuter du matériel utilisé pendant ce stage. Revoir la table des matières du Manuel de référence et du Guide du participant.	Manuel de référence sur la LT/AL par minilaparotomie (1 par participant) Guide du participant (1 par participant)
10 minutes	Activité : Déterminer les attentes des participants et les normes de travail	Demander aux participants de partager leurs attentes du stage et les normes de travail. Noter leurs réponses sur la grande fiche. Attacher la grande fiche sur le mur comme référence pendant le stage.	Flip chart, marqueurs
45 minutes	Activité : Evaluer les connaissances préalables des participants	Demander aux participants de répondre au questionnaire préalable dans leur Guide du participant (le formateur clinique peut aussi distribuer des copies du questionnaire pour que les participants puissent y répondre). Demander aux participants de fermer le Guide du participant ou de retourner le questionnaire quand ils ont fini (le formateur clinique peut leur demander de quitter la salle quand ils ont fini pour réduire le bruit).	Guide du participant : questionnaire préalable
15 minutes	PAUSE		
30 minutes	Activité : Identifier les besoins d'apprentissage individuels et collectifs.	Le groupe note les questionnaires, remplit la matrice d'évaluation individuelle et collective.	Guide du participant : matrice d'évaluation collective et individuelle ; réponses au questionnaire préalable.

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
60 minutes	Activité : Evaluation préalable des compétences	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les aptitudes au counseling et les compétences à l'examen gynécologique de chaque participant en utilisant un jeu de rôles. Remplir la Liste de vérification pour chaque participant et revoir individuellement les résultats. • Le formateur clinique doit organiser à l'avance la salle pour les évaluations des compétences. On recommande de mettre en place au moins trois stations pour évaluer tous les participants aussi rapidement que possible. • Diviser les participants en petits groupes de deux ou trois personnes. Un participant joue le rôle du prestataire, un autre la cliente assise à la tête du modèle ZOË et le troisième observe à l'aide de la Liste de vérification. Le jeu de rôle devrait commencer avec la cliente assise sur la table d'examen et qui a donné son consentement pour être examinée. Le jeu de rôle devrait se terminer lorsque la cliente reçoit les résultats (normaux) de son examen. 	<p>Modèles pelviens ZOË et instruments</p> <p>Manuel de référence : Annexe F Liste de vérification pour les examens pelviens</p>
30 minutes	Discussion : Vue d'ensemble de la PF en Guinée et l'utilisation de la LT.	Revoir le but et les objectifs du plan National de repositionnement de la PF. Expliquer le rôle de la LT pour l'atteinte des objectifs	Matériels : plan national de repositionnement de la PF. (PP). Graphique de présentation
10 minutes	Activité : Décrire « comment apprend-on » et identifier les principes de l'apprentissage de l'adulte	<p>Discussion/exercice :</p> <p>Activité : 1. Construction de boîte en papier Activité : 2. Le jeu des numéros Activité : 3. Le puzzle de neuf points</p>	Copie des exercices

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
DEUXIEME SESSION : PREMIER JOUR, APRES - MIDI (180 MINUTES)			
60 minutes	Objectif : Identifier les principes fondamentaux de la LT/AL par minilaparotomie.	<p>Présentation/discussion : principes fondamentaux de la LT/AL.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Principes clés : <ul style="list-style-type: none"> – Moment et incision : intervalle et post-partum – Anesthésie locale : gestion de la douleur par la combinaison de « verbacaine, » sédation légère et une anesthésie locale efficace – Approche chirurgicale ● Elévateur utérin : préparation du col “technique sans toucher” d’insertion ; manipulation correcte de l’élévateur ● Localisation et occlusion tubaires : Babcock et/ou crochet tubaire ; technique Pomeroy – Simplicité – Efficience <ul style="list-style-type: none"> ● Permanent ● Efficacité ● Echec 	LT/AL Manuel de référence :Chapitre 1 Graphique de présentation
110 minutes	<p>Activité : Démonstration entière de la procédure de la LT/AL</p> <p>Objectif : Apprendre la méthode standard de LT/AL</p> <p>Objectif : Apprendre l'utilisation des Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques de la LT/AL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Utiliser les graphiques de présentation pour expliquer les étapes clés de la procédure. ● Revoir les Fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques de la LT sous AL. ● Identifier les étapes clés qui doivent être observées au cours de la démonstration. <p>Démonstration : méthode standard de la LT/AL en utilisant la vidéo</p> <p>Démonstration : méthode standard de la LT/AL en utilisant le modèle ZOË</p> <p>Exercice : pratique de la LT/LA en utilisant des Fiches d'apprentissage.</p>	<p>Manuel de référence : Chapitre 8</p> <p>Graphiques de présentation :</p> <p>LT/AL vidéo de formation et le modèle ZOË avec le kit de minilaparotomie, champs, gants, fils de suture, poudre, matériels de PI.</p> <p>Fiches d'apprentissage pour LT/AL</p>
10 minutes	Activité : Revoir les activités de la journée.	Engager les participants à la revue et discussion des thèmes et événements couverts pendant la journée. Revoir les tâches indiquées dans le programme du stage.	

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
TROISIEME SESSION : DEUXIEME JOUR, MATIN (240 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Ordre du jour et activité d'ouverture	Les participants utilisent le calendrier du stage pour établir l'ordre du jour qui sera mis par écrit sur la grande fiche. Un ou plusieurs participants réalisent l'activité d'ouverture ou d'animation.	Programme du J2 sur flip chart
30 minutes	Objectifs : Décrire les étapes clés et les caractéristiques de la LT/AL concernant l'évaluation de la cliente, les indications et des précautions	Brainstorming/discussion	Manuel de référence : Chapitres 4 et 5 Flip chart, marqueurs Graphiques de présentation
30 minutes	Activité : Préparation pour l'observation de la procédure	Discuter les normes essentielles de bloc opératoire pour la démonstration clinique. Revoir les étapes/activités que les participants observeront.	Fiches d'apprentissage pour de LT/AL
60 minutes	Activité : Observation des services de la LT/AL standard en situation clinique.	Démonstration : les formateurs démontrent la procédure de la LT/AL avec une cliente. Les participants suivront en utilisant les Fiches d'apprentissage.	Fiches d'apprentissage pour la LT/AL
10 minutes	PAUSE		
40 minutes	Activité : Revue des services de la LT/AL standard en situation clinique.	Conférence clinique : les participants revoient les Fiches d'apprentissage (remplies au cours de l'observation).	Fiches d'apprentissage pour la LT/AL

**PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE
(STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)**

DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
60 minutes	<p>Objectif : Décrire les composantes essentielles de la gestion de la douleur pour la LT/AL.</p> <p>Activité : jeu de rôle sur la verbacaine</p>	<p>Présentation/discussion</p> <p>Jeu de rôle : offrir la "verbacaine"</p> <p>Le formateur demandera à quatre volontaires de jouer les rôles suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deux d'entre eux exécuteront la procédure (chirurgien et assistant), le troisième pratiquera la verbacaine pendant la procédure, et • Le quatrième jouera le rôle de la cliente. <p>Les autres participants observeront le jeu de rôle à l'aide de la Fiche d'apprentissage et donneront leur feedback.</p> <p>Le formateur fera la synthèse.</p> <p>Exercice : pratiquer la verbacaine en petit groupe de trois ou quatre en utilisant les Fiches d'apprentissage (une personne va jouer le rôle de la cliente). Les participants changeront les rôles</p>	<p>Manuel de référence : Chapitre 7 ; Annexe I - Graphiques de présentation</p> <p>Fiches d'apprentissage pour la LT/AL</p> <p>Scénario jeu de rôle</p> <p>Matériels : modèle ZOË, kit minilaparotomie, champs, source de lumière</p>
QUATRIEME SESSION : DEUXIEME JOUR, APRES - MIDI (180 minutes)			
120 minutes	<p>Activité : Pratique de la procédure de la LT/AL en situation simulée.</p>	<p>Exercice : travailler en groupe de trois ou quatre. Pratiquer la LT/AL sur le modèle « ZOË » par paire ; les autres observeront en utilisant les Fiches d'apprentissage (une personne va jouer le rôle de la cliente). Les participants changeront les rôles.</p>	<p>Manuel de référence : Chapitre 8</p> <p>Fiches d'apprentissage pour la LT/AL</p> <p>Matériels : Modèle ZOË, kit minilaparotomie, champs, source de lumière</p>
30 minutes	<p>Objectif : Décrire le rôle de l'assistant pour LT/AL</p>	<p>Brainstorming/discussion : rôle de l'assistant au cours des différentes étapes de la procédure :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander aux assistants quels sont leurs rôles et responsabilités au cours des différentes étapes de la procédure. • Demander aux opérateurs ce qu'ils attendent des assistants • Faire la synthèse en utilisant les Fiches d'apprentissage. 	<p>Flip chart, marqueurs</p> <p>Fiche d'apprentissage pour l'assistant</p>
10 minutes	<p>Activité : Revoir les activités de la journée.</p>	<p>Engager les participants à la revue et discussion des thèmes et événements couverts pendant la journée. Revoir les tâches indiquées dans le programme du stage.</p>	

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
CINQUIEME SESSION : TROISIEME JOUR, MATIN (240 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Ordre du jour et activité d'ouverture	Les participants utilisent le calendrier du stage pour établir l'ordre du jour qui sera mis par écrit sur la grande fiche. Un ou plusieurs participants réalisent l'activité d'ouverture ou d'animation.	Programme du J3 sur flip chart
50 minutes	Objectif : Identifier les étapes clés de l'évaluation pré opératoire pour la LT/AL Objectif : Identifier les étapes de la préparation de l'intervention chirurgicale.	A partir d'une étude de cas, le formateur demandera aux participants de repérer les étapes clés qui n'ont pas été respectées par le prestataire au cours de l'évaluation pré opératoire pour la LT/AL et la préparation de l'intervention, Le formateur fera la synthèse en se servant des Fiches d'apprentissage (tenir compte du rôle de l'opérateur et de l'assistant).	Manuel de référence : chapitre 8; Annexes A et J Fiches d'apprentissage Etudes de cas et clés de réponses
180 minutes	Activité : Pratique clinique	Exercice : en groupe de trois, les participants offriront les services LT/AL en clinique ; un autre groupe de trois observera la procédure en utilisant les Fiches d'apprentissage. Les participants qui resteront en salle de classe, se répartiront en groupe de trois (un opérateur, un assistant et une conseillère) pour pratiquer la LT/AL en situation simulée sur le modèle ZOË en utilisant les FA. Ils changeront les rôles.	Fiches d'apprentissage Modèle ZOË Kit minilap
SIXIEME SESSION : TROISIEME JOUR, SOIR (180 minutes)			
45 minutes	Activité : Revue des cas sélectionnés de la LT/AL au cours de la pratique clinique.	Conférence clinique : les participants discuteront les points saillants (counseling, évaluation, procédure, mesures de prévention des infections, conditions postopératoire) des cas sélectionnés incluant les problèmes et complications rencontrés au cours de l'offre des services.	
60 minutes	Objectif : Décrire l'importance du counseling et sa relation avec le consentement éclairé. Objectif : Identifier l'information nécessaire pour le counseling initial en PF Objectif : Décrire les étapes et la technique d'un counseling efficace.	Le formateur utilisera un jeu de rôle pour introduire le sujet : jeu de rôle/discussion : les formateurs et/ou les participants joueront les rôles d'un « mauvais counseling ». Les participants observeront à l'aide des Fiches d'apprentissage. Le jeu de rôle sera suivi de discussion afin d'identifier les caractéristiques d'un bon counseling. Présentation/discussion pour décrire les étapes et la technique d'un counseling efficace en PF.	Manuel de référence : Chapitres 2 et 3 Fiches d'apprentissage Graphiques de présentation

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
60 minutes	Activité : Pratique du counseling pour la LT/AL en situation simulée	Exercice : travailler en groupe de deux ou trois. Faire des jeux de rôles pour l'évaluation initiale et pour le consentement éclairé afin de pratiquer le counseling spécifique de la méthode et la vérification du consentement éclairé. Les participants changeront les rôles. Les autres observeront en utilisant les Fiches d'apprentissage	Fiches d'apprentissage
15 Minutes	Activité : Revoir les activités de la journée.	Engager les participants à la revue et discussion des thèmes et événements couverts pendant la journée. Revoir les tâches indiquées dans le programme du stage	
SEPTIEME SESSION : QUATRIEME JOUR MATIN (240 minutes)			
10 minutes	Activité : Ordre du jour et activité d'ouverture	Les participants utilisent le programme du stage pour établir l'ordre du jour qui sera mis par écrit sur la grande fiche. Un ou plusieurs participants réalisent l'activité d'ouverture ou d'animation.	Grandes fiches Feutres
230 minutes	Activité : Pratique clinique	Exercice : en groupe de trois, les participants offriront les services LT/AL en clinique ; un autre groupe de trois observera la procédure en utilisant les Fiches d'apprentissage. Les participants qui resteront en salle de classe, se répartiront en groupe de trois (un opérateur, un assistant et une conseillère) pour pratiquer la LT/AL en situation simulée sur le modèle ZOË en utilisant les Fiches d'apprentissage. Ils changeront les rôles.	Modèle ZOË Kit minilap Fiches d'apprentissage

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
HUITIEME SESSION : QUATRIEME JOUR SOIR (180 minutes)			
45 minutes	Activité : Revue des cas sélectionnés de la LT/AL au cours de la pratique clinique.	Conférence clinique : les participants discuteront les points saillants (counseling, évaluation, procédure, mesures de PI, conditions postopératoire) des cas sélectionnés incluant les problèmes et complications rencontrés au cours de l'offre des services.	
45 minutes	Objectif : Identifier les pratiques de PI pour les services de LT/AL.	Présentation/discussion	Manuel de référence : Chapitre 6 Graphiques de présentation
80 minutes	Activité : Exercice/discussion sur les pratiques de PI au cours de la LT/AL	Exercice : En paires, identifier les principes de prévention des infections sur la Fiche d'apprentissage. Travaux de groupes suivis de Discussion : Constituer 4 groupes ; En se servant du manuel de référence (chapitre 6), lire et préparer une présentation sur flip chart sur les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques du bloc opératoire : habillage chirurgical pour les clientes et le personnel de la salle d'opération • Utilisation des fioles multi-doses • Circuit du personnel au bloc opératoire Les présentations seront suivies de discussions et le formateur fera la synthèse.	Fiches d'apprentissage, Vidéo PI Manuel de référence : Chapitre 6 ; Annexes D, E, F, G Flip Chart et marqueurs
10 minutes	Activité : Revoir les activités de la journée.	Engager les participants à la revue et discussion des thèmes et événements couverts pendant la journée. Revoir les tâches indiquées dans le programme du stage.	

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
NEUVIEME SESSION : CINQUIEME JOUR MATIN (240 minutes)			
10 minutes	Activité : Ordre du jour et activité d'ouverture	Les participants utilisent le programme du stage pour établir l'ordre du jour qui sera mis par écrit sur la grande fiche. Un ou plusieurs participants réalisent l'activité d'ouverture ou d'animation.	Grandes fiches Feutres
45 minutes	Objectif : Identifier les situations d'urgences potentielles au cours de l'offre des services de LT/AL Activité : Revoir la préparation pour l'urgence.	Repartir les participants en trois groupes : Groupe 1 : lister l'équipement d'urgence et expliquer leur utilité Groupe 2 : lister les médicaments d'urgence et expliquer leur utilité Groupe 3 : lister les compétences nécessaires pour la prise en charge des urgences et expliquer leur utilité Présentation des travaux de groupe en plénière.	Manuel de référence : Chapitre 11, Annexe A
60 minutes	Objectif : Identifier les complications courantes per opératoire Objectif : Décrire comment reconnaître et prendre en charge les complications	Etudes de cas pour la prise en charge des complications Constituer 3 groupes et donner des études de cas pour discuter de la prise en charge des complications et de leur prévention : Groupe 1 : étude de cas sur les complications anesthésiques Groupe 2 : étude de cas sur les complications peropératoire Groupe 3 : études de cas sur les complications postopératoire	Manuel de référence : Chapitre 11, Annexe A Etudes de cas et clés de réponses
100 minutes	Activité : Pratique clinique	Exercice : en groupe de trois, les participants offriront les services LT/AL en clinique ; un autre groupe de trois observera la procédure en utilisant les Fiches d'apprentissage. Les participants qui resteront en salle de classe, se répartiront en groupe de trois (un opérateur, un assistant et une conseillère) pour pratiquer la LT/AL en situation simulée sur le modèle ZOË en utilisant les Fiches d'apprentissage. Ils changeront les rôles.	Modèle ZOË Kit minilap Fiches d'apprentissage
45 minutes	Activité : Revue des cas sélectionnés de la LT/AL au cours de la pratique clinique.	Conférence clinique : les participants discuteront les points saillants (counseling, évaluation, procédure, mesures de PI, conditions postopératoire) des cas sélectionnés incluant les problèmes et complications rencontrés au cours de l'offre des services.	

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
DIXIEME SESSION : CINQUIEME JOUR SOIR (180 minutes)			
30 minutes	Objectif : Décrire la LT/AL du post-partum.	<p>Brainstorming/discussion : Différences entre la LT d'intervalle et post-partum par rapport au :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counseling, préparation préopératoire • Technique • Complications courantes • Moment de la procédure • Séjour hospitalier <p>Le formateur fera la synthèse en utilisant les graphiques de présentation</p>	Manuel de référence: Chapitre 9, Graphiques de présentation
30 minutes	<p>Activité : Démonstration de la procédure de la LT/AL du post-partum.</p> <p>Objectif : Apprendre l'utilisation des fiches d'apprentissage pour les compétences cliniques de la LT/AL du post-partum</p>	Démonstration/discussion : le formateur démontre la procédure de la LT/AL du post-partum et demande aux participants d'identifier les différences par rapport à la LT/AL d'intervalle.	Manuel de référence : Chapitre 9 Fiches d'apprentissage Modèle ZOË
60 minutes	Activité : Pratique de la procédure LT/AL du post-partum en situation simulée	Exercice : travailler en groupe trois ou quatre. Pratiquer la LT/AL sur le modèle « ZOË » par paire ; les autres observeront en utilisant les fiches d'apprentissage (une personne va jouer le rôle de la cliente). Les participants changeront de rôles.	<p>Manuel de référence Fiches d'apprentissage pour de LT/AL Matériels : Modèle ZOË, kit minilaparotomie, champs, source de lumière</p>
45 minutes	Questionnaire à mi-stage		Questionnaires à mi-stage
15 minutes	Activité : Revoir les activités de la journée.	Engager les participants à la revue et discussion des thèmes et événements couverts pendant la journée. Revoir les tâches indiquées dans le programme du stage.	

PROGRAMME MODELE DU STAGE DE LIGATURE DES TROMPES PAR MINI LAPARATOMIE SOUS ANESTHESIE LOCALE (STANDARD : 6 JOURS, 12 SESSIONS)			
DUREE	THEMES/ACTIVITES	METHODES DE FORMATION/APPRENTISSAGE	RESSOURCES/MATERIEL
ONZIEME SESSION : SIXIEME JOUR, MATIN (240 MINUTES)			
10 minutes	Activité : Ordre du jour et activité d'ouverture	Les participants utilisent le programme du stage pour établir l'ordre du jour qui sera mis par écrit sur la grande fiche. Un ou plusieurs participants réalisent l'activité d'ouverture ou d'animation.	Grandes fiches Feutres
60 minutes	Objectif : Décrire les étapes clés pour le suivi postopératoire.	Présentation/discussion : <ul style="list-style-type: none"> ● Transfert du bloc opératoire à la sortie : <ul style="list-style-type: none"> - Signes de complications/problèmes - La préparation pour la sortie (instructions post-opératoires, déterminer quand la cliente est prête pour la sortie) 	Manuel de référence : Chapitre 10 Fiches d'apprentissage Graphiques de présentation
40 minutes	Objectif : Identifier les caractéristiques de la qualité de l'offre des services en LT/AL Objectif : Revoir le système de gestion d'information Objectif : Organiser et gérer un service de contraception chirurgicale	Brainstorming/discussion Le formateur identifie les caractéristiques de la qualité en tenant compte du système de gestion de l'information et de l'organisation des services.	Flip chart et marqueurs Manuel de référence Chapitre 12 Les standards de performance de la PF
70 minutes	Objectif : Revoir le protocole national sur la qualité selon les standards des services de LT/AL. Objectif : Définir les besoins essentiels pour l'offre de LT/AL.	Brainstorming/discussion : Le formateur définit le service de qualité et décrit les quatre étapes incluent dans le processus. Discuter les étapes clés de l'offre des services. Discussion de groupe/site : Discuter des problèmes et contraintes se rapportant aux services de LT, puis élaborer un plan de mise en œuvre des acquis de l'atelier. Les plans seront présentés et discutés en plénière.	Manuel de référence : Chapitre 12 Les standards de performance de la PF
30 minutes	EVALUATION DE LA FORMATION		Formulaire d'évaluation de la formation
30 minutes	CEREMONIE DE CLOTURE		Certificats de participation.

QUESTIONNAIRE PREALABLE

Le **questionnaire préalable** n'est pas conçu comme étant un test mais plutôt comme étant une évaluation des connaissances individuelles et collectives des participants du contenu du cours. Les participants, pourtant, ne le savent souvent pas et peuvent être gênés et mal à l'aise à l'idée qu'ils vont subir un examen devant leurs collègues le premier jour du stage. Le formateur clinique devrait être conscient de leur anxiété et devrait administrer le questionnaire d'une façon neutre qui ne menace pas l'amour propre des participants. Cela peut se faire de la manière suivante :

- Les participants tirent un numéro au sort, prenant un numéro pour assurer leur anonymat (c'est à dire, qu'il y aura 12 numéros s'il y a 12 participants).
- Les participants remplissent le questionnaire préalable.
- Le formateur clinique donne oralement les réponses à chaque question et les participants corrigent leur propre questionnaire.
- Les réponses du groupe au questionnaire sont enregistrées sur la Matrice d'évaluation individuelle et collective (page 22 du Guide des participants). Chaque participant note ses réponses à chacune des questions dans la colonne figurant sous leur numéro d'identification (celui qu'ils ont tiré au sort).
- Il appartient au formateur de décider si les participants doivent noter sur la matrice uniquement leurs réponses correctes, uniquement les réponses incorrectes, ou à la fois les réponses correctes et les réponses incorrectes (en utilisant un symbole différent pour chacune).
- Il existe plusieurs façons par lesquelles les participants peuvent enregistrer leurs réponses ; en voici deux :
 - On fait passer une copie de la matrice et chaque participant note ses propres réponses.
 - Le formateur clinique peut aller voir chaque participant et noter ses réponses individuellement.
- Le formateur clinique peut analyser les résultats en calculant le pourcentage de réponses correctes pour chaque catégorie (par ex. : Il y a 6 questions dans la première catégorie, il y a 12 participants, donc un total de 72 réponses. Sur les 72 réponses, il y en a 17 d'incorrectes :
 - $72-17 = 55/72 = 76,4\%$ des participants ont répondu correctement.) On peut noter sur la matrice les pourcentages pour chaque catégorie de questions.
- Le formateur revoit les résultats du questionnaire avec le groupe, tels qu'ils sont notés sur la matrice. On peut inscrire les catégories et les pourcentages corrects sur une feuille d'un bloc géant (un flip chart). En se référant à ces résultats, le groupe et le formateur clinique décident ensemble comment répartir le temps pendant la formation.

QUESTIONNAIRE PREALABLE – CLES RESPONSES

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

COUNSELING

- | | | |
|--|-------------|--|
| 1. Le counseling assure que la cliente comprend les avantages, les risques, les implications et les alternatives de la ligature des trompes. | VRAI | Objectif du participant 2 (Chapitre 2) |
| 2. La période immédiate en post-partum peut être le meilleur moment pour la femme de décider d'effectuer une LT/AL par minilaparotomie du post-partum. | FAUX | Objectif du participant 2 (Chapitre 2) |
| 3. Le prestataire est la personne la mieux placée pour décider de la méthode que la cliente va utiliser. | FAUX | Objectif du participant 2 (Chapitre 2) |

INDICATIONS, CONDITIONS DEMANDANT DES PRECAUTIONS

- | | | |
|---|-------------|---|
| 4. La stérilisation ne dure que 10 ans après que les trompes aient été occluses. | FAUX | Objectifs du participant 3 (Chapitres 1 et 4) |
| 5. Une femme qui est certaine de ne plus vouloir d'enfants est une bonne candidate pour une ligature des trompes | VRAI | Objectifs du participant 3 (Chapitres 1 et 4) |
| 6. On peut faire une ligature tubaire par la minilaparotomie à une femme avec un diabète contrôlé. | VRAI | Objectifs du participant 3 (Chapitres 1 et 4) |
| 7. Un utérus rétroversé (postérieur) est une contre-indication pour la ligature tubaire par minilaparotomie. | FAUX | Objectifs du participant 3 (Chapitres 1 et 4) |
| 8. Une hémorragie anté-partum est un facteur pour décider de vérifier le taux d'hémoglobine avant d'effectuer la LT/AL par minilaparotomie post-partum. | VRAI | Objectifs du participant 3 (Chapitre 4) |

BILAN DE LA CLIENTE

- | | | |
|---|-------------|---|
| 9. Un agent paramédical formé peut vérifier les antécédents en utilisant une Liste de vérification. | VRAI | Objectifs du participant 4 (Chapitre 5) |
| 10. Des examens de laboratoires approfondis sont nécessaires avant la minilaparotomie. | FAUX | Objectifs du participant 4 (Chapitre 5) |

PREVENTION DES INFECTIONS

- | | | |
|---|-------------|---|
| 11. Les instruments décontaminés et nettoyés peuvent être stérilisés en les faisant bouillir dans de l'eau pendant 20 minutes. | FAUX | Objectifs du participant 5 (Chapitre 6) |
| 12. Pour minimiser la transmission du VHB ou VIH au personnel durant le processus de nettoyage, tous les instruments souillés devraient d'abord être trempés dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes. | VRAI | Objectifs du participant 5 (Chapitre 6) |
| 13. Les instruments désinfectés à haut niveau peuvent être utilisés pour la minilaparotomie lorsque la stérilisation par autoclave n'est pas disponible. | VRAI | Objectifs du participant 5 (Chapitre 6) |

ANESTHESIE

- | | | |
|--|-------------|---|
| 14. Le soutien verbal de la part du chirurgien et du personnel infirmier minimise la peur et l'inconfort de la cliente. | VRAI | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 15. Il n'est pas nécessaire de prendre les signes vitaux de base de la cliente en minilaparotomie d'intervalle. | FAUX | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 16. La plupart des clientes ont besoin d'une anesthésie para-cervicale (injection d'une petite quantité d'un anesthésique local) avant l'insertion de l'élévateur. | FAUX | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 17. Après avoir injecté l'anesthésie locale, le chirurgien devrait attendre 2 à 3 minutes avant d'inciser. | VRAI | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |
| 18. L'utilisation d'un moindre volume de lignocaïne/xylocaïne à 2% fournit une meilleure anesthésie qu'un volume plus élevé à 1%. | FAUX | Objectifs du participant 6 (Chapitre 7) |

SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

- | | | |
|--|-------------|---|
| 19. Une femme ayant eu une LT/AL par minilaparotomie et qui n'a pas ses règles devrait retourner à la clinique car il est possible qu'elle ait un déséquilibre hormonal. | FAUX | Objectifs du participant 10 (Chapitre 10) |
| 20. Il est plus probable que des complications sérieuses liées à l'anesthésie surviennent chez des clientes sous sédation profonde. | VRAI | Objectifs du participant 10 (Chapitre 10) |
| 21. Il n'est pas crucial que la cliente vide sa vessie avant d'exécuter la LT/AL par minilaparotomie | FAUX | Objectif du participant 9 (Chapitre 11) |

COMMENT APPREND-ON ?³

OBJECTIF DE LA SEANCE : à la fin de cette séance, le participant saura dire comment les gens apprennent.

OBJECTIFS A L'APPUI : à la fin de cette séance, le participant saura :

- Comparer les méthodes de formation classique (école) et pratique
- Donner les trois étapes de l'acquisition des compétences cliniques
- Décrire les caractéristiques de l'apprentissage chez les adultes

La **compétence** sera déterminée en participant à cette séance, en complétant les fiches d'activité de la séance, et en mettant l'information en pratique dans un contexte clinique.

STOP : FORMATEUR CLINIQUE PASSEZ A L'ACTIVITE UN (1)

Comparaison des méthodes de formation classique (école) et pratique

- Caractéristiques de l'enseignement classique (école) :
Voici des exemples :
 - Structuré
 - Le formateur semble se croire meilleur que les étudiants
 - L'information est généralement théorique
 - Peu ou aucune interaction de la part des étudiants
 - Peu de questions de la part des étudiants
- Caractéristiques de la formation pratique (par exemple, la manière dont un sculpteur sur bois apprendrait à ses enfants à sculpter le bois) :
Voici des exemples :
 - Informelle
 - C'est amusant d'apprendre (peu de stress)
 - C'est en forgeant qu'on devient forgeron (pratique)
 - A un caractère participatif (le formateur et l'étudiant sont des partenaires)
 - Interactive (questions allant dans les deux sens)
- La méthode pratique consiste davantage à **encadrer** qu'à enseigner comme à l'école.
L'acquisition de compétences, telles que l'insertion ou le retrait des implants, constitue un bon exemple où l'encadrement est la méthode qui convient.

Comment apprend-on ?

- L'apprentissage doit être **pertinent**. Les expériences d'apprentissage devraient être directement liées aux responsabilités professionnelles des participants.

¹ Adapté de: Sullivan, R., et al. 1995. *Compétences en formation clinique pour les formateurs en santé de la reproduction*. Corporation Jhpiego: Baltimore, Maryland.

- Les adultes sont souvent des stagiaires **très motivés** dans la salle de classe :
 - Ils désirent améliorer leur prestation de travail
 - Ils désirent apprendre
 - Ils désirent améliorer leur vie.
- Les adultes ressentent **le besoin de participer** pendant la formation. Cela peut se faire :
 - En permettant aux participants de donner leur avis sur les horaires, les activités et les autres événements
 - En utilisant des questions et en donnant du feedback
 - En organisant des séances de brainstorming et de discussions
 - En prévoyant des travaux pratiques
 - En réalisant des travaux de groupe ou individuels
 - En faisant des activités ou des jeux de rôle en salle de classe.
- Les adultes ont besoin de **diversité** que l'on peut créer en :
 - Fournissant un programme varié
 - Utilisant toute une gamme d'aides audio-visuelles
 - Diapositives
 - Cassettes vidéo
 - Transparents pour rétroprojection
 - Blocks géants (flip hart) ou tableau noir
 - Modèles ou vrais objets
 - Utilisant toute une gamme de méthodes pédagogiques :
 - Exposés illustrés
 - Démonstration
 - Activités en petits groupes
 - Discussions de groupe
 - Jeux de rôle et études de cas
 - Conférenciers invités

STOP : FORMATEUR CLINIQUE PASSEZ A L'ACTIVITE DEUX (2)

- Les adultes ont besoin de recevoir **un feedback positif**. Un feedback positif consiste à indiquer aux participants ce qu'on pense de leur performance et à leur fournir cette information de manière positive. Le formateur clinique apporte un feedback positif lorsqu'il utilise un ou plusieurs des comportements suivants :
 - Féliciter quelqu'un à haute voix, soit devant les autres participants soit face à face.

Guide du formateur

- Reconnaître une bonne réponse à une question :
 - C'est correct
 - Bonne réponse
 - Voilà une excellente réponse
- Reconnaître un travail compétent pendant qu'on encadre des travaux cliniques :
 - Très bon travail
 - J'aimerais que tout le monde note l'incision qui vient d'être faite. Marie a fait un excellent travail et vos incisions devraient ressembler à celle-ci
- Indiquer aux participants s'ils sont sur la bonne voie vers la réalisation des objectifs de la formation
- Le formateur clinique doit savoir que les participants peuvent venir à une formation avec un certain nombre de **préoccupations personnelles** :
 - Crainte de l'échec ou d'être embarrassés
 - Peur de ne pas être au même niveau que les autres participants
 - Peur de ne pas s'entendre avec le formateur
 - Peur de ne pas comprendre le contenu
 - Peur de ne pas arriver à maîtriser les compétences enseignées
- Le formateur clinique doit tenir compte de ces préoccupations et commencer le stage par un exercice d'ouverture qui permet à tous les participants de faire connaissance dans un climat rassurant et positif.
- Les adultes préfèrent être traités comme des **individus ayant, un passé, des expériences et des besoins d'apprentissage uniques et particuliers**. Le formateur clinique peut respecter ce sentiment d'individualité en adoptant certaines des attitudes suivantes :
 - Appeler aussi souvent que possible les participants par leurs noms
 - Faire participer tout le monde aussi souvent que possible
 - Traiter les participants avec respect
 - Permettre aux participants de partager des informations entre eux pendant les séances didactiques et cliniques
- Les participants doivent garder leur **amour-propre** pour répondre aux besoins de la formation clinique. Le respect de la part du formateur clinique, qui évitera notamment de faire des commentaires négatifs, est chose capitale pour maintenir la confiance des participants tout au long de la formation.
- Le formateur doit maintenir un **niveau d'attente élevé** chez les participants en :
 - Réalisant un stage de formation qui renforce et qui ne diminue pas l'amour-propre des participants et leur sens de compétence
 - En exigeant une performance de haut niveau de lui-même ainsi que de ses collègues formateurs
 - En permettant aux participants d'apprendre à connaître et à respecter le formateur

- En comprenant et en reconnaissant les accomplissements des participants dans leurs carrières
- Tous les participants ont des **besoins personnels** pendant la formation. Des pauses aux bons moments, la meilleure ventilation possible, un bon éclairage et un environnement comportant le moins de distractions possibles diminuent la tension et créent une atmosphère positive.

Etapes de l'apprentissage des compétences cliniques :

- **L'acquisition de la compétence** est la première étape de l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou activité clinique. Il faut une ou plusieurs séances pratiques pour apprendre à effectuer les étapes nécessaires et suivre la séquence (le cas échéant) dans laquelle il faut les exécuter. Assistance et encadrement sont nécessaires pour arriver à une exécution correcte de la compétence ou de l'activité.
- **La maîtrise de la compétence** est une étape intermédiaire de l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou activité clinique. Le participant est capable d'exécuter les étapes correctement dans la bonne séquence (le cas échéant), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace.
- **La maîtrise parfaite de la compétence** est l'étape finale de l'apprentissage d'une nouvelle compétence ou activité clinique. Le participant exécute les étapes de façon précise et efficace et dans la bonne séquence (le cas échéant).

Principes de l'apprentissage (les clés du succès) :

- C'est en forgeant qu'on devient forgeron. **Compétence** signifie **répétition**.
- Plus le contenu est **réaliste**, plus l'apprentissage est productif.
- L'apprentissage est :
 - Plus productif lorsque le participant est **prêt à apprendre** (C'est au formateur clinique de créer un climat qui motive les participants.)
 - Plus productif lorsqu'il **part de** ce que le participant sait déjà ou de ce qu'il a déjà vécu
 - Plus facile lorsque le participant sait **ce qu'il est supposé apprendre**
 - Plus amusant si on utilise toute une **gamme** de méthodes et de techniques pédagogiques

STOP : FORMATEUR CLINIQUE PASSEZ A L'ACTIVITE TROIS (3)

Récapitulatif :

1. Quelles sont les différences entre les méthodes de formation classique (école) et pratique ?

Réponses :

- Classique : structurée ; le moniteur agit comme s'il était meilleur que les étudiants (information qui va du haut vers le bas), l'information est généralement théorique, avec peu ou pas d'interaction ou de participation, peu de questions de la part des étudiants
 - Pratique : informelle, amusante, apprendre en faisant, participative, interactive
2. Que devrait faire le formateur clinique pour encourager l'apprentissage
- #### Réponses :
- Relier la formation au travail du participant

Guide du formateur

- Partir de la forte motivation et de l'intérêt du participant
 - Engager les participants à la formation
 - Varier la méthode de formation
 - Fournir un feedback positif
 - Tenir compte des préoccupations personnelles du participant
 - Envisager le passé, les expériences et les besoins d'apprentissage individuel de chaque participant
 - Préserver l'amour-propre des participants
 - Maintenir les attentes élevées des participants
 - Envisager les besoins personnels des participants.
3. Quelles sont les trois étapes de l'apprentissage des compétences cliniques ?
- Réponses :**
- Acquisition de la compétence
 - Maîtrise de la compétence
 - Maîtrise parfaite de la compétence.
4. Quels sont les principes de l'instruction clinique ?
- Réponses :**
- La répétition est nécessaire pour la maîtrise des compétences
 - Le contenu doit être réaliste
 - Les participants doivent être prêts à apprendre
 - L'enseignement doit partir de ce que le participant sait déjà
 - Les participants doivent être au courant des objectifs de la formation
 - Il faut utiliser toute une gamme de méthodes pédagogiques.

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES PREALABLES

UTILISATION DE LA LISTE DE VERIFICATION

Cette activité concernant l'évaluation des compétences vise à aider aussi bien le **formateur** que le **participant** lorsqu'ils commencent à travailler ensemble dans le cadre du stage. Les résultats permettront d'identifier ces compétences cliniques (par exemple, l'examen gynécologique) qui sont exécutées convenablement et celles qui doivent être apprises ou qui peuvent avoir besoin d'un peu plus de pratique durant le stage.

Chaque participant recevra un exemplaire de son évaluation corrigée au début du stage. Il ou elle devrait utiliser les résultats de l'évaluation comme guide pour les activités d'apprentissage durant les séances d'activités cliniques guidées.

Lors de l'utilisation de la Liste de vérification, il est important que les résultats soient pris en compte de façon attentive et correcte. Si la tâche est exécutée de façon satisfaisante, le formateur devrait inscrire un **S** dans la colonne **satisfaisant**. Si une tâche est exécutée de façon incorrecte ou hors séquence, le formateur devrait inscrire un **X** dans la colonne **non satisfaisant**. Si le résultat pour une tâche est **non satisfaisant** le formateur devrait noter les lacunes spécifiques afin d'aider le participant à apprendre ou à corriger la manière d'exécuter cette ou ces compétence(s) durant les séances pratiques cliniques en salle de classe.

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES PREALABLES

Instructions : Mettre un **S** dans la colonne Satisfaisant si la tâche est exécutée correctement, et un ***** dans la colonne Non Satisfaisant si la tâche est exécutée de façon incorrecte ou hors séquence.

Participant _____ Date _____

LISTE DE VERIFICATION POUR L'EVALUATION DES COMPETENCES CLINIQUES DE BASE PREALABLES		
TACHE/ACTIVITE	SATISFAISANT	NON SATISFAISANT/ REMARQUE
CHIRURGIEN		
Fait preuve de compétences appropriées en matière de counseling et d'entretien.		
Est capable de vérifier l'authenticité du consentement éclairé.		
Exécute un examen physique approprié.		
Introduit le speculum.		
Fait un examen gynécologique.		
Introduit et fait la démonstration de l'utilisation du manipulateur utérin.		
Est capable d'identifier correctement les structures pelviennes.		
Fait un nœud chirurgical correctement.		
ASSISTANT		
Fait preuve de compétences appropriées en matière de counseling et d'entretien.		
Est capable de prendre les antécédents de façon appropriée.		
Est capable d'aider le chirurgien à enfiler la blouse et les gants.		
Fait preuve de compétences nécessaires en matière de contrôle (pouls, respiration, conscience, etc.).		
Prépare une solution de décontamination.		

ETUDES DE CAS ET CLES DE REPONSES

ÉTUDE DE CAS : ETAPES PRE-OPERATOIRES ET PREPARATION DE LA CLIENTE

Une femme âgée de 36 ans, qui a déjà accouché quatre fois, vient dans votre clinique et demande une ligature des trompes. Elle consulte tout d'abord un infirmier-conseiller qui détermine que sa décision d'avoir une ligature des trompes est une décision informée et volontaire. Le conseiller explique que la méthode de ligature des trompes utilisée dans la clinique est la minilaparotomie sous anesthésie locale. Après qu'on lui ait expliqué en détail la procédure, la cliente décide de subir la minilaparotomie et signe le formulaire de consentement.

Le jour de la procédure, elle se présente à la clinique et l'infirmier la reçoit aimablement, l'installe confortablement et vérifie bien qu'elle a pris sa douche avant de venir. Il l'installe sur la table d'opération, vérifie les signes vitaux de la cliente et prépare les instruments pendant que le chirurgien se lave les mains.

- A votre avis, quelles sont les étapes qui n'ont pas été exécutées pendant la préparation de la cliente de son arrivée à la clinique à son installation au bloc opératoire ?
- Qui aurait dû les exécuter ?
- Pouvez-vous expliquer l'importance de chaque étape non exécutée ?

Le chirurgien après s'être lavé chirurgicalement les mains, a revêtu une blouse chirurgicale stérile et a mis des gants stériles. Il s'apprête à effectuer l'asepsie de la zone de l'incision.

- Quelles étapes le chirurgien a-t-il omises ?
- Quelles peuvent être les conséquences de ces oublis pendant la procédure chirurgicale ?

CLE DE RÉPONSES ÉTUDE DE CAS : ETAPES PRE-OPERATOIRES ET PREPARATION DE LA CLIENTE

Une femme âgée de 36 ans, qui a déjà accouché quatre fois, vient dans votre clinique et demande une ligature des trompes. Elle consulte tout d'abord un infirmier-conseiller qui détermine que sa décision d'avoir une ligature des trompes est une décision informée et volontaire. Le conseiller explique que la méthode de ligature des trompes utilisée dans la clinique est la minilaparotomie sous anesthésie locale. Après qu'on lui ait expliqué en détail la procédure, la cliente décide de subir la minilaparotomie et signe le formulaire de consentement.

Le jour de la procédure, elle se présente à la clinique et l'infirmier la reçoit aimablement, l'installe confortablement et vérifie bien qu'elle a pris sa douche avant de venir. Il l'installe sur la table d'opération, vérifie les signes vitaux de la cliente et prépare les instruments pendant que le chirurgien se lave les mains.

- A votre avis, quelles sont les étapes qui n'ont pas été exécutées pendant la préparation de la cliente de son arrivée à la clinique à son installation au bloc opératoire ?

Guide du formateur

Les étapes suivantes n'ont pas été respectées :

- Qui aurait dû les exécuter ?
 - **Vérification de l'identité**
 - **Etablir ou vérifier le dossier médical**
 - **Revoir les antécédents de la cliente et les résultats des examens complémentaires**
 - **Vérifier le consentement éclairé**
 - **Vérifier que la cliente a vidé sa vessie**

L'infirmier qui a accueilli la cliente et/ou le chirurgien (responsabilité du chirurgien)

- Pouvez-vous expliquer l'importance de chaque étape non exécutée ?
 - **Identité : erreur sur la personne peut entraîner des problèmes médico-légaux (erreur médicale)**
 - **Dossier médical/antécédents/examens : informations sur l'état de santé et éligibilité de la cliente**
 - **Consentement éclairé : permet d'éviter des regrets**
 - **Vidange de la vessie : complications per-opératoires (ouverture de la vessie)**

Le chirurgien après s'être lavé chirurgicalement les mains, a revêtu une blouse chirurgicale stérile et a mis des gants stériles. Il s'apprête à effectuer l'asepsie de la zone de l'incision.

- Quelles étapes le chirurgien a-t-il omises ?
 - **Examen bi-manuel pour apprécier la taille, la position et la mobilité de l'utérus**
 - **Pose du spéculum et désinfection du col**
 - **Insertion de l'élévateur utérin**
 - **Détermination de la hauteur du fond utérin pour le choix de l'endroit de l'incision**

Risques :

- Quelles peuvent être les conséquences de ces oublis pendant la procédure chirurgicale ?
 - **Méconnaissance d'une grossesse débutante, d'une anomalie pelvienne**
 - **Mauvaise exposition du fond utérin si pas d'insertion de l'élévateur utérin**
 - **Mauvaise insertion de l'élévateur utérin pouvant entraîner des difficultés pour l'exposition des trompes, voire une perforation utérine si l'utérus est rétroversé**
 - **Mauvais emplacement de la zone d'incision cutanée si méconnaissance du niveau du fond utérin**

ETUDES DE CAS : COMPLICATIONS DE LA LT/AL

Complications liées à l'anesthésie

Cas 1

20 ml de lignocaïne à 2% ont été utilisés comme anesthésique local pour la minilaparotomie. Lorsque le médecin qui opérait a eu du mal à élever la seconde trompe, on a injecté davantage de lignocaïne dans la trompe avant de la saisir avec une pince de Babcock. La cliente a commencé à marmonner et à avoir des convulsions. Quels sont les médicaments que l'on pourrait lui donner ? Que doit faire le médecin en ce qui concerne l'intervention inachevée de minilaparotomie ?

Cas 2

Tout juste après une minilaparotomie sous anesthésie locale et une forte sédation en utilisant du diazépam et de la péthidine, une cliente dans la salle de récupération a eu les symptômes suivants : dépression de la fréquence respiratoire, cyanose et désorientation. Que faudrait-il faire immédiatement ? Quels médicaments d'urgence faudrait-il donner ? Quelles autres mesures faudrait-il prendre ? Pourquoi ?

CLES DE REPONSES ETUDES DE CAS : COMPLICATIONS LIEES A L'ANESTHESIE

Cas 1

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

L'anaphylaxie à la lignocaïne est peu probable. La dose et la concentration de la lignocaïne (2%) ont contribué à la situation. On aurait pu diluer la lignocaïne pour obtenir un plus grand volume anesthésique sans augmenter le risque de toxicité. La lignocaïne qui était injectée dans la trompe a pu être injectée accidentellement dans un vaisseau. Le piston de la seringue doit être retiré à chaque niveau d'injection. Ou alors, on peut verser la lignocaïne goutte à goutte sur les trompes et le mésosalpinx.

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les éléments suivants :

Arrêtez immédiatement l'intervention chirurgicale. Retirez tous les instruments ouverts de la cavité abdominale et recouvrez la blessure avec un linge stérile. Placez un abaisse-langue, recouvrez la blessure avec un linge stérile. Placez un abaisse-langue recouvert d'ouate (ou tout autre dispositif semblable) dans un coin de la bouche de la patiente pour garder la bouche ouverte. Surveillez les signes vitaux et traitez la cliente symptomatiquement. Une cliente qui a des convulsions pourra recevoir du diazépam par voie intraveineuse mais, étant donné que la lignocaïne passe rapidement dans le corps, il ne faut pas donner des médicaments pouvant entraîner une dépression respiratoire irréversible, à moins que la convulsion ne dure plusieurs minutes. Une fois les convulsions maîtrisées, on peut continuer la minilaparotomie. Notez tous les détails de la complication et le traitement donné dans le dossier de la cliente.

Cas 2

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

Le péthidine est la cause probable de la dépression respiratoire. D'autres causes pourraient être une hémorragie intra-abdominale et des problèmes cardio-vasculaires. Il faut donner de la

Guide du formateur

naloxone pour rétablir la respiration, si un narcotique a été utilisé. Il faut également envisager d'autres causes des symptômes, par exemple, le surdosage de diazépam, des problèmes cardiaques graves et un choc imminent.

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les points suivants :

Prenez des mesures immédiates pour que les voies respiratoires restent ouvertes. Donnez de l'oxygène, vérifiez la pression artérielle, le pouls et rythme respiratoire et placez une intraveineuse. Administrez, par voie intraveineuse, la naloxone (0,4 mg) en presumant que la dose de péthidine était excessive pour cette cliente, combinée avec le diazépam. Une dose immédiate de naloxone et des doses répétées (toutes les 2 à 3 minutes jusqu'à ce qu'un total de 2 à 4 mg soit donné) ne peuvent pas faire de mal dans ce cas et pourraient résoudre le problème.

Les autres mesures consistent notamment à observer attentivement la cliente pendant un certain temps après la réaction initiale à la naloxone (puisque c'est un médicament de brève action et que le narcotique peut continuer à agir pendant plus longtemps). En attendant, examinez la cliente pour voir s'il y a d'autres causes possibles (embolie, grave hémorragie intra-abdominale et choc). Préparez-vous à démarrer immédiatement la réanimation cardiopulmonaire en cas d'arrêt cardiaque. Une fois l'urgence passée, revoyez la situation et déterminez s'il faut changer le régime d'anesthésie. Notez les détails de la complication et du traitement dans le dossier de la cliente.

Lésions intra-abdominales

Cas 1

Une cliente a eu une minilaparotomie d'intervalle pendant laquelle l'utérus a été perforé. L'incision abdominale a été agrandie sous anesthésie supplémentaire pour contrôler le saignement et réparer l'utérus. L'intervention a duré 90 minutes. Quatre heures après, la cliente était inconsciente, tachycardique et hypotendue. Quelles mesures l'urgence faudrait-il prendre ? Quels médicaments peut-on utiliser ? Quel matériel d'urgence peut-on utiliser ? Quels sont les plans de suivi à prévoir ?

Cas 2

Pendant une minilaparotomie, pénétrant dans l'abdomen, le médecin a remarqué que la lumière de l'intestin avait été ouverte. Que faudrait-il faire pour réparer l'intestin ? Que faudrait-il faire concernant la minilaparotomie et la ligature des trompes ? Que faudrait-il faire pour éviter une péritonite ? Quels plans de suivi doit-on adopter ? Que faudrait-il dire à la cliente ?

Cas 3

Pendant une minilaparotomie, le médecin a vu un liquide clair dans l'abdomen. Que doit-il faire immédiatement ? Quelles sont les mesures suivantes à prendre ?

CLES DE REPONSES ETUDES DE CAS : LESIONS INTRA-ABDOMINALES

Cas 1

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

- Les symptômes indiquent un problème cardiaque aigu dont on ne connaît pas la cause. La présence d'un infarctus du myocarde aigu chez une femme jeune et en bonne santé est peu probable. La minilaparotomie en elle-même n'entraîne pas ce type de complication ; mais un infarctus du myocarde aigu peut avoir lieu chez une cliente jeune qui a des antécédents de maladie cardiaque. La cause de cette crise peut être liée à l'hypotension, résultant de l'hémorragie intra-abdominale ou de l'anesthésie qui affaiblit davantage un cœur déjà défaillant. Les personnes chargées d'examiner ce cas doivent prendre en considération les facteurs qui ont contribué à la situation, tels que des antécédents incomplets, ne pas avoir identifié les éventuels problèmes au moment de l'examen physique pré-opératoire et une mauvaise sélection des clientes.

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les points suivants :

- Les mesures d'urgence doivent comprendre la réanimation, le maintien d'une canule, le massage cardiaque et l'administration de médicaments. Les médicaments qui peuvent être donnés sont notamment l'adrénaline, le bicarbonate de soude, l'héparine, le chlorure de calcium et le solu cortef. L'équipement d'urgence est le suivant : un aspirateur, des tuyaux, un ballon d'oxygène, de l'oxygène, une canule, un stéthoscope et un sphygmomanomètre. Le suivi doit porter sur l'élaboration d'un diagnostic cardiorespiratoire dans le but de traiter toute maladie cardiaque ou respiratoire sous-jacente. Il faut également prendre des mesures pour améliorer à l'avenir la sélection des clientes.

Cas 2

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

- Le fait de reconnaître immédiatement le traumatisme intestinal est très important si l'on veut diminuer les problèmes ultérieurs pouvant être mortels. Le traumatisme chirurgical peut arriver, même entre les mains d'un bon médecin. Le traumatisme a probablement eu lieu au moment où le péritoine a été ouvert. Le médecin doit réfléchir à sa propre technique. (A-t-il bien vérifié le repli du péritoine et la transparence avant d'ouvrir l'abdomen ?) Des adhérences ont également pu être la cause puisqu'elles font que l'intestin est collé au péritoine

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les éléments suivants :

- L'incision de la minilaparotomie devra peut-être être agrandie et une anesthésie complémentaire sera peut-être nécessaire. Réparez immédiatement l'intestin en couches avec de fines sutures de soie et une aiguille atraumatique. Il est important de s'entourer de précautions en touchant les intestins pour éviter une péritonite au cas où le contenu de l'intestin se déverserait dans l'abdomen. Si cela arrive, il faut procéder à une aspiration de l'abdomen et à un lavage avec de grandes quantités de solution normale salée stérile. Compléter la ligature des trompes après avoir réparé l'intestin. Donnez immédiatement des antibiotiques dans la salle d'opération si c'est possible et continuez le traitement complet d'antibiotiques. Le suivi consistera notamment à hospitaliser la cliente pour une observation prolongée et pour le traitement. Indiquez à la cliente :

Guide du formateur

- Quelle était la nature du problème et ce qui a été fait
- Les signes spécifiques qu'elle doit observer après avoir quitté l'hôpital, surtout en ce qui concerne les douleurs abdominales ou la fonction intestinale
- Le régime alimentaire qu'elle doit suivre
- Le niveau d'activités qu'elle peut entreprendre
- La manière de soigner la plaie
- La posologie des médicaments prescrits
- Quand elle doit revenir pour l'examen de suivi et dans quel service

Cas 3

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

- Le liquide peut être du liquide péritonéal ou de l'urine. Si le liquide remonte soudainement dans la plaie, c'est probablement de l'urine.
- Identifiez d'abord le liquide pour déterminer les éventuelles mesures à prendre. Si on ne trouve pas d'ouverture dans la paroi de la vessie, on peut faire un test. Un test rapide consiste à aspirer une petite quantité de liquide dans la seringue en y laissant un peu d'air, puis à secouer la seringue. S'il s'agit d'urine, elle moussera, mais pas le liquide péritonéal. Pour trouver la laceration de la vessie si elle n'est pas visible, il faut poser une sonde et administrer lentement une solution stérile, de préférence colorée, afin que la fuite du liquide coloré dans la vessie indique l'emplacement de la blessure. Réparer la plaie vésicale une fois que l'emplacement de la lésion a été identifié.

Complications post-opératoires

Cas 1

Une cliente a été renvoyée chez elle après une intervention de minilaparotomie sans problèmes. Deux jours plus tard, elle s'est présentée à l'hôpital, se plaignant de douleurs abdominales et de fièvre. Quel pourrait être le diagnostic ? Quelles dispositions doivent être prises et dans quel ordre ?

Cas 2

Une cliente a eu une minilaparotomie d'intervalle qui s'est déroulée sans problèmes ; le cinquième jour après l'opération, tout allait toujours bien et elle n'avait pas de problème. Puis soudainement, elle est tombée gravement malade d'une diarrhée et vomissement aigus. Elle a essayé de boire des liquides pour se réhydrater, mais cela ne l'a pas soulagée. Après deux jours, elle a été emmenée par son mari et un agent de santé au service chirurgical. Quelles sont les causes possibles de sa maladie ? Comment établiriez-vous un diagnostic différentiel ? Quelle serait la première étape du traitement ?

CLES DE REPONSES AUX ETUDES DE CAS : COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

Cas 1

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

- Bien que l'intervention chirurgicale se soit déroulée sans problèmes, il peut toujours arriver qu'un traumatisme intestinal ne soit pas remarqué.

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les points suivants :

- Le diagnostic par présomption est la péritonite. Relevez minutieusement les antécédents de tous les signes et symptômes survenus depuis l'intervention chirurgicale et classez-les par ordre chronologique. Vérifier également si d'autres membres de la famille ont eu des symptômes similaires et si la cliente a suivi d'autres traitements ou pris des médicaments entre temps. Examinez la cliente en faisant attention aux signes de la péritonite, par exemple la douleur provoquée par la détente brusque de la paroi abdominale après la palpation. Si vous ne trouvez aucune autre explication des symptômes, préparez la cliente pour une laparotomie exploratrice d'urgence. Appelez un médecin consultant ou envoyez la cliente dans un établissement médical de niveau supérieur si c'est nécessaire. S'il existe des raisons de soupçonner une complication intra-abdominale, il vaut mieux demander la consultation d'un spécialiste plutôt que « d'attendre de voir » ce qui va se passer. Donnez des antibiotiques. Notez tous les détails de la complication ainsi que le traitement dans le dossier de la cliente.

Cas 2

L'analyse de la situation par les participants doit porter sur les points suivants :

- Un traumatisme intestinal qui n'est pas détecté au moment de l'intervention chirurgicale et qui évolue en péritonite entraîne généralement des problèmes abdominaux pendant les deux ou trois jours qui suivent l'intervention. Cette cliente ne présentait aucun signe de maladie pendant cinq jours, les causes possibles de cette complication doivent donc inclure d'autres facteurs. Par exemple, la qualité de l'eau potable de la cliente, les pratiques d'hygiène dans la région où elle vit, une éventuelle épidémie de choléra dans la région, si d'autres membres de la famille ont eu une maladie semblable ou alors une éventuelle source d'intoxication alimentaire.

Les réponses aux questions de la discussion doivent comprendre les éléments suivants :

- Les causes possibles peuvent être une gastro-entérite aiguë, le choléra, une intoxication alimentaire ou un autre type d'empoisonnement, une occlusion intestinale, un volvulus et une perforation à retardement après un écrasement de l'intestin. Pour établir un diagnostic différentiel définitif, il faut comparer les signes et les symptômes que présente la cliente à ceux de chaque cause de maladie possible et présumée.

Prenez les antécédents détaillés des problèmes de la cliente et des traitements qu'elle a reçus. Faites un examen physique, prenez notamment la température et les signes vitaux ; faites un examen abdominal et une auscultation. Les tests de laboratoire peuvent comprendre entre autres un examen de selles, la numération des globules blancs et l'équilibre électrolytique. La première étape capitale du traitement consiste à administrer immédiatement des liquides par voie intraveineuse pour réhydrater la cliente.

JEUX DE ROLES

Verbacaine

Situation :

Un chirurgien et son assistant sont en train d'exécuter une ligature des trompes par minilaparotomie chez une grande multipare (G10 P9, 8 vivants). La cliente est anxieuse et inquiète

Guide du formateur

malgré le counseling qui avait été mené avant l'intervention. La conseillère la rassure en utilisant la VERBACAINE.

Jeu de rôle : quatre volontaires joueront les rôles suivants :

- Deux d'entre eux exécuteront la procédure (chirurgien et assistant),
- Le troisième pratiquera la verbacaine pendant la procédure et
- Le quatrième jouera le rôle de la cliente.

Les autres participants observeront le jeu de rôle à l'aide de la Fiche d'apprentissage et donneront leur feedback.

Clé de réponse :

Le formateur facilitera la discussion lors de la séance de feedback et fera ressortir les éléments clés pour faire une bonne verbacaine et son importance dans la gestion de la douleur.

Counseling : « mauvais counseling »

Situation :

Un prestataire de service reçoit une cliente qui désire la LT/AL, car elle a entendu ses copines en parler. Elle aurait souhaité avoir plus d'informations.

Le prestataire reçoit la cliente en lisant et en lui montrant qu'il est très occupé par des problèmes qu'il doit résoudre en ville. Il reçoit un coup de téléphone et n'écoute presque pas la cliente. Il répond à ses questions de manière très agressive et décourageante.

Jeu de rôle : Les formateurs et/ou les participants joueront les rôles d'un « mauvais counseling » ; Les participants observeront à l'aide des Fiches d'apprentissage.

Le jeu de rôle sera suivi de discussion afin d'identifier les caractéristiques d'un bon counseling.

QUESTIONNAIRE A MI-STAGE

UTILISER LE QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire aide les participants à suivre leurs progrès pendant le stage. A la fin du stage, on s'attend à ce que **tous** les participants obtiennent un résultat d'au moins 85%.

On devrait soumettre le questionnaire au moment durant le cours où tous les thèmes ont été abordés. Un score de 85% ou plus indique une maîtrise des connaissances théoriques de l'information présentée dans le manuel de référence. Pour ceux dont le score est inférieur à 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant de façon individuelle et le guider afin qu'il utilise le manuel de référence pour apprendre l'information nécessaire. Les participants dont le résultat est inférieur à 85% peuvent repasser le test n'importe quand durant le reste du stage.

On ne fera repasser le test au participant **que** lorsqu'il ou elle aura eu assez de temps pour étudier le manuel de référence

QUESTIONNAIRE A MI-STAGE

Instructions : Pour chaque question, inscrire la lettre correspondant à la **meilleure** réponse dans l'espace vierge à côté du numéro correspondant sur la fiche de réponses ci-jointe.

COUNSELING

1. Le counseling pour la LT/AL :
 - a. Permet à la cliente de comprendre les avantages, les risques, les implications et les alternatives de la ligature des trompes
 - b. Donne l'opportunité au prestataire de choisir la méthode de LT en fonction des réponses de la cliente
 - c. Est un moment pendant lequel le prestataire devrait éviter de discuter des sentiments personnels de la cliente
 - d. N'a aucun effet sur la survenue du regret après la LT
2. L'un des meilleurs moments pour faire le counseling pour la LT/AL dans le but de permettre à la cliente de faire un choix raisonnable est :
 - a. La période du post-partum immédiat
 - b. La phase active de l'accouchement
 - c. La consultation prénatale
 - d. La consultation prénatale, si le mari est d'accord
3. Avant d'effectuer une procédure de LT/AL, le chirurgien doit vérifier le consentement éclairé en
 - a. Vérifiant que le formulaire de consentement est signé et en discutant de la cliente avec le conseiller
 - b. En s'assurant que le formulaire de consentement est signé à la fois par la cliente et par son mari
 - c. En examinant le formulaire de consentement pour vérifier qu'un témoin était présent lorsque la cliente l'a signé
 - d. En revoyant le consentement pour voir s'il est complet et parler avec la cliente pour s'assurer qu'elle comprend la procédure qu'elle a demandé

INDICATIONS, CONDITIONS DEMANDANT DES PRECAUTIONS

4. La LT/AL est une méthode qui convient à :
 - a. Une femme qui est certaine de ne plus vouloir d'enfants
 - b. Une femme qui souhaite avoir une contraception sûre et efficace pour 10 ans
 - c. Une grande multipare même si elle ne donne pas son consentement
 - d. Une femme dont le mari a décidé de ne plus avoir d'enfant
5. En présence d'une cliente obèse qui demande une minilaparotomie sous anesthésie locale, le chirurgien devrait :
 - a. Prévoir l'aide d'assistants supplémentaires durant la procédure
 - b. Prévoir la procédure dans une installation ou l'anesthésie générale et la laparotomie peuvent être effectuées
 - c. Suggérer que la cliente perde du poids et lui demander de revenir dans 3 mois
 - d. Utiliser une incision dans le sens vertical plutôt qu'horizontal
6. Si l'on remarque une infection systémique ou locale (pelvienne) le jour même de l'opération :
 - a. La procédure devrait quand même être effectuée
 - b. On devrait renvoyer la cliente chez elle en lui disant de revenir lorsqu'elle pense que l'infection est résolue
 - c. Une laparoscopie devrait être effectuée au lieu d'une minilaparotomie
 - d. On devrait ajourner la procédure jusqu'à ce que la cliente ait été traitée pour l'infection et on devrait lui prescrire une méthode d'appoint
7. En présence d'un utérus rétroversé, la LT/AL :
 - a. Est contre-indiquée car l'élévateur utérin ne peut pas être utilisé
 - b. Pourra être réalisée car l'élévateur utérin peut être utilisé en l'insérant dans le col avec la pointe vers le bas
 - c. Pourra être effectuée, car l'élévateur utérin peut être inséré de la même façon que pour un utérus antéversé
 - d. Pourra être effectuée, car après que l'abdomen a été ouvert, l'utérus pourra être visualisé
8. Une hémorragie anté-partum est un facteur pour décider de vérifier le taux d'hémoglobine avant d'effectuer la LT/AL par minilaparotomie post-partum car :
 - a. Elle peut entraîner une anémie chez la cliente
 - b. La cliente n'est peut-être pas en mesure de tolérer le stress de la chirurgie ou une perte de sang supplémentaire
 - c. Une anémie avec un taux d'hémoglobine < à 7g/dl est une condition pour laquelle la procédure devrait être différée
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes

BILAN DE LA CLIENTE

9. Au cours du bilan médical de la cliente, le personnel paramédical formé :
 - a. Peut vérifier les antécédents en utilisant une Liste de vérification
 - b. Ne doit pas détecter les anomalies ou conditions demandant des précautions et les signaler au médecin pour son évaluation.
 - c. Peut prendre la décision finale d'offrir la LT/AL par minilaparotomie à la cliente
 - d. Aucune des réponses ci-dessus n'est correcte

10. Dans le cadre du bilan préopératoire, un examen gynécologique :
 - a. Doit être également effectué le jour de l'opération par le chirurgien
 - b. Doit être également effectué après la procédure pour s'assurer que l'utérus n'a pas été perforé
 - c. N'est pas nécessaire
 - d. Devrait être effectué par uniquement par l'infirmière pour vérifier qu'il n'y a pas d'infection

PREVENTION DES INFECTIONS

11. On peut tuer de façon efficace le virus d'immunodéficience humaine (VIH/SIDA) et le virus de l'hépatite B (VHB) sur les instruments :
 - a. En rinçant les instruments minutieusement avec de l'eau stérile qui a été bouillie
 - b. En faisant sécher les instruments à l'air libre pendant au moins 48 heures avant de les réutiliser
 - c. En faisant tremper les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes
 - d. En faisant tremper les instruments dans une solution d'iode de polividone immédiatement après les avoir utilisés
12. Après une procédure de minilaparotomie, la seule méthode acceptable pour traiter les instruments souillés est :
 - a. Le nettoyage suivi de la stérilisation
 - b. La décontamination à l'aide d'une solution chlorée à 0,5%, le nettoyage, et ensuite la désinfection avec dettol
 - c. Le trempage dans du dettol pendant au moins 24 heures
 - d. La décontamination à l'aide d'une solution chlorée à 0,5%, le nettoyage, suivi de la stérilisation ou la désinfection à haut niveau
13. La salle d'opération devrait être nettoyée avec une solution désinfectante telle qu'une solution chlorée à 0,5% :
 - a. Après tout cas contaminé et une fois par semaine
 - b. Entre chaque cas et également une fois par mois
 - c. Entre chaque cas et à fond une fois par semaine
 - d. Après chaque cas sujet à une perte de sang de plus de 250 cc

ANESTHESIE

14. Lorsqu'on prépare une cliente pour la chirurgie, le personnel devrait lui dire que :
 - a. La procédure va causer beaucoup de douleur mais qu'elle ne la sentira pas grâce au médicament qu'on va lui donner
 - b. Elle va probablement éprouver de la gêne, une traction et des crampes durant la procédure
 - c. Le docteur est très qualifié et elle ne va sûrement rien sentir durant la chirurgie
 - d. Il se peut qu'elle éprouve des crampes et de la gêne durant la procédure, mais elle ne devrait pas le mentionner durant la chirurgie

Guide du formateur

15. L'anesthésie locale pour la minilaparotomie consiste :
 - a. A utiliser de la lignocaïne et de l'adrénaline à 1%
 - b. A donner un sédatif à toutes les clientes contenant 50 mg de pentazocine et 10 mg d'atropine
 - c. A infiltrer toutes les couches de la paroi abdominale avec de la lidocaïne à 1%
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes
16. Pour placer l'élévateur utérin et éviter que la cliente n'éprouve de la douleur, il faut :
 - a. Faire un anesthésie para cervicale avant de le placer
 - b. Le placer après avoir fait une sédation
 - c. Le placer doucement et parler à la cliente pendant la procédure
 - d. Dilater le col avant de le placer
17. Lorsqu'on infiltre de la lidocaïne à 1% pour provoquer l'anesthésie locale pour la procédure de minilaparotomie :
 - a. Le chirurgien doit s'assurer que seulement la peau et les tissus sous-cutanés sont infiltrés avant de commencer la procédure
 - b. On peut inciser dès que la lignocaïne est injectée
 - c. On devrait toujours utiliser de l'adrénaline avec de la lignocaïne
 - d. Le chirurgien doit essayer d'infiltrer toutes les couches avec un anesthésique, de la peau au péritoine
18. L'utilisation réussie de l'anesthésie locale pour une procédure de minilaparotomie nécessite :
 - a. Un anesthésiste
 - b. L'utilisation d'un sédatif en quantité suffisante pour endormir la cliente
 - c. La communication continue avec la cliente durant l'opération
 - d. Au moins 25 cc de lidocaïne à 2%

SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

19. Lors de l'exécution d'une procédure de minilaparotomie, le saignement intra-abdominal :
 - a. Survient uniquement en salle d'opération
 - b. Est lié au niveau d'anesthésie
 - c. Peut survenir en salle d'opération ou n'importe quand dans la période postopératoire
 - d. Se présente chez les femmes avec des antécédents d'hémorragie post-partum
20. Afin de réduire les complications durant à la fois la minilaparotomie à intervalle et en post-partum, le chirurgien devrait se rappeler de :
 - a. Utiliser l'élévateur utérin dans tous les cas
 - b. Utiliser des instruments dentés pour éviter que les tissus intra-abdominaux ne glissent
 - c. Vérifier que la vessie est vide avant l'intervention
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes

FICHE DE REPONSE AU QUESTIONNAIRE A MI-STAGE

COUNSELING

1. _Objectif du participant 1 (Chapitre 1)
2. _Objectif du participant 1 (Chapitre 1)
3. _Objectif du participant 1 (Chapitre 1)

INDICATIONS, CONDITIONS DEMANDANT DES PRECAUTIONS

4. _Objectif du participant 2 (Chapitre 3)
5. _Objectif du participant 4 (Chapitre 5)
6. _Objectif du participant 4 (Chapitre 5)
7. _Objectif du participant 4 (Chapitre 5)
8. _Objectif du participant 5 (Chapitre 6)

BILAN DE LA CLIENTE

9. _Objectif du participant 5 (Chapitre 6)
10. _Objectif du participant 5 (Chapitre 6)

PREVENTION DES INFECTIONS

11. _Objectif du participant 6 (Chapitre 2 et 7)
12. _Objectif du participant 6 (Chapitre 7)
13. _Objectif du participant 6 (Chapitre 7)

ANESTHESIE

14. _Objectif du participant 6 (Chapitre 7)
15. _Objectif du participant 7 (Chapitre 8)
16. _Objectif du participant 10 (Chapitre 10)
17. _Objectif du participant 10 (Chapitre 10)
18. _Objectif du participant 9 (Chapitre 11)

SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

19. _Objectif du participant 9 (Chapitre 11)
20. _Objectif du participant 9 (Chapitre 11)

QUESTIONNAIRE A MI-STAGE : CLES AUX REPONSES

COUNSELING

1. Le counseling pour la LT/AL :
 - a. **Permet à la cliente de comprendre les avantages, les risques, les implications et les alternatives de la ligature des trompes**
 - b. Donne l'opportunité au prestataire de choisir la méthode de LT en fonction des réponses de la cliente
 - c. Est un moment pendant lequel le prestataire devrait éviter de discuter des sentiments personnels de la cliente
 - d. N'a aucun effet sur la survenue du regret après la LT
2. L'un des meilleurs moments pour faire le counseling pour la LT/AL dans le but de permettre à la cliente de faire un choix raisonnable est :
 - a. La période du post-partum immédiat
 - b. La phase active de l'accouchement
 - c. **La consultation prénatale**
 - d. La consultation prénatale, si le mari est d'accord
3. Avant d'effectuer une procédure de LT/AL, le chirurgien doit vérifier le consentement éclairé en :
 - a. Vérifiant que le formulaire de consentement est signé et en discutant de la cliente avec le conseiller
 - b. En s'assurant que le formulaire de consentement est signé à la fois par la cliente et par son mari
 - c. En examinant le formulaire de consentement pour vérifier qu'un témoin était présent lorsque la cliente l'a signé
 - d. **En revoyant le consentement pour voir s'il est complet et parler avec la cliente pour s'assurer qu'elle comprend la procédure qu'elle a demandée**

INDICATIONS, CONDITIONS DEMANDANT DES PRECAUTIONS

4. La LT/AL est une méthode qui convient à :
 - a. **Une femme qui est certaine de ne plus vouloir d'enfants**
 - b. Une femme qui souhaite avoir une contraception sûre et efficace pour 10 ans
 - c. Une grande multipare même si elle ne donne pas son consentement
 - d. Une femme dont le mari a décidé de ne plus avoir d'enfant
5. En présence d'une cliente obèse qui demande une minilaparotomie sous anesthésie locale, le chirurgien devrait :
 - a. Prévoir l'aide d'assistants supplémentaires durant la procédure
 - b. **Prévoir la procédure dans une installation ou l'anesthésie générale et la laparotomie peuvent être effectuées**
 - c. Suggérer que la cliente perde du poids et lui demander de revenir dans 3 mois
 - d. Utiliser une incision dans le sens vertical plutôt qu'horizontal

6. Si l'on remarque une infection systémique ou locale (pelvienne) le jour même de l'opération :
 - a. La procédure devrait quand même être effectuée
 - b. On devrait renvoyer la cliente chez elle en lui disant de revenir lorsqu'elle pense que l'infection est résolue
 - c. Une laparoscopie devrait être effectuée au lieu d'une minilaparotomie
 - d. On devrait ajourner la procédure jusqu'à ce que la cliente ait été traitée pour l'infection et on devrait lui prescrire une méthode d'appoint**
7. En présence d'un utérus rétroversé, la LT/AL :
 - a. Est contre-indiquée car l'élévateur utérin ne peut pas être utilisé
 - b. Pourra être réalisée car l'élévateur utérin peut être utilisé en l'insérant dans le col avec la pointe vers le bas**
 - c. Pourra être effectuée, car l'élévateur utérin peut être inséré de la même façon que pour un utérus antéversé
 - d. Pourra être effectuée, car après que l'abdomen a été ouvert, l'utérus pourra être visualisé
8. Une hémorragie anté-partum est un facteur pour décider de vérifier le taux d'hémoglobine avant d'effectuer la LT/AL par minilaparotomie post-partum car :
 - a. Elle peut entraîner une anémie chez la cliente
 - b. La cliente n'est peut-être pas en mesure de tolérer le stress de la chirurgie ou une perte de sang supplémentaire
 - c. Une anémie avec un taux d'hémoglobine < a 7g/dl est une condition pour laquelle la procédure devrait être différée
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes**

BILAN DE LA CLIENTE

9. Au cours du bilan médical de la cliente, le personnel paramédical formé :
 - a. Peut vérifier les antécédents en utilisant une Liste de vérification**
 - b. Ne doit pas détecter les anomalies ou conditions demandant des précautions et les signaler au médecin pour son évaluation.
 - c. Peut prendre la décision finale d'offrir la LT/AL par minilaparotomie à la cliente
 - d. Aucune des réponses ci-dessus n'est correcte
10. Dans le cadre du bilan préopératoire, un examen gynécologique :
 - a. Doit être également effectué le jour de l'opération par le chirurgien**
 - b. Doit être également effectué après la procédure pour s'assurer que l'utérus n'a pas été perforé
 - c. N'est pas nécessaire
 - d. Devrait être effectué par uniquement par l'infirmière pour vérifier qu'il n'y a pas d'infection

PREVENTION DES INFECTIONS

11. On peut tuer de façon efficace le virus d'immunodéficience humaine (VIH/SIDA) et le virus de l'hépatite B (VHB) sur les instruments:
 - a. En rinçant les instruments minutieusement avec de l'eau stérile qui a été bouillie
 - b. En faisant sécher les instruments à l'air libre pendant au moins 48 heures avant de les réutiliser
 - c. En faisant tremper les instruments dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes**
 - d. En faisant tremper les instruments dans une solution d'iode de polividone immédiatement après les avoir utilisés
12. Après une procédure de minilaparotomie, la seule méthode acceptable pour traiter les instruments souillés est :
 - a. Le nettoyage suivi de la stérilisation
 - b. La décontamination à l'aide d'une solution chlorée à 0,5%, le nettoyage, et ensuite la désinfection avec dettol
 - c. Le trempage dans du dettol pendant au moins 24 heures
 - d. La décontamination à l'aide d'une solution chlorée à 0,5%, le nettoyage, suivi de la stérilisation ou la désinfection à haut niveau**
13. La salle d'opération devrait être nettoyée avec une solution désinfectante telle qu'une solution chlorée à 0,5% :
 - a. Après tout cas contaminé et une fois par semaine
 - b. Entre chaque cas et également une fois par mois
 - c. Entre chaque cas et à fond une fois par semaine**
 - d. Après chaque cas sujet à une perte de sang de plus de 250 cc

ANESTHESIE

14. Lorsqu'on prépare une cliente pour la chirurgie, le personnel devrait lui dire :
 - a. La procédure va causer beaucoup de douleur mais qu'elle ne la sentira pas grâce au médicament qu'on va lui donner
 - b. Elle va probablement éprouver de la gêne, une traction et des crampes durant la procédure**
 - c. Le docteur est très qualifié et elle ne va sûrement rien sentir durant la chirurgie
 - d. Il se peut qu'elle éprouve des crampes et de la gêne durant la procédure, mais elle ne devrait pas le mentionner durant la chirurgie
15. L'anesthésie locale pour la minilaparotomie consiste :
 - a. A utiliser de la lignocaïne et de l'adrénaline à 1%
 - b. A donner un sédatif à toutes les clientes contenant 50 mg de pentazocine et 10 mg d'atropine
 - c. A infiltrer toutes les couches de la paroi abdominale avec de la lidocaïne à 1%**
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes

16. Pour placer l'élevateur utérin et éviter que la cliente n'éprouve de la douleur, il faut :
 - a. Faire un anesthésie para cervicale avant de le placer
 - b. Le placer après avoir fait une sédation
 - c. Le placer doucement et parler à la cliente pendant la procédure**
 - d. Dilater le col avant de le placer
17. Lorsqu'on infiltre de la lidocaïne à 1% pour provoquer l'anesthésie locale pour la procédure de minilaparotomie :
 - a. Le chirurgien doit s'assurer que seulement la peau et les tissus sous-cutanés sont infiltrés avant de commencer la procédure
 - b. On peut inciser dès que la lignocaïne est injectée
 - c. On devrait toujours utiliser de l'adrénaline avec de la lignocaïne
 - d. Le chirurgien doit essayer d'infiltrer toutes les couches avec un anesthésique, de la peau au péritoine**
18. L'utilisation réussie de l'anesthésie locale pour une procédure de minilaparotomie nécessite :
 - a. Un anesthésiste
 - b. L'utilisation d'un sédatif en quantité suffisante pour endormir la cliente
 - c. La communication continue avec la cliente durant l'opération**
 - d. Au moins 25 cc de lidocaïne à 2%

SUIVI ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS

19. Lors de l'exécution d'une procédure de minilaparotomie, le saignement intra-abdominal :
 - a. Survient uniquement en salle d'opération
 - b. Est lié au niveau d'anesthésie
 - c. Peut survenir en salle d'opération ou n'importe quand dans la période postopératoire**
 - d. Se présente chez les femmes avec des antécédents d'hémorragie post-partum
20. Afin de réduire les complications durant à la fois la minilaparotomie à intervalle et en post-partum, le chirurgien devrait se rappeler de :
 - a. Utiliser l'élevateur utérin dans tous les cas
 - b. Utiliser des instruments dentés pour éviter que les tissus intra-abdominaux ne glissent
 - c. Vérifier que la vessie est vide avant l'intervention**
 - d. Toutes les réponses ci-dessus sont correctes.

LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES EN MATIERE DE LT/AL PAR MINI LAPARATOMIE

UTILISER LES LISTES DE VERIFICATION

La **Liste de vérification pour les compétences cliniques en matière de LT/AL par minilaparotomie** est utilisée par le formateur pour évaluer la performance de chaque participant concernant la prestation de services de LT/AL par minilaparotomie (c'est à dire le bilan préopératoire, les pratiques de prévention des infections, la LT/AL, la prise en charge des complications, et les soins de suivi). Cette Liste de vérification provient de l'information présentée dans le manuel de référence ainsi que dans la photocomposition et les fiches d'apprentissage. Contrairement aux Fiches d'apprentissage qui sont très détaillées, les Listes de vérification se concentrent sur les **grandes étapes** du processus **entier**.

Le formateur utilise ces Listes de vérification pour évaluer la performance de chaque participant pour sa certification alors qu'il/elle fournit les services de LT/AL par minilaparotomie à une ou plusieurs clientes. Les critères d'une performance satisfaisante du participant sont basés sur les connaissances, les attitudes et compétences exposés dans le manuel de référence. Lorsqu'ils se préparent pour une évaluation formelle (certification) faite par le formateur, les participants peuvent se familiariser avec le contenu de la Liste de vérification en l'utilisant pour se critiquer mutuellement concernant leurs compétences cliniques (en utilisant un modèle gynécologique ou en pratiquant sur une cliente).

En général, on attend du participant qu'il exécute au moins 5 à 10 procédures de LT/AL par minilaparotomie de façon satisfaisante chez des clientes avant d'être certifié compétent. Le jugement d'un formateur compétent est le facteur le plus important lorsqu'il s'agit de déterminer la compétence. Donc, finalement, la **compétence** compte plus que le **nombre de procédures**. Puisque le but de cette formation est de permettre au participant d'arriver à la compétence, il se peut qu'une formation supplémentaire soit nécessaire.

On recommande, si cela est possible, que les diplômés soient observés et évalués au sein de leur institution par un **formateur de stage** à l'aide de la même Liste de vérification dans les 3 à 6 mois après la certification. (Le diplômé devrait être au moins observé par un **prestataire compétent** peu après avoir terminé la formation.) Cette activité d'évaluation après le stage est importante pour plusieurs raisons.

Premièrement, elle fournit un feedback direct au diplômé non seulement sur sa performance, mais aussi l'opportunité de discuter des problèmes de départ ou des contraintes pour la prestation des services (à savoir, manque d'instruments, de fournitures ou de personnel d'appui).

Deuxièmement, et chose tout aussi importante, elle fournit au centre de formation, par le biais du formateur, des informations clés sur l'adéquation de la formation et de son applicabilité aux conditions locales. Sans ce type de feedback, la formation peut facilement tomber devenir routinière, stagnante et sans rapport avec les besoins de prestation de services.

LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE

(A remplir par le Formateur clinique)

Mettre un **S** dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière **satisfaisante**, un ***** si elle n'est **pas** exécutée de manière satisfaisante ou P/O si elle n'est pas observée.

Satisfaisant : Effectue la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

Insatisfaisant : N'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

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

Participant _____ Dates du stage _____

LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
ETAPE/TACHE	CAS				
SE PREPARER					
1. Accueille la femme et revoit son dossier médical.					
2. S'assure que le consentement informé a été obtenu et vérifie l'identité de la cliente.					
3. Vérifie que la cliente à vidé sa vessie et qu'elle s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
TACHES PRE-OPERATOIRES					
1. Met L'EPP à la cliente et l'aide à s'installer sur la table d'opération.					
2. Vérifie la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et du plateau pour les urgences.					
3. Donne une prémédication par voie intramusculaire, si nécessaire. Si voie orale administre les médicaments 45 à 60 minutes avant la procédure.					
4. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.					
5. Se met des gants chirurgicaux neufs ou désinfectés à haut niveau aux deux mains.					
6. Fait doucement un examen pelvien bi-manuel.					
7. Après avoir appliqué une solution antiseptique sur le col et le vagin (à deux reprises), insère l'élévateur utérin.					
8. Fait un lavage chirurgical, revêt une blouse chirurgicale stérile et des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.					
9. Applique à deux reprises un antiseptique sur la zone de l'incision et couvre la cliente pour la procédure.					
10. Parle continuellement avec la cliente et vérifie les signes vitaux pendant la procédure (anesthésie verbale).					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					

LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE					
ETAPE/TACHE	CAS				
PROCEDURE					
Anesthésie locale					
1. Après avoir infiltré légèrement la peau, administre un anesthésique local en dessous de la peau le long des deux côtés de la ligne d'incision et également en profondeur (aponévrose des muscles grands droits et péritoine).					
2. Masse doucement la peau et teste l'anesthésie avec la pointe de l'aiguille.					
Ouverture de la paroi abdominale					
3. Fait une incision transversale de 3 à 5 cm de la peau supra pubienne.					
4. Dissèque doucement les tissus sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose antérieure.					
5. Coupe l'aponévrose du grand droit antérieur, sépare les muscles « grand droit » et identifie le péritoine.					
6. Ecarte l'intestin et ou d'autre tissu abdominal du site prévu pour l'entrée.					
7. Fait une petite incision dans le péritoine avec les ciseaux et élargit l'ouverture dans le sens transversal.					
8. Localise le fond de l'utérus et la corne des trompes de Fallope.					
9a. Identifie la partie médiane de la trompe de Fallope et la ramène doucement à travers l'incision.					
9b. Si nécessaire, ramène les trompes de Fallope à l'incision à l'aide du crochet tubaire.					
10. Identifie le pavillon de la trompe et ligature la partie médiane de la trompe à l'aide d'un nœud libre (suture résorbable) et excise la boucle de trompe.					
11. Répète la procédure sur l'autre côté pour la seconde trompe.					
12. Lorsque l'hémostase est assurée, ferme la plaie, plan par plan sans fermer le péritoine.					
13. Panse la plaie.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					
TACHES POST OPERATOIRES					
1. Retire l'élévateur utérin et le place dans une solution chlorée.					
2. S'assure que l'assistant remplit l'aiguille et la seringue avec une solution de chlore à 0,5% et les élimine avec les autres objets tranchants et piquants dans un récipient imperforable.					
3. S'assure que l'assistant décontamine les instruments en les faisant tremper dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes et met le linge souillé dans un sac en plastique fermé.					
4. S'assure que l'assistant élimine les déchets contaminés selon les directives de PI.					
5. Retire les gants après la avoir trempés dans la solution chlorée à 0,5% et les élimine					
6. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.					

LISTES DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE D'INTERVALLE				
ETAPE/TACHE	CAS			
7. S'assure que les signes vitaux sont contrôlés régulièrement.				
8. Donne les instructions à la cliente concernant les soins de la plaie et la visite de suivi.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE				

LE PARTICIPANT EST **QUALIFIE/NON QUALIFIE** POUR EXECUTER LA LT/LA A INTERVALLE SOUS ANESTHESIE LOCALE, BASE SUR LES CRITERES SUIVANTS :

- Score du questionnaire à mi-stage _____% (Joindre la feuille de réponses)
- Evaluation des compétences cliniques et de counseling : Satisfaisant Insatisfaisant
- Prestation de services (pratique) : Satisfaisant Insatisfaisant

Signature du formateur _____ Date _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM

(A utiliser par les **Formateurs cliniques**)

Mettre un **S** dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante, un ***** si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou **P/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisant : Effectue la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

Insatisfaisant : N'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

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

Participant _____ Dates du stage _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
SE PREPARER					
1. Accueille la femme et revoit son dossier médical.					
2. S'assure que le consentement informé a été obtenu et vérifie l'identité de la cliente.					
3. Vérifie que la cliente a vidé sa vessie et qu'elle s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					
TACHES PRE-OPERATOIRES					
1. Met L'EPP à la cliente et l'aide à s'installer sur la table d'opération.					
2. Vérifie la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et du plateau pour les urgences.					
3. Vérifie qu'une prémédication par voie intramusculaire ou orale a été administrée.					
4. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.					
5. Se met des gants chirurgicaux neufs ou désinfectés à haut niveau aux deux mains.					
6. Détermine la hauteur du fond de l'utérus.					
7. Fait un lavage chirurgical, revêt une blouse chirurgicale stérile ou propre et des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.					
8. Applique à deux reprises un antiseptique sur la zone de l'incision et couvre la cliente pour la procédure.					
9. Parle continuellement avec la cliente pendant la procédure (anesthésie verbale) et vérifie les signes vitaux.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES CLINIQUES ET DE COUNSELING EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE DU POST-PARTUM					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
PROCEDURE DE LIGATURE DES TROMPES SOUS ANESTHESIE LOCALE PAR MINI LAPARATOMIE					
Anesthésie locale					
1. Après avoir infiltré légèrement la peau, administre un anesthésique local en dessous de la peau le long des deux côtés de la ligne d'incision et également en profondeur.					
2. Masse doucement la peau et teste l'anesthésie avec la pointe de l'aiguille.					
Ouverture de la paroi abdominale					
3. Fait une incision verticale ou transversale (sous -ombilicale) de la peau de 3 cm environ, à 1cm en dessous du fond de l'utérus.					
4. Dissèque doucement les tissus sous-cutanés jusqu'à l'aponévrose antérieure.					
5. Coupe l'aponévrose du grand droit antérieur et identifie le péritoine.					
6. Ecarte l'intestin et ou d'autre tissu abdominal du site prévu pour l'entrée.					
7. Fait une petite incision dans le péritoine avec les ciseaux et élargit l'ouverture dans le sens transversal.					
8. Localise le fond de l'utérus et positionne les trompes de Fallope en dessous de l'incision.					
9. Identifie la partie médiane de la trompe et en utilisant la pince de Babcock ou le crochet tubaire, la ramène doucement à travers l'incision.					
10. Identifie les franges et ligature la partie médiane de la trompe à l'aide d'un nœud libre (suture résorbable).					
11. Répète la procédure sur l'autre côté pour la seconde trompe.					
12. Lorsque l'hémostase est assurée, ferme la plaie, plan par plan sans refermer le péritoine.					
13. Panse la plaie.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					
TACHES POST OPERATOIRES					
1. S'assure que l'assistant remplit l'aiguille et la seringue avec une solution de chlore à 0,5% et les élimine avec les autres objets tranchants et piquants dans un récipient imperforable.					
2. S'assure que l'assistant décontamine les instruments en les faisant tremper dans une solution de chlore à 0,5% pendant 10 minutes et met le linge souillé dans un sac en plastique fermé.					
3. S'assure que l'assistant élimine les déchets contaminés selon les directives de PI.					
4. Retire les gants après la avoir trempés dans la solution chlorée à 0,5% et élimine.					
5. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.					
6. S'assure que les signes vitaux sont contrôlés régulièrement.					
7. Donne les instructions à la cliente concernant les soins de la plaie et la visite de suivi.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					

LE PARTICIPANT EST **QUALIFIE/NON QUALIFIE** POUR EXECUTER LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE EN POST-PARTUM SOUS ANESTHESIE LOCALE, BASE SUR LES CRITERES SUIVANTS :

- Score du questionnaire à mi-stage _____% (Joindre la feuille de réponses)
- Evaluation des compétences cliniques et de counseling : Satisfaisant Insatisfaisant
- Prestation de services (pratique) : Satisfaisant Insatisfaisant

Signature du formateur _____ Date _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE

(A utiliser par les **Formateurs cliniques**)

Mettre un **S** dans la case si la tâche/activité est exécutée de manière satisfaisante, un ***** si elle n'est pas exécutée de manière satisfaisante ou **P/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisant : Effectue la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

Insatisfaisant : N'exécute pas la tâche ou la compétence conformément aux protocoles ou directives

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

Participant _____ Dates du stage _____

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE					
TACHE/ACTIVITE	CAS				
PRE-OPERATOIRE					
1. Accueille la cliente avec respect et l'aide à se mettre à l'aise.					
2. S'assure que le consentement informé a été obtenu et vérifie l'identité de la cliente.					
3. Vérifie que la cliente a vidé sa vessie et qu'elle s'est bien lavé la zone abdomino-pelvienne.					
4. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.					
5. Vérifie la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau et du plateau pour les urgences.					
6. Prépare les instruments vaginaux pour un examen bi-manuel et l'insertion de l'élévateur utérin.					
7. Fait un lavage chirurgical, revêt une blouse chirurgicale stérile ou propre et des gants stériles ou désinfectés à haut niveau.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					
DURANT L'OPERATION					
1. Parle continuellement avec la cliente pendant la procédure (anesthésie verbale).					
2. Assiste durant l'intervention, en travaillant en équipe avec le chirurgien.					
3. Compte les morceaux de gaze et les instruments et en communique le nombre au chirurgien.					
4. Note l'heure de la fin de l'opération dans le dossier de la cliente.					
5. Panse la plaie à la fin de la procédure.					
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE					
POST OPERATOIRE					
1. Enlève le champ opératoire après avoir pansé la plaie.					
2. Prend les instruments utilisés en salle d'opération et les place dans une solution de chlore à 0,5% pour les décontaminer.					
3. Eliminer les trompes excisées selon les directives de PI.					
4. Immerge brièvement les mains gantées dans une solution de chlore. Si les gants sont jetés, les place dans un récipient étanche ou un sac en plastique.					

LISTE DE VERIFICATION POUR LES COMPETENCES DES ASSISTANTS EN MATIERE DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE				
TACHE/ACTIVITE	CAS			
5. Se lave soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les fait sécher à l'air libre ou les sèche avec un linge propre.				
6. Prépare les instruments et la table d'opération pour la prochaine intervention.				
COMPETENCE/ACTIVITE EXECUTEE DE FACON SATISFAISANTE				

LE PARTICIPANT EST **QUALIFIE/NON QUALIFIE** POUR AIDER A L'EXECUTION DE LA LT/AL PAR MINILAPAROTOMIE, BASE SUR LES CRITERES SUIVANTS :

- Score du questionnaire à mi-stage _____ % (Joindre la feuille de réponses)
- Evaluation des compétences cliniques et de counseling : Satisfaisant Insatisfaisant
- Prestation de services (pratique) : Satisfaisant Insatisfaisant

Signature du formateur _____ Date _____

