

# FORMATION DES SAGES-FEMMES - ACTION POUR UNE MATERNITE SANS RISQUE

## RAPPORT D'UN ATELIER COLLECTIF PRE-CONGRES

### SECTION I

DECLARATION DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF  
SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES -  
ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE  
5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON

### SECTION II

RAPPORT DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF  
SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES -  
ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE  
5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON

### SECTION III

#### CADRE EDUCATIF

1. Hémorragie du post-partum
2. Dystocie
3. Eclampsie
4. Infection puerpérale
5. Avortement

## REMERCIEMENTS

\*\*\*\*\*

Nous voudrions remercier la Présidente du Congrès de la C.I.S.F., Mme Sumiko Maehara, la Présidente de l'Association des Infirmières Japonaises, Mme Yukiko Asita et la Présidente de l'Association des Sages-Femmes Japonaises, Mme Takako Ito, pour l'organisation et l'accueil à l'Atelier Pré-Congrès et la Secrétaire Générale de l'Association des Infirmières japonaises, Professeur Chieko Nohno, pour son soutien infatigable et son aide inlassable avant et pendant l'atelier.

Nous exprimons également notre gratitude à Melle Helga Schweitzer pour sa présidence de l'atelier, et aux deux rapporteurs des sessions plénières, Mme Edna Ismail et Dr Margaret Marshall, ainsi que Mme Gaynor Maclean, Mme Angela Kamara, Mme Valerie Tickner et le Dr Duangvadee Sungkhobol qui ont rempli le rôle d'animatrices de groupes.

Le travail préparatif du cadre pédagogique a été effectué par une équipe CISF/OMS, dont feu Mme Marie Goubran, Melle Joan Bentley, Mme Valerie Tickner et le Dr Barbara Kwast ont été les membres. L'équipe désire remercier The Royal College of Midwives pour les facilités mises à sa disposition pour leurs réunions.

Des remerciements particuliers sont adressés à Mme Valerie Tickner, Directrice d'Éducation au Royal College of Midwives, pour la rédaction du rapport de l'Atelier Pré-Congrès CISF/OMS/UNICEF et pour la version définitive du cadre pédagogique rédigé à partir des contributions des participantes. Nous exprimons également notre gratitude à Melle Joan Bentley pour son infatigable assistance et son expertise, ainsi que son appréciation de la situation pédagogique lors de la préparation de l'atelier et de la mise au point de la méthodologie d'éducation.

Nous honorons la mémoire de feu la Secrétaire Générale de la CISF, Mme Marie Goubran, sa contribution inestimable aux préparations de cet Atelier Pré-Congrès auquel elle n'a pu participer pour cause de maladie grave.

\*\*\*\*\*

**Table des Matières**

**SECTION I**

DECLARATION DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF  
 SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES  
 ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE  
 5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON ..... 3

**SECTION II**

RAPPORT DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF  
 SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES -  
 ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE  
 5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON ..... 8

1. INTRODUCTION ..... 8

2. RAISON D'ETRE ET DEROULEMENT DE L'ATELIER ..... 9

    2.1 La raison d'être ..... 9

    2.2 Le déroulement ..... 10

    2.3 Les objectifs de l'Atelier ..... 10

3. DIFFUSION DE L'INFORMATION ..... 11

    Session 1 ..... 11

    3.1 Ouverture - Plénière ..... 11

    3.2 Documents de fond ..... 11

        3.2.1 Introduire des sages-femmes sûres d'elles: Education de la sage-femme -  
 Action pour une Maternité sans Risque (Résumé du document de fond  
 présenté par Barbara E. Kwast et Joan Bentley) ..... 12

4. IDENTIFICATION DES PROBLEMES DE L'EDUCATION DE LA SAGE-FEMME ..... 14

    Session 2 ..... 14

    4.1 Communauté ..... 15

    4.2 Prévention ..... 16

    4.3 Traitement ..... 16

    4.4 Le suivi ..... 16

5. MISE AU POINT D'OBJECTIFS ET SOUS-OBJECTIFS ET ASPECTS APPARENTES ..... 17

    Session 3 ..... 17

    5.1 Aperçu ..... 17

    5.2 Définition des objectifs ..... 18

        Tableau 1 ECLAMPSIE ..... 19

    5.3 Description des aspects apparentés ..... 20

6. IDENTIFICATION DES COMPETENCES ET METHODES PEDAGOGIQUES LIEU  
 D'ENSEIGNEMENT/STAGE ET EVALUATION ..... 21

    Session 4 ..... 21

    6.1 Aperçu ..... 21

        Tableau 2 ECLAMPSIE ..... 22

7.	ECHANGE CRITIQUE ET REFORMULATION DU DOCUMENT .....	23
	Session 5 .....	23
8.	STRATEGIE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UNE METHODOLOGIE PEDAGOGIQUE ..	24
	Session 6 .....	24
9.	CONCLUSIONS .....	26
	Session 7 .....	26
10.	REFERENCES .....	27
11.	LA DEFINITION DE LA SAGE-FEMME .....	28
12.	Liste des participantes .....	30
13.	Liste .....	33
14.	ORDRE DU JOUR .....	35
15.	ABREGE DES DOCUMENTS DE FOND .....	37
	15.1 L'éducation des sages-femmes pour une maternité sans risque: l'expérience thaïlandaise: Dr Duangvadee Sungkhobol .....	37
	15.2 L'éducation des sages-femmes en Afrique, et plus particulièrement en Tanzanie: Mme Stella M. Mpanda .....	38

### SECTION III

#### CADRE PEDAGOGIQUE

1.	HEMORRAGIE DU POST-PARTUM .....	40
2.	DYSTOCIE D'OBSTACLE .....	44
3.	ECLAMPSIE .....	48
4.	INFECTION PUERPERALE .....	52
5.	AVORTEMENT .....	56

## SECTION I

### DECLARATION DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE 5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON

Les participants de l'Atelier CISF/OMS/UNICEF

#### Rappelant:

- La déclaration d'action issue de l'Atelier de Pré-Congrès CISF/OMS/UNICEF, de La Haye, les 21-22 août 1987, sur la Santé Maternelle et la Sage-Femme: perspective mondiale, WHO/MCH/87.5.
- La Résolution 40.27 de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur la Santé Maternelle et la Maternité sans Risque.
- La Résolution 42.27 de l'Assemblée Mondiale de la Santé sur le renforcement de la profession d'infirmière et de sage-femme pour le soutien des Stratégies pour la Santé pour Tous.

#### Accueillant:

- L'engagement de plus de 70 Chefs d'Etats ou de gouvernements pour la maternité sans risque, en particulier la réduction de cinquante pour cent de la mortalité maternelle d'ici l'an 2000, comme l'indiquent la Déclaration Mondiale et le Plan d'Action pour la Survie, le Développement et la Protection des enfants, adoptés par le Sommet Mondial des Enfants qui a eu lieu les 29 et 30 septembre 1990 au siège des Nations Unies à New York.

#### Reconnaissant:

- Qu'un demi-million de femmes, dont 99% dans les pays en voie de développement, meurent chaque année en cours de grossesse ou au moment de l'accouchement.
- Que l'art de la sage-femme est en crise à cause du nombre insuffisant de sages-femmes nécessaire pour maintenir les soins de santé primaires et procurer les prestations obstétricales

essentielles indispensables pour atteindre le but d'une réduction de 50% du taux de mortalité maternelle pendant la prochaine décennie.

- Qu'un grand nombre de sages-femmes ne bénéficie pas d'une formation adéquate pour les préparer à prodiguer les soins de santé pendant la période reproductrice en tant que praticienne compétente, assurée, indépendante et interdépendante pour les familles et les communautés.
- Le besoin d'un soutien national, régional et international pour renforcer le développement des ressources humaines en soins obstétricaux, pour faire face à l'énorme manque de personnel et à l'utilisation inadéquate des sages-femmes qualifiées.

Convaincus:

- Que le renforcement des programmes de formation des sages-femmes par l'adaptation et l'utilisation d'un cadre pédagogique, formulé à cet Atelier de Pré-Congrès, qui prend en considération les cinq causes majeures de la mortalité maternelle pourra mieux préparer les sages-femmes à améliorer les soins obstétricaux à tous les niveaux du service sanitaire, entraînant inévitablement une réduction de la mortalité maternelle et périnatale et des séquelles de la morbidité pour les mères, leurs enfants et leurs familles.

Faisant appel:

- A la CISF, l'OMS et l'UNICEF, en collaboration avec des organisations gouvernementales, non-gouvernementales et professionnelles, pour encourager les états à mettre en oeuvre les RECOMMANDATIONS SUIVANTES:

1. Que les recommandations de cet atelier soient disséminées et leur mise en oeuvre préconisée le plus largement possible.
2. Que l'objectif d'arriver à une maternité sans risque soit renforcé à travers un programme de formation pour les sages-femmes et des programmes d'éducation sanitaire sur la santé mère-enfant pendant la prochaine décennie .
3. Qu'à la fin de 1991, des comités d'organisation soient mis en place pour prendre en charge les responsabilités suivantes:
  - identifier les besoins de formation continue des sages-femmes qualifiées;

- revoir la formation et la pratique des sages-femmes qui ont des postes de supervision;
  - revoir entièrement la formation des sages-femmes enseignantes;
  - mettre sur pied des groupes de travail dont la responsabilité sera de revoir les programmes de formation des sages-femmes;
  - développer et mettre en oeuvre des programmes de formation continue et améliorer la formation des enseignantes.
4. Que les programmes de formation des sages-femmes soient reconnus comme étant distincts de ceux de formation des infirmières en soins généraux et soient ré-évalués afin d'améliorer la pratique des sages-femmes en donnant la priorité à:
- Un programme de formation communautaire basé sur les besoins et les perceptions identifiées par cette communauté et sur leurs perceptions de la sage-femme. Un tel programme aura comme composante essentielle le développement de l'attachement communautaire et inclura les méthodologies pédagogiques soulignées dans le cadre pédagogique présenté par cet Atelier.
  - Un développement de l'évaluation de sa propre pratique par la sage-femme, une mise au point d'un profil de communauté afin de planifier les services de prévention adéquats et de rechercher les causes de la mortalité maternelle.
  - Un développement des compétences cliniques pratiques avec une attention particulière sur la prévention et le traitement d'urgence de la dystocie, de l'éclampsie, de l'hémorragie, de l'infection puerpérale et de l'avortement. Ces compétences cliniques pratiques doivent inclure:
    - l'administration de perfusion intraveineuse, y compris des produits de remplacement sanguin;
    - l'administration d'antibiotiques par voie intramusculaire et intraveineuse;
    - l'utilisation du partogramme;
    - la ventouse et le forceps bas;

- l'épisiotomie et sa suture;
  - la suture des déchirures vaginales et cervicales;
  - la délivrance artificielle du placenta;
  - l'évacuation des débris placentaires;
  - la planification familiale: prescription des contraceptifs oraux, placement du stérilet et Norplant.
- Développement des techniques de communications, de conseil, de recherche - appréciation et application - et d'épidémiologie.
  - Développement des compétences pédagogiques afin de former et de superviser les accoucheuses traditionnelles, les autres travailleurs de la santé, les familles et la communauté.
  - Développement des compétences administratives qui favoriseront l'utilisation plus efficace de la sage-femme et l'administration plus rationnelle d'un service de maternité dans sa région.
  - Acquisition des compétences nécessaires pour prodiguer un service de soins de santé aux adolescents et pour bien communiquer avec eux à propos de l'éducation sexuelle, des conséquences des mariages précoces, des grossesses trop précoces et des dangers de l'avortement.
  - Acquisition des compétences nécessaires pour éduquer les communautés sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles, du S.I.D.A. et des grossesses non désirées.
  - Développement des compétences nécessaires pour prodiguer un service de planning familial pharmaceutique et non-pharmaceutique.
5. Que là où ils n'existent pas, des Conseils comprenant le personnel sage-femme soient mis en place pour donner leur avis sur la formation des sages-femmes, et que des codes de pratique soient établis pour créer et maintenir un niveau de qualité en ce qui concerne la pratique des sages-femmes.

6. Que des protocoles standardisés soient établis pour le traitement des urgences obstétricales pour la protection légale des sages-femmes.
7. Que chaque pays mette sur pieds un programme régulier de formation continue obligatoire pour sages-femmes praticiennes et enseignantes.
8. Que les sages-femmes soient concernées par le développement de stratégies d'éducation de leurs communautés et créent des liens avec les organisations de femmes et de jeunes pour encourager les efforts vers la maternité sans risque.
9. Que l'OMS et autres centres de collaboration soient renforcés pour faciliter le partage et la dissémination de l'information.
10. Que les programmes d'échange éducatif et l'introduction d'experts sur le développement et l'évaluation de programmes d'études soient initiés et renforcés.
11. Que les ressources pour la formation des sages-femmes soient renforcées par des bibliothèques, des maquettes pour enseignement simulé et un matériel audio-visuel, des programmes d'enseignement à distance et un soutien pour la production de matériel éducatif qui convienne à la population desservie.
12. Que l'intérêt économique des sages-femmes soit pris en considération afin de garantir leur recrutement et leur rétention, et de créer un système de distribution géographique équitable.
13. Que des ateliers d'éducation régionaux soient organisés et que des ressources régionales et des centres de coordination pour les soins obstétricaux soient mis sur pied.

## SECTION II

### RAPPORT DE L'ATELIER PRE-CONGRES CISF/OMS/UNICEF SUR LA FORMATION DES SAGES-FEMMES - ACTION POUR LA MATERNITE SANS RISQUE 5-6 OCTOBRE 1990, KOBE, JAPON

#### 1.

#### INTRODUCTION

Il est difficile d'imaginer l'impact que la mort d'une femme en couches a sur sa famille et sa communauté. Il n'y a pourtant eu aucune amélioration significative de la mortalité maternelle au cours des dix dernières années. Au moins un demi-million de femmes continuent à mourir chaque année pendant la grossesse et parmi celles qui survivent, un grand nombre souffrent de handicaps permanents. L'ampleur réelle de la mortalité et de la morbidité maternelle reste inconnue; ce que l'on sait, c'est que la majorité de ces tragédies se passent dans les pays en voie de développement où les ressources et l'accès à un personnel formé en matière de surveillance maternelle et infantile sont manifestement inadéquats.

Le rôle de la sage-femme, défini par l'OMS/FIGO, démontre la contribution importante que la sage-femme peut apporter pour parvenir à une maternité sans risque (Section II, 1.2).

Le défi lancé aux participantes du deuxième atelier de pré-congrès, qui a eu lieu avant le 22ème Congrès de la Confédération Internationale des Sages-Femmes à Kobe, au Japon, en 1990, est de considérer les moyens éducatifs par lesquels les sages-femmes peuvent être préparées à être compétentes et à avoir confiance en elles pour faire face aux réalités de la pratique et aux besoins des femmes en âge de procréer, particulièrement en milieu communautaire, afin de réduire les taux de mortalité et de morbidité maternelle.

Le premier atelier de pré-congrès des sages-femmes avait eu lieu avant le 21ème Congrès Triennal de la Confédération Internationale des Sages-Femmes à La Haye en 1987. Cela avait été une collaboration entre la CISF, l'OMS et l'UNICEF et son propos a été de discuter de la contribution que les sages-femmes pouvaient apporter aux programmes de maternité sans risque.

Le rapport de l'atelier pré-congrès de La Haye "La Santé Maternelle et la Sage-Femme - une Perspective Mondiale" identifie les actions clés nécessaires pour faire avancer les initiatives visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelle. Quelques initiatives étaient déjà encouragées au niveau local, national et global. Le défi était de mettre en valeur les initiatives existantes et de créer de nouveaux moyens pour réduire la mortalité maternelle, particulièrement dans les pays en voie de développement.

Le résultat de l'Atelier de La Haye a été une déclaration selon laquelle toutes les sages-femmes du monde s'engageaient dans une action spécifique.<sup>(1,2)</sup> Travaillant dans les limites de leurs ressources professionnelles et nationales et au sein des programmes de santé, les sages-femmes se sont mises d'accord pour contribuer de façon positive aux changements qui amèneraient une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

La Déclaration d'Action exprime la conviction que des changements majeurs sont nécessaires pour arriver à une contribution effective envers la maternité sans risque:

- \* le contenu et les méthodes éducatives pour les sages-femmes en programmes de base, de formation complémentaire et continue
- \* le concept de la sage-femme, son rôle et sa fonction dans la société et les services de santé

- \* le déploiement des sages-femmes et les facilités et support nécessaires pour qu'elles puissent remplir leur nouveau rôle de façon effective
- \* la possibilité pour la sage-femme de récolter, analyser, interpréter et utiliser les informations nécessaires pour l'amélioration du service.

A la suite de l'adoption de cette Déclaration d'Action par le Congrès de la CISF, deux ateliers sous-régionaux ont eu lieu en Afrique Occidentale à la demande des sages-femmes de l'Afrique Occidentale, désireuses d'apporter des changements qui complèteraient ceux proposés sur le plan national. La CISF, en collaboration avec l'OMS et avec l'appui de l'UNICEF et de la FIGO, ainsi qu'un soutien financier de la Fondation Rockefeller, a réuni des groupes de travail nationaux de sages-femmes, obstétriciens et responsables de santé qui, travaillant en équipes nationales, ont esquissé des plans d'action pour les sages-femmes afin d'améliorer les soins maternels. Cinq pays anglophones ont participé à l'Atelier du Ghana au début de 1989 (Ghana, Libéria, Nigéria, Sierra Leone et Gambie) et huit pays francophones à celui du Burkina Faso en Janvier 1990 (Bénin, Burkina Faso, Guinée Conakry, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo).<sup>(3,4)</sup>

Les rapports des progrès des premiers ateliers ont été officiellement présentés au 22ème Congrès de la CISF, à Kobe, au Japon en 1990.

Reconnaissant qu'actuellement, environ 58% des 133,1 millions de naissances mondiales annuelles sont assistées par un personnel de santé qualifié, un autre atelier de Pré-Congrès a été préparé pour le 22ème Congrès de la CISF au Japon. Le sujet adressé a été "Education des sages-femmes - Stratégie pour une Maternité sans Risque". L'initiative a été soutenue par la CISF, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque Mondiale, la Corporation Carnegie, MotherCare Project/John Snow Inc., l'Association des Infirmières japonaises et d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales.

Cet atelier pré-congrès a eu lieu à Kobe, au Japon, les 5 et 6 octobre 1990, immédiatement avant le 22ème Congrès international des Sages-Femmes. Les quarante participantes provenaient de dix-neuf pays, y compris certains dont les taux de mortalité maternelle connus sont parmi les plus élevés. Melle Helga Schweitzer (Allemagne), Directrice Adjointe, CISF, a accepté de présider l'Atelier; Mme Edna Ismail (Administrateur Technique de l'OMS, MCH/FHE pour la région Méditerranée Orientale) et le Dr Margaret Marshall (Etats-Unis) ont accepté d'être les co-rapporteurs. (Liste complète des participantes, en Section II, 12.)

## 2. RAISON D'ETRE ET DEROULEMENT DE L'ATELIER

### 2.1 La raison d'être

La raison d'être de l'atelier était de proposer une plate-forme pour les sages-femmes en provenance de pays où la mortalité maternelle est inacceptablement élevée afin qu'elles puissent discuter et échanger des idées sur les moyens éducatifs à mettre en oeuvre pour arriver à une maternité sans risque.

La tâche particulière demandée aux participantes était de déterminer les changements à apporter aux programmes de base et de formation avancée et continue pour mieux préparer les sages-femmes aux changements de la pratique à tous les niveaux des services de maternité.

Une facette importante de cet Atelier a été le développement d'un cadre éducatif de base pour sages-femmes qui comprend une expérience clinique communautaire afin que les services de soins maternels soient mis en valeur au sein des systèmes de soins primaires. L'atelier a aussi exprimé le souhait de voir combler le fossé qui existe entre soins communautaires, le plus souvent par des accoucheuses traditionnelles, et le premier niveau de recours à la sage-femme. La sage-femme de référence doit être qualifiée et compétente pour sauver la vie des femmes des communautés rurales qui lui sont envoyées.

Le point central de tous les développements discutés pendant l'atelier a été la réduction des cinq causes majeures de mortalité maternelle, à savoir: l'hémorragie du post-partum, la dystocie, l'infection puerpérale, l'éclampsie et l'avortement.

## 2.2 Le déroulement

Chaque participante a reçu l'information de base relative aux cinq causes majeures de mortalité maternelle.<sup>(5,6,7,8)</sup> D'autres informations ont été incluses, notamment un document sur La Formation de la Sage-Femme - Action pour la Maternité sans Risque (B.E. Kwast)<sup>(9)</sup> et le "squelette" d'un cadre éducatif que les participantes devraient utiliser pour leurs travaux.

L'Atelier a commencé avec la présentation du film de l'OMS "Pourquoi Mme X est-elle morte?". Ce film introduit le sujet aux participantes et les invite à réfléchir aux facteurs qui influencent et contribuent à la mortalité maternelle.

Les participantes ont alors été réparties en cinq groupes internationaux comprenant des représentantes de chacune des Régions de l'OMS (Section II, 13) pour considérer les changements éducatifs nécessaires à la réduction l'une des cinq causes majeures de la mortalité maternelle.

Chaque groupe devait considérer une cause de mortalité maternelle:

- Groupe 1 = Hémorragie du post-partum
- Groupe 2 = Dystocie
- Groupe 3 = Eclampsie
- Groupe 4 = Infection puerpérale
- Groupe 5 = Avortement

et identifier le programme d'éducation nécessaire pour une sage-femme qui prodigue les soins directs à une patiente et qui fait fonction de chef d'une équipe dont les connaissances théoriques et pratiques sont plus limitées, y compris les accoucheuses traditionnelles dans la communauté qu'elle dessert.

Les groupes devaient aussi considérer les besoins éducatifs des sages-femmes chargées de l'administration et de la gestion sanitaire, dont la fonction était de soutenir le personnel clinique de base. Ils devaient finalement considérer les changements requis dans les programmes de préparation des sages-femmes enseignantes ainsi que l'organisation et la méthode pédagogique afin d'assurer que toutes les sages-femmes aient acquis les connaissances théoriques et pratiques, et disposent des ressources nécessaires pour remplir leur nouveau rôle.

## 2.3 Les objectifs de l'Atelier

### Objectif global

Avoir développé une proposition de changement des programmes éducatifs pour sages-femmes à tous les échelons du service de santé, pour que les sages-femmes puissent changer leur pratique et mettre en oeuvre une action compétente, directement au niveau individuel et communautaire, et indirectement par le biais d'une action éducative, administrative/gestionnaire, afin de réduire la mortalité maternelle. Ceci devrait à son tour entraîner une réduction de la mortalité périnatale et de la morbidité infantile dans le pays où elles travaillent.

### Objectifs spécifiques

A la fin de l'atelier, les participantes devaient avoir:

1. identifié les compétences cliniques, les connaissances théoriques et les attitudes requises par la sage-femme pour qu'elle puisse entreprendre les actes salvateurs dans les cinq pathologies majeures responsables de la mortalité maternelle
2. décrit les compétences supplémentaires nécessaires pour remplir leur nouveau rôle. Celles-ci comprendront les compétences d'analyse, d'enseignement, d'administration, de gestion et de communication qui peuvent entraîner un changement dans la pratique de la sage-femme
3. décrit la méthodologie pédagogique nécessaire pour permettre aux sages-femmes, à tous les niveaux du service de la santé, d'acquérir les compétences décrites aux points (1) et (2) ci-dessus
4. préparé un plan pour la mise en oeuvre d'une méthodologie pédagogique adéquate pour les programmes de base et les programmes de formation avancée et continue
5. préparé des recommandations d'action afin de promouvoir l'éducation des sages-femmes pour la maternité sans risque qui, après adoption par l'atelier pré-congrès, seront présentées au Conseil de la CISF. Sur son approbation, elles seront présentées au 22ème Congrès International des Sages-Femmes de la CISF.

Afin de compléter les objectifs prévus pour les deux jours d'atelier, le travail a été divisé en 7 sessions. Chaque session a commencé par une brève introduction et la distribution d'une feuille de travail expliquant la tâche à accomplir par les participantes.

### **3. DIFFUSION DE L'INFORMATION**

#### **Session 1**

##### **3.1 Ouverture - Plénière**

A la fin de cette session, les participantes devraient:

- i) avoir compris les objectifs de l'atelier
- ii) s'être familiarisées avec le programme de l'atelier et l'information de base.

L'allocution de bienvenue fut adressée par Mme Chieko Nohno, Présidente de la Section Sages-Femmes de l'Association des Infirmières japonaises.

Le travail commença alors par des introductions présentées par la CISF, l'OMS et l'UNICEF, chacun soutenant le besoin de changement et de développement de l'éducation des sages-femmes afin de réduire la mortalité maternelle de moitié en dix ans.

Les participantes se sont alors présentées, les objectifs de l'atelier ont été esquissés et le programme expliqué. Après nomination et identification de la Présidente et des Rapporteurs, un document de fond fut présenté par le Dr Barbara E. Kwast, Sage-femme, Chercheur-expert, Santé Maternelle et Infantile, OMS.

##### **3.2 Documents de fond**

Des documents de fond ont été préparés pour sensibiliser les participantes aux problèmes actuels de la formation et de la pratique des sages-femmes, et aux changements nécessaires pour arriver à une réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales.

Deux animatrices de l'atelier, Mme Stella M. Mpanda et le Dr Danguadee Sungkhobal de Thaïlande, avaient été invitées à préparer des documents de fond; malheureusement l'horaire

chargé n'a pas permis leur présentation officielle. Ces documents sont disponibles aux bureaux de l'OMS/MCH, Genève. Le résumé de ces documents se trouve à la Section II, 15.

3.2.1 Introduire des sages-femmes sûres d'elles: Education de la sage-femme - Action pour une Maternité sans Risque (Résumé du document de fond présenté par Barbara E. Kwast et Joan Bentley)

Cette présentation illustre les points clés qui devront être adressés par l'atelier afin de produire un cadre éducatif pour la préparation des sages-femmes, afin de mieux les équiper à réduire la mortalité maternelle. Le point d'intérêt central de l'atelier est l'initiative de maternité sans risque qui a pour but une réduction de 50% du demi million de femmes qui meurent chaque année de problèmes liés à la grossesse, 99% de ces décès ayant lieu dans les pays en voie de développement avec, en plus, environ 7 à 8 millions de femmes qui souffrent chaque année de complications associées à la maternité.

Il est nécessaire de clarifier le rôle de la sage-femme comme praticienne indépendante et interdépendante, éduquée au plus haut niveau, capable de combiner les fonctions d'administration, de gestion et d'éducation, et à même de développer des qualités d'analyse critique et de chef d'équipe. En plus de la définition de la sage-femme par la CISF et FIGO et de ses conséquences pour la formation de base et la formation continue, référence est faite à la description du rôle et des fonctions de la sage-femme définis par l'Equipe de l'OMS sur le Développement des Ressources humaines pour une Maternité sans Risque<sup>(1)</sup> (Section II, 11).

L'engagement pris par les sages-femmes du monde entier concernant l'Initiative pour une Maternité sans Risque, à la suite de l'atelier pré-congrès de La Haye en 1987, est renouvelé dans cette présentation et le but du deuxième atelier pré-congrès est de considérer les changements nécessaires à apporter au programme de formation des sages-femmes afin de former rapidement des sages-femmes compétentes et sûres d'elles dans les communautés où survient le plus grand nombre de décès maternels.

Le manque de sages-femmes est un problème particulièrement aigu en Afrique et en Asie où le taux sages-femmes/population peut atteindre 1/300.000, soit une sage-femme pour 15.000 naissances, là où la mortalité maternelle atteint 400 à 600/100.000 naissances vivantes et où le nombre d'accouchements en institutions atteint environ 8% du chiffre total. Ajouté à ceci le mauvais déploiement des sages-femmes, avec la majorité qui travaille dans les villes où seulement 20% de la population réside, et une minorité dans les zones rurales où 80% de la population réside et où se situe le gros du problème. Les conditions de vie et d'exercice sont difficiles pour les sages-femmes en milieu rural. Ceci ne fait qu'exacerber le problème et amène les sages-femmes à préférer les postes hospitaliers.

Les problèmes économiques sont liés à l'analphabétisme, à la production et à la distribution de la nourriture, au statut des femmes, au chômage, à l'accroissement de la population et à la sécheresse, et à l'effet de ces facteurs sur l'état de santé général, en particulier sur la santé génétique pour laquelle la sage-femme est en grande partie responsable.

Les problèmes ayant trait à la formation sont multiples et furent discutés en détail. Une série d'événements néfastes concernant le personnel de santé publique semble apparaître. Le niveau d'entrée aux programmes de formation a été relevé au moment où l'enseignement devenait plus accessible dans les zones rurales; la formation des auxiliaires a alors été améliorée et souvent prolongée; ceci a entraîné une diminution du fossé qui existait entre la pratique du personnel qualifié et auxiliaire, et les gouvernements ont trouvé l'emploi des auxiliaires plus économique. Les auxiliaires infirmières/sages-femmes ne recevant aucun soutien et aucune supervision dans les régions éloignées ont migré vers les hôpitaux urbains; il n'y a pas eu de mouvement parallèle en sens contraire du personnel qualifié. Le besoin d'un autre type de travailleur sanitaire qui resterait dans les villages a donc été créé et celui-ci, avec les accoucheuses traditionnelles, subviendrait à la majorité des soins de santé.

La formation inappropriée des sages-femmes d'un nombre de pays en voie de développement a alors reçu l'attention qu'elle méritait. La copie ou l'adaptation de programmes de formation des pays développés où les besoins sont très différents ne préparent pas les sages-femmes des pays en voie de développement à répondre aux besoins de leurs populations. La déclaration de 1955 du Comité expert de l'OMS sur la formation des sages-femmes, qui insistait sur le besoin de mettre au point un programme de formation basé sur l'évolution de l'utilisation des accoucheuses traditionnelles et des auxiliaires de santé, mais dont le contenu devrait être élargi pour amener les sages-femmes à satisfaire les besoins des femmes pendant la période prénatale, périnatale et post-natale, fut rappelée aux participantes de l'atelier. Sans ceci, une augmentation du personnel n'entraînerait pas une amélioration de la protection des femmes en âge de procréer.

Le manque chronique de sages-femmes enseignantes est accentué par le manque d'enthousiasme des institutions des pays développés à accepter des candidates dans leurs écoles et, là où ce n'est pas le cas, par une formation inappropriée qui ne prépare pas ces enseignantes nouvellement diplômées à développer des programmes de formation réalistes pour leurs pays d'origine. Ainsi, une formation inappropriée se perpétue. On a donc considéré que la présence d'une surveillante ou préceptrice dans le milieu clinique/communauté serait le seul moyen d'arriver à une compétence et confiance en soi pour la pratique clinique, et pour préparer l'élève sage-femme à son rôle élargi, afin de répondre aux besoins de la communauté. Le besoin d'une formation continue est une nécessité absolue pour tout professionnel et le besoin de formation continue systématique en santé maternelle et planification familiale fut accentué.

La formation des sages-femmes pour une maternité sans risque est essentielle pour préparer les sages-femmes à diminuer le taux actuel inacceptable de mortalité maternelle. Les cinq causes majeures furent énumérées: hémorragie, dystocie, infection puerpérale, éclampsie et avortement. Les causes de mortalité maternelle sont multiples et comprennent des facteurs sociaux, politiques, éducatifs, administratifs et cliniques. Il devient indispensable que les sages-femmes puissent agir à tous ces niveaux.

Le contenu des cours de formation doit inclure la provision des prestations obstétricales essentielles. Certaines techniques cliniques pratiquées par les sages-femmes dans les différents pays furent discutées en relation avec les définitions de la sage-femme mentionnées plus haut. Le groupe de travail de l'OMS a souligné l'importance d'avoir des sages-femmes capables de soigner les femmes qui leur étaient référées et capables d'accomplir les prestations obstétricales essentielles ainsi que l'importance d'acquérir de telles compétences pratiques<sup>(12)</sup> par la démonstration et l'expérience sur le terrain, sous la supervision clinique d'une experte.

Un enseignement sur le soutien psychologique, le service d'assistance pédo-psychologique appropriés aux besoins de la société, et sur le développement des qualités de chef d'équipe administrative, ainsi que les compétences en matière de gestion et de recherche est essentiel pour atteindre l'objectif d'une maternité sans risque.

L'acquisition de la panoplie de compétences pratiques nécessaires serait facilitée si chaque pays autorisait un degré de flexibilité et adoptait une approche innovatrice pour la formation des sages-femmes et un cadre de compétences où l'on verrait un mouvement vers les soins en communauté plutôt que vers le milieu institutionnel. D'où la structure du cadre éducatif sur les cinq causes majeures de mortalité maternelle, ce qui constituait la tâche du deuxième atelier de pré-congrès.

Environ 58% des 133,1 millions de naissances annuelles se passent sans l'assistance d'une personne qualifiée.<sup>(13)</sup> Ce manque de sages-femmes qualifiées signifie qu'il est indispensable que celles-ci exercent les fonctions essentielles de chef dans l'équipe de santé maternelle et déplacent la focalisation des services obstétricaux vers la communauté. Pour que ceci soit possible, il est indispensable de changer le système actuel de la formation des sages-femmes.

L'établissement d'un profil communautaire doit être une compétence pratique essentielle de la sage-femme. Les compétences en matière d'épidémiologie, tout comme la connaissance des systèmes de croyances traditionnelles, de l'organisation communautaire et la capacité de planifier et d'appliquer un système de contrôle pour mesurer l'incidence des complications sont fondamentales si l'on veut mettre sur pied un service communautaire efficace. La sage-femme doit pouvoir communiquer avec les dirigeants locaux et les organisations de femmes si elle veut mener à bien une coopération intersectorielle et interdisciplinaire.

Des compétences éducatives et administratives sont essentielles et fondamentales, tout comme le sont une aptitude en matière de communication interpersonnelle et une aptitude à établir les besoins en matière d'éducation. On a considéré que l'administration du service sanitaire serait sensiblement améliorée par des stratégies d'équipe qui comprendraient une meilleure supervision, des procédures de recueil de données renforcées et simplifiées et de meilleurs systèmes de références pour les patientes. De nouveaux problèmes ont aussi une influence sur l'éducation de la sage-femme, notamment l'accroissement du nombre de grossesses chez les adolescentes et la pandémie du SIDA, pour ne nommer que deux exemples des besoins changeants des sociétés.

Les conséquences pour la formation permanente sont considérables et il est essentiel de remplacer une structure hiérarchisée et l'importance démesurée mise sur des méthodes trop didactiques par un système d'éducation communautaire où les enseignantes sont des praticiennes expertes. Des programmes de formation continue doivent être développés et devraient être basés sur des besoins identifiés et être sujets à une évaluation rigoureuse.

Le besoin de ressources et de soutien de l'enseignement a été considéré et référence a été faite aux organismes impliqués, c'est-à-dire: la CISF, l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, le PDNU, la FIGO, l'IAMENEH, la FIPF et autres organismes gouvernementaux et non-gouvernementaux.

Cet exposé se termine en reconnaissant que les problèmes sont sérieux, mais avec l'assurance qu'ils ne sont pas insurmontables. Les participantes de l'atelier sont encouragées à développer un cadre éducatif qui pourra être utile à l'éducation des sages-femmes pour les décennies à venir. Avec l'approbation et la mise en oeuvre d'un tel cadre de formation, on peut envisager non seulement un pas en avant pour la profession de sages-femmes, mais aussi un impact positif sur la santé de millions de femmes.

#### **4. IDENTIFICATION DES PROBLEMES DE L'EDUCATION DE LA SAGE-FEMME (Travail de groupes et Séance Plénière)**

##### **Session 2**

La raison d'être de la session était:

- i) d'avoir complété une analyse des problèmes de l'éducation de la sage-femme pour une des causes de mortalité maternelle
- ii) d'avoir produit un document de travail écrit.

Chaque groupe s'est choisi un chef d'équipe/président de séance pour toutes les sessions, dont la tâche principale était d'extraire les points clés de la discussion pour le rapporteur. Le rôle du rapporteur était de présenter le travail du groupe à la session plénière.

Des documents de fond avec information sur chaque cause de mortalité maternelle ont été distribués. Les participantes ont aussi utilisé l'information du film "Pourquoi Mme X est-elle morte?" et leur propre connaissance et expérience de sage-femme. Les groupes ont commencé par un échange d'idées sur ce qu'ils estimaient être les composantes essentielles de ce qu'une étudiante devrait pouvoir savoir et faire pour empêcher une mort maternelle.

Les Groupes devaient concentrer leur attention sur l'éducation nécessaire pour préparer une sage-femme en exercice à pratiquer de façon indépendante dans des services hospitaliers/médicaux (c. à d. là où il n'y PAS DE MEDECINS), et aussi là où la sage-femme est responsable de la santé maternelle de la population, de la compétence du personnel obstétrical des centres de santé qui met en oeuvre des programmes de santé maternelle spécifiques pour la communauté, sous sa responsabilité.

Les participantes de chaque groupe devaient considérer le contenu théorique et pratique actuellement enseigné dans les programmes de formation de sages-femmes dont elles avaient connaissance, selon les critères suivants:

- 4.1 Communauté
- 4.2 Prévention
- 4.3 Traitement
- 4.4 Suivi.

Les groupes devaient identifier les aspects théoriques et pratiques du programme d'enseignement qui leur paraissaient appropriés ou à développer. Cette identification des problèmes est contenue dans les cadres éducatifs complets des cinq causes de mortalité maternelle de la Section III de ce rapport.

Un exemple du travail du Groupe III sur l'éclampsie est donné ci-après:-

**a) Les participantes ont lu l'information fournie sur ce sujet:-**

Résumé du document de fond sur l'Eclampsie et la Pré-Eclampsie, disponible au participantes du groupe:

*La valeur du diagnostic précoce et de la surveillance de la pré-éclampsie tient au fait que les séquelles dangereuses de l'éclampsie peuvent presque toujours être évitées. Un audit des autopsies a révélé qu'une surveillance inadéquate de la tension artérielle (T/A) et des urines était fréquente, bien que l'hypertension gravidique soit la troisième cause majeure de mortalité maternelle dans les pays non-industrialisés, responsable de 11% du nombre total des décès. Plusieurs études citées démontrent l'ampleur du problème et considèrent les facteurs souvent associés à l'éclampsie. Presque la moitié des cas d'une étude épidémiologique en Thaïlande a eu lieu pendant la période prénatale. Une étude à Zaria, dans le nord du Nigéria, montre que le taux de mortalité est presque 14 fois plus élevé chez les femmes qui n'avaient pas eu de surveillance prénatale et que la plupart des femmes n'était pas consciente des bénéfices de la surveillance de routine. Le besoin de reconnaître les niveaux critiques de la T/A afin d'éviter l'éclampsie normotensive, la capacité de faire le diagnostic différentiel d'autres conditions endémiques telles que la malaria cérébrale et l'anémie sévère ainsi que le besoin de disposer de matériel adéquat, de systèmes de référence et de lits d'hôpitaux ont été autant de points à examiner par le groupe quand il a considéré les facteurs connus de mortalité pour cette cause.*

**La tâche du groupe était de développer un cadre éducatif qui aborderait les problèmes selon les points suivants:**

**4.1 Communauté**

- \* **Quelles sont les croyances et tabous de la population/communauté sur l'éclampsie que l'étudiante doit connaître?**
- \* **Quelles sont les perceptions/croyances de la communautés sur:**
  - la sage-femme et autre personnel sanitaire
  - la santé des femmes, y compris la surveillance de la grossesse et de l'accouchement
  - l'éclampsie
  - les accoucheuses traditionnelles?

Ce groupe pense qu'il est indispensable de connaître les perceptions/croyances/tabous des différentes communautés. Que la crise d'éclampsie soit vue comme le résultat d'un adultère, d'une mauvaise action ou de la possession d'un démon sont des exemples de croyances dans certaines communautés. L'éclampsie peut donc ne pas être perçue comme une condition physique évitable. D'autres facteurs importants, tels que le statut des femmes dans la communauté et les traditions de mariage précoce ont été considérés par le groupe comme étant significatifs pour la planification d'un programme de soins de santé dans la communauté.

#### 4.2 Prévention

- **Qu'est-ce que l'étudiante doit connaître pour pratiquer, éduquer et diriger les personnes clés dans la communauté pour empêcher les morts maternelles?**

La prévention de l'éclampsie et de la mort maternelle dépend de:

- la prise de conscience de l'ampleur du problème
- l'administration
  - de la surveillance
  - du matériel
  - du personnel
- dépistage des grossesses à haut risque et négociation de la surveillance avec la famille/pourvoyeurs de soins.

Le groupe a reconnu que l'identification précoce des femmes qui avaient des antécédents de pré-éclampsie ou des signes précoces d'œdème, d'hypertension, de céphalée ou de protéinurie était liée à l'organisation, l'éducation et la volonté de la communauté d'être impliquée dans un service de prévention. Le groupe a aussi reconnu que la sage-femme avait un rôle crucial à jouer pour influencer les chefs de communautés à coopérer dans la prévention de l'éclampsie et dans l'éducation des accoucheuses traditionnelles et autre personnel sanitaire pour identifier les femmes à risque.

#### 4.3 Traitement

- **Qu'est-ce que l'étudiante doit connaître et savoir faire pour sauver une vie?**

Le traitement de l'éclampsie par exemple doit être immédiat et précis, exigeant une compétence pour:

- la détection et le traitement des femmes à risque d'éclampsie
- le traitement d'une crise d'éclampsie
- la prévention d'autres crises et l'accouchement du bébé.

Les participantes ont conclu que non seulement la sage-femme devrait être compétente, mais que le personnel sanitaire de la communauté devrait lui aussi être éduqué et impliqué dans le traitement de cette condition dangereuse.

Les sages-femmes devraient être capables de: faire le diagnostic différentiel de l'éclampsie et autres causes de convulsion et coma telles que la malaria cérébrale; prescrire les médicaments, les observations de la fonction rénale et la surveillance du travail et l'organisation du transfert de la femme. Ceci représente toutes les compétences nécessaires pour le traitement de l'éclampsie.

#### 4.4 Le suivi

- **Qu'est-ce que l'étudiante doit connaître et être capable de faire pour initier et assurer le suivi approprié de cette femme?**

Des aspects importants du suivi comprennent:

- renseignements -
  - à la famille
  - aux autorités, ex. superviseur, etc...
  - aux autres niveaux de soins
- prévention future, y compris la coopération indispensable des familles
- organisation, et identification des femmes à risque.

L'éducation sanitaire, la planification des naissances et les services d'assistance ont été considérés comme des points clés pour le suivi. Dans les cas d'éclampsie, une observation suivie de la tension artérielle, de la fonction rénale et de l'état de santé général est très importante. La communication avec la famille, la communauté et le personnel sanitaire est nécessaire si le suivi de la femme qui a souffert d'éclampsie veut être assuré et maintenu.

Finalement, une investigation ou enquête de la cause de mortalité devrait être entreprise afin de prévenir les morts maternelles futures. De telles enquêtes devraient être conduites avec connaissance, expertise pratique et sensibilité.

### Séance Plénière

Un nombre de facteurs communs a émergé des présentations de groupes pendant la séance plénière.

Tout d'abord, il est remarquable que tous les groupes ont fait état des déficiences des programmes d'éducation des sages-femmes puisque l'étendue et la profondeur des connaissances et de la pratique liées aux cinq causes de mortalité maternelle étaient insuffisantes.

Il est aussi évident qu'il existe un manque sérieux d'éducation de la communauté et que les moyens de communication et la connaissance des prestations obstétricales essentielles ont été négligés.

Cet exercice d'identification des problèmes a révélé le besoin de programmes d'éducation qui devraient inclure une expérience pratique aussi bien que théorique si l'on veut sauver des vies humaines.

## **5. MISE AU POINT D'OBJECTIFS ET SOUS-OBJECTIFS ET ASPECTS APPARENTES (Travail de Groupe et Séance Plénière)**

### **Session 3**

#### **5.1 Aperçu**

**Le but** de cette session est que les groupes proposent un nombre d'objectifs, développent ensuite des sous-objectifs et définissent enfin les aspects apparentés indispensables à la réussite de l'objectif.

**Les matériaux** utilisés pour cette session ont compris:

- les documents de fond (a) Résumé de l'ampleur et des causes de chacune des cinq causes majeures de mortalité maternelle
  - (b) Introduire des sages-femmes sûres d'elles (B.E. Kwast et J. Bentley)
- résultat de la Session 2. (Déclaration sur le problème)

- format préparé pour l'établissement d'objectifs.

**Les tâches** de chaque groupe étaient de:-

- i) définir ce qu'une sage-femme doit savoir FAIRE pour réduire la mortalité maternelle due à une cause particulière (ex. éclampsie) à partir de la déclaration du problème formulée pendant la Session 2.
- ii) subdiviser les grands objectifs (buts ou goals) en de plus petits éléments (sous-objectifs). Les sous-objectifs sont plus spécifiques que les objectifs globaux et définissent où et comment l'objectif global peut être atteint.
- iii) considérer et faire une liste des aspects apparentés qui constituent la connaissance de base essentielle pour pouvoir atteindre les objectifs.

## 5.2 Définition des objectifs

**Le processus** décrit les objectifs éducatifs relatifs à une cause spécifique de mortalité maternelle. Les objectifs comprendront les points suivants:-

- diagnostic et perspectives communautaires, y compris compétences épidémiologiques
- médecine préventive à tous les niveaux du système sanitaire, y compris traitement, actes salvateurs et suivi du problème particulier de la mortalité maternelle étudié dans le groupe
- compétences techniques, compétences en matière de gestion, de communication et d'enseignement sont aussi incluses.

Avec les documents de fond et la déclaration sur le problème de la Session 2, le groupe doit définir les objectifs et sous-objectifs à inclure dans le cadre éducatif.

L'objectif et les sous-objectifs des sections ayant trait au communautaire, à la prévention, au traitement et au suivi défini par le groupe qui a examiné l'ECLAMPSIE sont illustrés dans le Tableau 1.

Tableau 1

## ECLAMPSIE

OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS	ASPECTS APPARENTES
<p><b>1 Communauté</b>  <i>La sage-femme est capable de:</i></p> <p>1.1 - Identifier les croyances et coutumes en matière de:  surveillance de grossesse  symptômes associés à l'éclampsie tels oedème, hypertension, céphalées, troubles de la vue, convulsions  mariage précoce et statut des femmes dans la communauté  transfert des femmes vers les services sanitaires  utilisation du personnel obstétrical et ressources (ex. accoucheuses traditionnelles, centres de santé, etc)</p>	<p>1.1 - Planifier les visites communautaires  - Identifier les dirigeants locaux et les sources d'information  - Définir l'information requise  - Etablir les priorités et identifier les méthodes de collecte et d'enregistrement des données  - Analyser les données recueillies  - Identifier les moyens de diffuser l'information recueillie</p>	<p>1.1 - Appréciation de l'organisation sociale de la communauté  - Structure et activités communautaires  - Méthodes de communication  - Techniques d'interview  - Cause et effet de la pré-éclampsie  . non traitée  . traitée / à long et court terme  - Attitude envers la communauté  - Critères de haut risque  - Compétences en méthodes de recherche et statistiques  - Interprétation des résultats</p>
<p><b>2 Prévention</b>  <i>La sage-femme est capable de:</i></p> <p>2.1 - Identifier les femmes enceintes à risque de pré-éclampsie</p>	<p>2.1 - Organiser et faire l'examen de toutes les femmes enceintes  - Faire et documenter une anamnèse obstétricale complète  - Prendre et documenter:  . tension artérielle  . dépistage de la protéinurie  . dépistage d'oedème  . dépistage des céphalées  - Diagnostiquer les femmes à haut risque  - Utiliser un registre "haut risque"</p>	<p>2.1 - Connaissance et pratique de la surveillance prénatale  - Organisation sociale, structure et activités communautaires  - Tenue des dossiers et importance de la précision  - Connaissances de la pré-éclampsie et l'éclampsie  - Mise au point d'un registre "haut risque"  - Diagnostic différentiel</p>
<p><b>3 Traitement</b>  <i>La sage-femme est capable de:</i></p> <p>3.1 - Soigner la femme qui fait une crise d'éclampsie</p>	<p>3.1 - Prodiguier soins d'urgence pour contrôler convulsions  . prescrire et administrer les sédatifs et anti-convulsants  . prévention de l'asphyxie  . prévention des blessures accidentelles  . administration d'une thérapie IV  - Surveiller la condition de la femme  . vérifier la tension artérielle  . nombre de convulsions  . respiration/pouls  . balance hydrique  - Transfert à temps de la femme vers un centre de soins approprié pour la suite de la surveillance  - Tenir la famille au courant</p>	<p>3.1 - Diagnostic différentiel des convulsions  - Connaissance des soins immédiats et à long terme à prodiguer aux éclampsiques  - Connaissance des médicaments et dossiers appropriés  - Compréhension des complications de l'éclampsie et des dangers d'un traitement retardé</p>
<p><b>4 Suivi</b>  <i>La sage-femme est capable de:</i></p> <p>4.1 - Planifier et mettre en oeuvre le suivi de la surveillance d'une femme après la crise d'éclampsie</p>	<p>4.1 - Prévoir visites régulières pour surveiller le progrès de la femme pendant la période postnatale et identifier les déviations de la normale  - Etablir une communication effective avec la famille pour le suivi de la surveillance, l'espacement des naissances et le planning familial  - Organiser des réunions pour s'assurer que les accoucheuses traditionnelles et autre personnel sanitaire exécutent les plans de soins et continuent la surveillance d'autres femmes à risque</p>	<p>4.1 - Connaissances, attitude et pratique (CAP) de la physiologie normale après accouchement  - Méthodes de planning familial et santé de la famille, connaissances et compétences pédagogiques  - Principes de supervision et de gestion  - Connaissances des us et coutumes de la communauté  - Appréciation de la valeur et des compétences requises pour transmettre des rapports écrits/oraux</p>

### 5.3 Description des aspects apparentés

Une fois les objectifs établis, le groupe examine les aspects apparentés (voir aussi Tableau 1). Par exemple, les aspects apparentés à examiner pour atteindre les objectifs identifiés pour l'éclampsie sont les suivants:-

#### 5.3.1 Communauté

La sage-femme doit comprendre l'organisation sociale, la structure et les activités de la communauté. Les techniques de conseils, de communication et d'interview, ainsi que la connaissance des causes et effets de la pré-éclampsie et de l'éclampsie et des critères de hauts risques sont également nécessaires. Des connaissances en épidémiologie, compréhension et interprétation de statistiques sont aussi nécessaires à la sage-femme.

#### 5.3.2 Prévention

Connaissance du but, des principes et de la pratique de la surveillance pré-natale.

Connaissance des principes et de la pratique de l'organisation d'une équipe sanitaire communautaire qui comprendra gestion, supervision et administration et une attitude ouverte envers les femmes, les familles et la communauté. Compréhension de la pré-éclampsie, de l'éclampsie: évolution, traitement et effets secondaires, connaissance de planification familiale et techniques pédagogiques pour enseigner les mesures sanitaires efficaces. Connaissance, appréciation et utilisation d'un registre "à risque".

#### 5.3.3 Traitement

Connaissances du diagnostic différentiel des convulsions, du traitement immédiat et à long terme de l'éclampsie, connaissances des médicaments et utilisation des dossiers adéquats, appréciation des complications de la pré-éclampsie et de l'éclampsie et des dangers qu'un traitement et des soins retardés peuvent entraîner.

#### 5.3.4 Suivi

Connaissances théoriques, attitude et compétence technique en ce qui concerne les changements physiques et psychologiques après l'accouchement. Méthodes de planification familiale; compréhension de la famille; méthodes pédagogiques; principes de supervision et de gestion; connaissances des croyances, us et coutumes des communautés. Appréciation de la valeur et de l'importance de la tenue à jour de dossiers rigoureux et techniques et tenue à jour de documents doivent aussi être incluses.

#### Séance plénière

La plupart des groupes ont écrit plus d'un objectif pour chaque section avec sous-objectifs et aspects apparentés. Pendant la séance plénière, chaque groupe fut invité à ne présenter qu'un seul objectif pour démontrer le processus. Les rapporteurs ont démontré que les discussions avaient traité une vaste étendue de connaissances et opinions sur chaque sujet. Cet exercice a clairement aidé les participantes à mettre l'accent sur les éléments essentiels à examiner pour chaque cause de mortalité maternelle et les connaissances que les sages-femmes devraient acquérir pour répondre aux besoins identifiés. Bien que chaque partie du cadre éducatif ait reçu la même importance, l'aspect préventif a retenu le plus d'attention. Tous les groupes ont mis l'accent sur l'importance de la surveillance de la grossesse, la prévention de l'anémie, l'utilisation du partogramme, l'éducation sanitaire et la planification familiale.

**6. IDENTIFICATION DES COMPETENCES ET METHODES PEDAGOGIQUES  
LIEU D'ENSEIGNEMENT/STAGE ET EVALUATION  
(Travail de groupe)**

**Session 4**

**6.1 Aperçu**

**Le but** de cette session était d'identifier les compétences requises pour atteindre les objectifs énoncés pendant la Session 3. Les méthodes d'enseignement appropriées devaient aussi être identifiées tout comme les endroits où l'enseignement et l'étude se poursuivraient de la meilleure façon. Enfin, les groupes devaient déterminer le type d'évaluation ou de contrôle le mieux approprié pour s'assurer que le niveau de connaissances théoriques et pratiques désiré soit atteint.

**Les matériaux** utilisés pour cette session ont compris:

- le résultat de la Session 3 (mise au point d'objectifs)
- le format pré-établi du cadre éducatif complet pour la Session 4.

**Les tâches** étaient de:

- i) Définir et faire une liste des diverses compétences liées à chaque objectif décrit pendant la Session 3
- ii) Examiner et sélectionner les méthodes d'enseignement appropriées pour les diverses compétences
- iii) Sélectionner le meilleur endroit pour l'enseignement initial et les stages pratiques à suivre
- iv) Considérer comment la compétence pratique pourra être évaluée.

**6.2 Identification des compétences, des méthodes pédagogiques et de leur évaluation**

**Le processus** spécifie les connaissances théoriques et pratiques sur base des objectifs et sous-objectifs identifiés pendant la Session 3. Ceux-ci sont définis en relation avec communauté, prévention, traitement et suivi.

**Le cadre éducatif** à compléter a été présenté aux groupes.

**Les résultats** du Groupe qui traitait du problème de l'ECLAMPSIE sont identifiés au Tableau 2.

Les réactions des participantes de ce groupe ont révélé certaines méthodes pédagogiques intéressantes et imaginatives, et représentent une modification évidente des méthodes d'enseignement conventionnelles en classe pour des méthodes pratiques basées sur la réalité du terrain de la communauté. La valeur des évaluations progressives et récapitulatives et les rapports du niveau atteint par les étudiantes ont été appuyés par les participantes. La valeur de l'utilisation d'études de cas en tant que méthode d'enseignement fut aussi discutée. Tous les groupes ont confirmé l'importance d'acquérir les compétences nécessaires pour mener à bien une enquête à la suite d'une mort maternelle. Il est essentiel qu'un nombre suffisant de sages-femmes enseignantes soient éduquées et tenues au courant des méthodes pédagogiques modernes si l'on veut avoir un impact sur les taux catastrophiques de mortalité maternelle.

Tableau 2

## ECLAMPSIE

CONNAISSANCES/COMPETENCES	ENSEIGNEMENT DE SANTE	OU ENSEIGNER				EVALUATION/ APPRECIATION
		CLASSE	HOPII	ENTRE	COMM	
<b>1. Communauté</b> <u>La sage-femme est capable de:</u>	<u>Pourrait inclure:</u>					<u>Pourrait inclure:</u>
1.1 - Visiter la communauté et identifier les sources d'information. sélectionner le personnel clé à interviewer - Développer un plan - Développer un questionnaire - Collectionner et enregistrer les données - Analyser les données - Discuter les résultats et leurs solutions avec les chefs locaux et le personnel sanitaire (accoucheuses traditionnelles,...)	Démonstration Visites Jeu de rôles Lecture d'exemples Exemples & pratique Stage sur le terrain Stage supervisé Stage sur le terrain	x  x x x   	x      	x     x x 	x  x x x 	Revue des performances  Evaluation de la préparation Evaluation des questions Evaluation des résultats  Observation de la pratique Interview du personnel et de la communauté
<b>2. Prévention</b> <u>La sage-femme est capable de:</u>						
2.1 - Etablir une liste de critères pour identifier les femmes à risque - Aider la communauté/personnel sanitaire à utiliser les critères de sélection - Eduquer les femmes pour obtenir leur coopération et pouvoir les examiner: connaissances/technique de <ul style="list-style-type: none"> <li>· palper abdominal</li> <li>· prise et documentation de la tension artérielle</li> <li>· analyse d'urine et documentation</li> <li>· dépistage d'œdèmes</li> <li>· Mise à jour du dossier après anamnèse</li> </ul>	Exemples & pratique  Stage & expérience supervisés Jeu de rôles/démonstration & expérience pratique  Exemples & stage	x   x  x 	x  x  x 	x  x  x 	x  x  x 	Examen écrit et pratique  Observation de la pratique  Observation Revue des performances  Observation de la pratique
<b>3. Traitement</b> <u>La sage-femme est capable de:</u>						
3.1 - Sélection, dosage et administration des sédatifs, anti-convulsants appropriés et/ou perfusion IV - Protection de la femme contre les accidents - Prévention de l'asphyxie - Les soins continus et surveillance par: <ul style="list-style-type: none"> <li>· observation des signes vitaux</li> <li>· état de santé général</li> <li>· surveillance de la balance hydrique</li> </ul> - Enregistrement des événements critiques - Arranger le transfert si nécessaire - Communiquer/informer la famille et la communauté	Lecture Démonstration/ stage Prép. du matériel Utilisation de modèles Jeu de rôles et stage supervisé  Exemples & pratique Pratique Stage sur le terrain Jeu de rôles	x x x x x  x x x x 	x x x x x  x x x x 	x x x x x  x x x x 	x x x x x  x x x x 	Théorie et pratique Examens pratiques  Stage supervisé  Présentation de cas Evaluation de documents & observation de la pratique  Evaluation des dossiers  Pratique supervisée
<b>4. Suivi</b> <u>La sage-femme est capable de:</u>						
4.1 - Etablir un plan pour les soins immédiats et futurs de la mère et de son enfant - Continuer la surveillance de la condition de la mère. TA, analyse d'urine, œdèmes - Assurer la coopération maximale du personnel et de la communauté pour l'exécution du son plan de soins - Eduquer/conseller en matière de planning familial, prescrire les méthodes et suivre la famille - Organiser une équipe de discussion pour la revue des dossiers	Echantillon de dossiers Expérience pratique Jeu de rôles et pratique Stage sur le terrain  Jeu de rôles et pratique  Etude de cas Stage supervisé sur le terrain	x x x  x  x 	x x x x x  x 	x x x x x  x x 	x x x x x  x x 	Evaluation des dossiers Observation Observation de la pratique  Observation et interview  Présentation aux collègues  Présentation Pratique supervisée

7. **ECHANGE CRITIQUE ET REFORMULATION DU DOCUMENT**  
(Séance Plénière)

**Session 5**

Cette session a donné l'occasion à chaque groupe de présenter son cadre pédagogique complet pour critique et discussion. Les participantes se sont donc familiarisées avec la méthodologie préparée par chaque groupe et, en même temps, capables de faire une revue critique du contenu de leur propre contribution. Un nombre de points importants sur l'enseignement et la pratique des sages-femmes a surgi pendant cette discussion, encourageant les participantes à examiner les changements qu'elles pourraient apporter à la pratique et à l'enseignement dans leurs localités propres.

Les sages-femmes ont été invitées à penser à la façon dont elles pourraient influencer la communauté entière à créer un environnement qui puisse soutenir les femmes. Elles devaient également considérer des moyens pédagogiques qui viseraient à soutenir et améliorer le statut des femmes.

Il est aussi vital de développer un enseignement obstétrical qui examine réellement le problème de ce que la sage-femme doit pouvoir être capable de faire pour sauver une vie humaine. La longueur et le contenu des programmes de base et des programmes pour sages-femmes enseignantes doivent équiper la sage-femme pour remplir son rôle particulier de façon plus efficace.

Le service des sages-femmes a été démoralisé. Bien que les accoucheuses traditionnelles aient été formées dans de nombreux pays, il existe un manque chronique de sages-femmes possédant les compétences pour sauver des vies; les accoucheuses traditionnelles se trouvent donc en présence d'urgences loin d'obstétriciens et de centres de santé, ce qui fait que le taux de mortalité maternelle n'a pratiquement pas changé. Les sages-femmes doivent être mieux préparées à remplir ce rôle intermédiaire. Il est aussi vital qu'un nombre de sages-femmes expérimentées en milieu rural poursuivent une formation de sage-femme enseignante pour établir un lien entre l'expérience pratique et les méthodes pédagogiques modernes, si l'on veut que les sages-femmes futures puissent avoir un effet radical sur la réduction du taux actuel inacceptable de morts maternelles entre les villages et l'hôpital.

Toutes ont été d'accord pour dire qu'il fallait changer les méthodes pédagogiques pour arriver à enseigner les gestes essentiels à accomplir pour sauver une vie. Le diagnostic précoce des complications de la grossesse et du travail et l'identification des femmes à haut risque sont des compétences vitales à acquérir pour la sage-femme. Voici quelques exemples de compétences pratiques à apprendre pour réduire la mortalité:

- utilisation du partogramme pendant le travail
- examen physique attentif de chaque femme enceinte
- diagnostics différentiels de tous les décès
- sélection, administration et effets des médicaments
- éducation sanitaire et prévention
- qualités de dirigeant et communication interpersonnelle afin d'obtenir la coopération maximale de la communauté et du personnel sanitaire.

Les participantes ont été d'accord pour dire qu'"introduire des sages-femmes sûres d'elles" était un thème qu'elles aimeraient mettre en pratique dans leurs zones d'influence.

## 8. STRATEGIE POUR LA MISE EN OEUVRE D'UNE METHODOLOGIE PEDAGOGIQUE (Séance Plénière)

### Session 6

La discussion sur la stratégie pour la mise en oeuvre d'une méthodologie pédagogique (à court et à long terme) a porté sur:-

1. la formation de base des sages-femmes - cours préparatoire
2. la formation supérieure - préparation des sages-femmes enseignantes, gestionnaires et surveillantes
3. la formation continue - le maintien et l'amélioration des compétences du personnel clinique.

La méthodologie pédagogique pour une maternité sans risque fut examinée au niveau régional, national et international.

Le groupe a commencé par reconnaître les problèmes que la mise en oeuvre d'une telle méthodologie pédagogique rencontrerait. Les points suivants de cette discussion ont été retenus:-

- \* Il n'y a pas assez de sages-femmes enseignantes qualifiées.
- \* Les enseignantes ont peu ou pas d'expérience rurale et n'en comprennent donc pas tous les problèmes.
- \* Les sages-femmes enseignantes devront préparer un nouveau matériel didactique et partager une partie de leur responsabilité d'enseignement avec des non-sages-femmes, qui auront besoin d'être guidées dans leur tâche.
- \* Les sages-femmes enseignantes devront préparer un éventail de méthodes d'évaluation pour s'assurer que les élèves auront atteint un niveau de compétence satisfaisant.
- \* Des logements et des fonds supplémentaires devront être mis à la disposition des enseignantes et des élèves pour qu'elles puissent pratiquer et apprendre dans les zones rurales.
- \* Certaines inquiétudes ont été soulevées en ce qui concerne le surplus de travail possible pour le personnel sanitaire communautaire, y compris gestionnaires et enseignantes, si des changements sont apportés à un programme d'éducation en milieu rural.
- \* Il est possible que les hôpitaux soient réticents à devoir partager leurs ressources en personnel et en matériel.
- \* Des "valisettes" de matériel d'urgence et leur mode d'instruction devront être préparées et être disponibles.
- \* La législation de certaines régions n'autorise pas les sages-femmes à pratiquer comme souhaité; des changements devront donc être faits.
- \* Il n'y a pas assez de possibilité pour que les sages-femmes entreprennent leur rôle élargi, particulièrement dans les régions rurales éloignées.
- \* Le maintien de la confiance en soi et de la compétence ainsi que la formation continue des enseignantes et des surveillantes posent un problème majeur - où et comment peut-on enseigner les nouvelles compétences par le biais d'une formation supérieure ou continue a été l'une des question clés pour le groupe.

Après avoir mis à jour les problèmes et les inquiétudes actuelles les plus importantes, les participantes se sont attaquées aux plans et aux objectifs nécessaires pour arriver à une solution.

Les participantes de l'atelier croient que:

- Tous les programmes de formation nationaux doivent être revus et des changements apportés afin d'améliorer la pratique des sages-femmes et de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales.
- Afin de préparer les sages-femmes à pratiquer de façon compétente dans la communauté et en milieu hospitalier, des programmes de formations spécifiques doivent être développés et ne peuvent être intégrés au sein d'un programme de formation d'infirmière en soins généraux. La pratique actuelle de stage en santé maternelle et infantile pour les élèves infirmières est utile pour toutes les infirmières et les services sanitaires nationaux. Ce programme de formation ne forme cependant pas des sages-femmes capables de faire face aux situations déjà décrites et ne peut avoir un effet sur la santé maternelle ou sur la réduction de la mortalité maternelle.
- Les sujets suivants et les possibilités de pratique doivent être inclus dans les nouveaux programmes de formation de base et de formation continue:-
  - profil communautaire
  - amélioration des connaissances et compétences pédagogiques, gestionnaires, administratives, épidémiologiques, de communications interpersonnelles et de conseil
  - acquisition des compétences pratiques en soins d'urgence, et en particulier pour l'hémorragie, l'éclampsie, la dystocie, l'infection puerpérale et l'avortement
  - éducation en matière de méthodes de planification familiale, pharmaceutique et non-pharmaceutique
  - éducation de la communauté pour la prévention des maladies sexuellement transmissibles, du SIDA et des grossesses non désirées.
- Tous les programmes d'éducation doivent offrir la possibilité de stages communautaires.
- Des centres de formation régionaux pour l'éducation supérieure et continue des sages-femmes enseignantes doivent être établis d'urgence.
- Des ressources adéquates, telles que bibliothèques, support audio/visuel, doivent être accessibles dans tous les centres de formation.
- Chaque pays doit encourager le développement de protocoles standardisés pour le traitement des urgences obstétricales et la protection légale des sages-femmes.
- Des facilités de recyclage et de formation continue pour sages-femmes cliniques et enseignantes doivent être créées.

Pour terminer, les participantes croient que les Gouvernements doivent être encouragés à pleinement reconnaître le rôle de la sage-femme et l'impact qu'une sage-femme bien éduquée peut avoir sur la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles.

Les participantes croient qu'une amélioration des salaires et des conditions de travail, particulièrement dans les zones rurales, ainsi que des possibilités d'avancement renforceraient les services de maternité et contribueraient à sauver des vies.

9.

**CONCLUSIONS**  
**(Travail de Groupe et Séance Plénière)**

**Session 7**

Pendant cette dernière session, trois groupes ont formulé des recommandations pour l'amélioration de l'éducation de la sage-femme pour une maternité sans risque, au niveau national, régional et mondial. Celles-ci ont été discutées, changées et acceptées, en séance plénière, par toutes les participantes.

Il a été décidé que ces recommandations devraient être présentées en tant que Déclaration conjointe par CISF/OMS/UNICEF par toutes les participantes de l'Atelier collectif pré-congrès.

Les recommandations ont été reçues par le Conseil de la CISF et présentées à la dernière réunion du Congrès de la CISF le 12 octobre 1990.

La Déclaration et les recommandations apparaissent dans la Section I de ce rapport.

10.

REFERENCES

1. La santé maternelle et la sage-femme: perspective mondiale. Rapport d'un atelier collectif pré-congrès, La Haye, Pays-Bas, 21-22 août 1987. Document OMS WHO/MCH/87.5.
2. Plan d'action de CISF/OMS/UNICEF à l'atelier de pré-congrès, La Haye, Pays-Bas, 21-22 août 1982, in: *Midwifery* (1987) 3.
3. Pour une action planifiée des sages-femmes - Comment mobiliser les sages-femmes pour une maternité sans risque. Rapport d'un atelier sur "Le renforcement des services nationaux de sages-femmes", Accra, Ghana, 16-21 janvier 1989. Publié par la CISF, 10, Barley Passage, London W4 4PH.
4. Mortalité maternelle: les sages-femmes se mobilisent. Rapport d'un atelier sur le "Renforcement des services nationaux de sage-femme", Ouagadougou, Burkina Faso, 12-19 janvier 1990. Publié par CISF, 10, Barley Mow Passage, London W4 4PH.
5. Empêcher la mort tragique de la mère: rapport sur la Conférence internationale sur la Maternité sans risque, Nairobi, Kenya, Février 1987, The World Bank, Washington D.C.
6. Kwast, B.E., 1991, Maternal Mortality: the Magnitude and the Causes, in: *Midwifery* (1991) 1.
7. The Prévention and Management of Postpartum Haemorrhage. Report of a Technical Working Group, Genève, 3-6 juillet 1989, Document WHO/MCH/90.7, OMS, Genève.
8. The Prévention and Treatment of Obstetric Fistulae. Report of a Technical Working Group, Genève, 17-21 avril 1989, Document WHO/FHE/89.5, OMS, Genève.
9. Kwast, B.E. et Bentley, J., 1991, Introducing Confident Midwives: Midwifery Education - Action for Safe Motherhood, in: *Midwifery*, (1991) 1.
10. Fathalla, M., "Pourquoi Mme X est-elle morte?" Vidéo OMS, 1987, disponible en anglais, français, espagnol et arabe. S'adresser au Service de Ventes, OMS, Genève.
11. Human Resource Development for Maternal Health and Safe Motherhood. Report of a Task Force Meeting, Genève, 2-4 avril 1990, Document MCH/HRD/90.1, OMS, Genève.
12. Prestations obstétricales essentielles au premier niveau de recours, Document FHE/86.4, OMS, Genève.
13. Coverage of Maternity Care - A Tabulation of Available Information. Document WHO/FHE/89.2, OMS, Genève.

11. **LA DEFINITION DE LA SAGE-FEMME  
ADOPTÉE PAR LA CONFEDERATION INTERNATIONALE DES SAGES-FEMMES  
ET LA FEDERATION INTERNATIONALE DES GYNECOLOGUES ET  
OBSTETRICIENS, EN 1972 ET 1973 RESPECTIVEMENT, A LA SUITE DE  
CHANGEMENTS A LA DEFINITION FORMULEE PAR L'ORGANISATION  
MONDIALE DE LA SANTE**

**"UNE SAGE-FEMME EST UNE PERSONNE QUI, AYANT SUIVI REGULIEREMENT UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT SPECIALISE EN OBSTETRIQUE, DUMENT RECONNU DANS LE PAYS OU ELLE SE TROUVE, A TERMINE AVEC SUCCES LE PROGRAMME D'ETUDES PRESCRITES EN OBSTETRIQUE ET A ACQUIS LES QUALIFICATIONS NECESSAIRES POUR AVOIR LE DROIT DE PRATIQUER L'OBSTETRIQUE.**

**ELLE DOIT ETRE CAPABLE D'ASSURER LA SURVEILLANCE, LES SOINS ET LES CONSEILS NECESSAIRES AUX FEMMES PENDANT LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LA PERIODE QUI SUIV, D'EFFECTUER DES ACCOUCHEMENTS DE SON PROPRE CHEF, D'APPORTER LES SOINS AU NOUVEAU-NE ET AU NOURRISSON. CES SOINS COUVRENT LES MESURES PREVENTIVES ET L'EXECUTION DES SOINS D'URGENCE EN CAS D'ABSENCE D'AIDE MEDICALE. ELLE JOUE UN ROLE IMPORTANT COMME CONSEILLERE EN MATIERE D'HYGIENE, NON SEULEMENT POUR LES PATIENTES, MAIS AUSSI AU SEIN DE LA FAMILLE ET DE LA COLLECTIVITE. LA TACHE COMPREND L'EDUCATION PRENATALE ET LA PREPARATION DES PARENTS A LEUR NOUVEAU ROLE, ET S'ETEND JUSQU'A CERTAINS DOMAINES DE LA GYNECOLOGIE, DU PLANNING FAMILIAL ET DE LA PROTECTION INFANTILE. ELLE PEUT EXERCER DANS LES HOPITAUX, CLINIQUES, CENTRES MEDICAUX, A DOMICILE OU DANS TOUT AUTRE SERVICE."**

**UNE EQUIPE SPECIALE DE L'OMS, EN REUNION DU 2-4 AVRIL 1990, SUR LE DEVELOPPEMENT DE RESSOURCES POUR LA SANTE MATERNELLE ET LA MATERNITE SANS RISQUE A DEFINI LE ROLE DE LA SAGE-FEMME ET SON CONTENU COMME SUIV:-**

**La sage-femme est une personne qui:**

- de par sa formation a acquis la compétence et la technique pour assurer la surveillance de la santé génétique en tant que praticienne indépendante et interdépendante dans l'équipe de soins de maternité
- par les mécanismes qui régissent sa profession, a le droit de pratiquer et est protégée quand elle pratique dans les sphères définies par le contenu de son rôle.

**Contenu du rôle de la sage-femme**

Ce contenu peut être ajusté pour tenir compte du personnel sanitaire qui sera utilisé dans certains pays pour remplir les fonctions de sages-femmes. Il comprend:

**Délivrance de soins d'un excellent niveau:**

- prénatal,
- travail et accouchement,
- postnatal,
- planning familial,
- nouveau-né,
- enfant.

Délivrance des prestations obstétricales essentielles:

- suture des lacérations vaginales et cervicales,
- épisiotomie et sa suture,
- ventouse,
- administration de perfusion, transfusion,
- évacuation de l'utérus en cas d'urgence,
- révision utérine,
- traitement d'urgence de l'éclampsie et pré-éclampsie,
- administration d'antibiotiques IM et IV,
- fonctions de planning familial - prescription de contraceptifs oraux, placement stérilets et Norplant.

Apport d'un soutien social et psychologique, de conseil et d'éducation aux clients, familles et communautés, sur base de normes et de valeurs appropriées pour la société desservie.

Mise au point d'un chemin à suivre en matière de maternité sans risque, y compris dans les secteurs suivants:

- administration,
- gestion,
- chef d'équipe
- recherche.

12.

LISTE DES PARTICIPANTES

Bhutan

Mme Kinley Doma  
Community Health Team  
Thimpu

Mme Diki Wanamo  
Royal Institute of Health and Science  
M.C.H. Clinic  
Thimpu

Canada

Ms Lee Saxell  
Midwives Association of B.C.  
23rd I.C.M. Planning Committee  
2043 Ferndale Street  
Vancouver, B.C. V5L 1Y2

Chine

Dr Li Weimin  
Department of OB/GYN  
The Second Hospital  
West China University of Medical Science  
Rin Min Road 3# Section  
Chewgdu Sichuan

Ethiopie

Mme Teberh Kebreab  
Director of Midwifery School  
c/o P O Box 5595  
Addis Ababa

Mme Etalem Gebremedhin  
Midwifery Tutor  
Addis Ababa Midwifery School  
P O Box 1234  
Addis Ababa

Fidji

Mme Eleanor Lesuma  
Matron, Maternity Unit  
C.W.M. Hospital  
Suva

Ghana

Mme Grace-Gabriella Agbasi  
Midwifery Tutor  
Midwifery Training School  
Korle-Bu, Accra

Ghana (suite)

Ms Henrietta Owusu  
President, Ghana Register of Midwives  
Association  
P O Box 147, Accra

Inde

Dr A Bharadwaj  
Ministry of Health & Family Welfare  
Nirman Bhavan  
New Delhi

Dr Padma Shukla  
Chief Medical Officer  
Bara Banki  
Utter Pradesh

Ms Gayatri Giri  
Midwifery Educator & TBA  
SEWA (Rural) JHAG ADIA  
Gunnarat

Mme Anupuma Rao Singh  
State Programme Officer  
Kothi No. 2 Srirampura  
Housing Society Exten.  
RAJ Bhavan Road  
Civil Lines  
Jaipur - 302006

Indonésie

Mme Janne Annas  
Indonesian Midwives Association  
JL Johar Baru V/13  
Jakarta

Mme M Noertjaja  
Director of Midwifery  
Programme Development  
J1 Hang Jebat III Blok F3  
Keba Yoran Baru  
Jakarta

Jamaïque

Mme G Omphroy-Spencer  
c/o Jamaica Midwives Association  
Victoria Jubilee Hospital  
Kingston

Nigeria

Mme Victoria Abodunrin  
Ministry of Health  
Nursing Division  
P.M.B. 1386  
Ilorin  
Kwara State

Mme Grace E Delano  
Fertility Research Unit  
Programme Coordinator  
Department of OB/GY  
College of Medicine  
University College Hospital,  
Ibadan

Mme A O Payne  
Chief Nursing Officer  
Federal Ministry of Health  
Nursing Division  
Federal Secretariat  
Ikoyi  
Lagos

Pakistan

Lt. Col. Mme S M Shah  
Registrar  
Pakistan Nursing Council  
National Institute of Health  
Islamabad

Philippines

Alice Sanz de la Gente  
President  
Integrated Midwives Association  
of the Philippines  
Corner Pinaglabanan & Ejercito Sk  
San Juan, Metro Manila

Sierra Leone

Mme Gloria Betts  
National Midwifery School  
P.C.M. Hospital  
Fouram Bay Road  
Freetown

Soudan

Dr Awatif Bashir  
Head of Department of Medical &  
Pediatric Nursing  
Khartoum Nursing College  
Khartoum

Tanzanie

Mme Stella M Mpanda  
Principal  
School of Nurse Teachers  
P O Box 65004  
Dar-es-Salaam

Thaïlande

Dr Duangvadee Sungkhobol  
Faculty of Nursing  
Prince of Songkla University  
Hat Yas, Sowgkia 90112

Royaume-Uni

Mme Gaynor Maclean  
Midwifery Educator  
West Glamorgan College of Nursing &  
Midwifery  
Morrison Hospital  
Swansea  
Wales

Mme Valerie Tickner  
Director of Education  
Royal College of Midwives  
15 Mansfield Street  
London, W1M OBE

Etats-Unis d'Amérique

Mme Angela Kamara  
Assistant Clinical Professor  
Faculty of Medicine, Columbia University  
Center for Population and Family Health  
60 Haven Avenue 8-3  
New York, NY 10032

Dr Margaret Marshall  
Project Coordinator,  
Special Projects Section  
American College of Nurse-Midwives  
1522 K. Street N.W.  
Suite 1000  
Washington, D.C. 20005

Dr Lisa Paine  
Director, Nurse-Midwifery Services  
Department of OB/GYN  
Houck 228  
Johns Hopkins Hospital  
600 North Wolfe St  
Baltimore  
Maryland 21205

Etats-Unis d'Amérique (suite)

Dr Joyce Thompson, CNM (observatrice)  
 Professor & Director Nurse-Midwifery  
 University of Pennsylvania  
 School of Nursing  
 Philadelphia, PA 19104-6096

Vietnam

Mme Pham Thie Hanh  
 Thua Thien  
 Hue Middle Level Medical School  
 Hue City

ICM

Mme Marie Goubran (empêchée)  
 International Confederation of Midwives  
 Executive Secretary  
 10 Barley Mow Passage  
 Chiswick, London, W4 4PH

Japon

Ms Chieko Nohno  
 Midwives Division  
 Japanese Nursing Association  
 8-2, 5-chome, Jingumae  
 Shibuya-ku,  
 Tokyo

Allemagne

Melle Helga Schweitzer  
 ICM Board of Management  
 Representative for Europe  
 Staatliche Hebammenschule  
 Universitat-Frauenklinik  
 D-7400 Tubingen 1

OMS Secrétariat

Mme Edna Ismail  
 Technical Officer MCH/FHE  
 WHO Regional Office for the East  
 Mediterranean  
 P O Box 1517  
 Alexandria - 21511, Egypte

Dr Barbara E Kwast  
 Scientist, Maternal & Child Health  
 World Health Organization  
 1211 Geneva 27, Suisse

Dr A Petros-Bavarzian (empêchée)  
 Director, Division of Family Health  
 World Health Organization  
 1211 Geneva 27, Suisse

UNICEF

Mme Yuriko Yasukawa  
 Programme Officer, UNICEF  
 Shin Aoyama Building Nishikan  
 22nd Floor  
 1-1, Minami-Aoyama 1-chome  
 Minato-ku  
 Tokyo, Japon

IAMENEH

Dr Koichi Sanada  
 Director of Japanese Association for  
 Maternal Welfare  
 c/o Ichigaya Sadohara-cho  
 Shinjuku-ku  
 Tokyo, Japon

ICN

Dr Hiroko Minami  
 Professor  
 St Luke's College of Nursing  
 10-1, Akashi-cho  
 Chuo ku  
 Tokyo, Japon

FIGO

Représentée par Dr Vivian Wong de La  
 Banque Mondiale

The World Bank

Dr Vivian Wong  
 Public Health Specialist  
 Population & Human Resources  
 Department  
 The World Bank  
 1818 H Street NW  
 Washington, DC 20433, USA

IPA

- empêchée

IPPF

- empêchée

ICW

- empêchée

13. LISTE DES MEMBRES DES GROUPES DE TRAVAIL  
Y COMPRIS PRESIDENTE ET RAPPORTEURS

Présidente de l'Atelier Melle Helga Schweitzer

Rapporteurs des séances plénières Mme Edna Ismail  
Dr Margaret Marshall

GROUPES DE TRAVAIL

GROUPE I - Hémorragie du post-partum

Mme Angela Kamara (animatrice)

Ms Gayatri Giri	Inde
Dr Margaret Marshall	USA
Melle Helga Schweitzer	ICM, Allemagne
Mme Diki Wanamo	Bhutan
Dr Li Weimin	Chine
Dr Vivian Wong	The World Bank, USA/FIGO
Dr Hiroko Minami	ICN, Japon

GROUPE II - Dystocie

Mme Valerie Tickner (animatrice)

Mme Grace-Gabriella Agbasi	Ghana
Dr Awatif Bashir	Soudan
Mme Gloria Betts	Sierra Leone
Mme Etalem Gebremedhin	Ethiopie
Mme Pham Thie Hanh	Vietnam
Mme Edna Ismail	WHO, EMRO
Dr Joyce Thompson	USA (observatrice)

GROUPE III - Eclampsie

Ms Gaynor Maclean (animatrice)

Mme Janne Annas	Indonésie
Alice Sarz de la Gente	Philippines
Mme Eleanor Lesuma	Fidji
Mme Stella M Mpanda	Tanzanie
Mme Henrietta Owusu	Ghana
Mme A O Payne	Nigéria
Dr Padma Shukla	Inde
Mme Yoriko Yasukawa	UNICEF, Japon

GROUPE IV

Infection puerpérale

Dr Duangvadee Sungkhobol (animatrice)

Mme Victoria Abodunrin  
Mme Kinley Doma  
Mme M Noertjaja  
Dr Koichi Sanada  
Ms Lee Saxell  
Mme Anupuma Rao Singh

Nigéria  
Bhutan  
Indonésie  
JAMENEH, Japon  
Canada  
Inde

GROUPE V

Avortement

Dr Barbara E. Kwast (animatrice)

Dr A Bharadwaj  
Mme Teberh Kebreab  
Ms Chiéko Nohno  
Mme G Omphroy-Spencer  
Dr Lisa Paine  
Lt. Col. Mme S M Shah  
Mme Grace E. Delano

Inde  
Ethiopie  
Japon  
Jamaïque  
USA  
Pakistan  
Nigéria

14.

## ORDRE DU JOUR

## ATELIER DE PRE-CONGRES, KOBE, JAPON

5-6 OCTOBRE 1990

Jeudi soir, 4 octobre 1990

- 20.00 h - Bienvenue et Présentations
- 20.30 h - Projection du film - Introduction du sujet  
"Pourquoi Mme X est-elle morte?"
- A partir de 21 h - Réception

Vendredi 5 octobre 1990 **SESSION 1**

09.00-09.30 h

**Séance d'Ouverture**

- Présidente: Mme Chieko Nohno, Section Sages-Femmes de l'Association des Infirmières japonaises
- Allocution d'ouverture par Mme Chieko Nohno
- Allocution par Melle Helga Schweitzer, Directrice Adjointe, Conseil d'Administration, CISF
- Allocution par Dr Barbara E. Kwast, Santé Maternelle et Infantile, Organisation Mondiale de la Santé, Genève
- Allocution par Mme Yoriko Yasukawa, Chargé de Programme, UNICEF, Tokyo
- Présentation des participants
- Objectifs de l'Atelier - Melle Helga Schweitzer, CISF
- Election de la Présidente et des Rapporteurs

09.30-10.00 h

- Présentation du document de fond
- Introduire des sages-femmes sûres d'elles: l'éducation des sages-femmes - Action pour une maternité sans risque, Dr Barbara E. Kwast, SMI/OMS

10.00-10.30 h

PAUSE CAFE

10.30-11.40 h

**SESSION 2**

- Analyse du problème de l'éducation des sages-femmes (en groupes)
- Présentation en séance plénière (2 groupes)
- Discussion entre groupes

12.05-13.00 h

DEJEUNER

13.00-13.30 h

- Présentation en séance plénière (3 groupes)

- Discussion entre groupes
- 13.30-15.30 h                   **SESSION 3**
- Etablissement de l'objectif principal, avec sous-objectifs et aspects apparentés
- 15.30-15.45 h                   PAUSE THE
- 15.45-16.15 h                   -
- Séance plénière
  - Présentation des groupes, 5 minutes / discussion, 5 minutes
- 16.15 h 17.30 h                   **SESSION 4**
- Identification des compétences pratiques
  - Méthodes d'enseignement
  - Localisation enseignement théorique/stage
  - Evaluation
- Samedi 6 octobre 1990
- 08.30-09.30 h                   **SESSION 4 (suite et fin)**
- 09.30-10.30 h                   **SESSION 5**
- Analyse critique et reformulation du document  
15 min de présentation par groupe, x 3 groupes
  - 15 min de discussion générale
- 10.30-10.45 h                   PAUSE CAFE
- 10.45-11.30 h                   **SESSION 5 (suite et fin)**
- 15 min de présentation par groupe, x 2 groupes
  - 15 min de discussion générale
- 12.30-13.30 h                   DEJEUNER
- 13.30-14.30 h                   **SESSION 6**
- Stratégie de mise en oeuvre du cadre pédagogique pour une maternité sans risque (Séance plénière)
- 14.30-15.30 h                   **SESSION 7**
- Recommandations pour l'éducation des sages-femmes pour une maternité sans risque (3 groupes)
- 15.30-15.45 h                   PAUSE THE
- 15.45-16.30 h                   -
- Présentation en séance plénière
- 16.30-17.00 h                   -
- Amendements et reformulation en séance plénière
- 17.00-18.00 h                   -
- Adoption des recommandations par les participants de l'Atelier de Pré-Congrès CISF/OMS/UNICEF
- 18.00 h                           CLOTURE DE L'ATELIER

15.

ABREGE DES DOCUMENTS DE FOND

Deux documents de fond préparés pour l'atelier pré-congrès, et qui n'ont pu être présentés faute de temps, sont disponibles sur demande au bureau de Santé Maternelle et Infantile, Organisation Mondiale de la Santé, Genève. En voici un abrégé:

15.1 L'éducation des sages-femmes pour une maternité sans risque: l'expérience thaïlandaise:  
Dr Duangvadee Sungkhobol

Ce document présente les besoins de formation de sages-femmes pour la Thaïlande en tenant compte de l'état actuel de la santé maternelle et infantile pendant les années 80, de l'état actuel de l'éducation des sages-femmes en Thaïlande et des objectifs pédagogiques de la formation infirmière/sage-femme en fonction du programme de Maternité sans Risque.

Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile des années 70 ont démontré l'urgence de mettre sur pied un service de santé maternelle et infantile efficace. Bien que le taux de mortalité maternelle ait diminué de façon remarquable de 226,1 pour 100.000 naissances en 1970 à 41,4 pour 100.000 en 1985, il est encore élevé comparé à d'autres pays de la région tels que le Japon et Singapour où il était 15,8 et 4,7 en 1985. Une revue de la mortalité maternelle a révélé que l'avortement, l'hémorragie, l'hypertension gravidique et les complications post-natales étaient les principales causes de décès. De plus, la mortalité maternelle était plus élevée dans les zones rurales. La mortalité infantile était 2-3 fois plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines. Les services sanitaires ruraux étaient inadéquats et le public commençait à exiger une amélioration des services sanitaires dans les zones rurales puisqu'environ 80% de la population Thai y habitent.

Un des problèmes les plus importants de la création d'un service sanitaire adéquat était le manque et la mauvaise répartition du personnel soignant en exercice. Ceci était accentué par la mauvaise qualité des soins. Plusieurs communautés Thai poursuivaient les us et coutumes traditionnels et employaient des accoucheuses traditionnelles qui avaient besoin d'être formées. Le Gouvernement Royal Thaïlandais a élargi son service sanitaire pour englober la majeure partie des communes du pays. Il a dû accroître le nombre d'agents sanitaires bien préparés pour travailler dans les petites communautés, les hôpitaux où il y avait pénurie de personnel et les centres de santé. Depuis 1978, il y a eu un accroissement remarquable du nombre d'élèves infirmières et sages-femmes puisque les infirmières et les sages-femmes sont la composante la plus importante des services sanitaires et de l'amélioration de ces services dans le pays.

Traditionnellement, les programmes de formation des infirmières et des sages-femmes ont été séparés. Il existait deux niveaux de formation pour les sages-femmes. L'un était de 18 mois pour les étudiantes qui sortaient d'écoles secondaires, et l'autre était de 6 mois pour les infirmières qualifiées qui avaient un diplôme ou une licence en nursing ou équivalent. Celles qui possédaient un diplôme obtenaient la qualification de sage-femme du second niveau, et celles qui possédaient une licence obtenaient la qualification de sage-femme du premier niveau.

Quand la Thaïlande a étendu son service sanitaire au pays entier, le rôle des sages-femmes s'est aussi développé. L'adoption du programme "Santé pour tous en l'an 2000 par le système de soins primaires" a aussi entraîné un élargissement de leur rôle et de leurs fonctions. La formation des sages-femmes était insuffisante pour les préparer à travailler dans les zones rurales. Il existait aussi une demande d'amélioration des programmes d'études des sages-femmes afin de leur permettre d'avoir une carrière.

Le programme des sages-femmes fut de ce fait intégré à celui des infirmières. La Thaïlande offre donc maintenant un programme de base et un programme de formation continue pour infirmières qui comprend la formation de sage-femme. Une formation de 4 ans mène à un diplôme d'infirmière/sage-femme du premier niveau, et un programme de deux ans mène à un certificat d'infirmière technique/sage-femme du second niveau. Il existe également un programme de formation continue. La Faculté de Santé Publique, Département de Santé publique/Nursing, de l'université de Mahidol offre un doctorat en santé publique-nursing depuis 1983.

Les écoles d'infirmières ont la responsabilité de produire du personnel infirmier et sage-femme qui puisse travailler dans le système de santé pour répondre aux besoins de santé de la population. Les objectifs pédagogiques pour la maternité sans risque comprennent, entre autres, la formation d'infirmières/sages-femmes capables de travailler dans une équipe de soins qui prodigue les soins de santé aux clients et à leurs familles; capables de fonctionner en tant qu'agents de change pour améliorer la santé d'une communauté et l'efficacité des organisations là où elles fonctionnent; capables d'enseigner et superviser les accoucheuses traditionnelles et autres travailleurs sanitaires; capables de faire de la recherche et d'être responsables de leur formation continue pour développer leurs compétences.

## 15.2 L'éducation des sages-femmes en Afrique, et plus particulièrement en Tanzanie: Mme Stella M. Mpanda

Ce document présente une analyse de la situation de la mortalité maternelle en Afrique et, en particulier, en Tanzanie, ainsi que la politique sanitaire vis à vis de la santé maternelle et des services mis à la disposition de la santé maternelle. On y décrit l'éducation des sages-femmes en Tanzanie: les problèmes sont brièvement expliqués et des recommandations sont faites pour une maternité sans risque.

La mortalité maternelle en Afrique peut atteindre 700-800 par 100.000 naissances vivantes. Les taux sont légèrement plus bas en Afrique du Nord et du Sud qu'en Afrique Occidentale, Centrale et Orientale. La mortalité maternelle est compliquée par un taux de natalité extrêmement élevé - une moyenne de 8 enfants vivants par femme, et un chiffre d'au moins 10 grossesses par femme n'est probablement pas rare. Le risque de périr pendant une grossesse dans les pays industrialisés les plus riches est au moins 100 fois moindre que pour une même grossesse dans les plus pauvres pays d'Afrique. Cette situation existe en Tanzanie. Bien que la plupart des études faites dans ce pays aient été basées dans les hôpitaux, la mortalité maternelle atteignait 370/100.000 entre 1983-1984 dans quatre régions. Les causes de mortalité maternelle sont les mêmes que dans les pays industrialisés. D'autres facteurs tels que manque de sang pour transfusion, arrivée tardive dans les centres de santé et performance médiocre de ces centres contribuent à ces taux élevés.

Dans la plupart des pays africains, l'objectif principal de la politique sanitaire est l'amélioration de l'état de santé général de toute la population, avec un accent sur ceux qui courent les plus grands risques, et un encouragement pour les systèmes sanitaires existants à mieux répondre aux besoins de la population. Malgré le souci démontré par beaucoup de pays africains pour l'amélioration de la santé des femmes, la mortalité maternelle est en hausse. Les mesures sanitaires doivent prendre en considération le problème des grossesses chez les adolescentes et les avortements. Elles doivent aussi couvrir tous les aspects du planning familial en vue d'éliminer le contrôle de la fertilité des femmes par les maris. Des initiatives sont en cours dans un nombre de pays africains en vue de modifier le statut des femmes dans la société africaine.

Dans un nombre significatif de pays en voie de développement, et en particulier en Afrique, surtout dans les zones rurales, le pourcentage de femmes enceintes ayant reçu des soins prénatals par une personne qualifiée dépasse le pourcentage de celles dont le travail et l'accouchement sont suivis par une personne qualifiée. Ceci est en partie dû à l'inaccessibilité géographique.

Traditionnellement, dans la plupart des pays africains, ce sont les femmes mariées plus âgées qui s'occupent des femmes pendant le travail, à domicile. En Tanzanie, la formation des infirmières a commencé pendant les années 30, après que la communauté ait accepté l'idée d'avoir des jeunes femmes formées comme sages-femmes. Il existe différents types d'éducation pour les sages-femmes en Tanzanie.

Niveau I - équivalent à la sage-femme diplômée: formation de sage-femme d'une année académique intégrée dans le programme de formation d'infirmière (total de 4 ans).

Niveau II - une formation de sage-femme d'une année académique après la formation d'infirmière. La formation de sage-femme fait alors partie de spécialisations telles que infirmières de santé publique. La formation des auxiliaires de santé maternelle et infantile préparées à travailler dans les zones rurales comme accoucheuses sous la supervision d'une sage-femme qualifiée.

La seule différence qui existe entre le Niveau I et le Niveau II est l'endroit de travail. Les sages-femmes de Niveau II travaillent en principe dans les centres de santé et les hôpitaux locaux et régionaux. Il existe cependant des problèmes de mauvaise répartition du personnel parce que il y a autant de sages-femmes de Niveau II qui travaillent dans les maternités spécialisées où, en principe, les sages-femmes de Niveau I sont censées être employées.

Les auxiliaires de santé maternelle et infantile sont du personnel soignant formé en santé maternelle et infantile, destinées à travailler dans les zones rurales. Cependant la migration de ces jeunes femmes des zones rurales vers les zones urbaines entraîne un manque de personnel dans les zones rurales.

L'auteur dresse une liste des sujets qui sont inclus dans les trois niveaux de formation de sages-femmes. Tous les programmes de formation de sages-femmes sont régularisés par une autorité compétente, the Tanganyika Nurses and Midwives Registration Ordinance. Toutes les formations sont basées sur le milieu hospitalier et sur une fragmentation des cours. Les problèmes de la formation des sages-femmes comprennent un manque de diagnostic communautaire et de participation à la mise au point de stratégies; manque de formation en matière de gestion, de méthodologie de recherche et principes pédagogiques; la législation régularisant la pratique des sages-femmes ne les autorise pas à accomplir les prestations d'urgence. Ces déficiences forment la base des recommandations de changement pour les études de sages-femmes en Tanzanie.

## HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

### SECTION III

SESSION 2 – IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 – IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	À revoir	Satisfaisant	À revoir		
<p><b>1 Communauté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Connaissances, attitude, us et coutumes, croyances et cultures de la communauté envers le sang et les saignements</li> <li>- Connaissances, attitude, pratiques de la communauté envers les accoucheuses traditionnelles, le personnel sanitaire, la médecine traditionnelle et l'hémorragie du postpartum (HPP)</li> <li>- Perception de la sage-femme par la communauté</li> <li>- Compréhension des HPP précédentes par la communauté/patiente</li> <li>- Surveillance de la grossesse, état de santé général, vues de la communauté sur l'anémie, la nutrition</li> <li>- Perceptions/croyances de la communauté envers le travail prolongé/la pollution de l'accouchement</li> <li>- Diagnostic communautaire de l'ampleur du problème et de ses causes</li> <li>- Systèmes de transfert et de soutien</li> <li>- Explication du potentiel de l'évacuation en urgence</li> </ul>					<p><b>Communauté</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>1.1 - Identifier connaissances, attitudes, pratique et croyances concernant: enseignement à l'accouchement surveillance de la grossesse femmes à risque de HPP transfert/évacuation des urgences HPP Utilisation du personnel sanitaire/ ressources, accoucheuses traditionnelles, personnel hospitalier, centres de santé, hôpitaux, services de maternité</p> <p>1.2 - Collecter et utiliser des données détaillées sur la mortalité et morbidité dues à l'HPP dans son district</p>	<p>1.1 - Etablir un plan de visite de la communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les sources et méthodes de collecte d'information</li> <li>- Définir l'information nécessaire</li> <li>- Collecter et analyser l'information</li> </ul> <p>1.2 - Etablir un système de rapport d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer et utiliser un système d'enquête après un décès</li> <li>- Devenir compétente pour la tenue à jour de dossiers pour le personnel</li> <li>- Interpréter les données</li> </ul>
<p><b>2 Prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des femmes à haut risque</li> <li>- Education de la communauté sur les facteurs de haut risque (HPP), surveillance de grossesse, conseil diététique (y compris les femmes plus âgées et la famille), traitement de l'anémie</li> <li>- Education des accoucheuses traditionnelles sur la surveillance de la grossesse et du travail</li> <li>- Prévention du travail prolongé</li> <li>- Délivrance accélérée</li> <li>- Suture des déchirures</li> <li>- Diagnostic différentiel</li> <li>- Procédure correcte de l'épisiotomie</li> <li>- Ocytoques et autres médicaments disponibles et stockés correctement</li> <li>- Diagnostic de la communauté et par membre du personnel sanitaire de mortalité due à l'HPP</li> </ul>	X				<p><b>2 Prévention</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>2.1 - Identifier les femmes enceintes à haut risque de HPP et planifier leur surveillance de grossesse</p> <p>2.2 - Surveiller la délivrance et enseigner cette procédure de sécurité à tout le personnel obstétrical</p>	<p>2.1 - Définir les critères de haut risque</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collecter l'information sur le haut risque</li> <li>- Enseigner ces critères au personnel obstétrical</li> <li>- Développer un plan, surveiller les visites à tout le personnel obstétrical/passer en revue les soins prévus</li> <li>- Planifier des visites à domicile pour discuter de l'accouchement sans danger/plan d'urgence</li> <li>- Surveiller le développement du travail, diagnostic précoce des anomalies</li> </ul> <p>2.2 - Utiliser ocycloques prophylactiquement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir les phases de dilatation et d'expulsion prolongées et utiliser les dossiers appropriés</li> <li>- Pratiquer des épisiotomies correctement et au bon moment</li> <li>- Observer la délivrance par autre personnel obstétrical et corriger si nécessaire</li> </ul>

## HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

### SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODS D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION			
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTÉ	COMMUNAUTE				
1.1 - Vie de la communauté, système et organisation sociale - Croyances traditionnelles de la communauté - Type et habitude d'utilisation des ressources, et système de soins de santé, public et privé - Techniques d'analyse, d'interview et de communication interpersonnelle - Causes de HPP - Femmes à haut risque	1.1 - Développer un plan - Mener à bien une étude dans la communauté - Identifier la méthode de collecte et d'interprétation des données - Formuler et mettre en oeuvre un plan d'action - Communiquer les résultats au personnel et à la communauté - Superviser et évaluer	Exemple/pratique		X	X	X	Evaluation du plan Visites d'observation			
		Lecture Pratique/démonstration Projet/travail sur le terrain	X			X	X	Visites d'observation		
		Exemple/pratique	X	X	X	X		Interview du personnel en communauté		
	1.2 - Importance de l'utilisation des dossiers - Causes de HPP - Connaissance de la couverture des soins de maternité	1.2 - Récupérer et utiliser des dossiers et données officielles avec précision - Utiliser les formulaires de rapport comme base de formation du personnel - Compléter et analyser les formulaires d'enquête après décès - Reconnaître les facteurs de haut risque d'après les données disponibles	Exemple/pratique		X	X	X	Observation clinique		
			Pratique tenue de dossiers Etude comparative de dossiers/rapports Prise d'anamnèse Présentation de cas	X	X	X	X	X	Observation clinique Evaluation/surveillance	
				X	X	X	X		Surveillance et critique par collègues	
				X						
	2.1 - Facteurs de haut risque, limites de la normale, quand référer - Causes et traitement de l'anémie - Causes de l'HPP - Prise d'anamnèse - Structure et croyance de la communauté - Principes de la planification des soins - Anatomie et physiologie des organes reproductifs en relation avec le travail et l'accouchement - Surveillance du travail	2.1 - Identifier les femmes à risque - Identifier les femmes à haut risque sur les dossiers - Démontrer l'utilisation des dossiers aux autres membres du personnel - Vérifier les dossiers avec le personnel lors de visites - Encourager discussion et réaction - Préparer un plan de visites de contrôle régulières - Travailler avec le personnel pour établir plan de soin et traitement - Identifier ensemble l'endroit le plus sûr pour l'accouchement - Contrôler les dossiers pour identifier les femmes qui ne consultent pas	Liste de lecture Démonstration Pratique clinique Enseignement clinique	X		X	X	Observation		
			Etude de cas/sur le terrain	X		X	X		Evaluation de stage	
			Pratique supervisée Pratique supervisée		X	X	X	X	Evaluation de pratique Pratique supervisée	
Séminaire sur traitement			X		X	X		Discussion de cas Test écrit		
Pratique sur le terrain					X	X		Vérification de dossiers		
Pratique				X	X	X		Vérification de dossiers		
2.2 - Physiologie du travail - Séparation et expulsion du placenta - Ocytociques, dosage, utilisation, action - Anatomy du périnée - Pratiques traditionnelles pour la délivrance			2.2 - Préparer et administrer les ocytociques correctement - Reconnaître les signes de séparation du placenta - Utiliser la meilleure méthode pour la délivrance - Estimer la perte de sang - Enregistrer les signes vitaux et évaluer les soins futurs nécessaires - Dépiler les phases de dilation et d'expulsion prolongées grâce au partogramme - Faire l'épisiotomie au bon moment - Démontrer/surveiller la pratique de la délivrance au personnel obstétrical	Démonstration et pratique + lecture Observation/supervision	X	X	X	X	Questions test Observation	
				Pratique supervisée Observation de technique	X	X	X	X	X	Performance: discussion Présentation études de cas Examen écrit
				Pratique supervisée		X	X	X		Examen pratique Examen pratique
				Stage avec sage-femme communautaire Démonstration dans un bloc d'accouchements Pratique supervisée		X	X	X	X	Examen pratique Pratique supervisée Pratique supervisée
		X								

## HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

### SESSION 2 – IDENTIFICATION DU PROBLEME

### SESSION 3 – IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	À revoir	Satisfaisant	À revoir		
<b>3 Traitement</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Délivrance accélérée et administration des oxytociques</li> <li>- Compression manuelle de l'utérus</li> <li>- Délivrance manuelle du placenta</li> <li>- Perfusion/remplacement sanguin/rehydratation</li> <li>- Traitement du choc</li> <li>- Traitement de l'infection</li> <li>- Rapports/contact avec unité de soins tertiaire</li> </ul>					<b>3 Traitement</b>  La sage-femme est capable de: 3.1 – Faire face à une HPP à domicile, dans un centre de santé, à l'hôpital	3.1 – Faire le diagnostic correct de l'HPP – Sélectionner, administrer et surveiller l'effet des oxytociques – Déterminer l'état de santé des patients – Placer et surveiller les perfusions et transfusions – Evacuer l'utérus: traction contrôlée du cordon délivrance manuelle et du placenta et membranes – Compression manuelle de l'utérus atonique – Organiser et gérer les biens, équipement, médicaments IV/IM et produits sanguins – Référer les patientes au système tertiaire – Prévenir les complications par l'utilisation judicieuse d'antibiotiques – Examiner le vagin, le col et recoudre les déchirures
<b>4 Suivi</b>  <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planning familial et espacement des naissances</li> <li>- Conseil diététique</li> <li>- Contrôle de l'anémie</li> <li>- Plan de surveillance pour la grossesse suivante</li> <li>- Conseil à la famille/communauté</li> <li>- Informer la famille/patiente concernant la grossesse/le travail, et préparations dont il faudra se souvenir</li> <li>- Information de la famille sur le référé</li> <li>- Tenue des dossiers</li> <li>- Enquête sur les décès connus</li> </ul>					<b>4 Suivi</b>  La sage-femme est capable de: 4.1 – Planifier, exécuter et évaluer un programme de surveillance après HPP  4.2 – Faire une enquête sur les événements qui ont entraîné un décès maternel dû à l'HPP et faire les changements nécessaires	4.1 – Préparer un plan de soin postnatal – Surveiller hb et traiter l'anémie – S'assurer que la mère/famille comprend ce qui a été posé, le traitement actuel et les besoins futurs – Aider la famille à prendre une décision sur l'espacement des naissances – Produire un service de planning familial – Surveiller les signes d'infection  4.2 – Collecter l'information de la communauté et le personnel obstétrical concernés – Visiter la famille concernée – Mener à bien une enquête – Rappporter les résultats et les changements apportés – Evaluer ces changements

## HEMORRAGIE DU POSTPARTUM

### SESSION 4 – IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODS D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTÉ	COMMUNALITE	
<p>3.1 – Contrôle de la délivrance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Physiologie de la délivrance</li> <li>– Médicaments utilisés pendant le travail et leurs réactions pharmacologiques</li> <li>– Anatomie du placenta</li> <li>– Examen complet de la patiente</li> <li>– Critères de référence</li> <li>– Sélection, dosage, administration, effets des antibiotiques</li> </ul>	<p>3.1 Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Massage du fond utérin</li> <li>– Administration d'ocytociques IM/IV</li> <li>– Vider la vessie</li> <li>– Placer une perfusion</li> <li>– Placenta in situ</li> <li>– Essayer traction du cordon</li> <li>– Faire un toucher vaginal</li> <li>– Faire une délivrance manuelle</li> <li>– Répéter ocytociques</li> <li>– Massage du fond utérin</li> <li>– Antibiotiques à courte durée</li> <li>– Après délivrance du placenta: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Répéter ocytociques</li> <li>– Faire un massage du fond utérin</li> <li>– Compression trans-pariétale du corps utérin – si HFP non contrôlée</li> <li>– Surveillance de la patiente</li> <li>– Organisation d'une transfusion</li> <li>– Organisation du transfert vers un centre de référence</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stage avec une sage-femme à domicile</li> <li>– Cour magistral</li> <li>– Lecture</li> <li>– Observation des techniques utilisées</li> <li>– Pratique clinique</li> <li>– Pratique clinique</li> <li>– Pratique clinique</li> <li>– Stage supervisé</li> <li>– Discussion des cas avec collègues</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluation d'observation</li> <li>– Tests écrits et pratiques</li> <li>– Utilisation de démarche à suivre type WHO/MCH 90.7 pages 14/16</li> <li>– Tests écrits et pratiques</li> <li>– Observation de la pratique</li> <li>– Observation de la pratique</li> <li>– Présentation des cas</li> </ul>
<p>4.1 – Séquelles de l'anémie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fer diététique et non-diététique</li> <li>– Croyances/pratiques du planning familial par la communauté</li> <li>– Méthodes de planning familial</li> <li>– Référence aux services spécialisés</li> <li>– Techniques de communication inter-personnelle</li> <li>– Physiologie du postpartum</li> </ul>	<p>4.1 – Examen de la mère et tenue du dossier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Détection de l'anémie, signes d'infection</li> <li>– Enseignement anormal</li> <li>– Prescription de médicaments</li> <li>– Enseigner l'utilisation des médicaments à la mère/famille</li> <li>– Technique de communication pour la revue des événements récents, grossesse future/accouchement, méthodes de planning familial et suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tenue des dossiers</li> <li>– Stage avec une sage-femme à domicile</li> <li>– Démonstration et pratique cliniques</li> <li>– Lecture conseillée</li> <li>– Stage d'enseignement</li> <li>– Jeu de rôles</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluation des dossiers</li> <li>– Observation de la pratique</li> <li>– Observation de la pratique</li> <li>– Test écrit/oral</li> <li>– Evaluation de l'enseignement</li> </ul>
<p>4.2 – Technique de communication</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilisation des connaissances de la communauté pour la mise au point de questions</li> <li>– Théorie des interactions humaines</li> <li>– Techniques/connaissances de rapports écrits</li> <li>– Education du personnel obstétrical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Préparation de questionnaires</li> <li>– Gestion d'une équipe</li> <li>– Planification des visites de familles</li> <li>– Technique d'interview pour familles, accoucheuses traditionnelles/personnel</li> <li>– Enregistrement des renseignements</li> <li>– Discussion des résultats avec famille/communauté et personnel sanitaire</li> <li>– Etablir une liste de changements à la pratique</li> <li>– Planifier des changements</li> <li>– Evaluer enseignement et plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Démonstration et discussion, jeu de rôles</li> <li>– Stage supervisé</li> <li>– Expérience pratique et critique par collègues</li> <li>– Stage supervisé</li> <li>– Etude de cas/critique par collègues</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluation des questionnaires</li> <li>– Plan préparé</li> <li>– Observation de la pratique</li> <li>– Jeu de rôles</li> <li>– Evaluation par collègues/pratique</li> <li>– Observation de la pratique</li> </ul>

# DYSTOCIE D'OBSTACLE

SESSION 2 – IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 – IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p><b>1 Communauté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceptions, croyances, us et coutumes de la communauté envers: santé, nourriture, âge du mariage, parité, circoncision, travail prolongé = adultère</li> <li>- Médecine traditionnelle, rites, démons</li> <li>- Rôle de la sage-femme, + connaissance et compréhension du rôle d'autres personnels de santé, par ex. accoucheuses traditionnelles</li> <li>- Diagnostic communautaire des mères transférées pour travail prolongé/rupture utérine</li> <li>- Ressources communautaires et rôle des chefs, acceptation de la sage-femme</li> <li>- Connaissance/compréhension des facteurs de risques, travail prolongé, moment du transfert par le personnel de santé auxiliaire</li> </ul>					<p><b>Communauté</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>1.1 - Identifier les us et coutumes, croyances, connaissances et attitudes envers: maternité mariage précoce durée du travail complications de la circoncision transfert pendant le travail utilisation du personnel de santé équipement pour le travail Poste de santé/Centre de santé/Hôpital</p> <p>1.2 - Identifier les femmes à haut risque dans la communauté par la collecte de statistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Admettre, référer le travail prolongé dystocie d'obstacle</li> </ul>	<p>1.1 - Planifier des visites communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Définir l'information requise</li> <li>- Identifier les sources d'information</li> <li>- Collecter et analyser les données</li> <li>- Utiliser les données collectées</li> </ul> <p>1.2 - Etablir un système de rapport</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les compétences de tenue de dossier pour le personnel obstétrical</li> <li>- Interpréter les données collectées</li> <li>- Informer le personnel obstétrical des résultats</li> </ul>
<p><b>2 Prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Education sanitaire et prévention, éduquer les chefs de villages, les accoucheuses traditionnelles et autre personnel sanitaire à propos de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>. pratiques néfastes de l'accouchement</li> <li>. reconnaissance des facteurs de risque, ex. taille, âge etc</li> <li>. reconnaissance des symptômes de dystocies, utilisation du partogramme</li> </ul> </li> <li>- Etablir et enseigner des critères de transfert à l'hôpital/centre de santé</li> <li>- Préparation d'un plan de transfert urgent</li> <li>- Surveillance de grossesse - encourager les femmes à haut risque à habiter près de l'hôpital/centre de santé AVANT le début du travail</li> <li>- Education/disponibilité de contraception (y compris aux élèves de secondaire). Planning familial pour espacement, prévention, grossesses précoces/approchées</li> <li>- Encourager la formation d'un Comité "Maternité sans risques"</li> <li>- Soutien pour l'approvisionnement de ressources communautaires, ex. transport...</li> </ul>					<p><b>2 Prévention</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>2.1 - Identifier les femmes enceintes à risque de dystocie d'obstacle et instituer une surveillance pendant la grossesse</p> <p>2.2 - Planifier, exécuter et évaluer l'éducation sanitaire pour la prévention/transfert précoce des mères avec dystocie d'obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) femmes en âge de procréer, familles/chefs locaux</li> <li>b) accoucheuses traditionnelles &amp; groupes de femmes influentes</li> </ul> <p>2.3 - Utiliser et interpréter un partogramme</p>	<p>2.1 - Etablir et utiliser des critères de risque</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseigner/superviser l'utilisation de ces critères au personnel obstétrical</li> <li>- Planifier un transfert près de l'endroit choisi pour l'accouchement avec la famille à la fin de la grossesse</li> <li>- Organiser un système de détection des manquants et le mettre à exécution</li> </ul> <p>2.2 - Utiliser les données collectées pour identifier les besoins éducatifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les personnes qui peuvent contribuer/aider au programme d'éducation sanitaire de la communauté</li> <li>- Mettre un programme au point et informer les enseignants/élèves concernés</li> <li>- Développer des critères d'évaluation</li> </ul> <p>2.3 - Evaluer correctement:             <ul style="list-style-type: none"> <li>dilatation du col</li> <li>progression de la présentation</li> <li>contractions utérines</li> <li>capacité pelvienne</li> </ul>             Tenir des renseignements précis Reconnaître les signes précoces de la dystocie Communiquer les raisons du retardé         </p>

# DYSTOCIE D'OBSTACLE

## SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTE	COMMUNAUTE	
<p>1.1 - Organisation sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure et fonction de la communauté</li> <li>- Méthodes de passage en revue</li> <li>- Techniques de communication/interview</li> <li>- Causes de la dystocie d'obstacle</li> <li>- Techniques d'interprétation/statistiques</li> <li>- Épidémiologie</li> <li>- Patientes à haut risque</li> <li>- Attitude envers la communauté</li> </ul>	<p>1.1 - Techniques de planification:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>des visites communautaires</li> <li>sélectionner les sources d'information</li> <li>dessiner questionnaire etc.</li> <li>préparer des tables pour analyse</li> <li>préparer un horaire et mettre en oeuvre un plan</li> <li>Transmettre l'information au personnel et à la communauté</li> <li>- Techniques d'information, Communication et Gestion = CISF</li> </ul>	<p>Exemple/pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Visites supervisées</li> <li>Visites supervisées</li> <li>Démonstration</li> <li>Atelier/critique de collègues</li> <li>Projet sur le terrain</li> </ul> <p>Exemple pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jeu de rôles</li> </ul>	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visites d'observation/évaluation des performances</li> <li>Interview du personnel</li> <li>Tests écrits et oraux</li> <li>Rapport d'évaluation</li> <li>Visite communautaire d'évaluation de la compréhension</li> </ul>
<p>1.2 - Techniques statistiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importance des dossiers</li> <li>- Causes de la dystocie d'obstacle</li> <li>- Séquelles du travail prolongé/dystocie d'obstacle</li> <li>- Compréhension de la couverture obstétricale</li> </ul>	<p>1.2 - Tenir des dossiers précis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stocker et récupérer des données</li> <li>- Expliquer l'importance de la tenue des dossiers au personnel obstétrical</li> <li>- Préparer et présenter un rapport</li> <li>- Préparer tableaux et graphiques</li> </ul>	<p>Feuille de données/critique de collègues</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jeu de rôles et exemple pratique</li> <li>Présentations de cas</li> <li>Critique de collègues</li> </ul>	X				<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualité et précision des feuilles de données et des rapports écrits</li> </ul>
<p>2.1 - Causes prédisposantes de dystocie d'obstacle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiologie et surveillance du travail eutocique</li> <li>- Signes et symptômes de la dystocie</li> <li>- Dangers/séquelles de la dystocie</li> <li>- Influences culturelles/structure sociale de la communauté</li> </ul>	<p>2.1 - Mettre au point des techniques de dépistage des femmes à risque et absentes des consultations</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualités de chef pour communiquer et démontrer l'utilisation des critères à tout le personnel obstétrical</li> <li>- Techniques de gestion pour préparer et organiser le référé avec la famille</li> </ul>	<p>Démonstration clinique et pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposé et jeu de rôles</li> <li>Démonstration et pratique</li> <li>Exercice de résolution de problème</li> </ul>		X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>Observation d'un examen</li> <li>Supervision des dossiers</li> <li>Évaluation des performances</li> <li>Observation de la pratique</li> <li>Observation de stage</li> <li>Évaluation de projet</li> </ul>
<p>2.2 - Type de ressources et disponibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthodes pédagogiques et matériel pédagogique</li> <li>- Technique de communication</li> </ul>	<p>2.2 - Méthodes pédagogiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparer un plan de leçon</li> <li>- Justifier le choix du sujet et des professeurs auxiliaires</li> <li>- Préparer le matériel pédagogique</li> <li>- Donner cours aux groupes clés</li> <li>- Mettre au point un système d'évaluation de la compréhension des élèves</li> </ul>	<p>Démonstration et pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Jeu de rôles</li> <li>Présentation, jeu de rôles</li> <li>Stage</li> <li>Stage</li> </ul>	X				<ul style="list-style-type: none"> <li>Observation et critique par collègues</li> <li>Critique de collègues</li> <li>Observation de leçon donnée</li> <li>Observation de leçon donnée</li> <li>Vérification du travail écrit et analyse + communication en stage</li> </ul>
<p>2.3 - Anatomie pelvienne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physiologie du travail</li> <li>- Mécanisme du travail</li> </ul>	<p>2.3 - Evaluer dilatation du col, progression de la présentation, contractions utérines, capacité pelvienne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplir documents et partogramme</li> <li>- Détecter: dilatation lente, absence de progrès, bassin rétréci</li> <li>- Communiquer avec la famille pour le transfert</li> </ul>	<p>Lecture</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Démonstration</li> <li>Stage supervisé</li> <li>Démonstration</li> <li>Stage clinique en communauté</li> </ul>	X	X			<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation des dossiers observations, stage supervisé</li> </ul>

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p>3 Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compétence en évaluation/diagnostic d'une dystocie potentielle et/ou réelle</li> <li>- Traitement du choc/perfusion IV</li> <li>- Analgésie, utilisation de relaxant utérin avant transfert et antibiotiques</li> <li>- Evaluation de la condition maternelle et foetale - utilisation du partogramme</li> <li>- Connaissance et emploi des traitements disponibles - décision du plus approprié ex. césarienne, symphysiotomie</li> <li>- Trouver et utiliser transport adéquat - surveillance pendant évacuation sur hôpital</li> </ul>					<p>3 Traitement</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>3.1 - Diagnostiquer et traiter la dystocie d'obstacle</p> <p>3.2 - Planifier et mettre en oeuvre un plan de surveillance à court terme</p>	<p>3.1 - Faire une anamnèse générale et obstétricale précise</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examiner la mère: état général et condition obstétricale, y compris examen abdominal et pelvien</li> </ul> <p>3.2 - Utiliser, enregistrer et interpréter le partogramme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préparer et administrer une perfusion IV</li> <li>- Préparer et placer une sonde vésicale</li> <li>- Choisir et administrer des antibiotiques</li> <li>- Préparer la patiente pour une anesthésie</li> <li>- Arranger le transport et référer pour la suite du traitement</li> <li>- Préparer et utiliser l'équipement nécessaire pour le transfert</li> </ul>
<p>4 Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance postnatale mère/bébé/famille</li> <li>- Planning familial</li> <li>- Plan de surveillance de grossesses futures</li> <li>- Détection des complications: anémies, infections, paralysie, fistules, incontinence urinaires</li> <li>- Soins/soutien physique et psychologique</li> <li>- Suivi des cas de fistules vésico-vaginales</li> <li>- Emploi des patientes transférées pour l'éducation des accoucheuses traditionnelles/personnel obstétrical</li> <li>- Tenu à jour des dossiers et rapport</li> <li>- Enquête sur les décès dus à la dystocie</li> </ul>					<p>4 Suivi</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>4.1 - Planifier et exécuter un suivi</p> <p>4.2 - Investiguer les événements qui ont entraîné un décès maternel dû à une dystocie</p>	<p>4.1 - Préparer un plan de soins appropriés aux besoins de la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partager ce plan avec l'accoucheuse traditionnelle pour promouvoir collaboration et suivi</li> <li>- Enseigner et créer un matériel didactique pour le personnel communautaire (avec utilisation d'éléments du cas)</li> <li>- Aider la famille à prendre une décision sur l'espacement des naissances</li> <li>- Fournir un service de planning familial</li> <li>- Prodiquer une réhabilitation physique et la réinsertion dans la communauté</li> <li>- Subvenir aux besoins sociaux et psychologiques de la femme</li> <li>- Interpréter et utiliser les données des dossiers pour plans futurs - faire un rapport régulier à l'échelon suivant</li> </ul> <p>4.2 - Collecter les informations de la communauté et du personnel obstétrical concerné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visiter famille concernée</li> <li>- Mener une enquête</li> <li>- Rapporter les résultats et changer la pratique en vue des résultats obtenus</li> <li>- Evaluer les nouvelles pratiques</li> </ul>

SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTE	COMMUNAUTE	
3.1 - Connaissances du travail eutocique/dystocique et signes d'une obstruction/dysproportion céphalo-pelvienne - Interviewer la patiente et sa famille, et technique de communication	3.1 - Technique de communication/interview Poser les questions appropriées sur le déroulé du travail actuel - Examen physique pour détecter les signes de dystocie Général: déshydratation, choc, douleur, infection Obstétrical: détresse foetale, basse séro-sanguine/chevauchement, oedème du col - Documenter les événements et observations clairement et avec précision - Obtenir un secours médical	Lecture; études de cas  Démonstration  Etudes de cas Stage en bloc accouchement  Stage avec sage-femme à domicile	X				Tests écrits/vérification des dossiers  Observation de la pratique Observation de la pratique  Discussion en classe Observation de la pratique  Observation de la pratique/dossiers et discussion
			X	X	X	X	
3.2 - Connaissance des complications du travail les plus fréquentes, ex. danger d'infection - Traitement du choc - Dangers de la dystocie d'obstacle - Connaissance, commande et rangement des médicaments - Soutien disponible et/ou facilités de transfert - Communication/collaboration avec personnel tertiaire - Connaissance des attitudes sociales/culturelles de la famille/communauté	3.2 - Collecter matériel IV - Commencer une thérapie IV - Administrer des antibiotiques - Collecter et stériliser matériel sondage vésical - Sonder, mesurer et renseigner quantité d'urine - Organiser le transport - Maintenir la surveillance pendant transport - Symphysiotomie pour sauver la vie si nécessaire - Communiquer avec la famille	Démonstration et supervision de stage clinique  Pratique en classe/ stage Jeu de rôles et pratique clinique	X				Pratique en classe Observation de la pratique  Démonstration Démonstration
			X	X	X	X	
4.1 - Séquelles de la dystocie - à court et long terme - Prévention des urgences futures - Méthodes de communication et d'éducation - Connaissances et attitudes envers la formation continue du personnel - Méthodes de planning familial - Perception de la compréhension de la communauté sur la dystocie et ses séquelles (fistules VV et RV) - Techniques de conseil - Connaissance de la physiologie de l'involution etc. - Collecte et analyse de données - Méthodes de communication	4.1 - Information de la femme et de sa famille - Administration de fer - Education sur complications possibles et les endroits de traitement - Informer le personnel obstétrical et une éducation sanitaire - Expliquer les méthodes de planning familial et aider les familles à choisir - Arranger le suivi - Démontrer l'hygiène/kinésithérapie nécessaire - Favoriser l'acceptation de la femme par la communauté - Techniques d'enregistrement, collecte, stockage et interprétation de données	Dossiers Démonstration Stage supervisé  Dossiers Ateliers/Pratique  Discussion Pratique clinique Expérience clinique  Jeu de rôles/pratique  Cours/discussion Stage sur le terrain	X				Evaluation du Plan Evaluation par collègues Observation de la pratique  Evaluation d'un stage pédagogique  Test écrit et observation de la pratique Affection à un cas  Observation de la pratique  Observation de dossiers écrits et pratique
			X	X	X	X	
4.2 - Méthodes de communication - Utilisation de la connaissance des croyances et coutumes de la communauté - Technique de rapports écrits - Education du personnel obstétrical	4.2 - Méthodes de communication - Formulation d'un questionnaire - Planifier les visites aux familles - Interviewer les membres de la famille/les médecins traditionnelles concernés/autres soignants - Ecrire les résultats - Discuter les résultats avec communauté/famille, personnel obstétrical, autorités en santé maternelle - Etablir une liste de changements - Planifier les activités pédagogiques pour arriver au changement - Enseigner - Evaluer les résultats	Démonstration Discussion Jeu de rôles Interviews supervisées  Expérience pratique/évaluation par collègues  Interviews supervisées  Stage supervisé Discussion et revue en classe  Etude de cas	X				Evaluation de questionnaires  Observation de la pratique  Observation de la pratique  Observation de la pratique  Présentation de cas Observation de travail et discussion  Observation de leçons Discussion
			X	X	X	X	

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p>1 Communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitudes de la communauté envers la surveillance de grossesse</li> <li>- Vues de la communauté sur "convulsions", "gonflements", "maux de tête" etc.</li> <li>- Diagnostic communautaire et ampleur du problème</li> <li>- Difficultés de référer: croyances, etc.</li> <li>- Croyances/perceptions/valeurs à propos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>. mariage précoce</li> <li>. première grossesse/bébé</li> </ul> </li> <li>- Traitements traditionnels des convulsions, gonflement/céphalées</li> <li>- Prévalence et incidence de l'éclampsie dans la communauté</li> <li>- Statut économique des femmes dans la communauté</li> </ul>					<p>Communauté</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>1.1 - Identifier les croyances et coutumes en matière de: surveillance de grossesse symptômes associés à l'éclampsie taux oedème, hypertension, céphalées, troubles de la vue, convulsions mariage précoce et statut des femmes dans la communauté transfert des femmes vers les services sanitaires utilisation du personnel obstétrical et ressources (ex. accoucheuses traditionnelles, centres de santé, etc)</p> <p>1.2 - Etablir un diagnostic communautaire sur l'ampleur de la pré-éclampsie dans le district et les statistiques de mortalité</p>	<p>1.1 - Planifier les visites communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les dirigeants locaux et les sources d'information</li> <li>- Définir l'information requise</li> <li>- Etablir les priorités et identifier les méthodes de collecte et d'enregistrement des données</li> <li>- Analyser les données recueillies</li> <li>- Identifier les moyens de diffuser l'information recueillie</li> </ul> <p>1.2 - Etablir un système de transmission d'information</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer les techniques de rapport d'information</li> <li>- Développer et utiliser des outils d'enquête</li> <li>- Collecter et analyser l'information</li> <li>- Faire un compte-rendu au personnel</li> </ul>
<p>2 Prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscience de l'ampleur du problème</li> <li>- Education des accoucheuses traditionnelles sur les signes de pré-éclampsie et les critères de référence</li> <li>- Education de la communauté sur les signes de pré-éclampsie ex. hypertension, protéinurie, oedème, céphalées</li> <li>- Surveillance prénatale et tenue des dossiers</li> <li>- Plan de suivi et de surveillance + plan d'action pour les absentes des consultations</li> <li>- Education sanitaire des femmes souffrant de pré-éclampsie et leurs familles</li> <li>- Prescription et utilisation des sédatifs et hypotenseurs</li> <li>- Référé précoce</li> </ul>					<p>2 Prévention</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>2.1 - Identifier les femmes enceintes à risque de pré-éclampsie</p> <p>2.2 - Eduquer le personnel obstétrical, accoucheuses traditionnelles et personnel sanitaire local afin d'identifier les mères à haut risque d'éclampsie et les référer au centre de traitement</p> <p>2.3 - Prescrire et administrer des hypotenseurs afin de prévenir une crise d'éclampsie</p> <p>2.4 - Développer la prise de conscience de la communauté sur pré-éclampsie/éclampsie et leur rôle de prévention de la mortalité maternelle ue à l'éclampsie</p>	<p>2.1 - Organiser et faire l'examen de toutes les femmes enceintes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire et documenter une anamnèse obstétricale complète</li> <li>- Prendre et documenter: <ul style="list-style-type: none"> <li>. tension artérielle</li> <li>. dépistage de la protéinurie</li> <li>. dépistage d'oedème</li> <li>. dépistage des céphalées</li> </ul> </li> <li>- Diagnostiquer les femmes à haut risque</li> <li>- Utiliser un registre "haut risque"</li> </ul> <p>2.2 - Etablir un plan de cours</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les critères de haut risque d'éclampsie sont disponibles dans tous les centres sanitaires</li> <li>- Evaluer la performance du personnel et la tenue des dossiers, et la surveillance des femmes à haut risque</li> <li>- Evaluer les changements apportés par le programme d'éducation</li> </ul> <p>2.3 - Identifier les médicaments utilisés pour le traitement de la pré-éclampsie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voies d'administration</li> <li>- Surveillance des effets de ces médicaments</li> <li>- Tenue des dossiers</li> </ul> <p>2.4 - Vérifier les connaissances de la communauté sur la pré-éclampsie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Discuter les critères de haut risque</li> <li>- Etablir un plan avec la communauté: <ul style="list-style-type: none"> <li>. stratégie d'identification des femmes à haut risque</li> <li>. transport vers un centre de traitement</li> </ul> </li> </ul>

## SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTÉ	COMMUNAUTE	
1.1 - Appréciation de l'organisation sociale de la communauté - Structure et activités communautaires - Méthodes de communication - Techniques d'interview - Cause et effet de la pré-éclampsie non traitée / à long et court terme - Attitude envers la communauté - Critères de haut risque - Compétences en méthodes de recherche et statistiques - Interprétation des résultats	1.1 - Visiter la communauté et identifier les sources d'information, sélectionner le personnel clé à interviewer - Développer un plan - Développer un questionnaire - Collecter et enregistrer les données - Analyser les données - Discuter les résultats et leurs solutions avec les chefs communautaires et le personnel sanitaire (accoucheuses traditionnelles...)	Démonstration Visites Jeu de rôles Lecture d'exemples Exemples et pratique Stage sur le terrain Stage supervisé Stage sur le terrain	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Revue des performances Evaluation de la préparation Evaluation des questions Observation de la pratique Interview du personnel et de la communauté
1.2 - Responsabilité pour une couverture de soins pendant la grossesse - Classement et récupération de rapports - Techniques et outils d'enquête - Objectifs/utilisation des dossiers et rapports à tous les niveaux - Principes de supervision	1.2 - Récupérer et utiliser les rapports et dossiers officiels - Etablir un système de transmission d'information - Assembler, évaluer, qualifier et analyser les rapports qui arrivent - Créer et piloter un outil d'enquête - Développer un programme de formation continue pour améliorer les techniques de transmission d'information pour le personnel obstétrical - Ecrire et circuler les rapports sur les progrès ou problèmes	Études des dossiers/ rapports officiels Visites de systèmes de classement Pratique en classe Stage sur le terrain Séminaire/étude adulte Discussion Pratique utilisation des rapports collectés	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Revue des performances Evaluation du document Test écrit/oral Revue par collègues Auto-évaluation/par collègues Evaluation de projet Evaluation de documents
2.1 - Connaissance et pratique de la surveillance prénatale - Organisation sociale, structure et activités communautaires - Tenue des dossiers et importance de la précision - Connaissances de la pré-éclampsie et l'éclampsie - Mise au point d'un registre "haut risque" - Diagnostic différentiel	2.1 - Etablir une liste de critères pour identifier les femmes à risque - Aider la communauté/personnel sanitaire à utiliser ces critères - Eduquer les femmes pour obtenir leur coopération et pouvoir les examiner. connaissances/technique de - palper abdominal - prise et documentation de la TA - analyse des urines et documentation - dépistage d'œdèmes - mise à jour du dossier après anamnèse	Exemples et pratique Stage et expérience supervisés Jeu de rôles/démonstration et expérience Exemples et stage	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Examen écrit et pratique Observation de la pratique Observation Revue des performances Observation de la pratique Evaluation de documents
2.2 - Compétences de supervision - Techniques d'enseignement/ communication - Connaissance du rôle et de la fonction acceptés par les accoucheuses traditionnelles - Techniques de communication - Compétences gestion/administration - Disponibilité des ressources communautaires	2.2 - Etablir une liste de critères pour identifier les femmes à risque - Aider le personnel à utiliser ces techniques et guider à mettre au point et tenir des dossiers - Etablir des critères sur l'intégralité et la précision des dossiers - Mettre au point un programme éducatif pour améliorer les performances du personnel - Vérifier l'efficacité des références à travers rapports et dossiers	Discussion et stage Jeu de rôles Stage sur le terrain Discussion/pratique Exemples et stage Experience/practice	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Observation de la pratique Evaluation des dossiers Stage supervisé Stage supervisé Test écrit Evaluation de stage
2.3 - Législation/règlement sur médicaments - Tenue des dossiers - Commande et stockage des médicaments - Composition et effets secondaires des médicaments	2.3 - Choisir des médicaments appropriés - Mesure de la dose correcte - Administration correcte et tenue de dossier	Lecture Pratique/démonstration Stage	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Test écrit Evaluation de stage
2.4 - Connaissance de la communauté - de ses chefs et membres influents - de ses us et coutumes	2.4 - Décrire et collecter l'information d'individus/ groupes communautaires - Définir l'information requise - Préparer sujets de discussion avec la communauté - Stimuler la discussion et la prise de décision par la communauté	Discussion/pratique Stage supervisé et non-supervisé Travail de groupe Jeu de rôles Stage supervisé	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	X X X X X X X X	Analyse de l'information collectée Pratique Evaluation de la présentation Stage supervisé

# ECLAMPSIE

SESSION 2 – IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 – IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p><b>3 Traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance de la pré-éclampsie grave</li> <li>- Traitement/soins de la femme qui a des convulsions (soins d'urgence)</li> <li>- Diagnostic différentiel de la convulsion</li> <li>- Surveillance de la fonction rénale</li> <li>- Complications du travail</li> <li>- Complications postnatales</li> </ul>					<p><b>3 Traitement</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>3.1 - Soigner la femme qui fait une crise d'éclampsie</p> <p>3.2 - Enseigner les techniques de réanimation aux accoucheuses traditionnelles, au personnel sanitaire et à la communauté</p>	<p>3.1 - Prodiquer soins d'urgence pour contrôler convulsions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. prescrire et administrer les sédatifs et anti-convulsants</li> <li>. prévention de l'asphyxie</li> <li>. prévention des blessures occipitales</li> <li>. administration d'une thérapie IV</li> </ul> <p>- Surveiller la condition de la femme</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. vérifier la tension artérielle</li> <li>. nombre de convulsions</li> <li>. respiration/pouls</li> <li>. balance hydrique</li> </ul> <p>- Transfert à temps de la femme vers un centre de soins approprié pour la suite de la surveillance</p> <p>- Tenir la famille au courant</p> <p>3.2 - Préparer des cours pour les accoucheuses traditionnelles et la communauté sur le contrôle de la femme pendant une crise d'éclampsie</p>
<p><b>4 Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveillance postnatale de la femme</li> <li>- Education sanitaire/conseil sur grossesses et planning familial</li> <li>- Enseignement des techniques disponibles dans la communauté pour assurer le suivi (y compris accoucheuses traditionnelles)</li> <li>- Enquête/investigation de décès dû à l'éclampsie</li> </ul>					<p><b>4 Suivi</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>4.1 - Planifier et mettre en oeuvre le suivi de la surveillance d'une femme après la crise d'éclampsie</p> <p>4.2 - Utiliser l'enquête sur la mort maternelle des suites d'éclampsie pour apporter des changements</p>	<p>4.1 - Prévoir visites régulières pour surveiller le progrès de la femme pendant la période postnatale et identifier les déviations de la normale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etablir une communication effective avec la famille pour le suivi de la surveillance, l'espace des naissances et le planning familial</li> <li>- Organiser des réunions pour s'assurer que les accoucheuses traditionnelles et autre personnel sanitaire exécutent les plans de soins et continuent la surveillance d'autres femmes à risque</li> </ul> <p>4.2 - Enquête confidentielle - famille, personnel concerné</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser les résultats</li> <li>- Transmettre l'information au personnel et à la communauté</li> <li>- Evaluer les nouvelles performances</li> </ul>



## INFECTION PUERPERALE

SESSION 2 - IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 - IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p><b>1 Communauté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Croyances, attitudes et pratique de la communauté envers grossesse et infection (ex. croire qu'une fièvre puerpérale est normale)</li> <li>- Identifier les femmes à risque</li> <li>- Prendre contact avec les accoucheuses traditionnelles et autre personnel sanitaire, découvrir les besoins de la communauté</li> <li>- Identifier les mauvaises pratiques et conseiller la communauté (ex. un travail de 2-3 jours est normal pour le premier enfant)</li> <li>- Enseigner dans la communauté: familles, groupes, individus</li> <li>- Décision communautaire de référer</li> <li>- Diagnostic communautaire - ampleur et causes du problème</li> </ul>					<p><b>Communauté</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>1.1 - identifier les croyances, attitudes et pratiques de la communauté sur: longueur du travail techniques d'accouchement ex. toucher vaginal pendant le travail fièvre et anémie pratiques postnatales transfert de la femme fébrile pendant le travail/après accouchement</p> <p>1.2 - identifier les femmes à haut risque par la collecte et l'utilisation des données sur les femmes admises ou référées pour fièvre pendant la période postnatale</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Planifier et faire des visites communautaires</li> <li>- Planifier et conduire de simples enquêtes sur la communauté</li> <li>- Identifier les sources d'information potentielles et communiquer efficacement</li> <li>- Collecter, analyser et interpréter les données</li> <li>- Identifier problèmes et actions requises (ex. éducation sanitaire)</li> </ul> <p>1.2 - Mettre au point un système de rapport Développer les compétences de tenue à jour de dossier du personnel obstétrical Interpréter les données collectées Informer le personnel obstétrical des résultats obtenus</p>
<p><b>2 Prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Principes fondamentaux d'asepsie et d'antisepsie</li> <li>- Sélection des groupes à haut risque</li> <li>- Éducation des accoucheuses traditionnelles, personnel sanitaire, mères et communauté</li> <li>- Éviter les interventions injustifiées</li> <li>- Éviter l'abus des touchers vaginaux</li> <li>- Utilisation appropriée des antibiotiques</li> <li>- Connaissance du travail eutocique et dystocique</li> <li>- Diagnostic des maladies sexuellement transmissibles</li> <li>- Malnutrition/anémie/diagnostic et traitement</li> <li>- Travail prolongé</li> <li>- Utilisation des facilités, ressources et matériel sanitaires à tous les niveaux</li> </ul>					<p><b>2 Prévention</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>2.1 - Garder la femme en bonne santé pendant la grossesse</p> <p>2.2 - Surveiller le travail judicieusement en suivant les techniques d'antisepsie et aepsie</p> <p>2.3 - Éduquer les femmes, les accoucheuses traditionnelles, les familles, le personnel obstétrical sur la pratique obstétricale sans risque</p>	<p>2.1 - Identifier et soigner: anémies, infections vaginales, autres infections</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sélectionner les femmes à risque de travail prolongé ou dystocique</li> </ul> <p>2.2 - Utiliser technique d'asepsie et antisepsie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir le travail prolongé/dystocique</li> <li>- Détecter les signes précoces d'infections des voies génitales</li> </ul> <p>2.3 - Éduquer les femmes et les familles sur les techniques d'accouchement sans risque</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fournir le matériel didactique et la littérature appropriée pour le personnel obstétrical</li> <li>- Manifester son inquiétude quant à la formation du personnel obstétrical</li> </ul>

## INFECTION PUERPERALE

### SESSION 4 – IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	SANTE	COMMUNAUTE	
1.1 Culture et organisation sociale de la communauté - Différentes méthodes de collecte et analyse (ex. observation, interviews et entretiens focalisés de groupe) - Techniques de communication - Causes, complications, prévention de l'infection puerpérale et critères de haut risque - Attitude envers la communauté - Techniques d'analyse et statistiques	1.1 - Créer un plan - Formuler un questionnaire - Techniques d'interview - Technique d'observation - Technique de communication - Développer des tables pour analyse - Interpréter les données et les rapporter au personnel et à la communauté - Etablir un horaire pour la mise en oeuvre du plan d'intervention	Exemple/pratique Exemple/pratique Discussion/démonstration et pratique/simulation Visites supervisées Exemple/pratique Stage sur le terrain Pratique et revue par collègues	X				Revue du plan par collègues Evaluation du questionnaire Observation directe Visites d'observation Visites d'observation Interview du personnel/communauté pour évaluer degré de compréhension
			X				
1.2 - Importance des dossiers, causes et complications de l'infection puerpérale - Diagnostic de l'infection - Compréhension de l'étendue des soins obstétricaux	1.2 - Tenue des dossiers précis - Stocker et retrouver/extraire des données - Expliquer l'importance de la tenue des dossiers au personnel obstétrical - Préparer et présenter un rapport - Préparer des tableaux et graphiques	Exemple/pratique Pratique de tenue de dossiers Présentation de cas Critique par collègues	X	X	X	X	Observation de la qualité des feuilles de données et dossiers écrits
			X	X	X	X	
2.1 - Principes de surveillance prénatale - Facteurs prédisposant à l'infection puerpérale - Femmes à risque de travail prolongé/dystocique	2.1 - Examiner et chercher les signes d'anémie, d'infections vaginales et autres (ex. tuberculose, VIH) - Dépistage des femmes à risque	Lectures recommandées Démonstration clinique Stage en communauté Pratique de prise d'annèse	X				Examen pratique et théorique Evaluation de stage Evaluation de stage
				X	X	X	
2.2 - Types d'infections - Contrôle d'infection - Principes de la surveillance du travail - Signification de la rupture prolongée des membranes	2.2 - Prélèvements de spécimens de laboratoire et interprétation des résultats - Stérilisation de l'équipement - Garantir un environnement propre et des techniques aseptiques - Utiliser le portogramme - Préparer et administrer des antibiotiques	Expérience pratique Expérience pratique Expérience pratique Démonstration et pratique		X	X	X	Observation de la pratique Observation de la pratique Observation de la pratique Evaluation des feuilles et rapports d'observation
				X	X	X	
2.3 - Attitudes et pratiques de la communauté - Compréhension de l'éducation personnelle contre les techniques didactiques - Développement de matériel didactique et de techniques éducatives - Valeur des centres de référence régionaux	2.3 - Techniques et méthodes de communication pour donner des explications à la femme/famille/accoucheuses traditionnelles et personnel obstétrical - Utiliser le matériel didactique - Encourager discussion/éducation et réaction du personnel	Pratique supervisée Démonstration et stage sur le terrain Séminaires		X	X	X	Observation de la pratique Observation de démonstration Evaluation de prestations
			X				

## INFECTION PUERPERALE

SESSION 2 - IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 - IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p>3 Traitement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic</li> <li>- Sélection, prescription, administration des médicaments appropriés et surveillance de leurs effets</li> <li>- traitement du choc et de l'anémie</li> <li>- surveillance suivie de la femme</li> <li>- tenue des dossiers</li> <li>- conseil de la famille</li> <li>- diagnostic des complications</li> <li>- transfert des cas compliqués pour traitement</li> </ul>					<p>3 Traitement</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>3.1 - Diagnostiquer l'infection puerpérale</p> <p>3.2 - Planifier et mettre en oeuvre un plan de soin à court terme</p>	<p>3.1 - Identifier les symptômes de l'infection puerpérale</p> <p>- Obtenir une information sur le contexte du problème</p> <p>3.2 - Organiser le confort et les soins</p> <p>- Protéger les autres de l'infection</p> <p>- Traiter les problèmes qui ont entraîné l'infection</p> <p>- Initier et surveiller la thérapie antibiotique</p> <p>- Traiter choc, état fébrile et anémis</p> <p>- Diagnostiquer les complications</p> <p>- Maintenir les dossiers</p> <p>- Informer la famille</p> <p>- Reconnaître la possibilité d'autres sources d'infection</p>
<p>4 Suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveiller la condition maternelle</li> <li>- Référer à d'autres unités si nécessaire</li> <li>- Enquêter sur les causes</li> <li>- Superviser le suivi des accoucheuses traditionnelles</li> <li>- Augmenter l'éducation sanitaire de famille et communauté</li> <li>- Donner un rendez-vous de contrôle du postpartum - soins médicaux</li> <li>- Planning familial</li> <li>- Education de la famille sur la grossesse suivante</li> </ul>					<p>4 Suivi</p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>4.1 - Planifier, exécuter et évaluer le suivi de la surveillance</p> <p>4.2 - Faire une enquête sur les événements qui ont entraîné un décès maternel dû à une infection puerpérale et apporter les changements nécessaires</p>	<p>4.1 - Rechercher les sources d'infection puerpérale et corriger les pratiques erronées</p> <p>- Planifier le suivi médical et faire la surveillance postnatale</p> <p>- Sensibiliser la famille/communauté et apporter éducation/conseil</p> <p>- Utiliser et soutenir les accoucheuses traditionnelles pour la surveillance et le suivi</p> <p>- Assurer le planning familial</p> <p>4.2 - Collecter l'information de la communauté et du personnel concerné</p> <p>- Visiter la famille concernée</p> <p>- Faire une enquête</p> <p>- Faire un rapport sur les découvertes et les changements dans la pratique résultant de ces découvertes</p> <p>- Evaluer les nouvelles pratiques</p>

## INFECTION PUERPERALE

### SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTE	COMMUNAUTE	
3.1 - Causes et source d'infection - Définition de l'infection puerpérale - Dangers de l'infection puerpérale	3.1 - Faire un diagnostic différentiel par un examen complet: général et obstétrical	Lecture Démonstration clinique et pratique	X	X	X		Test écrit et pratique Observation directe et pratique Etablir le diagnostic correct et identifier les sources potentielles
3.2 - Soins des patientes infectées - Antibiotiques, utilisation et dangers - Diagnostic différentiel: tuberculose, SIDA, etc. - Complications de l'infection - Techniques de traitement de soutien	3.2 - Développer et mettre en oeuvre un plan de soins et évaluer les résultats - Sélectionner, mesurer et administrer les antibiotiques IM ou IV - Isoler les femmes présentant une infection - Faire les prélèvements sanguins/écouvillons pour analyse de laboratoire - Lire les dossiers précédents et garder le dossier à jour - Surveiller les signes vitaux régulièrement: TA, T, P, R, etc. - Commencer la thérapie IV si et quand nécessaire - Informer la femme et sa famille	Démonstration et pratique Pratique clinique Pratique clinique Pratique clinique Pratique clinique Jeu de rôles et pratique		X	X	X	Evaluer le plan de soins Observation de la pratique Attachement clinique pratique Observation des dossiers/rapports Observation de la pratique et jeu de rôles
4.1 - Examiner les techniques - Sources/causes potentielles d'infection - Diagnostic différentiel - Méthodes de communications - Planning familial - connaissances des pratiques et méthodes - Connaissances de la culture, de la communauté, des facilités disponibles et du système de référence	4.1 - Interviewer personnel concerné pour identifier les techniques utilisées, dresser une liste - Communiquer les résultats à tout le personnel sanitaire - Créer et utiliser des plans pédagogiques liés aux découvertes de l'enquête - Evaluer les changements de pratique attendus - Revoir les techniques d'asepsie, méthodes de stérilisation, etc... - Discuter du planning familial - Initialiser et vérifier les méthodes de planning familial avec la mère - Rencontrer les chefs de communauté et de groupes et discuter des sources d'infection - Rapporter les résultats et l'action entreprise aux autorités - Faire l'examen postnatal	Préparation en classe Stage supervisé Stage supervisé Lecture Travail individuel/en groupe Stage supervisé Travail pratique Stage sur le terrain Discussion avec collègues et stage supervisé Stage supervisé Test pratique Stage supervisé	X	X	X	X	Observation Vérification de la liste Évaluation du plan pédagogique et des méthodes et matériel de cours Évaluation de la pratique Évaluation de la pratique Revoir les critères pour réduire le taux d'infection Observation de techniques et connaissance de groupe Evaluation de rapport Observation de la pratique
4.2 - Moyens de communication - Utiliser la connaissance des us/coutumes, croyances et pratiques de la communauté pour établir un questionnaire - Technique de rapport écrit - Education du personnel obstétrical	4.2 - Etablir un questionnaire - Prévoir une visite de la famille - Interview de famille, accoucheuse traditionnelle, autres concernés - Ecrire les résultats avec: . communauté/famille . personnel obstétrical . autorités en santé maternelle - Faire une liste des changements de pratique - Planifier des activités pédagogiques pour amener un changement - Enseigner - Evaluer les résultats	Démonstration Jeu de rôles Entretien supervisé Expérience pratique Revue par collègues Discussion supervisée Revue par la classe Etudes de cas Stage	X X X X X	X X X X	X X X X	X X X	Evaluation du questionnaire Observation de la pratique Observation de la pratique Présentation de cas

# AVORTEMENT

SESSION 2 – IDENTIFICATION DU PROBLÈME

SESSION 3 – IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p><b>1 Communauté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Croyances/attitudes de la communauté sur procréation et santé</li> <li>- Connaissances/croyances des adolescents sur sexualité et tabous</li> <li>- Souhait envers nombre d'enfants et besoins de planning familial</li> <li>- Attitudes et pratiques envers grossesses non-planifiées/non-désirées</li> <li>- Connaissances de la communauté sur la législation</li> <li>- Connaissances, croyances et attitudes des accoucheuses traditionnelles envers procréation, santé et planning familial</li> <li>- Connaissances, croyances et attitudes de communauté, religieux &amp; guérisseurs envers procréation, santé et planning familial</li> <li>- Procréation et santé: besoins des adolescents</li> <li>- Diagnostic communautaire sur le nombre de femmes à risque de grossesses non-désirées et d'avortements clandestins</li> <li>- Attitude de la communauté envers la sage-femme</li> </ul>					<p><b>Communauté</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>1.1 - Identifier les besoins et perceptions de la communauté en matière de planning familial</p> <p>1.2 - Identifier les besoins et perceptions des adolescents sur procréation et santé</p>	<p>1.1 - Découvrir le nombre de femmes à risque de grossesses non-désirées et d'avortements dangereux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les besoins sociaux et les raisons de la taille de la famille idéale avec chefs/groupes dans la communauté</li> <li>- Identifier les attitudes envers les méthodes de contraception (traditionnelles et modernes)</li> <li>- Us et coutumes sur les grossesses non-désirées</li> </ul> <p>1.2 - Découvrir les perceptions de la communauté sur procréation et santé, y compris médecine traditionnelle/chefs religieux</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Écouter, observer et démontrer son respect aux adolescents</li> <li>- Gagner la confiance des adolescents en encourageant questions et réponses</li> <li>- Sélectionner les méthodes de communication appropriées</li> <li>- Fournir une information sur comportement sexuel et santé</li> <li>- Enseigner l'auto-référence et la participation au programme d'éducation sanitaire</li> </ul>
<p><b>2 Prévention</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser la connaissance de la communauté pour promouvoir éducation sexuelle/sanitaire et discussion</li> <li>- Identifier et conseiller les groupes à haut risque</li> <li>- Commencer des réunions régulières avec les chefs locaux et intégrer la communauté, les accoucheuses et médecins traditionnels, etc.</li> <li>- Provision, organisation et gestion des services de planning familial au             <ul style="list-style-type: none"> <li>. niveau clinique</li> <li>. niveau communautaire</li> </ul> </li> <li>- Compétences en méthodes de planning familial</li> <li>- Évaluation du service</li> </ul>					<p><b>2 Prévention</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>2.1 - Organiser, prodiguer et évaluer les besoins d'un services de planning familial</p> <p>2.2 - Identifier les problèmes et offrir un service de soutien aux femmes qui ont une grossesse non désirée</p>	<p>2.1 - Conseiller la population sur les bénéfices et les méthodes de planning familial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sélection des méthodes appropriées pour tous ceux qui ont besoin de planning familial à tous les niveaux du service sanitaire</li> <li>- Motiver, former et évaluer le personnel sanitaire à prodiguer conseil et méthodes de planning familial</li> <li>- Assurer un service de haute qualité</li> <li>- Organiser une distribution au niveau de la communauté</li> </ul> <p>2.2 - Reconnaître les facteurs de risque de grossesses non-désirées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les besoins sociaux et les mécanismes de soutien</li> <li>- Prévoir surveillance de grossesse et accouchement</li> <li>- Offrir les conseils nécessaires pour les problèmes sociaux</li> </ul>

SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	SANTE	COMMUNAUTE	
1.1 - Connaissances des facteurs de risque associées à une grossesse non-désirée - Compréhension de l'utilisation et limitation des méthodes de planning familial (traditionnelles et modernes) - Connaissances de l'organisation et des centres de planning familial - Compréhension des craintes et croyances culturelles - Connaissance de l'ampleur de l'avortement clandestin et de la législation sur l'avortement	1.1 - Faire un plan de visite de la communauté - Evaluer le besoin de planning familial - Collecter les statistiques sur l'avortement - Trouver la source d'information sur la répartition des femmes enceintes - Calculer le taux de femmes à haut risque de grossesse non-désirée/avortement - Faire un questionnaire - Mener une enquête - Faire les interviews	Stage Stage communautaire Utilisation des statistiques hôpital/ministère Visiter à un bureau central de statistiques Lecture dirigée Démonstration Stage sur le terrain Jeu de rôles		X		X	Observation d'interviews/techniques Rapport de cas Evaluation des feuilles de données et analyse Test écrit/oral Evaluation des méthodes de communication Observation des techniques d'interview
			X				
			X				
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	
1.2 - Prise de conscience de la délicatesse des issues concernant la santé des adolescents - Attitude des famille, communauté, personnel sanitaire sur la sexualité des adolescents - Compréhension du potentiel de changement et motivation sociale des adolescents - Connaissance des processus de changements physiques et psychologiques des adolescents	1.2 - Répondre aux besoins des adolescents par des attitudes ouvertes - Encourager les adolescents à discuter de leurs problèmes - Créer un plan d'éducation sur la grandeur de la famille pour les écoles	Jeu de rôles Stage communautaire Seminaires avec adolescents Démonstration et discussion en groupe Education dans les écoles	X				Observation de la communication Evaluation du contenu du plan Observation de séquences d'éducation Observation de la communication
			X				
2.1 - Attitudes du personnel sanitaire envers sexualité et planning familial - Connaissances des croyances et des pratiques de la communauté en ce qui concerne le planning familial - Croyances et pratique des accoucheuses traditionnelles en ce qui concerne le planning familial - Méthodes de planning familial - Connaissance de ce qui constitue les facteurs de haut risque de grossesses non-désirées et d'avortement clandestin	2.1 - Organisation et gestion d'un service de planning familial - Expliquer/enseigner les bénéfices sanitaires et les méthodes de planning familial, surtout aux femmes à haut risque - Conseiller femmes/familles dans le choix des méthodes appropriées - Fournir et enseigner l'utilisation des méthodes de planning familial et arranger un suivi - Enseigner l'importance des méthodes de planning familial aux autres membres du personnel sanitaire - Maintenir les dossiers à jour - Assurer les stocks nécessaires	Discussion et stage sur le terrain Lecture dirigée Jeu de rôles Expérience clinique Expérience clinique Expérience clinique Stage en communauté Stage Stage sur le terrain	X		X	X	Observation de la pratique Test écrit/oral Observation de la pratique Observation de la pratique Observation de la pratique Observation de la pratique Observation de la pratique Evaluation des dossiers Inventaire du stock
			X				
			X		X	X	
				X	X	X	
				X	X	X	
				X	X	X	
				X	X	X	
				X	X	X	
2.2 - Conséquences sociales et psychologiques des grossesses non-désirées - Mortalité et morbidité après avortement clandestin - Types d'avortement pratiqués - Législation sur l'avortement	2.2 - Détecter les facteurs de risque - Sélectionner les femmes à référer au médecin, au service social - Surveiller les grossesses - Encourager questions et discussions (communication) - Expliquer/enseigner les risques des avortements clandestins, si nécessaire	Lecture dirigée Etude de cas et expérience Stage supervisé Stage supervisé Enseignement/interviews supervisés	X				Identification de cas et dossiers clinique Discussion et évaluation de cas Présentation de cas et pratique Evaluation de la communication dans la pratique
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	
			X	X	X	X	

# AVORTEMENT

SESSION 2 - IDENTIFICATION DU PROBLEME

SESSION 3 - IDENTIFICATION DES OBJECTIFS

COMPOSANTES	THEORIE		PRATIQUE		OBJECTIFS	SOUS-OBJECTIFS
	Satisfaisant	A revoir	Satisfaisant	A revoir		
<p><b>3 Traitement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseil/surveillance de la femme qui a une grossesse non-désirée</li> <li>- Système de référence et utilisation compétente des ressources disponibles</li> <li>- Evacuation de l'utérus du doigt</li> <li>- Remplacement hydrique</li> <li>- Prescription/utilisation des antibiotiques</li> <li>- Prescription/utilisation des ocytociques</li> <li>- Traitement de l'état de choc</li> <li>- Soins généraux et conseil de la famille</li> <li>- Dépistage de blessures non apparentes</li> <li>- Surveillance de la fonction rénale</li> <li>- Référer si nécessaire</li> </ul>					<p><b>3 Traitement</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>3.1 - Soigner les femmes qui présentent un avortement inévitable, spontané ou induit</p>	<p>3.1 - Faire une anamnèse détaillée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les problèmes de la grossesse actuelle</li> <li>- Initialiser le traitement approprié                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. Thérapie intraveineuse</li> <li>. Thérapie d'antibiotiques</li> <li>. Evacuation d'urgence</li> </ul> </li> <li>- Organiser le référé si nécessaire</li> <li>- Offrir un soutien émotionnel/psychologique</li> <li>- Surveiller la condition générale et identifier les changements</li> </ul>
<p><b>4 Suivi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de toutes les femmes à haut risque et conseil en matière de planning familial</li> <li>- Conseil et support post-avortement</li> <li>- Critères de référence</li> <li>- Investigation au niveau des familles/communauté sur:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>. tous les avortements septiques</li> <li>. décès liés à l'avortement</li> </ul> </li> <li>- Correction de l'anémie</li> </ul>					<p><b>4 Suivi</b></p> <p>La sage-femme est capable de:</p> <p>4.1 - Etablir un plan de soins pour toutes les femmes ayant eu un avortement</p> <p>4.2 - Enquêter sur les événements qui ont entraîné un décès maternel à la suite d'un avortement</p>	<p>4.1 - Mettre au point une réadaptation physique et psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveiller et traiter l'anémie</li> <li>- Eduquer les femmes sur les dangers des hémorragies post-avortement</li> <li>- Aider les femmes à prendre des décisions en ce qui concerne le planning familial</li> <li>- Assurer une éducation sanitaire</li> </ul> <p>4.2 - Trouver les personnes à interviewer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir la confiance de la famille/amis</li> <li>- Maintenir le secret de l'information</li> <li>- Identifier les causes sociales du cas en question</li> <li>- Démontrer encouragement et sympathie aux amis et à la famille</li> </ul>

# AVORTEMENT

## SESSION 4 - IDENTIFICATION DES COMPETENCES/METHODES D'ENSEIGNEMENT/EVALUATION

ASPECTS APPARENTES	TECHNIQUE/COMPETENCE	ENSEIGNEMENT	OU ENSEIGNIER				EVALUATION
			CLASSE	HOPITAL	CENTRE SANTÉ	COMMUNAUTÉ	
3.1 - Causes des avortements inévitables - Signes et symptômes d'avortement - Compréhension des problèmes sociaux et des craintes liés à l'avortement - Dangers d'hémorragie dus à l'avortement - Complications des avortements septiques - Connaissances et compétences dans les procédures de réanimation - Connaissances de l'impact social de la perte	3.1 - Reconnaître les signes d'avortements induits - Examiner pour signes d'avortement septique et blessures - Initier un traitement IV/transfusion - Évacuation de l'utérus en cas d'urgence - Référer la femme au niveau adéquat (communication) - Démontrer les techniques de conseil - Surveillance de la condition générale, documentation des signes vitaux - Mesure et enregistrement précis du débit urinaire	Lecture	X				Test écrit
		Démonstration clinique et pratique		X	X	X	Observation de la pratique
		Stage clinique		X	X	X	
		Observation et pratique clinique		X	X	X	Observation de la pratique
		Stage sur le terrain - pratique clinique Pratique clinique Stage supervisé				X	X
4.1 - Séquelles de l'avortement - physiques, psychologiques - Importance de l'assistance socio-psychologique pour la prévention de futurs avortements - Éducation sanitaire	4.1 - Encourager questions et discussion sur ce qui s'est passé - Prélever du sang pour hémoglobine et administrer des hématiniques - Enseigner l'importance de la prise de fer, d'acide folique et d'une nutrition saine - Donner des conseils sur les problèmes potentiels après avortements, ex. saignements, fièvre - Éduquer et encourager la visite à la clinique de planning familial - Prendre un rendez-vous pour une visite de contrôle	Démonstration + pratique clinique	X	X	X	X	Observation de la pratique
		Pratique		X	X	X	
		Lecture et pratique	X		X	X	Test écrit Observation de la pratique
		Pratique		X	X	X	
		Jeu de rôles et pratique	X	X	X	X	Observation de la pratique
4.2 - Prise de conscience du secret qui entour l'avortement clandestin - Utilité et limites de l'information collectée sur l'avortement - Tabou social et psychologique associé à l'avortement - Problèmes légaux associés aux décès dus à l'avortement - Perception des réactions à la situation et à la perte par amis et famille	4.2 - Faire un questionnaire - Faire un plan de visite de la famille - Interviewer et conseiller : . membres de la famille . médecins traditionnels . autre personnel sanitaire - Documenter les renseignements reçus - Discuter les résultats avec : . famille . personnel obstétrical . autorités responsables des services de maternité	Démonstration et discussion	X				Évaluation du plan et questionnaire
		Interviews supervisées			X	X	Observation de la pratique
		Expérience pratique et revue par collègues			X	X	Observation de la pratique
		Jeu de rôles	X	X	X	X	
		Examen clinique Examen pratique		X	X	X	Observation de la pratique