

2017

SIMULATIONS D'URGENTES OBSTÉTRICALES

Manuel de formation

Améliorer la prise en charge
des femmes en cas d'urgences
obstétricales

Institut de l'efficacité clinique
et de la politique de santé |
Département de recherche en
santé maternelle et infantile

Introduction

Ce manuel a été élaboré par l'Institut de l'efficacité clinique et de la politique de santé (ICES) d'Argentine, dans le cadre du projet de Mise en réseau des établissements de santé pour la santé maternelle, qui est soutenu par le Maternal Health Task Force de l'École de Santé publique T.H. Chan de l'Université Harvard.

COORDINATION

FERNANDO ALTHABE

EZEQUIEL GARCÍA ELORRIO

ÉQUIPE DE RECHERCHE

DANIELA S. COLACI

AGUSTINA MAZZONI

MARIA BELIZÁN

SEBASTIÁN GARCÍA MARTÍ

ÉDITRICE

KATIE MILLAR

RÉVISION TECHNIQUE

RIMA JOLIVET

KATHLEEN MCDONALD

KATIE MILLAR

CONCEPTION GRAPHIQUE

SOMEONE CREATIVE

Remerciements

Ce manuel a été rédigé par les auteur(e)s, avec le soutien du Maternal Health Task Force (MHTF), grâce à la subvention n° 01065000621 de la Fondation Bill & Melinda Gates.

L'élaboration du présent manuel s'est fortement appuyée sur les avis experts de l'équipe d'entraînement aux urgences obstétricales par simulation d'Argentine. Nous remercions pour cela Dr. María Julia Cuetos, Dr. Daniel Lipchak, Carolina Nigri, Patricia Perez ainsi que Mariano Ulanovsky.

Merci également à Dr. Anne Austin du MHTF et à nos collègues du Saint Paul's Millennium Medical College en Éthiopie, du St. John's Research Institute et du Karnataka Health Promotion Trust en Inde pour leurs commentaires avisés sur les améliorations à apporter à ce manuel. Nous souhaitons également remercier nos collègues du MHTF Mme Katie Millar pour son expertise technique et clinique, ainsi que ses commentaires et révisions, ainsi qu'à Mmes Kayla McGowan et Julia Ofman pour leur travail éditorial.

L'intention des auteur(e)s est que ce manuel d'entraînement soit facilement et gratuitement accessible à d'autres animateur(trice)s, en vue d'une utilisation et d'une adaptation conformes à leurs besoins. Nous vous remercions par avance de bien vouloir citer la source de ce manuel si vous l'utilisez au cours de vos programmes de formation. Nous vous invitons également à partager avec nous vos expériences, positives mais également négatives, lors de l'utilisation de ce manuel. Merci d'écrire pour cela à l'adresse mhtf@hsph.harvard.edu.

Table des matières

- 1 Objectif**
- 2 Description de simulations d'urgences obstétricales**
- 4 Intérêt à mener des simulations d'urgences obstétricales**
- 5 1. Outils pour l'enseignement et l'apprentissage**
 - 1.1 Comment définir l'apprentissage dans ce contexte?
 - 1.2 Qu'est-ce qu'enseigner?
 - 1.3 L'importance d'observer
 - 1.4 L'importance d'écouter
 - 1.5 La liberté de poser des questions
 - 1.6 L'importance de faire des commentaires et d'en recevoir
 - 1.7 Autres ressources pédagogiques
- 10 2. Prérequis pour mener des simulations d'urgences obstétricales**
 - 2.1 L'environnement matériel adapté et le consentement des parties prenantes
 - 2.2 L'équipe/Les formatrices pour la mise en pratique
 - 2.3 Les participantes aux exercices de simulations d'urgences obstétricales
- 14 3. Comment mener des simulations d'urgences obstétricales**
 - 3.1 Aperçu
 - 3.2 Le script du scénario
 - 3.3 Les fournitures nécessaires pour la simulation d'urgence obstétricale
 - 3.4 La marche à suivre
- 17 4. Séance de compte rendu**
 - 4.1 Les quatre éléments essentiels au compte rendu
 - 4.2 Les astuces pour la séance de compte rendu
 - 4.3 La marche à suivre
- 21 Astuces générales à l'attention de l'équipe de mise en œuvre/des formatrices**
- 22 Annexe 1: Évaluation de la préparation du lieu**
 - A. Le guide d'entretien avec l'informatrice clé
 - Section I : Informations générales à propos de l'informatrice clé
 - Section II: Explication et évaluation de la faisabilité de la mise en œuvre
 - B. Liste de vérification de l'établissement
- 31 Annexe 2: Scénario d'hémorragie du post-partum**
- 41 Annexe 3: Scénario d'hémorragie du post-partum: Guide de compte rendu et listes de vérification de l'observatrice**
 - Guide de compte rendu de l'observatrice
 - Les listes de vérification de l'observatrice par thématique
 - 1. La communication avec la patiente en obstétrique
 - 2. La communication entre les participantes aux simulations d'urgences obstétricales
 - 3. Le travail d'équipe: organisation et leadership
 - 4. Appeler de l'aide
 - 5. Le diagnostic et le traitement
 - 6. Les ressources humaines et l'équipement

À SUIVRE

Table des matières (suite)

50 Annexe 4: Scénario de l'éclampsie

58 Annexe 5: L'éclampsie: Guide de compte rendu et listes de vérification de l'observatrice

Guide de compte rendu de l'observatrice

Les listes de vérification de l'observatrice
par thématique

1. La communication avec la patiente en obstétrique
2. La communication entre les participantes aux exercices de simulations d'urgences obstétricales
3. Le travail d'équipe: organisation et leadership
4. Appeler de l'aide
5. Le diagnostic et le traitement
6. Les ressources humaines et l'équipement

Objectif

Ce manuel a été rédigé à l'attention des membres d'une équipe d'amélioration de la qualité du service obstétrique d'un établissement prenant en charge des accouchements et vers lequel des urgences obstétricales sont orientées. Son objectif est d'enseigner à une équipe à mener des simulations d'urgences obstétricales à des moments indéfinis au sein d'une unité d'obstétrique et d'aider le personnel clinique à évaluer et améliorer ses interventions lors d'urgences obstétricales.

Le manuel vise à décrire les procédures et à fournir les outils nécessaires à la mise en œuvre de simulations d'urgences obstétricales suivies de séances de compte rendu, dans le but d'améliorer la qualité des soins dans l'établissement, ainsi que sa préparation aux urgences. Ce manuel n'a pas pour objet de proposer des directives cliniques. Le contenu des scénarios de simulation doit être corroboré par des directives factuelles et les protocoles propres à chaque établissement. Ce manuel doit être utilisé comme un outil de formation et de référence lors de la mise en œuvre de simulations d'urgences obstétricales.

Ce manuel n'est ni un manuel de « formation de formateurs(trices) », ni un manuel des participant(e)s pour les clinicien(ne)s participant aux simulations d'urgences obstétricales.

Description de simulations d'urgences obstétricales

Une simulation d'urgence obstétricale est une méthode d'entraînement à la prise en charge d'une urgence obstétricale dans les établissements qui prodiguent des soins obstétricaux d'urgence.

Les urgences obstétricales très sérieuses sont, heureusement, rares. Si les cliniciennes ne sont pas en mesure d'entretenir leurs connaissances et leurs compétences en matière de prise en charge des urgences obstétricales, les femmes enceintes courent le risque de ne pas recevoir les soins dont elles ont besoin lorsqu'elles présentent des complications mettant leur vie en danger. En dehors de la salle de cours, les simulations d'urgences obstétricales – des exercices de prise en charge d'une femme présentant les urgences obstétricales les plus courantes – permettent aux infirmières, sage-femmes et médecins d'acquérir et d'entretenir des connaissances, de renforcer leurs compétences et le travail d'équipe, et d'améliorer la communication afin d'assurer la bonne gestion de ces complications.

Une simulation d'urgence obstétricale permet aux soignant(e)s de s'entraîner à mettre leurs compétences et connaissances en pratique lors de la prise en charge d'événements qui, s'ils sont rares, sont néanmoins mortels, et ce dans le même cadre que celui dans lequel ils(elles) prendraient en charge une réelle urgence : leur propre établissement de soins.

La simulation implique (1) une personne qui joue le rôle de la patiente en obstétrique en situation d'urgence obstétricale et (2) des prestataires de soins de l'établissement qui simulent la prise en charge de la complication obstétricale en tant qu'équipe (comprenant un(e) obstétricien(ne), un(e) sage-femme et un(e) infirmier(ère).

Le personnel qui prend part à une simulation d'urgence obstétricale n'est pas prévenu à l'avance et doit réagir comme il le ferait s'il s'agissait d'une vraie urgence.

Les simulations d'urgences obstétricales doivent être menées à une fréquence adaptée au maintien des compétences du personnel clinique. Cela peut être deux fois par semestre, ou une seule, ou deux fois par an, en fonction des besoins. La première simulation servira à détecter les problèmes latents et à mettre en place des mesures correctives. Les simulations proposées ci-après permettront d'évaluer l'efficacité des mesures correctives adoptées et d'améliorer les faiblesses de la prise en charge obstétricale.

Intérêt à mener des simulations d'urgences obstétricales

La simulation est une méthode d'entraînement à l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales. Tel que dans le cas des urgences dans les domaines de l'aviation et de la lutte contre les incendies, la fréquence relativement faible et l'imprévisibilité des urgences obstétricales font des entraînements par simulations la méthode adaptée à la formation des prestataires de soins de santé leur permettant d'acquérir et maintenir des compétences dans la prise en charge des urgences obstétricales¹. Cette manière de procéder s'est révélée efficace pour améliorer les connaissances, attitudes et compétences cliniques des prestataires. Les simulations servent actuellement à la formation de prestataires à la prise en charge d'urgences obstétricales aux États-Unis² et au Royaume-Uni³. La méthode présentée dans ce manuel a également été mise en œuvre avec succès en Inde et en Éthiopie.

Les simulations d'urgences obstétricales sont des formations basées sur des scénarios menées en « temps réel » dans l'environnement de travail habituel. Ces simulations ont pour objectif de tester le système d'intervention local face aux urgences et les protocoles en place dans les établissements pour la prise en charge des urgences obstétricales. Les simulations peuvent également servir à tester la dynamique de travail d'équipe des professionnel(le)s, ainsi que leurs connaissances^{3,4}. Le faible coût de la mise en œuvre des simulations constitue un avantage supplémentaire, en comparaison avec la mise en place de centres de formation sophistiqués, et peuvent ainsi être mieux adaptées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'Organisation mondiale de la Santé reconnaît que l'élaboration locale de solutions efficaces et peu coûteuses pour la formation des prestataires de soins est une priorité^{5,6}.

LES AVANTAGES DE LA MISE EN ŒUVRE DES SIMULATIONS D'URGENCES OBSTÉTRICALES

- Amélioration de la pratique des professionnelles et du travail d'équipe
- Amélioration de la performance du service de santé dans son ensemble
- Identification des domaines devant être améliorés
- Disposition des établissements à accueillir des urgences obstétricales

1. Outils pour l'enseignement et l'apprentissage

1.1 Comment définir l'apprentissage dans ce contexte?

Tout apprentissage implique une transformation, qui tient au fait d'acquérir la capacité à faire quelque chose qui était auparavant impossible. L'apprentissage réussi peut être constaté par la capacité à reproduire l'objet de son apprentissage. Il est souvent dit que l'on apprend mieux en faisant. Les exemples de ce type d'apprentissage par l'expérience sont nombreux, allant d'apprendre à faire du vélo et faire un discours en public, en passant par écrire un document de recherche ou réaliser une intervention médicale.

Les formatrices doivent avoir une idée claire de leurs objectifs pédagogiques pendant qu'elles dirigent une activité, afin de permettre la transformation des attitudes ou du comportement des participantes. La question clé lors de la conception et de la mise en pratique des simulations d'urgences obstétricales

est « Pourquoi faisons-nous ce que nous faisons? » La conception de l'activité pédagogique cherche à inclure un espace propice à l'autoréflexion, à l'autoévaluation et à la volonté de s'améliorer. Ce n'est pas une activité qui vise à « valider » la capacité des participantes à prendre en charge des urgences obstétricales, mais bien à permettre aux participantes d'acquérir et pratiquer des compétences qui sont nécessaires afin d'agir de manière efficace lorsque de rares événements se produisent.

Les formatrices doivent avoir une idée claire de leurs objectifs pédagogiques pendant qu'elles dirigent une activité.

Les simulations et les compte rendus sont souvent des expériences d'apprentissage enrichissantes car elles impliquent un degré élevé de participation et d'introspection. Bien que chaque personne apprenne différemment, certaines caractéristiques sont communes à l'ensemble des expériences pédagogiques:

- la reconnaissance de ce que l'on ne sait pas, à la fois aujourd'hui et par le passé
- la volonté d'apprendre
- un obstacle à dépasser
- un inconfort à progresser dans l'expérience de l'apprentissage
- une confiance accrue à la fin de la première expérience

1.2 Qu'est-ce qu'enseigner?

ENSEIGNER PAR L'EXEMPLE: LE MODÈLE TRADITIONNEL

Ce modèle peut être caractérisé à l'aide des attributs suivants:

- une transmission claire des concepts nécessaires à un bon apprentissage
- une insistance sur le contenu
- la formatrice est la meneuse, en charge de l'enseignement et du processus d'apprentissage celle qui sait comment se font les choses et montre aux autres comment faire
- l'apprenante est passive, réceptive et ne connaît pas les nouveaux concepts
- la réussite du processus pédagogique est du fait de la formatrice
- l'échec du processus pédagogique est du fait de l'apprenante
- il n'est pas acceptable de se tromper ou de ne pas savoir
- la capacité à donner la bonne réponse est très valorisée

ENSEIGNER PAR LA FACILITATION: LE MODÈLE ALTERNATIF UTILISÉ LORS DES SIMULATIONS D'URGENCES OBSTÉTRICALES

Ce modèle peut être caractérisé à l'aide des attributs suivants:

- la reconnaissance que tout le monde apprend différemment
- dans tous les cas, l'apprentissage implique quatre domaines: cognitif, sensoriel, émotionnel et intuitif
- l'apprenante est la meneuse et le personnage central du processus pédagogique
- l'apprenante joue un rôle actif et vient avec ses expériences d'apprentissage précédentes. Les nouveaux apprentissages s'appuient sur les précédents
- la formatrice est au service de l'apprenante
- le rôle de la formatrice est de montrer comment faire, et de faciliter le processus d'apprentissage
- la formatrice est responsable d'apprendre à connaître les apprenantes et de promouvoir leur transformation
- le but ultime est d'orienter les apprenantes de manière à ce qu'elles améliorent leur comportement et leurs attitudes
- les apprenantes apprennent de leurs erreurs ; les erreurs sont considérées des ressources d'apprentissage à valoriser
- le fait de ne pas savoir est valorisé en tant que point de départ d'un nouvel apprentissage
- la capacité à poser des questions est très valorisée.

Travailler avec des exercices de simulations implique que les formatrices adoptent le paradigme de l'« enseignement par la facilitation ». Un aspect clé de ce modèle est la symétrie avec les participantes. Pour parvenir à cette symétrie, il est toujours conseillé de débiter l'activité en insistant sur le fait qu'il n'y a pas d'experte en urgences obstétriques, car ce sont des événements rares. De ce fait, ni les apprenantes ni les formatrices ne sont des expertes.

1.3 L'importance d'observer

Notre capacité à observer est limitée, et construite à partir de nos expériences de vie. Nous avons ainsi davantage tendance à percevoir ou observer certains phénomènes plutôt que d'autres. Nous n'avons cependant que rarement conscience de cela, et pensons « avoir tout vu », « voir les choses comme elles sont » et « mieux voir que les autres ». Il n'en reste pas moins que personne ne voit tout et que personne ne voit les choses comme elles sont: c'est bien pour cela que la somme des différentes perceptions des membres d'une équipe est bien plus riche que les perceptions prises individuellement.

Notre perception du monde et les interprétations que nous en faisons déterminent les actes que nous posons, et les résultats que nous sommes en mesure d'atteindre. Nous percevons et interprétons un événement d'une manière donnée, sans réaliser qu'il y a sans doute d'autres manières d'interpréter ce même événement, manières qui pourraient nous orienter vers d'autres actes et des résultats différents.

Passer d'un modèle de vision personnelle à un modèle de vision de groupe garantit d'obtenir de meilleurs résultats, grâce à la mise en place d'un environnement de coopération, et non de concurrence.

La capacité à observer est un élément clé des entraînements à l'aide de simulations. Les formatrices doivent observer les actes posés lors de la simulation et les inclure dans la séance de compte rendu ultérieure, de manière à enrichir l'apprentissage des participantes.

Les formatrices porteront leur attention sur les éléments suivants:

- le lieu dans l'établissement de santé où les soins sont dispensés et, le cas échéant, l'équipement et les fournitures disponibles
- la fonction de la personne qui reçoit la patiente en obstétrique et la manière dont elle communique avec cette dernière
- la qualité de la communication avec les membres de la famille de la patiente en obstétrique, qui l'accompagnent
- la prise en compte, ou non, des antécédents de la patiente
- l'adéquation et la nature de la communication entre les membres de l'équipe clinique en service
- le fait que les participantes demandent, ou non, de l'aide
- le fait que le traitement retenu par les participantes soit, ou non, adéquat
- le fait qu'il y ait, ou non, une meneuse dans l'équipe
- le fait que l'exécution des décisions cliniques soit, ou non, rapide

En tant qu'équipe qui met en œuvre la simulation d'urgence obstétricale, il est également important d'évaluer le fait qu'il soit, ou non, adéquat de conduire ou non la simulation au moment initialement prévu. Si, par exemple, une vraie urgence se produit ou que la salle d'attente est pleine de femmes qui ont besoin d'être prises en charge, ces éléments sont prioritaires par rapport à une simulation planifiée.

Enfin, les formatrices devraient observer leur propre performance au cours de la simulation et procéder aux ajustements nécessaires, le cas échéant. Il pourrait, par exemple, être nécessaire de modifier le script du scénario ou la performance de l'actrice qui joue le rôle de la patiente en obstétrique.

1.4 L'importance d'écouter

Écouter, c'est percevoir et interpréter. Nous percevons à l'aide de tous nos sens, et non uniquement avec l'ouïe. Nous procédons alors à une explication du phénomène perçu, et agissons en fonction de cette explication.

Certains actes sont incompréhensibles pour les autres, car leur perception d'un même événement est différente, ou parce qu'ils lui attribuent une autre explication. Interprétations et explications sont souvent le fruit de l'accumulation d'expériences de vie, qui viennent influencer l'expérience d'apprentissage. Une personne pessimiste, par exemple, a tendance à percevoir et interpréter les choses négativement, alors que les optimistes les perçoivent et les interprètent positivement.

À partir de ce point de vue, communiquer de manière efficace est vraiment une importante responsabilité et un défi de taille.

La locutrice parle de ce qu'elle considère être important, et ce qu'elle pense être important pour l'autre. La réceptrice entend ce qu'elle considère être important, et ce qu'elle pense être important pour l'autre. La responsabilité est ainsi double, lors de l'écoute et de la garantie de la compréhension mutuelle.

Il est souvent utile, afin de minimiser les risques de malentendus, d'avoir recours à l'écoute active, qui consiste à vérifier notre compréhension en paraphrasant ce que l'on entend (dire

avec ses propres mots ce que l'on a entendu). Supposer avoir compris un message qui n'était pas clair peut entraîner d'importants malentendus qui, dans le cas des urgences obstétricales, peuvent être catastrophiques.

Les formatrices devraient ainsi exercer leurs compétences d'écoute lors des séances de compte rendu. Lorsqu'une participante dit quelque chose qui n'est pas clair, la formatrice devrait lui demander de clarifier ses propos avant de faire des suppositions d'interprétation.

1.5 La liberté de poser des questions

Poser des questions permet aux formatrices de réellement comprendre ce qui s'est passé au cours de la simulation, du point de vue des participantes. Il existe deux types de questions:

- ouvertes
- fermées

Les questions ouvertes sont celles qui visent à élargir les connaissances. Elles n'ont pas de réponse « correcte », ni par « oui » ou « non ». Voici des exemples de questions ouvertes: Comment vous sentez-vous? À votre avis, qu'est-ce qui pourrait améliorer cet exercice? Que changeriez-vous? Que pensez-vous de la communication avec la patiente en obstétrique et sa famille?

Les questions fermées ont pour visée de confirmer ou de réfuter une hypothèse, et appellent souvent un « oui » ou un « non » pour réponse. Par exemple: Vous sentiez-vous bien? Les soins dispensés auraient-ils pu être améliorés? La patiente en obstétrique a-t-elle reçu le bon traitement?

En général, nous préférons/utilisons d'abord les questions ouvertes lors des séances de compte rendu, et ce pour deux raisons:

- nous cherchons à obtenir le plus d'informations possible
- nous cherchons à créer une atmosphère où les personnes ne se sentent pas évaluées et participent librement

Cependant, il peut parfois être essentiel d'avoir recours à des questions fermées, par exemple afin de confirmer quelque chose qui a pu être ambigu, ou tout simplement pour confirmer un consensus.

1.6 L'importance de faire des commentaires et d'en recevoir

Les commentaires sont très utiles en termes d'amélioration des performances et de vérification des perceptions de la formatrice et des participantes. Il demeure néanmoins important de garder à l'esprit que les commentaires sont une opinion, ou une interprétation, et non un fait.

Lorsqu'une formatrice fait un commentaire, la participante perçoit et interprète le commentaire avec sa propre subjectivité. La participante devrait ainsi communiquer son interprétation du commentaire, afin de s'assurer d'une bonne communication et d'une bonne réception.

Voici quelques points que les formatrices devraient garder à l'esprit lorsqu'elles font des commentaires et en reçoivent:

- le commentaire de la formatrice est une opinion (interprétation) du comportement des participantes, et devrait toujours commencer par « Je pense que... » ou « Je perçois que... »

- les commentaires ne doivent être faits qu'avec le consentement de l'autre personne, ils devraient être demandés ou proposés
- les commentaires doivent toujours être respectueux et bienveillants
- faire des commentaires nécessite des compétences, et doit donc être pratiqué

Il est très important, lors des séances de compte rendu, d'observer, de poser des questions et de dire, respectueusement, les choses qui pourraient apporter des améliorations, que ce soit en renforçant des comportements positifs ou en suggérant l'amélioration d'un comportement inadéquat.

Voici des exemples de début de phrases à privilégier lors des commentaires:

- Je pensais que...
- Je voudrais savoir ce que vous avez vu, moi j'ai vu...
- J'ai trouvé cet exercice...
- Les recommandations de soins d'urgence dans le monde entier préconisent de...

Cette méthode de commentaires permet d'atteindre deux objectifs:

1. Les participantes écoutent volontiers et ne sont pas sur la défensive, puisqu'elles ne se sentent pas attaquées, ce qui peut se produire lorsque des formatrices commentent directement la performance des participantes.
2. Les participantes ont la possibilité d'observer la manière dont une autorité extérieure façonne les comportements et procédures souhaités (c'est-à-dire que les commentaires et la formation ne reposent pas sur les opinions de la formatrice, mais bien sur des directives de soins d'urgence reconnues dans le monde entier).

1.7 Autres ressources pédagogiques

- Organisation mondiale de la Santé (2005). *Effective Teaching: A Guide for Educating Healthcare Providers*. Genève.
- Jhpiego. (2010). *Training Skills for Health Care Providers*. Baltimore, MD, États-Unis.
- Jhpiego. (2004). *Guidelines for assessment of skilled providers after training in maternal and newborn healthcare*. Baltimore, MD, États-Unis.
- Jhpiego. (2011). *Simulation Training for Educators of Health Care Workers: Guide for Facilitators*. Baltimore, MD, États-Unis.
- Jhpiego. (2011). *Simulation Training for Educators of Health Care Workers: Guide for Learners*. Baltimore, MD, États-Unis.

2. Prérequis pour mener des simulations d'urgences obstétricales

2.1 L'environnement matériel adapté et le consentement des parties prenantes

Les simulations d'urgences obstétricales peuvent être organisées dans divers environnements, mais l'expérience montre qu'elles sont optimales dans les établissements qui réalisent un grand nombre d'accouchements (au moins 500 par an) et qui dispensent les soins selon des directives de soins obstétricaux d'urgence (SOU) bien définies. Avant de mettre en œuvre des simulations d'urgences obstétricales, veuillez vous reporter au guide de l'Annexe 1 pour réaliser une évaluation de l'établissement, sous « Outils pour l'enseignement et l'apprentissage » en section 1. Servez-vous des résultats de l'évaluation de l'établissement pour créer un plan de mise en œuvre des simulations adapté à l'établissement.

Il est important, avant de créer un programme de simulations d'urgences obstétricales, d'obtenir la permission/le consentement de l'établissement de mener les simulations et de les filmer.

2.2 L'équipe/Les formatrices pour la mise en pratique

Il est nécessaire, pour mettre en pratique les simulations, de disposer d'une équipe qui évaluera la disposition de l'établissement à accueillir de tels entraînements, d'échanger avec les parties prenantes de l'établissement afin d'obtenir leur soutien à la mise en pratique et d'enseigner aux prestataires de soins la manière de participer à une simulation d'urgence obstétricale et de les mener. L'équipe de mise en pratique, ou formatrices, sera idéalement composée de trois professionnelles de santé:

- Une obstétricienne
- Une sage-femme
- Une infirmière

Dans les contextes où ces trois professionnelles ne participent pas aux naissances, veuillez inclure un membre de chaque profession médicale qui compose l'équipe de santé maternelle. Le fait qu'il n'y ait pas trois membres disponibles ne devrait pas vous empêcher de mener les simulations.

Au moins une personne de l'équipe de formation doit être une femme, afin de promouvoir l'égalité des sexes et, s'il n'y a pas d'autre actrice, elle devrait jouer le rôle de la patiente en obstétrique.

Procédez à une évaluation de l'établissement et servez-vous des résultats pour créer un plan de mise en œuvre des simulations adapté à l'établissement.

QUALIFICATIONS ET CRITÈRES REQUIS DES FORMATRICES

- Les formatrices doivent être des prestataires de soins ayant au moins trois années d'expérience (si elles n'ont pas trois années d'expérience, il doit s'agir des professionnelles médicales les plus expérimentées) dans le service obstétrique de l'établissement où les simulations seront menées.
- Les formatrices doivent connaître et respecter les pratiques de soins obstétricaux d'urgence recommandées par les directives factuelles les plus récentes et le ministère de la Santé national (ou son équivalent), qui incluent des pratiques relatives à l'hémorragie du post-partum et aux maladies hypertensives.
- Les formatrices doivent avoir suivi une formation aux SOU standardisés avant de diriger les entraînements par simulations.
- Les formatrices doivent maîtriser la langue ou le dialecte local.
- Les formatrices doivent être dotées d'excellentes compétences de communication et d'une capacité à observer, poser des questions et communiquer respectueusement à propos de toute question qui pourrait surgir au cours de la simulation.
- Les formatrices doivent disposer d'excellentes compétences interpersonnelles et être capables de créer de bonnes relations et un bon travail d'équipe.
- Les formatrices doivent être présentes à toutes les étapes du déroulement des simulations.

REMARQUE: Les formatrices peuvent être remplacées par d'autres membres du personnel de l'établissement, en fonction des personnes impliquées dans les soins de grossesse et du nombre de prestataires de soins disponibles.

LES RÔLES DES FORMATRICES

L'équipe de formation qui mène les simulations est composée de trois personnes qui jouent des rôles différents au cours de la simulation : (1) une actrice qui joue le rôle de la patiente en obstétrique, (2) un(e) directeur(trice) et (3) un(e) observateur(trice). Si cela est souhaité, l'équipe de formation peut compter un quatrième membre, qui peut jouer le rôle du « membre de la famille » qui apporte des informations supplémentaires sur les antécédents de la patiente en obstétrique.

Actrice/Patiente en obstétrique

Lors de la simulation, une actrice joue le rôle de la patiente en obstétrique souffrant d'une urgence obstétricale. L'actrice fait partie de l'équipe de mise en pratique. Elle doit apprendre le script du scénario afin d'en connaître les détails, et avoir de très bonnes connaissances de l'urgence ou la complication en question. Les questions posées par les prestataires n'étant pas prévues, elle doit pouvoir répondre aux questions, même si ces dernières ne figurent pas dans le script du scénario.

L'actrice joue la comédie/simule l'urgence et gère le temps que dure la simulation. Elle peut modifier son rôle afin d'influencer les actions des apprenantes. Les infirmières, obstétriciennes ou sage-femmes peuvent jouer le rôle de la patiente.

Directrice

La directrice de la simulation fournit à l'équipe les informations relatives à l'état de la patiente en obstétrique (pression artérielle, examens du col utérin, etc.) dont elle a besoin pour prendre des décisions et poser des actes. La directrice suit le script du scénario mais les informations qu'elle donne dépendent des décisions que prennent et des actes que posent les participantes à la simulation. Si, par exemple, les participantes à la simulation mesurent la tension artérielle de la patiente en obstétrique, la directrice les informe des résultats, mais si elles ne la mesurent pas, cette information ne leur est pas communiquée. La directrice peut, de plus, moduler le ton de sa voix pour rendre la situation plus réaliste.

Observatrice

Pendant la simulation, une observatrice note tout ce qui se passe à l'aide d'une liste de vérification qui sera également utilisée pour orienter la séance de compte rendu (Annexes 3 et 5).

Le rôle/La tâche de l'observatrice est de regarder toute la scène et de compléter la liste de vérification afin de noter la performance/les actions de l'équipe de participantes.

Une fois la simulation terminée, l'équipe de mise en pratique (la directrice, l'actrice et l'observatrice) se réunit pendant quelques minutes afin de passer la liste de vérification en revue et de procéder à la mise en commun des commentaires avec les participantes.

Recommandations à l'attention de l'observatrice:

L'observatrice doit prendre connaissance de la liste de vérification avant le début de la simulation et la compléter entièrement au cours de l'exercice. Au besoin, l'observatrice peut prendre le temps de rédiger ses dernières remarques entre la fin de la simulation et la séance de compte rendu. Au cours de la séance de compte rendu, l'observatrice doit commenter réviser ses réponses pendant que la vidéo est visionnée par tous.

Recommandations à l'attention des formatrices:

L'équipe doit donner la priorité aux aspects les plus essentiels de l'intervention d'urgence, tels qu'évalués sur la liste de vérification de l'observatrice, lors de la discussion de la séance de compte rendu.

2.3 Les participantes aux exercices de simulations d'urgences obstétricales

L'équipe qui participe à la simulation et joue les rôles des intervenantes lors de l'urgence devrait être composée de membres de l'équipe d'obstétrique de l'établissement de santé. Le nombre de participantes peut varier selon les établissements de soins de santé, car il est recommandé que le nombre habituel de prestataires de soins de l'équipe d'obstétrique de l'établissement prenne en charge la patiente en obstétrique au cours de l'exercice de simulation. Les obstétriciennes, sage-femmes et infirmières devraient toutes participer, comme s'il s'agissait d'une vraie urgence. Pendant la simulation, les participantes devraient endosser le rôle qu'elles joueraient au cours d'une vraie urgence, conformément à leur pratique habituelle. Les participantes qui composent cette équipe ne sont pas sélectionnées, il s'agit des prestataires en service lorsque la simulation commence.

3. Comment mener des simulations d'urgences obstétricales

3.1 Aperçu

Avant chaque simulation, les formatrices doivent préciser aux participantes (les prestataires de soins qui prendront la patiente en obstétrique en charge) que les mesures à prendre doivent l'être réellement jusqu'à un certain point ; les procédures invasives, par exemple, seront simulées et non pratiquées sur la patiente en obstétrique. La simulation prend fin lorsque la patiente en obstétrique a reçu un traitement et qu'un résultat clinique a été atteint, tel que la directrice de la simulation le jugera satisfaisant.

Une séance de compte rendu avec le personnel doit être organisée dès que la simulation se termine. La séance de compte rendu est la partie la plus importante de la simulation, car elle permet au personnel d'aborder dans leur ensemble les éléments positifs et négatifs de leur performance et de celle de l'équipe au cours de la simulation. La séance de compte rendu inclut une discussion systématique des éléments clés, et des réactions qui auraient dû avoir lieu. La remédiation de tout problème soulevé doit être prévue dans un plan ad hoc.

3.2 Le script du scénario

Ce manuel comprend des exemples de deux scripts différents (Annexes 2 et 4), l'un pour l'hémorragie du post-partum et l'autre pour la pré-éclampsie/éclampsie. Des scripts supplémentaires peuvent être élaborés pour la conception de simulations d'autres scénarios d'urgences obstétricales et néonatales, conformément aux directives de l'établissement de santé.

Le script décrit en détails le déroulé du scénario d'urgence. Il contient également une évolution clinique détaillée et la durée adéquate pour chaque événement. L'actrice et la directrice doivent avoir pris connaissance du script et être préparées à adapter leurs réactions en fonction des actions des participantes.

Le script sera élaboré en fonction de la disponibilité d'équipements et de fournitures au sein de l'établissement de santé, ainsi que de sa disposition physique et des objectifs de la simulation. Il est suggéré que les établissements utilisent les scripts de simulation fournis, et les adaptent en fonction des dernières données factuelles à jour et des directives et ressources de l'établissement. Ces scripts sont une base d'orientation pour la mise en pratique des simulations, et ne constituent nullement des directives cliniques. Un script différent peut être élaboré pour tout scénario d'urgence et devrait être adapté au contexte local. Il devrait en outre préciser le rôle de chaque formatrice de l'équipe de mise en pratique. Le script devrait, également, prendre les participantes et la durée de l'exercice de simulation en compte.

3.3 Les fournitures nécessaires pour la simulation d'urgence obstétricale

Un certain nombre d'éléments matériels sont nécessaires pour mener une simulation. Les participantes doivent avoir accès à toutes les fournitures/ressources nécessaires lors d'une vraie urgence obstétricale. La liste suivante peut servir de guide pour les fournitures nécessaires à l'exercice:

1. un lit
2. une petite table où poser toutes les fournitures médicales
3. un ballon autogonflable de réanimation/masque à oxygène ou une canule à oxygène
4. un cathéter stérile

5. des aiguilles stériles
6. des seringues stériles
7. une perfusion/tubulure intraveineuse
8. une solution saline et/ou un soluté Ringer Lactate
9. des gants
10. des médicaments à injecter par voie intraveineuse ou intramusculaire et à prise par voie orale qui peuvent être nécessaires pendant une urgence: par ex. des ampoules (hydrazaline, labétalol, sulfate de magnésium, ocytocine, diazépam, ergotamine, etc.), des comprimés (nifédipine, misoprostol, etc.)
11. un fœtoscope
12. un stéthoscope et un tensiomètre
13. un thermomètre
14. une canule oropharyngée
15. un cathéter de Foley
16. de la gaze
17. de l'alcool ou autre antiseptique
18. du sparadrap Micropore ou équivalent
19. un placenta factice (si vous disposez d'un simulateur d'accouchement, le placenta pourrait être utile pour la simulation d'une hémorragie du post-partum) et du tissu pour l'attacher au ventre de la patiente en obstétrique
20. un caméscope (ou autre moyen d'enregistrer une vidéo) et un ordinateur ou un écran pour visionner la vidéo

Les simulations prennent fin lorsque la patiente en obstétrique a reçu un traitement et qu'un résultat clinique a été atteint.

3.4 La marche à suivre

Cette section propose la description détaillée de la manière dont une simulation d'urgence obstétricale devrait/doit être organisée et menée.

1. *Informez/Obtenez des autorisations de tous les membres du personnel* du service d'obstétrique, des autorités de l'hôpital et autres services éventuellement impliqués, tels que le laboratoire, le service d'échographie, d'anesthésie, de néonatalogie, d'hématologie, la salle d'opération, etc.
2. *Préparez le matériel nécessaire pour la simulation d'urgence obstétricale:* les scripts, la liste de vérification de l'observatrice, le caméscope (ou autre enregistreur vidéo), et l'ordinateur (ou écran) pour visionner la vidéo.
3. *Choisissez un moment adapté pour réaliser la simulation:* Assurez-vous que la simulation ne perturbera pas le travail clinique en cours, et préparez-vous à l'éventualité de devoir remettre ou abandonner une simulation en cas de réelle urgence.
4. *Passez un contrat de fiction avec les participantes*
 - Le contrat de fiction est un accord verbal mutuel entre les formatrices et les participantes. Par ce contrat, les formatrices reconnaissent que la simulation n'est pas le reflet exact de ce qui se passe dans la vraie vie, mais acceptent de faire tout leur possible pour s'en rapprocher au maximum. Les participantes, de leur côté, acceptent de faire de leur mieux pour se comporter comme si la situation était réelle. Les formatrices doivent expliquer aux participantes qu'elles ne doivent pas s'adresser à la

directrice de la simulation, dont le rôle est simplement de les informer des signes cliniques et symptômes de la patiente en obstétrique pendant la simulation.

- Les participantes s'inquiètent souvent du fait que les simulations soient conçues pour mettre en lumière leurs faiblesses ou les humilier. Pour contrer ces craintes, les formatrices doivent clairement faire comprendre qu'elles supposent que les participantes sont bien intentionnées et qu'elles font de leur mieux mais qu'elles commettront sûrement des erreurs au cours de l'exercice; ce qui est tout à fait acceptable, puisque la séance de compte rendu est un bon endroit où parler de l'amélioration de notre pratique. L'accent est mis sur l'apprentissage, et non sur le fait de surprendre les gens alors qu'ils commettent une erreur.
 - Il est également important de souligner que les procédures invasives doivent également être simulées, et non réalisées. La simulation doit être exempte de dangers pour la patiente en obstétrique, qui est une actrice. Les mesures à prendre doivent l'être réellement jusqu'à un certain point: les cathéters, par exemple, sont prêts mais il n'est procédé à aucune perfusion; le garrot est posé et l'aiguille est prête pour les prises de sang, mais aucun prélèvement n'est réalisé, etc. Si la disponibilité ou l'utilisation des équipements est restreinte dans l'établissement, les participantes peuvent faire semblant d'en disposer, ou de l'utiliser, de manière à ne pas compromettre leur utilisation effective dans une situation réelle.
 - Les formatrices doivent informer les participantes qu'une séance de compte rendu aura lieu après la simulation, et leur demander leur autorisation de filmer l'exercice, en précisant bien que le seul objectif de la vidéo sera de la visionner pendant la séance de compte rendu. Afin de préserver la confidentialité de tout le monde, la vidéo peut être supprimée à la fin de la simulation, en présence des participantes.
5. *Réaliser la simulation*: Pour mener une simulation, l'équipe doit utiliser les scénarios et scripts de l'hémorragie du post-partum et de l'éclampsie (Annexes 2 et 4).
 6. *Séance de compte rendu après la simulation*: Les formatrices et participantes doivent discuter de la manière dont s'est passée la simulation et des domaines qui pourraient être améliorés. Voir la section 4 (ci-après) pour plus de détails à ce propos.

4. Séance de compte rendu

La séance de compte rendu est une conversation qui sert à passer en revue la simulation d'urgence obstétricale qui vient de se terminer. Lors de la séance de compte rendu, qui doit avoir lieu immédiatement après la simulation, les participantes et les formatrices visionnent la totalité de la vidéo de la simulation puis explorent et analysent leurs actions et processus de pensée, les communications au sein de l'équipe et les interactions, les états émotionnels de chacun, et les informations nécessaires à l'amélioration de la performance des participantes en situation de réelle urgence. Au besoin, ou sur demande des participantes, la vidéo peut être visionnée une nouvelle fois dans sa totalité, ou certains passages uniquement.

Les formatrices se serviront du guide de compte rendu (Annexes 3 et 5) pour modérer la séance de compte rendu. L'observatrice doit baser ses commentaires relatifs aux participantes sur les informations notées sur la liste de vérification de l'observatrice (Annexes 3 et 5). Lorsque les formatrices parviennent à favoriser un degré élevé d'implication des participantes, ces dernières profitent d'une meilleure rétention des informations, d'un apprentissage approfondi et les chances de transferts de nouvelles connaissances, compétences ou attitudes aux autres membres du personnel de soin sont également plus élevées.

OBJECTIFS DE LA SÉANCE DE COMPTE RENDU: AUTO-RÉFLEXION

Pour les participantes (personnel de soins de santé):

- Identifier les lacunes dans leur performance, et comprendre ce qui s'est passé
- Proposer des solutions afin d'améliorer la performance en situation de réelle urgence
- Identifier les bonnes pratiques et y avoir davantage recours

4.1 Les quatre éléments essentiels au compte rendu⁷

1. Créer et maintenir un environnement d'apprentissage attrayant
2. Structurer la séance de compte rendu de manière organisée
3. Provoquer des discussions intéressantes
4. Identifier et étudier les lacunes dans la performance (l'écart entre la performance souhaitée et la performance attestée)

ÉLÉMENT CLÉ 1: CRÉER ET MAINTENIR UN ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE ATTRAYANT

Les formatrices confirment que l'accent est porté sur l'apprentissage et non sur les erreurs que l'on remarque chez les participantes, et tentent de créer un environnement dénué de jugement où elles peuvent dire ce qu'elles pensent et ressentent à propos de la simulation. Voici quelques indications portant sur des attitudes positives que les formatrices peuvent adopter lors de la séance de compte rendu:

- Faire une déclaration telle que: « Les erreurs sont des énigmes à résoudre, pas des crimes à punir »
- Dire que l'on comprend que les participantes tentent d'agir positivement, même lorsqu'elles font des erreurs
- Exprimer d'une manière ou d'une autre le fait qu'il est entendu pour tout le monde que les participantes sont intelligentes, bien formées et font de leur mieux
- Démontrer une réelle curiosité à comprendre les pensées des participantes
- Poser des questions qui encouragent les participantes à développer leur pensée
- Critiquer un comportement, PAS une personne

Les comportements négatifs à éviter:

- Taquiner les expressions d'anxiété des participantes, ou les ignorer
- Faire des commentaires méprisants à propos des compétences des participantes
- Poser des questions et y répondre soi-même
- Reprendre à son compte les remarques des participantes
- Faire preuve de sarcasme ou d'ironie au cours de la discussion

ÉLÉMENT CLÉ 2: STRUCTURER LA SÉANCE DE COMPTE RENDU DE MANIÈRE ORGANISÉE

La séance de compte rendu comporte trois phases:

1. Le recueil des réactions des participantes
2. L'analyse et la généralisation
3. La synthèse

Le recueil des réactions des participantes

Les participantes doivent être encouragées à exprimer leurs premières réactions émotionnelles par rapport à la simulation. Si les formatrices leur accordent une oreille attentive, un sens de sécurité est instauré. Les formatrices peuvent également poser des questions qui invitent les participantes à exprimer leurs premières réactions et émotions.

L'analyse et la généralisation

Cette phase a pour objectif de permettre aux participantes de formuler leurs inquiétudes, de se pencher sur ce qu'elles ont pensé et ressenti, et de discuter de ce qui s'est passé au cours de la simulation. Les formatrices doivent utiliser la liste de vérification de l'observatrice pour analyser la prise en charge de la patiente en obstétrique par les participantes. Les formatrices font

alors leurs commentaires aux participantes et émettent des suggestions en vue d'améliorer les soins d'urgence obstétricale prodigués. (Voir Annexes 3 et 5)

Les simulations portent avant tout sur l'apprentissage et la création d'environnements bienveillants dans lesquels les participantes peuvent partager leurs pensées et leurs sentiments.

La synthèse des enseignements tirés

L'objectif de cette phase est de passer en revue les principaux points et de résumer les enseignements tirés. Les participantes peuvent commencer par résumer ce qu'elles ont appris. Voici quelques questions qui peuvent les aider à résumer leur expérience:

- « Qu'est-ce qui s'est bien passé? »
- « Dans des circonstances semblables, que feriez-vous différemment la prochaine fois? »
- « Quels enseignements vous seront utiles dans votre pratique? »

La formatrice doit ensuite résumer les éléments d'apprentissage, et surtout tout point important dont les participantes n'auraient pas parlé.

ÉLÉMENT CLÉ 3: PROVOQUER DES DISCUSSIONS INTÉRESSANTES

L'objectif de la séance de compte rendu est d'inciter les participantes à se concentrer sur les enseignements essentiels et les possibilités d'apprentissage, tout en favorisant une discussion approfondie. Pour qu'une séance de compte rendu soit fructueuse, il faut parvenir à amener les participantes à mettre les informations en pratique, les analyser, les synthétiser et les évaluer. Il faut encourager les participantes à se pencher sur leur propre approche de la pratique clinique.

Voici quelques astuces importantes pour aider les formatrices à créer une discussion intéressante:

- Utiliser des exemples concrets à partir desquels réfléchir et discuter
- S'appuyer sur les actions et résultats observés pour poser des questions
- Faire part de son propre raisonnement et de ses opinions

Les formatrices devraient faire part du raisonnement, ou de la logique, qui les mène à poser certaines questions, tout en faisant preuve d'intérêt et de respect à l'égard des participantes. Dans l'idéal, les suppositions et conclusions des personnes qui dirigent la séance de compte rendu sont partagées de manière à procéder à des ajustements ultérieurs.

En d'autres mots, les formatrices doivent garder un œil critique sur leurs propres conclusions et supposer que les participantes sont bien intentionnées.

La modération des discussions à l'aide de techniques verbales et non-verbales

Les formatrices utilisent généralement des techniques verbales et non-verbales, à la fois consciemment et inconsciemment, pendant la séance de compte rendu. Voici quelques-uns des comportements positifs à adopter:

- Recueillir et utiliser des points de vue divergents afin d'enrichir la compréhension d'un point
- Poser aux participantes les moins actives des questions de fond à propos de l'exercice de simulation
- Écouter attentivement les remarques des participantes, sans les interrompre
- Utiliser le langage corporel, tel que les acquiescements, le contact visuel, la posture, les expressions faciales, etc.
- Impliquer tout le monde: ne pas permettre à une ou deux personnes d'accaparer le temps de parole

La reconnaissance et la gestion d'une participante qui est contrariée

Il est important de déceler le fait qu'une personne soit contrariée, d'en faire le constat à voix haute et de vérifier, respectueusement, auprès de la personne que cela est exact.

La formatrice doit alors tenter de rééquilibrer la situation, expliquer qu'il s'agit d'une réaction courante (« Nous avons mené cette simulation plusieurs fois, et presque tout le monde réagit comme vous. »), permettre aux autres participantes de prendre le parti de la personne contrariée, etc.

ÉLÉMENT CLÉ 4: IDENTIFIER ET ÉTUDIER LES LACUNES DANS LA PERFORMANCE (L'ÉCART ENTRE LA PERFORMANCE SOUHAITÉE ET LA PERFORMANCE ATTESTÉE)

Les formatrices doivent décrire les lacunes en termes de performance, soit la différence entre le comportement attesté et le comportement idéal. Les séances de compte rendu doivent apporter des informations concrètes aux participantes sur leur performance, et chercher à identifier les causes des écarts constatés. L'attention portée aux raisons de la présence d'écarts entre le comportement observé des participantes et le comportement attendu est un élément caractéristique d'une bonne séance de compte rendu.

4.2 Les astuces pour la séance de compte rendu

De manière générale:

- Suivre une méthode
- Inclure l'ensemble des participantes
- Poser des questions ouvertes et attendre les réponses
- Utiliser un langage positif, dénué de critiques, pour parler des propositions d'améliorations
- Se servir de la simulation filmée pour clarifier tout doute relatif à ce qui s'est passé
- Autonomiser les participantes dans leur capacité à analyser leur propre performance
- Identifier les comparaisons avec les situations de la vraie vie

4.3 La marche à suivre

Utiliser les « Guide de séance de compte rendu et Listes de vérification de l'observatrice » disponibles en Annexes 3 et 5 pour évaluer la simulation et mener la séance de compte rendu.

Astuces générales à l'attention de l'équipe de mise en œuvre/des formatrices

1. Brisez la glace: Créez un contexte favorable à l'apprentissage.
2. Identifiez les attentes des participantes. Assurez-vous de créer une bonne relation avec les participantes pour garantir la réussite du programme.
3. Minimisez les niveaux de hiérarchie et créez une symétrie, en utilisant, par exemple, les déclarations suivantes: « Les situations auxquelles vous êtes confrontées dans ce service sont importantes et permettront d'enrichir cette formation », ou « Nous apprenons toujours, en tant que formatrices, des expériences partagées par les équipes que nous formons ». Partagez une expérience au cours de laquelle vous avez appris de vos erreurs.
4. Posez de vraies questions, afin de comprendre comment pensent les participantes.
5. Servez-vous de l'humour comme d'une ressource pédagogique.
6. Pendant la séance de compte rendu, encouragez les participantes à réfléchir à ce qui s'est bien passé, ce qui aurait pu être mieux réalisé et ce qui n'aurait pas du être fait.
7. Mettez tous vos sens à contribution afin de ressentir ce qui se passe au cours de l'exercice de simulation.
8. Prenez garde à vos propres interprétations, en tant que formatrices: elles peuvent faire obstacle à la communication avec les participantes.
9. Demandez aux participantes de partager leurs impressions.
10. Demander à tous les membres de l'équipe de partager leurs impressions, afin d'améliorer la performance des prochaines simulations. Faire des commentaires et en accepter, en toute honnêteté et dans le respect de l'autre.
11. Prenez du plaisir!

Annexe 1: Évaluation de la préparation du lieu

A. Le guide d'entretien avec l'informatrice clé

Section I : Informations générales à propos de l'informatrice clé

Instructions pour la personne réalisant l'entretien: Remplir un formulaire par entretien

A	Date de l'entretien	
B	Heure de début de l'entretien	
C	Heure de fin de l'entretien	
D	Durée de l'entretien (minutes)	
E	Nom de l'hôpital/du centre de santé	
F	Fonction/Spécialité	
G	Âge de la personne interrogée	
H	Sexe de la personne interrogée	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>
I	Nom de la personne menant l'entretien	
J	Observations et remarques supplémentaires	

Section II: Explication et évaluation de la faisabilité de la mise en œuvre

Introduction: « Nous souhaiterions vous demander votre opinion à propos de la faisabilité de la mise en œuvre de simulations d'urgentes obstétricales au sein de votre hôpital/centre de santé. Nous vous remercions de nous donner votre franche opinion quant à tout facteur susceptible d'influencer la réussite de la mise en pratique de simulations d'urgentes obstétricales dans votre établissement de soins. Nous souhaiterions également obtenir votre avis sur la manière de mener ces simulations. Je vais vous présenter un exemple de simulation et d'explication écrite, afin que nous puissions en discuter. »

Instructions pour la personne réalisant l'entretien:

- Présenter et expliquer le document ci-après, intitulé « Description de simulations d'urgentes obstétricales » à l'informatrice clé (directrice d'hôpital/de centre de santé)
- Présenter à l'informatrice clé un exemple visuel de simulations à l'aide de l'exemple de diaporama PowerPoint (ou tout autre document descriptif)
- Utiliser les questions Q1-Q12 ci-dessous pour discuter de la faisabilité de mener des simulations dans l'établissement

Aperçu: Simulations d'urgences obstétricales en vue d'améliorer la prise en charge des femmes en cas d'urgences obstétricales

Une **simulation d'urgence obstétricale** est une méthode d'entraînement à la prise en charge structurée et coordonnée d'une urgence obstétricale par le personnel de soins.

Nous prévoyons de mener des simulations à une fréquence qui soit adaptée au maintien des compétences du personnel clinique. Cela peut être deux fois par semestre, ou une seule, ou deux fois par an, en fonction des besoins. La première simulation servira à détecter les problèmes latents et à mettre en place des mesures correctives. Les simulations proposées ci-après permettront d'évaluer l'efficacité des mesures correctives adoptées et d'améliorer les faiblesses de la prise en charge obstétricale.

Comment sont réalisées les simulations d'urgences obstétricales

1. La simulation sera préparée en amont et les autorisations nécessaires obtenues auprès de l'hôpital avant la mise en pratique.
2. La simulation ne peut pas être programmée. Elle doit être réalisée de manière inattendue, comme une vraie urgence. Une **actrice** joue le rôle d'une patiente en obstétrique souffrant d'une urgence obstétricale. Elle est accompagnée par une personne en mesure de fournir des informations relatives à ce qui s'est passé avant leur arrivée à l'établissement de soins.
3. Le service de santé doit réagir comme s'il s'agissait d'une situation réelle. Ceci signifie que tous les membres de l'équipe de soins doivent participer à la simulation (le médecin, la sage-femme, l'infirmière, etc.). Les mesures à prendre doivent l'être réellement jusqu'à un certain point: les cathéters, par exemple, sont prêts mais il n'est procédé à aucune perfusion; le garrot est posé et l'aiguille est prête pour les prises de sang, mais aucun prélèvement n'est réalisé, etc.
4. Une directrice de simulation fournit les informations sur l'état de la patiente en obstétrique (tension artérielle, examens du col de l'utérus, etc.) dès que cela est nécessaire. Dans le cas d'une analyse sanguine, un échantillon de faux sang doit être « envoyé » au labo (ne pas vraiment l'envoyer au labo) ou la directrice de simulation fournit aux participantes les résultats d'analyse simulée.
5. Une observatrice prend des notes sur la performance de chaque participante tout au long de la simulation.
6. La simulation prend fin lorsque l'actrice/la patiente en obstétrique a reçu un traitement adéquat, tel que la directrice de la simulation le jugera satisfaisant.

7. Une séance de compte rendu avec le personnel est organisée après une courte pause, dès la fin de la simulation. Les participantes sont invitées à discuter des points positifs et négatifs de leur performance individuelle et collective lors de la simulation. Ceci doit être suivi par une discussion systématique sur les événements clés et les réactions qui devraient avoir lieu lors d'une urgence obstétricale.
8. Des plans de remédiation aux problèmes détectés lors de la simulation sont alors élaborés.

Questions pour l'entretien avec l'informatrice clé

Q1. L'« Aperçu: Simulations d'urgences obstétricales en vue d'améliorer la prise en charge des femmes en cas d'urgences obstétricales » (les questions se trouvent sur la page précédente) décrit la mise en pratique d'une simulation d'urgence obstétricale. Que pensez-vous de l'éventualité de mettre en œuvre cette méthodologie au sein de votre hôpital/clinique?

Q2. Si vous deviez mettre en pratique/mener une simulation d'urgence obstétricale, comment le feriez-vous?

Q3. Quelles professionnelles de santé devraient participer à une simulation?

Q4. Quels défis pourrait-on rencontrer au cours de ce processus? Que suggérez-vous pour les relever/résoudre les problèmes éventuels?

Q5. Pensez-vous qu'il sera possible de mener des séances de compte rendu immédiatement après une simulation? Pourquoi? Quelles seraient les difficultés rencontrées? (Indice: Y a-t-il un soutien institutionnel? Les membres du personnel de soins faisant partie de l'équipe de la simulation pourront-ils dégager du temps de leur service pour cela?)

Q6. Pensez-vous que, de manière générale, le personnel de l'hôpital/du centre de santé acceptera cette stratégie pédagogique? Pourquoi? Quelles seront les difficultés rencontrées? Que pourriez-vous suggérer pour que cela soit plus acceptable?

Q7. Combien de simulations pensez-vous qu'il soit possible/acceptable de mener au cours des six premiers mois de la mise en œuvre?

Q8. Souhaitez-vous ajouter quelque chose, dont nous n'ayons pas encore parlé, à propos de la faisabilité de la mise en pratique des simulations, ou de l'acceptation par le personnel et la direction de l'hôpital?

Introduction: « Je vais maintenant vous poser des questions à propos de la disponibilité de ressources humaines, d'équipements et de fournitures qui pourrait avoir un impact sur la mise en œuvre du programme de simulations d'urgences obstétricales. »

Q9. Merci de me donner des informations détaillées sur la disponibilité des ressources suivantes au sein de votre établissement:

- Communication: L'hôpital dispose-t-il d'une ligne téléphonique?
OUI NON
- Fonctionne-t-elle correctement? OUI NON
- Eau propre: Les salles d'urgence ou de travail et d'accouchement disposent-elles d'eau propre? OUI NON
- Transport: Combien de temps, en moyenne, une ambulance met-elle à transporter une patiente en obstétrique nécessitant des soins d'urgence jusqu'à l'hôpital/l'établissement de soins?

- Ressources humaines: Y a-t-il des médecins/sage-femmes/infirmières disponibles 24h/24 et 7j/7 à l'hôpital/au centre de santé? OUI NON

- Laboratoire: Y a-t-il un laboratoire et une banque de sang disponible 24h/24 et 7j/7 à l'hôpital/au centre de santé? OUI NON
Le laboratoire peut-il procéder aux analyses suivantes:
 - Hémoglobine/Hématocrite OUI NON
 - Syphilis OUI NON
 - VIH OUI NON
 - Groupe sanguin et Rh OUI NON
- Anesthésiologie : L'établissement dispose-t-il d'un service d'anesthésiologie 24h/24 et 7j/7 au cas où une césarienne ou une hystérectomie serait indiquée? OUI NON
- Néonatalogie : L'établissement dispose-t-il d'un service de néonatalogie 24h/24 et 7j/7? OUI NON
 - Si non, y a-t-il du personnel formé aux soins essentiels du nouveau-né présent 24h/24 et 7j/7? OUI NON

Q10. À votre connaissance, les fournitures médicales suivantes sont-elles généralement disponibles dans votre établissement: stéthoscope, brassard de tensiomètre, sulfate de magnésium, sérum physiologique, etc? (Il s'agit d'une liste indicative et nullement exhaustive.)

Q11. L'hôpital/Le centre de santé dispose-t-il de directives relatives à la prise en charge des hémorragies du post-partum et de troubles liés à l'hypertension?
OUI NON

- Le cas échéant, ces directives sont-elles régulièrement révisées ou mises à jour? OUI NON
- Si non, quelles sont les stratégies mises en œuvre dans cet établissement afin de maintenir un niveau élevé de performance?

Q12. Votre hôpital/centre de santé organise-t-il régulièrement des formations à la prise en charge des hémorragies du post-partum et de troubles liés à l'hypertension? Le cas échéant, pouvez-vous décrire la formation et me dire ce que vous en pensez?

Merci!

B. Liste de vérification de l'établissement

Liste d'évaluation des soins d'urgences obstétricales de l'établissement

Page 1 sur 2

Nom de l'hôpital/du centre de santé:

A. Transport des patientes: Cochez en fonction de la disponibilité tous les jours pour les accouchements.

	Oui	Non
1. Fauteuil roulant, chariot		
2. Personne pour transférer la patiente en obstétrique		

C. Médicaments: Cochez en fonction de la disponibilité des médicaments tous les jours dans votre établissement.

	Oui	Non
1. Antibiotiques		
2. Sulfate de magnésium		
3. Misoprostol		
4. Utérotoniques (ocytocine/ergométrine)		
5. Produits sanguins		
6. Anticonvulsivants		
7. Antihypertensifs		
8. Solution antiseptique		

B. Équipement: Cochez en fonction des équipements qui fonctionnent tous les jours dans votre établissement.

	Oui	Non
1. Matériel de stérilisation		
2. Bouteilles d'oxygène avec masque, charriot de transport et clé		
3. Ballon et masque de réanimation		
4. Brassards de tensiomètre		
5. Stéthoscope		
6. Thermomètre (rectal ou axillaire)		
7. Tubulure intraveineuse		
8. Aiguilles/Cathéters		
9. Gants stériles		
10. Gaze stérile		
11. Table d'examen		
12. Salle d'attente avec sièges		

Liste d'évaluation des soins d'urgences obstétricales de l'établissement

Page 2 sur 2

Nom de l'hôpital/du centre de santé:

D. Salle de travail/d'accouchement: Cochez en fonction de la disponibilité tous les jours pour les accouchements.

	Oui	Non
1. Suffisamment de jeux d'instruments stérilisés		
2. Gants, blouses jetables et gaze stérilisés		
3. Jeux de draps propres		
4. Forceps stérilisés		
5. Unité d'extraction sous vide		
6. Kit de suture de déchirures		
7. Dispositif d'aspiration avec tube d'aspiration		
8. Bouteilles d'oxygène avec masque, charriot de transport et clé		
9. Lumière		
10. Médicaments d'urgence pour les hémorragies du post-partum et la pré-éclampsie/éclampsie ; par ex. sulfate de magnésium (non périmés)		
11. Antiseptiques		
12. Brassard de tensiomètre, stéthoscope, thermomètre, solutions intraveineuses, portants, aiguilles et canules		
13. Extracteur de mucus pour nouveau-nés		
14. Lit, chaise ou équipement adapté à faciliter le positionnement durant le travail et l'accouchement		
15. Balance pour peser les nouveau-nés		
16. Ballon autogonflable pour réanimer les nouveau-nés		
17. Poubelle pour les déchets dangereux		
18. Contenant pour les objets contondants		

E. Salle d'équipement de protection individuelle (EPI)/blouses: Cochez en fonction des fournitures disponibles tous les jours dans votre établissement.

	Oui	Non
1. Blouses d'EPI		
2. Charlottes et masques d'EPI		
3. Chaussures/Couvre-chaussures pour la salle d'opération		
4. Eau courante 24h/24		
5. Lave-mains équipé de commandes au coude, genou ou pied		
6. Brosses et savon de récurage		
7. Horloge au mur		

F. Laboratoire/Banque de sang: Cochez en fonction des fournitures disponibles tous les jours dans votre établissement.

	Oui	Non
1. Analyse du sang de donateurs: Groupe sanguin, compatibilité et réactifs pour le dépistage de la syphilis, de l'hépatite, du VIH et autres pathogènes transmis par le sang		
2. Instruments et sacs pour la collecte de sang		
3. Centrifugeuses et éprouvettes		
4. Microscope		
5. Registre pour noter les résultats d'analyse anormaux		
6. Réfrigérateur		

Annexe 2: Scénario d'hémorragie du post-partum

1. Instructions pour les formatrices et les participantes

(équipe de formation et personnel de soins de l'hôpital/du centre de santé)

2. Passez un « contrat de fiction » (accord stipulant que la simulation d'urgence obstétricale est un exercice) avec les participantes.

Avant de commencer la simulation, définissez certains préalables et donnez des directives sur la manière d'élaborer un programme de simulation.

2.1 Définissez des présupposés de base

- Reconnaissez que les situations d'urgence sont rares
- Déclarez que vous être consciente que les participantes (le personnel de soins de l'hôpital/du centre de santé) sont tout à fait capables, ont de très bonnes intentions et font de leur mieux. Personne n'est expert en situations d'urgence, puisque celles-ci sont rares
- Soulignez l'importance de pratiquer la réponse à apporter aux situations d'urgence obstétricale
- Les formatrices doivent informer les participantes qu'une séance de compte rendu aura lieu après la simulation, et leur demander leur autorisation de filmer l'exercice, en précisant bien que le seul objectif de la vidéo sera de la visionner pendant la séance de compte rendu
- Ne dites pas aux participantes quelles complications l'actrice simulera pendant l'exercice. Dites simplement qu'il s'agira d'une urgence obstétricale

2.2 Donnez des orientations pour l'élaboration de la simulation

- Les participantes doivent faire un effort pour prétendre que la situation d'urgence se passe réellement, et pour réagir comme s'il s'agissait d'une vraie urgence. Les participantes acceptent de faire de leur mieux pour se comporter comme si la situation était réelle
- Les participantes doivent suivre le script.
- Les procédures invasives ne doivent pas être réalisées. La simulation doit être exempte de dangers pour la patiente en obstétrique, qui est une actrice.
- Les mesures à prendre envers la patiente en obstétrique doivent l'être réellement jusqu'à un certain point:
 - Les cathéters, par exemple, sont prêts mais il n'est procédé à aucune perfusion.
 - Prise de sang: le garrot est posé et l'aiguille est prête, mais aucun prélèvement n'est réalisé.

- Expliquez les rôles de l'équipe de formation : l'actrice, l'observatrice, la directrice et la personne accompagnant la patiente en obstétrique (le cas échéant).
- Insistez sur le fait que les participantes ne doivent pas s'adresser à la directrice de la simulation (qui fait partie de l'équipe de formation), mais qu'elles peuvent parler à la coordinatrice ou leader de l'urgence (qui fait partie de l'équipe des participantes).

3. Définissez des buts et objectifs:

- Les participantes reconnaissent/identifient les changements au niveau des signes et symptômes de la patiente en obstétrique.
- Les participantes reconnaissent rapidement le diagnostic probable d'une hémorragie du post-partum (le diagnostic n'est pas communiqué avant le début de la simulation).
- Les participantes utilisent les preuves les plus évidentes (qui sont, dans l'idéal, cohérentes avec les directives de leur établissement de soins) d'une hémorragie du post-partum et de son traitement.
- Les participantes comprennent l'importance d'un bon travail d'équipe au niveau de la prise en charge d'une hémorragie du post-partum.
- Les tâches sont déléguées entre les différentes participantes et réalisées simultanément.

4. 4. Indiquez le lieu de la simulation d'urgence obstétricale

- Service d'obstétrique et/ou salle d'accouchement

5. 5. Présentez un cas clinique:

- Maya a 30 ans, G3P2, est en bonne santé. Elle arrive au service d'urgence juste après avoir accouché à terme par voie basse à la maison. Le placenta n'a pas encore été expulsé. Elle n'a eu aucune complication lors des visites prénatales. Elle a deux filles, âgées de 2 et 1 ans. Elle arrive en compagnie de son mari et d'un agent de santé communautaire. (Modifier le scénario en fonction du contexte local.)

Remarque: Pour que la scène soit plus réaliste, l'actrice peut, au préalable, préparer une carte de soins prénatals comprenant des informations sur sa « grossesse ». Cette carte peut aider la prestataire à mieux contextualiser le cas clinique. Elle peut également utiliser un placenta factice.

De plus, ce scénario ne détaille que la prise en charge de l'atonie utérine. D'autres causes d'hémorragie du post-partum existent : traumatisme, rétention placentaire, etc. et nécessitent une prise en charge légèrement différente. Pour mener des simulations à partir de ces scénarios, veuillez recourir aux meilleures données possibles et aux protocoles propres à votre établissement.

Si une carte de soins prénatals est utilisée, elle doit contenir les informations suivantes:

- Âge: 30 ans
- G3P2 (deux précédents accouchements par voie basse sans complications)
- Adresse: (Inscrire une adresse adaptée au contexte)
- DDR: (Inscrire une date en fonction de la gestation)
- DPA: Non mentionnée
- Analyses en laboratoire: VIH négative, VDRL négative, Hépatite B négative, Hémoglobine: 11 grammes, Groupe sanguin: A, Rh-positif

6. Script de la simulation d'hémorragie du post-partum

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<p>Arrive au service des urgences, à la fois angoissée et désespérée:</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Est-ce que tout va bien? » • « Et le placenta? » • « Qu'allez-vous me faire? » 	<p>Les participant(e)s doivent toutes réaliser leur tâche respective en même temps lors de la simulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se renseignent sur les antécédents de la patiente • Évaluent les symptômes • Vérifient les signes vitaux (tension artérielle, pouls, température) • Procèdent à un examen abdominal • Procèdent à un examen pelvien • Hospitalisent la femme en service obstétrique • Tentent de calmer la patiente et de lui apporter un soutien émotionnel 	<p>Antécédents de la patiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta non expulsé <p>Donne des informations sur les signes vitaux si l'équipe les vérifie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle (TA): 100/60mmHg • Pouls : 104 battements/minute • 36,7°C <p>Palpation abdominale: L'utérus est au niveau du nombril</p> <p>Examen pelvien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Placenta non expulsé • Le placenta est détecté dans le vagin
3 à 4 minutes plus tard		
<p>Maya est très anxieuse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Qu'est-ce qu'il m'arrive? Je sens un écoulement. » • « Qu'est-ce que vous me faites? » • « Est-ce que je perds trop de sang? » 	<ul style="list-style-type: none"> • Expliquent à la patiente en obstétrique que son placenta doit être expulsé • Expulsent le placenta à l'aide d'ocytocine en IV/IM (10 IU) en exerçant une traction contrôlée du cordon⁶ • Informent la patiente en obstétrique de ce qui se passe 	<p>Annonce: « L'expulsion du placenta est terminée. Le placenta et les membranes sont complètes. Le saignement vaginal est important. » (Si les prestataires quantifient généralement les saignements, donner une quantité précise.)</p>

À SUIVRE

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<ul style="list-style-type: none"> • « Aïe! Aïe! Qu'est-ce qu'il m'arrive? Je suis très fatiguée. » • « J'ai la tête qui tourne... » • « Je saigne toujours? J'ai besoin d'air... » <p>Si un membre de l'équipe procède à un massage utérin, la patiente en obstétrique dit:</p> <p>« ... Ça fait un peu mal... Qu'est-ce que vous me faites? Aïe! Aïe! Doucement ! S'il vous plaît, docteurs! »</p>	<p>Les participantes agissent en même temps, tout en expliquant à la patiente en obstétrique ce qui se passe et en la rassurant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Appellent de l'aide supplémentaire • Préviennent une obstétricienne/ gynécologue ou une sage-femme • Avertissent l'anesthésiologiste des saignements importants, si elle n'a pas encore été informée <p>Une autre participante commence la première prise en charge du post-partum alors que l'on appelle de l'aide:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procèdent à au moins une perfusion, et de préférence deux (gauge au moins de calibre 18, dans l'idéal de calibre 16 ou 14) • Après avoir posé la première perfusion IV, administrent de l'ocytocine^{6,8*} (10-40 IU dans 500-1000ml de solution saline), commencent à un rythme de 500ml/h et titrent en fonction de la tonicité de l'utérus, en continu⁸ 	<p>Informe: « La femme transpire beaucoup, est pâle et saigne abondamment - deux compresses ont été saturées en moins de cinq minutes. »</p>

À SUIVRE

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisent un vigoureux massage fundique^{6,8+} • Administrer de la méthylergonovine 0,2mg en intramusculaire selon le protocole, en l'absence d'hypertension, de syndrome de Raynaud et de sclérodémie <p>Si la patiente en obstétrique réagit bien, la dose peut être répétée toutes les deux heures. Si elle ne réagit pas bien, passer à un autre utérotonique⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • Installent une deuxième IV • Connectent la solution IV (cristalloïdes isotoniques)^{6†} et ajustent le rythme de manière à traiter l'hypovolémie <p>Lorsque l'utérotonique a été administré:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifient les signes vitaux (TA, pouls, FR)⁸ • Vérifient le niveau de conscience⁸ • Donnent de l'oxygène (10 à 15 litres/minute) à l'aide d'un masque facial, ou ce qui est disponible sur place⁸ • Préparent les instruments nécessaires à l'insertion d'un cathéter urinaire • Insèrent le cathéter urinaire^{8,9} • Appellent la banque de sang et commander deux unités de sang (concentrés de globules rouges, si disponibles)⁸ • Maintiennent la patiente au chaud⁸ <p>Au cours de la prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum, la médecin ou la sage-femme réalise un examen abdominal et demande les instruments nécessaires à cela, puis réalise un examen pelvien, à la recherche de l'origine du saignement⁸</p>	<p>Signes vitaux si l'équipe les vérifie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 80/50mmHg • Pouls: 128 battements/minute • Fréquence respiratoire: 32 inhalations/minute <p>Communique les conclusions de l'examen physique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'examen du col de l'utérus ne révèle aucune déchirure • Aucun signe de fragments de rétention placentaire • De nombreux caillots de sang sur le lit • Examen abdominal: l'utérus est mou et large

À SUIVRE

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<ul style="list-style-type: none"> « J'ai le vertige, je n'entends pas bien... Docteur, je vais m'évanouir. Docteur! Docteur! Qu'est-ce qu'il m'arrive?... » 	<ul style="list-style-type: none"> Posent un diagnostic: atonie utérine Continuent à vérifier les signes vitaux et le niveau de conscience toutes les cinq minutes⁸ 	<p>Informe: « Les saignements abondants ne cessent pas. La femme est pâle. »</p> <p>Signes vitaux si l'équipe les vérifie:</p> <ul style="list-style-type: none"> TA: 70/40mmHg Pouls: 148 battements/minute

À SUIVRE

Patiente en obstétrique	Participant ^{es} (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<p>Maya perd conscience pendant la prise en charge initiale</p>	<p>Le traitement avancé débute:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrent des utérotoniques supplémentaires⁶. Si l'ocytocine est indisponible ou inefficace, utilisent de l'ergométrine IV, une dose fixe d'ocytocine-ergométrine ou une prostglandine (y compris le misoprostol en sublingual 800µ)^{6,8†} • Les participantes ne retardent pas les gestes suivants, en attendant que les utérotoniques fassent effet: <ul style="list-style-type: none"> - Procèdent à un tamponnement intra-utérin par ballonnet (si disponible)^{6,8‡} - Réalisent un massage/ une compression utérine bimanuelle^{8‡} • Analyses sanguines: numération formule sanguine, dont numération des plaquettes, analyse des fonctions métaboliques, gazométrie artérielle, coagulation sanguine <p>En attendant que les soins chirurgicaux adaptés soient disponibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initient une compression aortique externe^{6‡} • Commencent l'utilisation de vêtements non-pneumatiques anti-chocs comme mesure de temporisation^{6**} • Si les utérotoniques ne font pas d'effet, ou si un traumatisme est suspecté, recommandent l'utilisation d'acide tranexamique^{6,8††} (4g dans 50ml de solution saline IV en une heure, suivi par une perfusion IV d'entretien de 1g/h pendant 6 heures⁸) • Administrent deux unités de sang (de préférence des concentrés de globules rouges [CGR])⁸ • Informent la famille que la patiente en obstétrique saigne très abondamment • Si d'autres mesures ont échoué et que les ressources nécessaires sont disponibles, procèdent à une embolisation de l'artère utérine.^{6,8‡} Si les instruments nécessaires ne sont pas disponibles, se préparent à des soins chirurgicaux. 	
2 MINUTES LATER		

À SUIVRE

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<p>Maya n'a pas repris connaissance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuent les perfusions d'ocytocine et de cristalloïdes • Transportent la patiente en salle d'opération[†] • Maintiennent la patiente au chaud • Commandent d'autres unités de sang - Après les 2 premières unités de CGR, utilisent 4 unités de plasma frais congelé (PFC) et 1 unité de plaquettes prélevées par aphérèse toutes les 4 à 6 unités de CGR⁸ 	<p>Signes vitaux si l'équipe les vérifie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TA: 70/30mmHg • Pouls: 155 battements/minute
	<ul style="list-style-type: none"> • Continuent à surveiller les signes vitaux toutes les 5 minutes⁸ • Procèdent à de nouvelles prises de sang pour analyses toutes les 30 à 60 minutes: numération formule sanguine, dont numération des plaquettes, analyse des fonctions métaboliques, gazométrie artérielle, coagulation sanguine • Chirurgie conservatrice de première intention: Ligature de l'artère utérine⁸ • Chirurgie définitive: Hystérectomie⁸ • Si le partenaire ou les membres de la famille sont présents dans l'établissement de santé, les prestataires de soins doivent les informer de la situation clinique et de la décision 	

LA SIMULATION PREND FIN LORSQUE LA DÉCISION CHIRURGICALE EST PRISE.

Remarque : L'équipe de simulation peut transférer la patiente en obstétrique en salle d'opération et y terminer la simulation ou stabiliser l'état de la patiente en obstétrique et la renvoyer vers un autre établissement, entraînant alors la fin de la simulation.

**Veillez réaliser les simulations conformément aux directives de votre établissement pour la prise en charge des hémorragies du post-partum.
Le Maternal Health Task Force ne fournit pas de directives cliniques.**

* Strong recommendation, moderate-quality evidence

† Strong recommendation, very-low-quality evidence

‡ Strong recommendation, low-quality evidence

◇ Weak recommendation, very-low-quality evidence

** Weak recommendation, low-quality evidence

‡ Weak recommendation, moderate-quality evidence

Annexe 3: Scénario d'hémorragie du post-partum: Guide de compte rendu et Listes de vérification de l'observatrice

Guide de compte rendu de l'observatrice

Quand	Objectif	Proposition de déclarations et de questions
Proposition de déclarations et de questions	Il s'agit d'un moment opportun pour explorer et partager ses premières impressions.	« Comment vous sentiez-vous pendant la simulation? »
En regardant la vidéo	Les participantes repèrent des lacunes dans les connaissances, la pratique et la mémoire pendant qu'elles regardent leur performance et celle de l'équipe au cours de la simulation.	« Il y a toujours une différence entre ce que l'on a fait et ce que l'on se souvient avoir fait. Regardons la vidéo pour vérifier ce qui s'est passé. »
Après avoir regardé la vidéo	Permettez aux participantes d'exprimer leurs premières impressions après avoir visionné la vidéo.	« Comment vous sentez-vous après avoir regardé cette vidéo? » Selon les réponses, renforcez les comportements positifs et identifiez les écarts dans la pratique et/ou les connaissances.
	Validez l'autoréflexion lorsqu'elle est partagée.	« C'est très bien de faire preuve d'autoréflexion et d'autoévaluation. Il est important d'y parvenir pour apprendre au cours de la simulation! »
Après la période d'autoréflexion, révisez chaque rubrique des listes de vérification	Menez la séance de compte rendu, une rubrique à la fois, à l'aide du guide ci-après: 1. La communication avec la patiente en obstétrique 2. La communication entre les participantes 3. Le travail d'équipe: Organisation et leadership 4. Appeler de l'aide 5. Le diagnostic et le traitement 6. Les ressources	Chaque rubrique est abordée, étudiée, évaluée et résumée avant de passer à la suivante. Passez toutes les rubriques de chaque liste de vérification en revue, dans l'ordre, incluant celles qui auraient été omises. Dans l'idéal, tout sujet clos ne devrait plus être réouvert. Des exemples de questions se trouvent dans les guides thématiques.
Après l'étude de chaque liste de vérification thématique	Obtenez les commentaires de tous les membres du groupe afin de savoir ce que chacun pense et ressent.	« Et les autres... Que pensez-vous de ce qu'elle a dit? » « Quelqu'un pense autrement? » « Si vous aviez à le refaire, que feriez-vous différemment? »

Quand	Objectif	Proposition de déclarations et de questions
<p>Après l'étude de chaque liste de vérification thématique</p>	<p>Introduisez de nouveaux concepts.</p>	<p>Le compte rendu doit être une conversation, un dialogue. Il permet non seulement au groupe de remettre ses actes en question, mais c'est également l'occasion d'introduire de nouveaux concepts.</p> <p>Exemple: le leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Dans une situation d'urgence obstétricale, le leader est la personne qui coordonne toutes les actions, observe la scène avec du recul et vérifie que les instructions sont suivies. Le leader n'est pas forcément un médecin. »
<p>À la fin de la discussion/ Conclusion</p>	<p>Les participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • font part de ce qu'elles ont appris <p>Les formatrices:</p> <ul style="list-style-type: none"> • renforcent les bonnes pratiques • résumant les domaines à améliorer • remercient les participantes 	<p>« Quels enseignements avez-vous tirés de cette simulation? »</p> <p>Exemple de déclaration de clôture/ conclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • « D'après notre analyse de ce que nous avons vu, ce groupe a bien suivi toutes les étapes nécessaires à la prise en charge de l'urgence et a rapidement appelé de l'aide. Nous avons cependant remarqué qu'il a été difficile d'accéder à la salle d'opération, parce que (donner des exemples, tels que "la salle était à un autre étage/dans un autre bâtiment, son accès était obstrué par...") ». • « Nous pensons que la communication pourrait être améliorée en mentionnant le nom de la personne à qui une instruction est donnée. Nous pensons également que l'équipe devrait nommer un leader qui l'orienterait pendant une urgence. » • « Nous avons apprécié la volonté de l'équipe de prendre part à cette activité dans un esprit d'autoréflexion et d'autoévaluation. »

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

1. La communication avec la patiente en obstétrique

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Les participantes demandent son nom à la patiente en obstétrique.			<p>« Que pensez-vous de votre communication avec la patiente en obstétrique? »</p> <p>« Après avoir regardé la vidéo, que changeriez-vous éventuellement dans votre manière de communiquer avec la patiente en obstétrique? »</p>
Les participantes se présentent, en donnant leurs nom et profession.			
Les participantes appellent la patiente en obstétrique par son nom.			
Les participantes apportent un soutien émotionnel à la patiente en obstétrique.			
Les participantes ont expliqué son état clinique à la patiente en obstétrique.			
Autres actions/commentaires positifs			<p>Conclusion possible:</p> <p>« Comme nous avons pu le constater, la patiente en obstétrique a été saluée de manière respectueuse, ce qui est très bien. Nous sommes d'accord que certains éléments auraient pu être améliorés, comme le fait de demander davantage d'informations à la patiente en obstétrique sur ses antécédents médicaux et l'informer des procédures en cours et du pronostic. Ces informations sont importantes pour que la patiente en obstétrique se sente soutenue et à l'aise. »</p>
Autres domaines à améliorer/commentaires			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

2. La communication entre les participantes aux simulations d'urgences obstétricales

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Lorsqu'elles donnent des instructions, les participantes s'appellent par leur nom.			« Que pensez-vous de la communication entre les membres de l'équipe? »
Les participantes ferment la boucle de la communication.			
Les participantes sont claires lorsqu'elles se donnent mutuellement des instructions.			
Autres actions/commentaires positifs			« Après avoir regardé la vidéo, que changeriez-vous éventuellement à propos de la communication entre les membres de l'équipe? »
Autres domaines à améliorer/commentaires			<p>Conclusion possible: Les membres de la première équipe ont communiqué l'état de la patiente en obstétrique aux membres de l'équipe arrivée ensuite. Nous avons cependant pu constater sur la vidéo qu'il n'a pas toujours été clair de savoir à qui certaines instructions avaient été données. Il est extrêmement important, dans ce genre de situation, d'être très claire lorsque l'on donne des instructions. Chaque instruction doit être donnée à une personne précise. S'il est question d'un médicament, la dose exacte doit être clairement mentionnée à haute voix, et la personne qui prépare et administre le médicament doit répéter à haute voix le nom du médicament, la dose et la voie d'administration. Il est très important de fermer la boucle de la communication ainsi, car cela permet au leader de l'équipe de s'assurer que toutes les instructions sont suivies.</p> <p>Exemple: Les pilotes confirment toujours auprès du copilote que les procédures ont été exécutées. Si le pilote demande: « Est-ce que les moteurs fonctionnent? », le copilote vérifie et répond: « Oui, les moteurs fonctionnent. »</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

3. Le travail d'équipe: Organisation et leadership

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Les participantes se partagent les tâches équitablement: il n'y a pas de chevauchement, et personne n'est laissé sans tâche concrète à réaliser.			« Que pensez-vous du travail d'équipe entre les différents membres? »
Les participantes travaillent de manière organisée.			
Les participantes identifient une coordinatrice ou leader de l'urgence.			
Autres actions/commentaires positifs			« Comment vous sentiez-vous vis-à-vis du leadership pendant la simulation? »
Autres domaines à améliorer/commentaires			<p>Conclusion possible: Vous avez mentionné qu'au début, lorsque seules deux prestataires s'occupaient de la patiente en obstétrique, le travail se déroulait bien. Dès l'arrivée de l'obstétricienne, cependant, il y a eu des difficultés à décider qui coordonnait l'intervention d'urgence.</p> <p>Pendant une urgence, le leader est la personne qui organise et coordonne les actions. Cette personne n'est pas forcément un médecin. Elle conserve un certain degré de distance par rapport aux événements, afin d'avoir une vue d'ensemble, de donner des instructions à l'équipe et de vérifier que toutes les actions sont menées à bien. L'exemple des chef(fe)s d'orchestre est représentatif du rôle d'un leader. Tou(te)s les musicien(ne)s sont des expert(e)s et possèdent des compétences spécialisées, et le(la) chef(fe) d'orchestre les aide à s'organiser et à coordonner l'ensemble.</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

4. Appeler de l'aide

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
<p>Les participantes demandent de l'aide/du soutien (elles appellent par exemple une obstétricienne, une infirmière, une sage-femme ou une anesthésiologiste).</p>			<p>« Qu'avez-vous pensé, ou comment vous-êtes vous senties lorsqu'il a été décidé d'appeler de l'aide? »</p>
<p>Les participantes appellent de l'aide de manière opportune.</p>			
<p>Autres actions/commentaires positifs</p>			<p>« Pensez-vous avoir appelé à l'aide au bon moment? Trop tôt? Trop tard? »</p>
<p>Autres domaines à améliorer/commentaires</p>			<p>Conclusion possible: Comme vous l'avez dit, l'infirmière a appelé les sages-femmes au bon moment, dès les premiers signes d'alerte. La sage-femme de la salle d'accouchement n'a cependant pas pu être jointe immédiatement, comme requis.</p> <p>Il est important d'étudier les stratégies que vous pourriez mettre en place pour vous assurer que l'aide arrive immédiatement en cas d'urgence.</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
General Management	Prise en compte adaptée des antécédents			« Que pensez-vous du diagnostic et du traitement? Les bonnes décisions ont-elles été prises? Pourquoi, ou pourquoi pas? »
	Mesure des signes vitaux toutes les 5 minutes			
	Vérification du niveau de conscience toutes les 5 à 10 minutes			
	Examen abdominal			
	Examen pelvien			
	Hospitalisation de la patiente en service obstétrique			
	Expulsion du placenta à l'aide d'ocytocine en IV/ IM (10 IU) en exerçant une traction contrôlée du cordon			
	Diagnostic précoce de l'atonie utérine			
	Pose de deux cathéters veineux périphériques			
Specific Management	Administration d'ocytocine (10–40 IU dans 500-1000ml de solution saline), en commençant à un rythme de 500ml/h et titrant en fonction de la tonicité de l'utérus, en continu			« Que pensez-vous du traitement médicamenteux de l'hémorragie du post-partum? »
	Réalisation d'un vigoureux massage fundique			
	Administration de méthylergonovine 0,2mg en intramusculaire selon le protocole			
	Connexion de la solution IV (cristalloïdes isotoniques) et ajustement du rythme de manière à traiter l'hypovolémie			
	Oxygène (10 à 15 litres/minutes) à l'aide d'un masque			
	Insertion d'un cathéter urinaire			
	Appel de la banque de sang pour commander 2 unités de sang			
	Maintien de la patiente au chaud			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement (SUITE)

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Specific Management	Si l'ocytocine est indisponible ou inefficace, utilisation de l'ergométrine IV, une dose fixe d'ocytocine-ergométrine ou une prostglandine (y compris le misoprostol en sublingual 800 µ).			
	Insertion d'un tamponnement intra-utérin par ballonnet (si disponible)			
	Réalisation d'un massage/d'une compression utérine bimanuelle			
	Analyses sanguines: numération formule sanguine, dont numération des plaquettes, analyse des fonctions métaboliques, gazométrie artérielle, coagulation sanguine			
	Initiation d'une compression aortique externe			
	Initiation de l'utilisation de vêtements non-pneumatiques anti-chocs comme mesure de temporisation			
	Si un traumatisme est suspecté, utilisation d'acide tranexamique (4g dans 50ml de solution saline IV en une heure, suivi par une perfusion IV d'entretien de 1g/h pendant 6 heures)			
	Administration de deux unités de sang (de préférence des concentrés de globules rouges [CGR])			
	Réalisation d'une embolisation de l'artère utérine, si possible			
	Décision opportune de réaliser une intervention chirurgicale			
	Transport de la patiente en salle d'opération			
	Commande d'unités supplémentaires de sang : Après les 2 premières unités de CGR, utilisation de 4 unités de plasma frais congelé (PFC) et d'1 unité de plaquettes prélevées par aphérèse toutes les 4 à 6 unités de CGR			
	Nouvelles prises de sang pour analyses toutes les 30 à 60 minutes: numération formule sanguine, dont numération des plaquettes, analyse des fonctions métaboliques, gazométrie artérielle, coagulation sanguine			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

6. Les ressources humaines et l'équipement

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Ressources humaines	Tous les membres du personnel nécessaires sont présents et participent à la prise en charge de l'urgence.			« Qu'avez-vous pensé de la disponibilité des ressources humaines au cours de la simulation? »
Fournitures	Toutes les fournitures nécessaires étaient-elles disponibles? Si non, que vous manquait-il?			
	Aviez-vous un kit d'hémorragie du post-partum à disposition?			« Que pensez-vous de la disponibilité des fournitures nécessaires? Aviez-vous toutes les fournitures nécessaires? Si non, que vous manquait-il? Ces fournitures manquent-elles souvent? »
				« Avez-vous eu du mal à vous procurer des fournitures? »
				« Disposez-vous de kits d'hémorragie du post-partum? »

Annexe 4: Scénario de l'éclampsie

1. Instructions pour les formatrices et les participantes

(équipe de formation et personnel de soins de l'hôpital/du centre de santé)

2. Passez un « contrat de fiction » (accord stipulant que la simulation d'urgence obstétricale est un exercice) avec les participantes.

Avant de commencer la simulation, définissez certaines règles essentielles et donnez des directives sur la manière d'élaborer un programme de simulation.

2.1 Définissez des présupposés de base

- Reconnaissez que les situations d'urgence sont rares.
- Déclarez que vous être consciente que les participantes (le personnel de soins de l'hôpital/du centre de santé) sont tout à fait capables, ont de très bonnes intentions et font de leur mieux. Personne n'est expert en situations d'urgence, puisque celles-ci sont rares.
- Soulignez l'importance de pratiquer la réponse à apporter aux situations d'urgence obstétricale.
- Les formatrices doivent informer les participantes qu'une séance de compte rendu aura lieu après la simulation, et leur demander leur autorisation de filmer l'exercice, en précisant bien que le seul objectif de la vidéo sera de la visionner pendant la séance de compte rendu.
- Ne dites pas aux participantes quelles complications l'actrice simulera pendant l'exercice. Dites simplement qu'il s'agira d'une urgence obstétricale.

2.2 Donnez des orientations pour l'élaboration de la simulation

- Les participantes doivent faire un effort pour prétendre que la situation d'urgence se passe réellement, et pour réagir comme s'il s'agissait d'une vraie urgence. Les participantes acceptent de faire de leur mieux pour se comporter comme si la situation était réelle.
- Les participantes à la simulation doivent suivre le script.
- Les procédures invasives ne doivent pas être réalisées. La simulation doit être exempte de dangers pour la patiente en obstétrique, qui est une actrice.
- Les mesures à prendre envers la patiente en obstétrique doivent l'être réellement jusqu'à un certain point:
- Les cathéters, par exemple, sont prêts mais il n'est procédé à aucune perfusion.
- Prise de sang: le garrot est posé et l'aiguille est prête, mais aucun prélèvement n'est réalisé.

- Expliquez les rôles de l'équipe de formation: l'actrice, l'observatrice, la directrice et la personne accompagnant la patiente en obstétrique (le cas échéant).
- Insistez sur le fait que les participantes ne doivent pas s'adresser à la directrice de la simulation (qui fait partie de l'équipe de formation), mais qu'elles peuvent parler à la coordinatrice ou leader de l'urgence (qui fait partie de l'équipe des participantes).

3. Définissez des buts et objectifs:

- Les participantes reconnaissent/identifient les changements au niveau des signes et symptômes de la patiente en obstétrique.
- Les participantes reconnaissent rapidement le diagnostic probable d'une éclampsie.
- Les participantes utilisent l'algorithme de l'éclampsie pour poser le diagnostic et définir le traitement.
- Les participantes utilisent les preuves les plus évidentes (qui sont, espérons-le, cohérentes avec les directives de leur établissement de soins) d'une pré-éclampsie/éclampsie et de son traitement.
- Les participantes comprennent l'importance d'un bon travail d'équipe au niveau de la prise en charge d'une éclampsie.
- Les tâches sont déléguées entre les différentes participantes et réalisées simultanément.

4. Indiquez le lieu de la simulation d'urgence obstétricale

- Service d'obstétrique et/ou salle d'accouchement

5. Présentez un cas clinique:

- Asha est une femme de 21 ans, G1P0, en bonne santé. Âge gestationnel: 37 semaines. Elle se présente au service des urgences. Elle n'a eu aucune complication lors des visites prénatales. Elle arrive en compagnie d'une agente de santé communautaire. (Modifier le scénario en fonction du contexte local.)

Remarque: Pour que la scène soit plus réaliste, l'actrice peut, au préalable, préparer une carte de soins prénatals comprenant des informations sur sa fausse grossesse. Cette carte peut aider la prestataire à mieux contextualiser le cas clinique.

Si une carte de soins prénatals est utilisée, elle doit contenir les informations suivantes:

- Âge: 21 ans
- Adresse: (Inscrire une adresse adéquate, en fonction du lieu)
- DDR: (Inscrire une date en fonction de la gestation)
- DPA: Non mentionnée
- Examens: VIH négative, VDRL négative, Hépatite B négative, Hémoglobine: 11 grammes, Groupe sanguin: A, Rh-positif
- Examens lors de la dernière visite prénatale: Tension artérielle (TA): 120/90mmHg, Pouls: 78 battements/minute, Fréquence respiratoire: 20 inspirations/minute

6. Script de la simulation de pré-éclampsie/éclampsie

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<p>Asha est inquiète et a mal. Elle est reçue en salle d'urgence ou d'admission.</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Je ne me sens pas bien. » • « J'ai mal à la tête et j'ai l'impression que je vais vomir. » • « La douleur a commencé hier soir, et ne s'en va pas. » • « J'ai mal au ventre, juste sous les côtes droites. » (si la participante le lui demande) • « J'ai de plus en plus de mal à respirer. » • « Je n'ai pas perdu les eaux. » (si la participante le lui demande) • « Je sens que les mouvements du bébé ont diminué depuis ce matin. » (si la participante le lui demande) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se renseignent sur les antécédents de la patiente <ul style="list-style-type: none"> - Âge, nombre de grossesses, parité, âge gestationnel • Lui demandent comment elle se sent/évaluent les symptômes • Évaluent les signes vitaux • Surveillent le rythme cardiaque fœtal (RCF) • Appellent le personnel de soins de santé adéquat pour évaluer la patiente en obstétrique • Posent le diagnostic : Pré-éclampsie sévère^{10,11} • Décident d'hospitaliser Asha 	<p>Communique les données des évaluations:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge gestationnel: 37 semaines • Âge: 21 ans • Grossesses précédentes: 1 Parité: 0 • Jambes gonflées <p>Donne des informations sur les signes vitaux si l'équipe les vérifie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tension artérielle: 162/112mmHg • Poulx: 130 battements/minute • Fréquence respiratoire: 32 inhalations/minute • Saturation en oxygène: 88% • RCF: 148 battements/minute

Patiente en obstétrique	Participant ^{es} (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<ul style="list-style-type: none"> « Pouvez-vous me donner quelque chose pour mon mal de tête? » 	<p>Commencent immédiatement le traitement de la pré-éclampsie sévère, tout en continuant l'évaluation initiale:</p> <ul style="list-style-type: none"> Annoncent le besoin d'un antihypertenseur en IV pour abaisser la tension artérielle^{10,11,12+} et de sulfate de magnésium en IV/IM pour éviter les convulsions/ l'éclampsie^{11,12/9} <ul style="list-style-type: none"> - Expliquent son état à la patiente et le plan de soins - La rassurent Installent la patiente en position latérale de sécurité sur le côté gauche¹² Installent l'IV Administrent l'antihypertenseur en IV conformément aux directives factuelles:¹²⁺ <ul style="list-style-type: none"> - Labétalol (contre-indiqué si la patiente est asthmatique, a une maladie cardiaque ou une insuffisance cardiaque congestive)^{10,11}, ou - Hydralazine, ou - Nifédipine^{10,11} Prise de sang: NFS (numération formule sanguine), dont numération des plaquettes, AST (aspartate aminotransférase), ALT (alanine aminotransférase), créatinine, bilirubine, LDH (lactate déhydrogénase), acide urique et glucose¹¹ 	

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
<ul style="list-style-type: none"> • Hyperréflexie (si la participante vérifie le réflexe rotulien) 	<ul style="list-style-type: none"> • Procèdent à un examen physique général (vérification du réflexe rotulien) • Procèdent à un examen abdominal (évaluation des contractions éventuelles) • Procèdent à un examen pelvien 	<p>Examen abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Présentation céphalique • Absence de contractions <p>Examen pelvien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Col de l'utérus fermé
2 minutes plus tard		
<p>Pendant que les prestataires de santé préparent le sulfate de magnésium, ou si les participantes n'ont pas identifié la nécessité d'en utiliser, Asha a une convulsion.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tournent la patiente en position latérale « couchée »¹¹ • Maintiennent les voies aériennes libres, ouvrent les voies aériennes en abaissant la mâchoire inférieure, n'insèrent de canule oropharyngée que si cela est nécessaire¹¹ • Fournissent un appoint d'oxygène (10 litres/minutes à l'aide d'un masque à réinspiration)¹¹ • Crient pour appeler toute l'aide possible parmi les membres du personnel de soins de santé, préviennent l'anesthésiologiste et le service de néonatalogie¹¹ • Préparent et administrent la dose de charge de sulfate de magnésium en IV/IM, conformément aux directives factuelles^{10,11,12*} • Administrent la dose d'entretien continue de sulfate de magnésium en IV¹¹ • Protègent la patiente pour qu'elle ne se blesse pas, ni ne tombe, sans toutefois restreindre ses mouvements Positionnent un coussinet sous sa tête, au besoin¹¹ • Notent la durée de la convulsion, les parties du corps concernées et le niveau de conscience 	

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
1 à 2 minutes plus tard		
<p>La convulsion s'arrête. Asha est inconsciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuent à évaluer les signes vitaux toutes les cinq minutes (tension artérielle, pouls et RCF)¹¹ • Évaluent le niveau de conscience • Continuent à administrer de l'oxygène et à assurer l'ouverture des voies aériennes¹¹ • Administrent un autre antihypertenseur en IV, suivent les directives factuelles relatives aux doses répétées, jusqu'à ce que la tension artérielle soit dans la fourchette de valeurs normales¹¹ • Continuent à vérifier que la patiente demeure en position latérale de sécurité gauche 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de contractions • Absence de saignement • Absence d'écoulement de liquide amniotique <p>Tension artérielle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un antihypertenseur a été administré: 150/110mmHg • Si un antihypertenseur n'a PAS été administré: 180/110mmHg • Pouls: 104 battements/minute • Fréquence respiratoire: 18 inhalations/minute • RCF: 100 battements/minute

Patiente en obstétrique	Participant(e)s (Équipe d'obstétrique en service)	Directrice
	<ul style="list-style-type: none"> • Insèrent une sonde urinaire à demeure • La leader du groupe vérifie que les échantillons sanguins ont bien été transmis au laboratoire, et que le service de néonatalogie et l'anesthésiologiste sont au courant de la situation • Envoyent au laboratoire: niveau de magnésium, enzymes hépatiques, fonctionnement des reins, etc.¹¹ • Continuent à administrer du sulfate de magnésium (dose d'entretien pendant au moins 24 heures après la dernière convulsion)¹³ 	
<p>La patiente en obstétrique commence à reprendre conscience</p>	<p>Les prestataires doivent décider de mettre un terme à la grossesse en provoquant le travail ou procédant à une césarienne dès que l'état de la patiente en obstétrique est stabilisé^{12†}</p> <p>La simulation se termine lorsque la décision de faire accoucher la patiente est prise, ou la décision de la renvoyer vers un établissement de santé mieux adapté si l'anesthésiologiste ou le(la) pédiatre ne sont pas joignables ou si l'établissement ne peut prendre en charge ce niveau de soins (les contractions n'ont pas commencé)</p>	<p>Tension artérielle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un antihypertenseur a été administré: 140/90mmHg • Si un antihypertenseur n'a PAS été administré: 180/110mmHg • Pouls: 90 battements/minute • Fréquence respiratoire: 16 inhalations/minute • RCF: 110 battements/minute
<p>La simulation se termine lorsque la décision de provoquer l'accouchement ou de référer la patiente en obstétrique est prise. Remarque: Si le temps le permet, évaluer également la préparation et le transfert en chirurgie ou le référencement. Veuillez réaliser les simulations conformément aux directives de votre établissement pour la prise en charge des éclampsies.</p> <p>Le Maternal Health Task Force ne fournit pas de directives cliniques.</p>		

[∞] Fortement recommandé, preuves de qualité supérieure

* Fortement recommandé, preuves de qualité modérée

† Fortement recommandé, preuves de très faible qualité

‡ Fortement recommandé, preuves de faible qualité

◇ Faiblement recommandé, preuves de très faible qualité

** Faiblement recommandé, preuves de faible qualité

‡ Faiblement recommandé, preuves de qualité modérée

Annexe 5: Éclampsie – Guide de compte rendu et listes de vérification de l'observatrice

Guide de compte rendu de l'observatrice

Quand	Objectif	Proposition de déclarations et de questions
Immédiatement après la simulation	Il s'agit d'un moment opportun d'exploration et de partage.	« Comment vous sentiez-vous pendant la simulation? »
En regardant la vidéo	Les participantes repèrent des lacunes dans les connaissances, la pratique et la mémoire pendant qu'elles regardent leur performance et celle de l'équipe au cours de la simulation.	« Il y a toujours une différence entre ce que l'on a fait et ce que l'on se souvient avoir fait. Regardons la vidéo pour vérifier ce qui s'est passé. »
Après avoir regardé la vidéo	Permettez aux participantes d'exprimer leurs premières impressions après avoir visionné la vidéo.	« Comment vous sentez-vous après avoir regardé cette vidéo? » Selon les réponses, renforcez les comportements positifs et identifiez les écarts dans la pratique et/ou les connaissances.
	Validez l'autoréflexion lorsqu'elle est partagée.	« C'est très bien de faire preuve d'autoréflexion et d'autoévaluation. Il est important d'y parvenir pour apprendre au cours de la simulation! »
Après la période d'autoréflexion, révisez chaque rubrique des listes de vérification	Menez la séance de compte rendu, une rubrique à la fois, à l'aide du guide ci-après: 1. La communication avec la femme enceinte 2. La communication entre les participantes 3. Le travail d'équipe: Organisation et leadership 4. Appeler de l'aide 5. Le diagnostic et le traitement 6. Les ressources	abordée, étudiée, évaluée et résumée avant de passer à la suivante. Passez toutes les rubriques de chaque liste de vérification en revue, dans l'ordre, incluant celles qui auraient été omises. Dans l'idéal, tout sujet clos ne devrait plus être réouvert. Des exemples de questions se trouvent dans les guides thématiques.
Après l'étude de chaque liste de vérification thématique	Obtenez les commentaires de tous les membres du groupe afin de savoir ce que chacun pense et ressent.	« Et les autres... Que pensez-vous de ce qu'elle a dit? » « Quelqu'un pense autrement? » « Si vous aviez à le refaire, que feriez-vous différemment? »

Guide de compte rendu de l'observatrice

Quand	Objectif	Proposition de déclarations et de questions
Après l'étude de chaque liste de vérification thématique	Introduisez de nouveaux concepts.	<p>Le compte rendu doit être une conversation, un dialogue. Non seulement cela permet-il au groupe de remettre ses actions en question, mais c'est également l'occasion d'introduire de nouveaux concepts.</p> <p>Exemple: le leadership</p> <ul style="list-style-type: none"> « Dans une situation d'urgence obstétricale, le leader est la personne qui coordonne toutes les actions, observe la scène avec du recul et vérifie que les instructions sont suivies. Le leader n'est pas forcément un médecin. »
À la fin de la discussion/ Conclusion	<p>Les participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> font part de ce qu'elles ont appris <p>Les formatrices:</p> <ul style="list-style-type: none"> renforcent les bonnes pratiques résumant les domaines à améliorer remercient les participantes 	<p>« Quels enseignements avez-vous tirés de cette simulation? »</p> <p>Exemple de déclaration de clôture/ conclusion:</p> <ul style="list-style-type: none"> « D'après notre analyse de ce que nous avons vu, ce groupe a bien suivi toutes les étapes nécessaires à la prise en charge de l'urgence et a rapidement appelé de l'aide. Nous avons cependant remarqué qu'il a été difficile d'accéder à la salle d'opération, parce que (donner des exemples, tels que "la salle était à un autre étage/dans un autre bâtiment, son accès était obstrué par...") ». « Nous pensons que la communication pourrait être améliorée en mentionnant le nom de la personne à qui une instruction est donnée. Nous pensons également que l'équipe devrait nommer un leader qui l'orienterait pendant une urgence. » « Nous avons apprécié la volonté de l'équipe de prendre part à cette activité dans un esprit d'autoévaluation et d'autoévaluation. »

Observer Checklists by Topic

1. Communication with the obstetrics client

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Les participantes demandent son nom à la patiente en obstétrique			« Que pensez-vous de votre communication avec la patiente en obstétrique? »
Les participantes se présentent, en donnant leurs nom et profession.			
Les participantes appellent la patiente en obstétrique par son nom.			
Les participantes apportent un soutien émotionnel à la patiente en obstétrique.			
Les participantes ont expliqué son état clinique à la patiente en obstétrique.			
Autres actions/commentaires positifs			« Après avoir regardé la vidéo, que changeriez-vous éventuellement dans votre manière de communiquer avec la patiente en obstétrique? »
Autres domaines à améliorer/commentaires			
			<p>Conclusion possible:</p> <p>« Comme nous avons pu le constater, la patiente en obstétrique a été saluée de manière respectueuse, ce qui est très bien. Nous sommes d'accord que certains éléments auraient pu être améliorés, comme le fait de demander davantage d'informations à la patiente en obstétrique sur ses antécédents médicaux et l'informer des procédures en cours et du pronostic. Ces informations sont importantes pour que la patiente en obstétrique se sente soutenue et à l'aise. »</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

2. La communication entre les participantes aux simulations d'urgentes obstétricales

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Lorsqu'elles donnent des instructions, les participantes s'appellent par leur nom.			« Que pensez-vous de la communication entre les membres de l'équipe? »
Les participantes ferment la boucle de la communication.			
Les participantes sont claires lorsqu'elles se donnent mutuellement des instructions.			
Autres actions/commentaires positifs			<p>« Après avoir regardé la vidéo, que changeriez-vous éventuellement à propos de la communication entre les membres de l'équipe? »</p> <p>Conclusion possible: Les membres de la première équipe ont communiqué l'état de la patiente en obstétrique aux membres de l'équipe arrivée ensuite. Nous avons cependant pu constater sur la vidéo qu'il n'a pas toujours été clair de savoir à qui certaines instructions avaient été données. Il est extrêmement important, dans ce genre de situation, d'être très claire lorsque l'on donne des instructions. Chaque instruction doit être donnée à une personne précise. S'il est question d'un médicament, la dose exacte doit être clairement mentionnée à haute voix, et la personne qui prépare et administre le médicament doit répéter à haute voix le nom du médicament, la dose et la voie d'administration. Il est très important de fermer la boucle de la communication ainsi, car cela permet au leader de l'équipe de s'assurer que toutes les instructions sont suivies.</p>
Autres domaines à améliorer/commentaires			<p>Exemple: Les pilotes confirment toujours auprès du copilote que les procédures ont été exécutées. Si le pilote demande: « Est-ce que les moteurs fonctionnent? », le copilote vérifie et répond: « Oui, les moteurs fonctionnent. »</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

3. Le travail d'équipe: Organisation et leadership

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Les participantes se partagent les tâches équitablement: il n'y a pas de chevauchement, et personne n'est laissé sans tâche concrète à réaliser.			« Que pensez-vous du travail d'équipe entre les différents membres? »
Les participantes travaillent de manière organisée.			
Les participantes identifient une coordinatrice ou leader de l'urgence.			
Autres actions/commentaires positifs			« Comment vous sentiez-vous vis-à-vis du leadership pendant la simulation? »
Autres domaines à améliorer/commentaires			<p>Conclusion possible: Vous avez mentionné qu'au début, lorsque seules deux prestataires s'occupaient de la patiente en obstétrique, le travail se déroulait bien. Dès l'arrivée de l'obstétricienne, cependant, il y a eu des difficultés à décider qui coordonnait l'intervention d'urgence.</p> <p>Pendant une urgence, le leader est la personne qui organise et coordonne les actions. Cette personne n'est pas forcément un médecin. Elle conserve un certain degré de distance par rapport aux événements, afin d'avoir une vue d'ensemble, de donner des instructions à l'équipe et de vérifier que toutes les actions sont menées à bien. L'exemple des chef(fe)s d'orchestre est représentatif du rôle d'un leader. Tou(te)s les musicien(ne)s sont des expert(e)s et possèdent des compétences spécialisées, et le(la) chef(fe) d'orchestre les aide à s'organiser et à coordonner l'ensemble.</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

4. Appeler de l'aide

Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
<p>Les participantes demandent de l'aide/du soutien (elles appellent par exemple une obstétricienne, une infirmière, une sage-femme ou une anesthésiologiste).</p>			<p>« Qu'avez-vous pensé, ou comment vous-êtes vous senties lorsqu'il a été décidé d'appeler de l'aide? »</p>
<p>Les participantes appellent de l'aide de manière opportune.</p>			
<p>Autres actions/commentaires positifs</p>			<p>« Pensez-vous avoir appelé à l'aide au bon moment? Trop tôt? Trop tard? »</p>
<p>Autres domaines à améliorer/commentaires</p>			<p>Conclusion possible: Comme vous l'avez dit, l'infirmière a appelé les sages-femmes au bon moment, dès les premiers signes d'alerte. La sage-femme de la salle d'accouchement n'a cependant pas pu être jointe immédiatement, comme requis.</p> <p>Il est important d'étudier les stratégies que vous pourriez mettre en place pour vous assurer que l'aide arrive immédiatement en cas d'urgence.</p>

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
General Management	Prise en compte adaptée des antécédents			« Que pensez-vous de l'évaluation initiale et du diagnostic? Les bonnes décisions ont-elles été prises ? Pourquoi, ou pourquoi pas? »
	Évaluer les signes vitaux			
	Surveiller le rythme cardiaque fœtal (RCF)			
	Appeler le personnel de soins de santé adéquat pour évaluer la patiente en obstétrique			
	Poser le diagnostic de pré-éclampsie sévère			
	Décider d'hospitaliser la patiente en obstétrique			
Specific Management	Annoncer le besoin d'un antihypertenseur en IV pour abaisser la tension artérielle et de sulfate de magnésium en IV/IM pour éviter les convulsions/l'éclampsie			« Que pensez-vous du traitement et de l'examen continu? » Les bonnes décisions ont-elles été prises? Pourquoi, ou pourquoi pas? »
	Installer la patiente en position latérale de sécurité sur le côté gauche			
	Installer l'IV			
	Administrer l'antihypertenseur en IV conformément aux directives factuelles: • Labétalol, • Hydralazine, ou • Nifédipine			
	Prise de sang: NFS et plaquettes, AST, ALT, créatinine, bilirubine, LDH, acide urique et glucose			
	Procéder à un examen physique général (vérification du réflexe rotulien)			
	Procéder à un examen abdominal (évaluation des contractions éventuelles)			
	Procéder à un examen pelvien			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement (SUITE)

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Specific Management	Mesures prises pendant la convulsion			« Que pensez-vous des mesures prises pendant la convulsion? »
	Tourner la patiente en position latérale « couchée »			
	Maintenir les voies aériennes libres, ouvrir les voies aériennes en abaissant la mâchoire inférieure, n'insérer de canule oropharyngée que si cela est nécessaire			
	Fournir un appoint d'oxygène (10 litres/minutes à l'aide d'un masque à réinspiration)			
	Crier pour appeler toute l'aide possible parmi les membres du personnel de soins de santé, prévenir l'anesthésiologiste et le service de néonatalogie			
	Préparer et administrer la dose de charge de sulfate de magnésium en IV/IM, conformément aux directives factuelles			
	Administrer la dose d'entretien continue de sulfate de magnésium en IV			
	Protéger la patiente pour qu'elle ne se blesse pas, ni ne tombe, sans toutefois restreindre ses mouvements Positionner un coussinet sous sa tête, au besoin			
	Noter la durée de la convulsion, les parties du corps concernées et le niveau de conscience			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement (SUITE)

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Specific Management	Mesures prises après la convulsion			« Que pensez-vous des mesures prises après la convulsion? »
	Continuer à évaluer les signes vitaux toutes les cinq minutes (tension artérielle, pouls et RCF)			
	Évaluer le niveau de conscience			
	Continuer à administrer de l'oxygène et à assurer l'ouverture des voies aériennes			
	Administrer une nouvelle dose d'antihypertenseur en IV, suivre les directives factuelles relatives aux doses répétées, jusqu'à ce que la tension artérielle soit dans la fourchette de valeurs normales			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

5. Le diagnostic et le traitement (SUITE)

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Specific Management	Continuer à vérifier que la patiente demeure en position latérale de sécurité gauche			« Que pensez-vous de la décision de provoquer l'accouchement de la patiente? »
	Insérer une sonde urinaire à demeure			
	La leader du groupe vérifie que les échantillons sanguins ont bien été transmis au laboratoire, et que le service de néonatalogie et l'anesthésiologiste sont au courant de la situation			
	Envoyer au laboratoire: niveau de magnésium, enzymes hépatiques, fonctionnement des reins, etc.			
	Continuer à administrer du sulfate de magnésium (dose d'entretien pendant au moins 24 heures après la dernière convulsion)			
	Utiliser le diagnostic de l'établissement et les algorithmes de traitement			
	Décision opportune de provoquer l'accouchement			

Les listes de vérification de l'observatrice par thématique

6. Les ressources humaines et l'équipement

	Les observations des formatrices pendant la simulation	Oui	Non	Exemples de questions et de conclusions
Ressources humaines	Tous les membres du personnel nécessaires sont présents et participent à la prise en charge de l'urgence.			« Qu'avez-vous pensé de la disponibilité des ressources humaines au cours de la simulation? »
Fournitures	Toutes les fournitures nécessaires étaient-elles disponibles? Si non, que vous manquait-il?			« Que pensez-vous de la disponibilité des fournitures nécessaires? Avez-vous toutes les fournitures nécessaires? Si non, que vous manquait-il? Ces fournitures manquent-elles souvent? »
	Y avait-il un kit de pré-éclampsie/éclampsie?			
				« Avez-vous eu du mal à vous procurer les fournitures? » « Disposez-vous de kits de pré-éclampsie/éclampsie? »

