SOIN DE FISTULE

Supervision Facilitante et Visite Médicale des Services de Prise en Charge des Fistules

(Y compris: Liste de gestion des déchets médicaux)

Révisé

12/12/12

EngenderHealth, 440 Ninth Avenue, New York, NY 10001, USA
Téléphone: 212-561-8000, Fax: 212-561-8067, Email: fistulacare@engenderhealth.org

© 2013. EngenderHealth/Fistula Care. Tous droits réservés.

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

La présente publication a été rendue possible grâce au généreux soutien de la population américaine à travers le Bureau de la santé maternelle et infantile de l'Agence américaine pour le développement international (USAID), aux termes de l'accord de coopération associé GHS-A-00-07-00021-00. Le contenu du présent document représente les points de vue du projet Fistula Care mais ne reflète pas nécessairement les opinions de l'USAID ou du gouvernement américain.

Citation suggérée : Fistula Care. 2013. *Supervision Facilitante et Visite Médicale des Services de Prise en Charge des Fistules*. New York.

I. Information

Nom de la structure: _____

District/Région/Pays: _____

Période Couverte

Date de présente visite de supervision : (dd/mm/aa) _____
Durée de la visite (Jours/heures): _____
Date de la précédente visite de supervision sur ce site : _____
Rapport de supervision de la dernière visite : Est-il disponible ?/a-t-il été revu ? _____
Période couverte au cours de cette visite :_____

Evaluation faite par (Personne responsable de l'équipe de supervision)

Nom: _____
Organisation: _____
Fonction: _____

Nom: _____
Organisation: _____
Fonction: _____

Nom: _____
Organisation: _____
Fonction: _____

Personnes Contacts pour le traitement des fistules interviewées sur le site

(Exemple. L'administrateur du pavillon Fistule, Médecin ou infirmière chargée des fistules, le chirurgien, les récents apprenants en réparation des fistules)

Le visiteur du site peut obtenir les commentaires supplémentaires á partir des interviews non structurés des clients sur leur satisfaction.

Nom: _____
Fonction: _____
Cadre: _____

Nom: _____
Fonction: _____
Cadre: _____

Nom: _____
Fonction: _____
Cadre: _____

II. Offre des services de Fistule dans la structure

Prestataires pour la réparation chirurgicale des fistules et soins infirmiers

1. Prestataires actuels en réparation des fistules ; Prestataires en soins infirmiers Pré et Post opératoires (indiquer si infirmière du Bloc Opératoire)				
a. Cadre	**b. Noms des Prestataires**	**c. Pour la réparation noter le degré de complexité : simple, intermédiaire, complexe**	**c. Pour la réparation noter le degré de complexité : simple, intermédiaire, complexe**	**c. Pour la réparation noter le degré de complexité : simple, intermédiaire, complexe**
Chirurgien faisant les réparations (et sa spécialité si possible ; indiquer s'il n'est pas Médecin)	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____			
Infirmière ou Sage –femme (indiquer si affectée au pavillon ou au bloc opératoire	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ 7. _____ 8. _____			
Adéquation perçue du support administratif (ensemble d'interviews)				
Besoin ressenti en formation additionnelle pour fistule ou autres aspects de la SR pour le même ou autre personnel	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

QUESTION	OUI	NON	COMMENTAIRES: NOTER LES DEFICITS, RAISONS ET RECOMMANDATIONS
2. Equipement (Kits pour réparation des fistules et autres matériels de support: (Vous référer á la liste Standard de EngenderHealth pour les équipements et consommables pour le traitement des fistules).			
a. Disponibilité d'un grand bloc opératoire et pavillon, équipement /fournitures et accessoires			
b. Disponibilité d'un équipement spécifique			
c. Nombre de boites complètes de réparation de fistule _____ ; Ce nombre est-il adéquat ?			
d. Tous les équipements sont –ils pleinement fonctionnels ?			
3. Fongibles/consommables (ex. cathéters, seringues, compresses, gants)			
a. Les consommables sont-ils disponibles?			
b. Si disponibles sont ils en quantité suffisante?			
c. Il y a-t-il eu rupture de stock d'un des consommables ces 6 derniers mois ? (Si Oui, préciser le consommable)			
d. Les fournitures sont elles de bonne qualité (ex. non endommagées, non périmées, etc.)			
4. Disponibilité des médicaments pour les soins médicaux des fistules et des méthodes de Planification Familiale			
a. Disponibilité des médicaments pour traitement médical			
b. Disponibilité des méthodes de PF (Lister lesquelles sont disponibles, pour quelles méthodes il y a un prestataire qui fait le Counseling)			
c. Adéquation des medicaments ;			
d. Adéquation entre la quantité et la gamme des méthodes contraceptives			
e. Aucune rupture en médicaments au cours des 6 derniers mois ? (spécifier les produits ayant connu des ruptures)			
f. Aucune rupture en produits contraceptifs au cours des 6 derniers mois ? (spécifier la méthode de PF ayant connu des ruptures			
g. Les médicaments et contraceptifs sont ils de bonne qualité (non expirées ou endommagées)?			

5. Durée de la période d'attente en jours	**Commentaires s'il y en a**
a. Nombre de jours écoulés entre le moment du diagnostic de la fistule et l'admission à l'hôpital	_____
b. Nombre moyen de jours de l'admission à la 1ere réparation de la fistule _____ c. Nombre moyen de jours de la réparation à la sortie de l'hôpital: _____ d. Nombre moyen de jours de séjour à l'hôpital : _____	_____ _____ _____ _____ _____
6. Charge de travail des services de prise en charge des fistules	**Commentaires s'il y en a**
a. Nombre de femmes en attente du traitement dans la structure _____ b. Nombre estimatif de femmes porteuses de fistules dans la zone d'attraction, si connu et source de l'information _____ c. Nombre de jours d'intervention pour fistules par semaine ___ Nombre de cas de réparation des fistules au cours des 2 derniers trimestres _____ c. Il y a –t-il eu des activités communautaires de proximité ? IEC/CCC, MAP (Hommes Comme Partenaires) _____ d. Taux de réussite des réparations des fistules au cours des 2 derniers trimestres ; _____ (Donner les raisons si le taux est **<70%)** _____ e. Taux estimé des complications au cours des 2 derniers trimestres _____ f. Nombre de cas de décès liés à la chirurgie de réparation des fistules ou autre procédure clinique au cours des 2 derniers trimestres _____ ; (le décès a –t-il été audité /enregistré suivant le protocole de l'Agence ?) _____	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

QUESTION	**OUI**	**NON**	**COMMENTAIRES : NOTER LES DEFICITS, RAISONS ET RECOMMANADATIONS**
7. Disponibilité des documents de politique, HMIS			
Indiquer la disponibilité des éléments ci-dessous :			
a. Document de politique ou de stratégie des soins de la fistule			
b. Documents de référence			
c. Aide-mémoires			
d. Documents de prestation de services : (avec des commentaires sur l'exhaustivité, la maintenance, la confidentialité pour chacun d'entre eux)			
• Registre d'admission			
• Fiche d'enregistrement de la cliente			
• Registre de la salle d'opération			

QUESTION	OUI	NON	COMMENTAIRES : NOTER LES DEFICITS, RAISONS ET RECOMMANADATIONS
• Notes sur la chirurgie			
• Résumé à la sortie			
• Formulaire de consentement éclairé			
• Autre (préciser : _____)			
8. Disponibilité des services gratuits ou subventionnés			
Est-ce que les services de prévention, de traitement, et de réhabilitation/réinsertion de la fistule sont disponibles et gratuits ou subventionnés? (Si oui, décrire les services dans les commentaires)			
9. Conformité par rapport aux directives sur la prestation de services de fistule (Si disponible, cocher oui ; si c'est NON, cocher non pour « non disponible »)			
Evaluer la conformité avec les directives concernant :			
a. Evaluation de la cliente, diagnostic et classification			
b. Gestion préopératoire			
c. Gestion postopératoire			
d. Analgésie et/ou anesthésie utilisée			
e. Gestion des complications			
f. (Si les soins obstétricaux d'urgences ont été offerts), indiquer la gestion sûre du travail et de l'accouchement			
g. Utilisation correcte et constante du partogramme			
h. Gestion active de la troisième étape du travail			
i. Autres directives (préciser) :			
Nombre total d'accouchements au cours des deux derniers trimestres			
Taux d'accouchement par césarienne			
Nombre de patientes référées à l'arrivée au cours des deux derniers trimestres			
Nombre de patientes référées à la sortie au cours des deux derniers trimestres			

QUESTION	OUI	NON	COMMENTAIRES : NOTER LES FAIBLESSES, LES RAISONS ET LES RECOMMANDATIONS
AMELIORATION DE LA QUALITE			
10. Mise en œuvre sur les sites des mesures suivantes pour l'amélioration de la qualité			
a. Audits réguliers de qualité (par ex., réunions sur la mortalité/morbidité, etc.)			
b. Supervision facilitante (pour la supervision interne et/ou externe)			
11. Environnement de travail favorable concernant les éléments suivants :			
a. Espace			
b. Confort			
c. Fournitures			
d. Personnel de soutien, etc.			
12. Bien-fondé des infrastructures concernant ce qui suit :			
a. S'il existe des pavillons réservés pour les patientes souffrant de fistule (ou des structures partagées, temporelles/saisonnières)			
b. S'il existe une salle d'opération réservée (par opposition à celle qui est partagée selon un programme quotidien ou une autre planification)			
c. Salles de bain, équipements, etc.			
13. Fiabilité des services publics concernant ce qui suit :			
a. Alimentation en eau potable (si l'eau est raccordée à une canalisation, ou provient d'un puits ou d'un forage, ainsi que s'il faut d'avoir un réservoir– par ex., des cuves)			
b. Energie électrique (réseaux de distribution, groupe(s) électrogène(s))			
14. Prévention des infections Conformité aux normes sur la prestation de services de prévention des infections (se référer au guide) en termes de :			
a. Décontamination			
b. Nettoyage des instruments			
c. Stérilisation, utiliser l'autoclave four à chaleur sèche ou produits chimiques (préciser) :			
d. Désinfection de haut niveau - ébullition, à la vapeur ou produits chimiques (préciser)			
e. Lavage des mains			
f. Port de gants			

III. Monitorage des services de counseling

16. Counseling en Fistule et Planification Familiale : Disponibilité de conseillers formés			
a. Cadre	**b. Noms des prestataires**	**c. Formé en Counseling pour Fistule**	**c. Formé en Counseling pour Fistule**
Médecins	1_____ 2_____ 3_____		
Non médecins/infirmières/sage-femme	1_____ 2_____ 3_____ 4_____ 5_____ 6_____ 7_____ 8_____ 9_____		
a. Nombre total de conseillers disponibles _____ b. Counseling en Fistule _____ c. Counseling en PF ____ d. Spécifier pour quelle méthode de PF le Counseling est disponible _____ e. Besoins en nombre de Conseillers pour Fistula ____ f. Besoins en nombre de Conseillers pour PF ____			

QUESTION	OUI	NON	COMMENTAIRES : NOTER LES DEFICITES, RAISONS ET RECOMMANADATIONS
17. Equipement de Counseling équipement et aides visuels disponibles			
a. Boites à images			
b. Posters			
c. Modèles anatomiques et/ou Photos			
d. Dépliants pour clients			
Autres (spécifier)			
f. Gamme de methodes de PF (spécifier la méthode): _____			
18. Aspects spécifiques du processus de Counseling			

(L'équipe peut remplir cette section après avoir directement observé une séance de Counseling ou à défaut de cela, selon ce que les prestataires décrivent comme faisant partie de leur Counseling de routine- spécifier) .

a. Les prestataires suivent ils les guides standards pour le Counseling pour fistule durant les phases de:

- Admission_____
- Pré- opératoire_____
- Intra- opératoire_____
- Post-opératoire_____
- Sortie de l'hôpital?_____
-

b. Le prestataire utilise –t-il adéquatement le REDI, GATHER ou un autre modèle de Counseling ?_____

c. Nombre de femmes avec fistule conseillées au cours des 2 derniers trimestres ____ sur un total de_____. Pourcentage : _____

d. Quelles informations ou services sont offerts aux femmes qui n'acceptent pas de méthodes PF après les services de fistule?			
Informations plus poussées et/ou services			
Rendez vous accordé dans le même site ou référence á une autre clinique de PF ou visite domiciliaire			
e. Qualité additionnelle des composantes de soins			
La femme est traitée avec respect, dignité, empathie			
Le prestataire assure l'intimité visuelle et auditive ; confidentialité			
Interaction client prestataire basée sur le rapport et les droits			
f. Monitorage PF			
Le registre PF est à jour pour les acceptatrices des méthodes de			
PF			
Les rapports mensuels et trimestriels de PF sont disponibles			

Références des services de fistule et liens avec les autres services de SR et réintégration

QUESTION	OUI	NON	COMMENTAIRES : NOTER LES DEFICITES, RAISONS ET RECOMMANDATIONS
17. Liens avec les autres services de SR			
a. Dépistage et/ou traitement pour les autres problèmes de SR(Ex IST/VIH/SIDA)			
b. Services de soutien pour les aspects liés au Genre et Pratiques Traditionnelles néfastes (si nécessaire)			
c. autre			
18. Références			
a. Il existe une documentation sur les références vers ou á partir des services de Fistula (dans le registre ou les rapports mensuels et trimestriels : spécifier)			

IV. Notes des interviews des Clients [optionel]

_____

_____

_____

_____

V. Résumé et Recommandations de la visite de Supervision et de Monitorage

Progrès vers la résolution des problèmes identifiés au cours de la dernière visite (si applicable):

_____

_____

_____

_____

Défis programmatiques, Amélioration de la qualité et autres problèmes á résoudre avant la prochaine visite:

_____

_____

_____

_____

_____

Besoin en assistance externe:

_____

_____

_____

_____

Commentaires généraux :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Les résultats de la visite ont-ils été partagés avec l'Equipe Cadre du District sanitaire ?

☐ OUI ☐ NON