FISTULA CARE

SUPERVISION FACILITANTE DES SERVICES DE REPARATION DES FISTULES, VISITE MEDICALE DES SITES DE FORMATION ET SUIVI DE LA FORMATION

Mis à jour :

12-12-12

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

© 2012. 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. 2012. *Supervision facilitante des services de réparation des fistules, visite médicale des sites de formation et suivi de la formation*. New York.

I. Informations concernant les Structures

Nom de la structure : _____

District/Etat/Pays : _____

Période de temps couverte
Date de la visite de supervision : (j/m/a) _____
Durée de la visite (Jours/heures) : _____
Date de la dernière visite de supervision du site : _____
Rapport d la dernière visite : Disponible ?/Révisé ? _____
Période de temps couverte/révisée cette année _____

Evaluation complète (par des personnes clé en équipe de supervision)

Nom : _____
Organisation : _____
Titre du travail : _____

Nom : _____
Organisation : _____
Titre du travail : _____

Nom : _____
Organisation : _____
Titre du travail : _____

Principale personne contact spécialiste en fistule interviewée dans la facilité

Exemple : administrateur des salles de fistules, docteur ou infirmier en charge des fistules, chirurgien spécialiste des fistules, récentes personnes formées. Le visiteur du site peut avoir des compléments de commentaires)

Nom : _____
Titre du travail _____
Cadre : _____

Nom : _____
Titre du travail _____
Cadre : _____

Nom : _____
Titre du travail _____
Cadre : _____

II. Suivi de la formation des chirurgiens spécialistes des fistules

Nombre total des chirurgiens spécialistes en fistule formés dans les 4 derniers trimestres : __	Pour chaque chirurgien formé dans les 4 derniers trimestres, listez : Le nom, Les mois depuis la fin de la formation __, Le nombre de réparations faites pendant la formation (comme premier chirurgien) __, Le nombre de réparation faites depuis la formation __, Le niveau de compétence à la fin de la formation (simple réparation, medium, complexe) __ Niveau de compétence actuel __ **(S'il vous plait, utilisez une nouvelle feuille de papier ou le verso de cette page, si besoin en était)** _____ _____ _____
Nombre total de personnes non spécialisées en réparation des fistules formées dans les 4 derniers trimestres	__Les noms de chacun Mois depuis la fin de la formation _____ Nombre de clients **attendus** pendant la formation _____ Nombre de clients **attendus** depuis la formation _____ Niveau de compétence à la fin de la formation _____ Niveau de compétence actuel _____

III. Suivi de la formation des conseillés en réparation des fistules

Nombre total de conseillers en réparation des fistules formés pendant les 4 derniers trimestre__	Pour chaque conseiller formé pendant les 4 derniers trimestres lister : Le nom, Mois depuis la fin de la formation __, Nombre de femmes conseillées pendant la formation (comme premier conseillé) Nombre de femmes conseillées depuis la formation __ : Niveau de compétence à la fin de la formation (compétent, performant, précepteur/formateur) _____ Niveau actuel de compétence _____ **(S'il vous plait, utilisez une nouvelle feuille de papier ou le verso de cette page, si besoin en était)** _____ _____ _____ _____

a. Suivi de l'avancée des conseillés récemment formés
(Dites si cette section a été complétée après observation directe du prestataire pendant une session de counseling, si non, faite le à partir de sa description d'une session de counseling typique)._____ Le prestataire de service a-t-il suivi les directives standardisées en matière de counseling dans les cas

de fistule pendant les phases de : (s'il vous plait désignez la phase observée et/ou décrite) - Admission - Pré opératoire - Intra opératoire - Post opératoire - Sortie de l'hôpital ? - Le prestataire a-t-il fait usage approprié des REDI, GATHER ou autre modèle de counseling ? - Le nombre de femmes que ce prestataire a conseillées dans les 2 derniers trimestres			
b) Suivi des récents conseillé pour le contenu du counseling ; de ces aspects spécifiques, lequel le prestataire a inclus dans son counseling ?			
Eviter les rapports sexuels vaginaux pendant 3 – 6 mois (spécifier) Probable retour des menstrues et de la fertilité (s'il étaient absents)			
Conseillez les exercices au sol du pelvis			
Réintégration dans la communauté			
« Verbacaine » : verbale, gentillesse tactile et empathie **en salle**			
Importance de faire **tôt les CPN** de la grossesse suivante Nécessité d'un accouchement électif à l'hôpital			
c) Counseling en PF			
Le prestataire a-t-il donné des informations adéquates sur les options PF ?			
Le prestataire a-t-il présélectionné la justesse des méthodes, si nécessaire ?			
Certifiez le besoin d'une abstinence post réparation pour aider à la guérison, même si cela n'était pas nécessairement pour la **PF**			
Conseil au sujet des besoins spécifiques de la femme vivant avec des fistules et de la femme qui a bénéficié d'une réparation			
Aidez à l'accès individuel pour les besoins de protection contre le VIH/SIDA et répondez aux autres questions ou soucis			
Référez pour les méthodes de traitement disponibles ailleurs dans la facilité ou en dehors			
Nombre de femmes conseillées pour **la PF** dans les 2 derniers trimestres			
Nombre de femmes qui ont adopté la méthode **PF** dans les 2 derniers trimestres			
d) Quels informations ou services le prestataire donne t'il aux femmes qui n'acceptent pas le PF après traitement des fistules ?			
Avantage d'information, ou services (spécifier)			
donner rendez-vous à un autre moment au même site, ou référer la malade à une autre clinique **PF**, ou faire une visite à domicile			
e) Qualité supplémentaire des composantes du service			
Traiter la femme avec respect, dignité, compréhension			
Assurer un auditoire (visuel) privé et la			

confidentialité			
Rapport et une interaction correcte client-fournisseur			

IV. Supervision et Monitoring SUPPLEMETAIRES pour les SITES de FORMATION en RÉPARATION des FISTULES

(Mais si la facilité n'est pas un site de formation, s'il vous plait marquez « NA » et sautez la question)

Question	Oui	Non	Commentaires : notes ; imperfections ; raisons et recommandations
1. Pour cette question ; interviewez le médecin ; l'infirmier ; l'administrateur en charge des salles ou du site (s'il vous plait, apportez une feuille blanche et listez les réponses)			
Posez les questions concernant : - Formateurs (nombre ; niveau de compétence, disponibilité) - Stagiaires (nombre, sélection, type d'aide reçu, niveau de compétence, durée, suivi clinique et programmatique ; type d'aide que les stagiaires ont reçu après leur formation) - Clients (**Charge** moyenne pendant la formation) - Logistique (nourriture des clients ; transport etc) - Service de fourniture d'équipement, vivres - Equipement de formation, approvisionnement. - domaine de formation clinique et didactique et clinique - Perspectives personnelles sur la formation, les forces, les défis, le support administratif à la formation et qu fournitures de services et autres sujets			

2. Pour cette section, interviewez le formateur (apportez une feuille blanche et complétez)			
Interview conduite et formulaires remplis • Modifier les questions ci-dessus, si nécessaire			
3. Pour cette section, interviewez un échantillon de stagiaires (apportez une feuille blanche et complétez)			
Interview conduite et formulaires remplis • Modifier les questions ci-			

dessus, si nécessaire			
4. Formulaire d'enregistrement des stagiaires (révisé au site)			
Interview conduite et formulaires remplis • Le formulaire d'enregistrement est-il complet pour chaque stagiaire ? • Une copie du formulaire d'enregistrement des stagiaires a t'elle été envoyée à l'unité formation du Ministère de la Santé ou dans une autre unité de collection ?			
5. List des inventaires et espace de formation			
a) Y a t-il un inventaire du matériel de formation en réparation des fistules ? b) disponibilité de la stratégie de formation en réparation des fistules ? directives de formation par le Ministère de la Santé, EngenderHealth			

Question	**Oui**	**Non**	**Commentaires : notes, imperfections, raisons et recommandations**
a. Disponibilité du curricula de formation pour : i. Chirurgie des fistules ii. Soins infirmiers iii. Counseling iv. Formation des formateurs			
b. Les items suivants sont-ils disponibles ?			
Modèles anatomiques ou images			
matériels de référence clinique des fistules			
Matériel de référence des formateurs			
Matériel de référence du programme de formation			
TV – VCR			
Bandes vidéo			
Flipchart			
kits de chirurgie des fistules			
c. domaine réservé à la clinique et à la formation didactique			
6. Formation de l'effectif (par la revue du journal de bord du site) et liens avec les autres **RH**			
a. Quel est l'effectif disponible pour la formation ? L'effectif est il suffisant pour la formation			
b. Les grandes lignes de la formation sont elles liée aux autres services **RH**			
7. Feuille de révision de la formation (révision au site)			

Le programme de la formation est il conduit de manière satisfaisante en accord avec le plan ?			
a. Les site ont-ils des compétences cliniques adéquates ? sinon, spécifier b. Les sites ont-ils des compétences de formation adéquates ? sinon, pourquoi ? c. Existe-t-il un calendrier de suivi exécuter dans les 2 trimestres ? d. Toute autres questions liés à la formation (spécifier)			
V : Les notes concernant l'interview du client : optimales			

v. Résumé et Recommandations des visites de Supervisions et de Monitoring

Progrès dans la résolution des questions posées lors de la dernière visite (si cela est applicable) :

_____
_____
_____
_____

Défis Programmatiques, Amélioration de la qualité et autres questions à aborder avant la visite suivante :

_____
_____
_____
_____
_____

Besoins en assistance extérieure :

_____
_____
_____
_____
_____

Commentaires Généraux

_____
_____
_____

Les résultats des visites ont-ils été partagés avec **l'équipe de gestion du District Sanitaire ?**

☐ **OUI** ☐ **NON**