



Deuxième Edition

Soins complets d'avortement centrés sur la femme Manuel du formateur

Clause de non-responsabilité : La publication régulièrement mise à jour *Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive* (www.ipas.org/actualitescliniques) propose la guidance clinique la plus récente d'Ipas et remplace toute guidance différente qui figurerait dans les cours de formation ou dans tout autre matériel didactique publié par Ipas.

ISBN: 1-933095-92-X
© 2016 Ipas.

Publication produite aux États-Unis d'Amérique.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur* (Deuxième édition) K. L. Turner et A. Huber (Editeurs), Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas est une organisation à but non lucratif, active à travers le monde et dont le travail consiste à promouvoir la capacité des femmes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs, particulièrement leur droit à l'avortement sécurisé. Nous cherchons à mettre un terme à l'avortement non sécurisé ou dangereux afin d'éliminer la mortalité et les lésions qui en résultent. Notre objectif est que toutes les femmes aient accès à des soins complets d'avortement ce qui inclut également les services de contraception ainsi que les soins et informations concernant la santé sexuelle et reproductive. Par notre travail, nous nous efforçons de favoriser l'instauration d'un climat juridique, politique et social qui permette aux femmes de prendre en toute liberté et en toute sécurité leurs propres décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive.

Ipas est une organisation à but non lucratif enregistrée sous le numéro : 501(c)(3). Toutes les donations faites à Ipas sont déductibles des impôts conformément à la législation en vigueur.

Photos de couverture : © Richard Lord

Illustrations : Stephen C. Edgerton

Les illustrations et les photographies utilisées dans cette publication n'y figurent qu'à titre illustratif. Toute similitude avec une personne réelle, vivante ou morte, serait entièrement fortuite.

Pour plus d'informations ou pour faire une donation à Ipas:

Ipas
P.O. Box 9990
Chapel Hill, NC 27515 États-Unis
1-919-967-7052
info@ipas.org
www.ipas.org

Imprimé sur papier recyclé.

Table des matières

| | |
|--|--------------|
| Remerciements | X |
| À propos d'Ipas | xii |
| À propos de ce manuel | xiii |
| Matériel de formation : Exemples de calendrier, de formulaires d'évaluation et de certificats | xxiii |
| Introduction du cours | 1 |
| Bienvenue et introduction | 2 |
| Rôles et responsabilités des formateurs et des participants | 5 |
| Normes du groupe et méthodes d'évaluation | 5 |
| Présentation et principes directeurs | 9 |
| Introduction | 10 |
| Protéger les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement | 16 |
| Résumé et test | 19 |
| Matériel didactique : | |
| Charte relative aux droits sexuels et reproductifs | 24 |
| Droits reproductifs | 25 |
| Introduction | 26 |
| Documents internationaux relatifs aux droits humains ayant trait à l'avortement et aux soins après avortement | 29 |
| Législation et politiques relatives à l'avortement et obstacles s'opposant à l'accès aux soins liés à l'avortement | 30 |
| Résumé et test | 32 |
| Liens avec la communauté | 38 |
| Introduction | 39 |
| Cartographier la communauté | 43 |
| Résumé et test | 50 |
| Matériel didactique : | |
| Fiche de travail « Plan d'action » | 53 |
| Fiche de travail « Profil de la communauté » | 54 |
| Ma ville : Exemple de cartographie de la communauté | 58 |
| Méthodes d'évacuation utérine | 61 |
| Introduction | 62 |
| Méthodes d'évacuation utérine : aperçu et comparaison | 64 |
| Transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses (activité facultative) | 69 |

| | |
|--|------------|
| Approvisionnement à long terme en fournitures pour AMIU et avortement médicamenteux | 70 |
| Résumé et test | 71 |
| Matériel didactique : | |
| Méthodes d'évacuation utérine | 83 |
| Transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses | 84 |
| Monitoring visant à améliorer la qualité des services | 85 |
| Introduction | 86 |
| Étapes d'un monitoring efficace | 89 |
| Résumé et test | 95 |
| Matériel didactique : | |
| Scénario de suivi | 99 |
| Fiche de travail « Plan de monitoring des soins d'avortement » | 100 |
| Consentement éclairé, information et counseling | 101 |
| Introduction | 102 |
| Éléments d'un counseling lié à des soins complets d'avortement centrés sur la femme | 107 |
| Techniques et plan pour un counseling efficace | 116 |
| Résumé et test | 123 |
| Matériel didactique : | |
| Liste de contrôle des compétences en matière de counseling | 130 |
| Activité « Quatre coins » | 133 |
| Counseling psychologique – décision d'orientation | 135 |
| Scénarios pour les jeux de rôle sur le counseling psychologique | 136 |
| Plan pour l'amélioration des compétences en matière de counseling | 137 |
| Services de contraception | 138 |
| Introduction | 140 |
| Les composantes des services de contraception de qualité optimale..... | 144 |
| Pour un counseling efficace sur la contraception | 151 |
| Critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation d'une contraception suite à une évacuation utérine | 156 |
| Pratique des compétences | 163 |

| | |
|---|------------|
| Résumé et test | 165 |
| Matériel didactique : | |
| Modèles de prestation de services | 172 |
| Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling sur la contraception | 173 |
| Scènes concernant diverses attitudes en matière de counseling | 176 |
| Scènes pour aider la femme à choisir une méthode | 177 |
| Scénarios pour les jeux de rôle | 179 |
| Information sur les méthodes de contraception | 180 |
| Prévention des infections | 182 |
| Introduction | 183 |
| Éléments de la prévention des infections | 186 |
| Résumé et test | 196 |
| Matériel didactique : | |
| Liste de contrôle des capacités de prévention des infections et fiche de travail de plan d'action | 202 |
| Création de barrières de protection personnelle à partir du matériel disponible sur place (facultatif) | 203 |
| Évaluation clinique | 204 |
| Introduction | 205 |
| Recueillir les antécédents de la patiente | 207 |
| Procéder à un examen physique | 210 |
| Considérations spécifiques dont il faut tenir compte au cours de l'évaluation clinique | 214 |
| Considérations dont il faut tenir compte dans le cas de soins après avortement | 217 |
| Jeux de rôle pour la pratique des compétences requises | 219 |
| Résumé et test | 220 |
| Matériel didactique : | |
| Liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique | 226 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour les soins après avortement | 229 |
| Scénarios des jeux de rôle et interprétation des jeux de rôle | 233 |

| | |
|--|------------|
| Instruments d'Ipas pour AMIU | 239 |
| Introduction | 240 |
| Caractéristiques et utilisation des instruments | 241 |
| Entretien et traitement des instruments | 248 |
| Résumé et test | 257 |
| Matériel didactique : | |
| Déclaration de décontamination d'Ipas | 264 |
| Liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments | 266 |
| Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus | 269 |
| Introduction | 272 |
| Préparation | 273 |
| Contrôle de la douleur | 273 |
| Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus | 278 |
| Soins post-opératoires | 290 |
| Soins de suivi | 296 |
| Considérations particulières : Très jeunes femmes | 298 |
| Résumé et test | 299 |
| Matériel didactique : | |
| Cas cliniques illustrant le programme de prise en charge de la douleur et réponses correspondantes | 310 |
| Conseils de formation à l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) | 312 |
| Fournitures pour la démonstration d'une procédure d'évacuation utérine et la pratique simulée | 315 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus | 316 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires | 319 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour les soins de suivi | 321 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour les soins à dispenser après la procédure d'avortement | 322 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour les soins de suivi après la procédure d'avortement | 324 |

| | |
|--|------------|
| Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses | 325 |
| Introduction | 327 |
| Préparation | 329 |
| Schémas de traitement | 334 |
| Effets attendus, effets indésirables, contrôle de la douleur et complications | 338 |
| Instructions et soins avant et après que la patiente ait quitté le centre | 343 |
| Soins de suivi | 349 |
| Résumé et test | 354 |
| Matériel didactique : | |
| Fiches des effets attendus et des effets indésirables | 361 |
| Jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins complets d'avortement) | 362 |
| Jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins après avortement) | 363 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses – Mifépristone et misoprostol | 364 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses – Misoprostol seul | 369 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour un traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet | 373 |
| Réponses aux scénarios sur les soins de suivi après avortement | 376 |
| Complications : soins complets d'avortement | 379 |
| Introduction | 380 |
| Types de complications | 381 |
| Complications d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux | 384 |
| Complications d'une aspiration intra-utérine | 389 |
| Complications d'un avortement médicamenteux | 395 |
| Complications chez les patientes qui se présentent pour des soins après avortement | 395 |
| Réponse aux urgences | 398 |
| Soins de suivi | 400 |
| Suivi des événements indésirables graves | 400 |

| | |
|--|------------|
| Jeux de rôles des cas cliniques illustrant le diagnostic et la prise en charge des complications ... | 408 |
| Résumé et test | 412 |
| Matériel didactique : | |
| Sketches sur les événements indésirables graves | 418 |
| Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins complets d'avortement | 419 |
| Cas cliniques sur les complications : soins complets d'avortement | 421 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins complets d'avortement) | 425 |
| Complications : soins après avortement | 429 |
| Introduction | 430 |
| Types de complications | 432 |
| Évaluation initiale rapide et traitement de l'état de choc | 433 |
| Seconde évaluation pour déterminer les causes sous-jacentes du choc | 435 |
| Diagnostic et traitement des complications spécifiques | 437 |
| Réponse aux urgences | 446 |
| Soins de suivi | 449 |
| Suivi des événements indésirables graves | 450 |
| Jeux de rôles des cas cliniques illustrant le diagnostic et la prise en charge des complications | 457 |
| Résumé et test | 461 |
| Matériel didactique : | |
| Sketches sur les événements indésirables graves | 467 |
| Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins après avortement | 468 |
| Cas cliniques sur les complications : soins après avortement | 469 |
| Réponses pour les études de cas concernant les complications : soins après avortement | 470 |
| Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins après avortement) | 473 |

| | |
|---|------------|
| Stage clinique | 477 |
| Introduction | 483 |
| Consentement éclairé, information et counseling et Services contraceptifs | 485 |
| Évaluation clinique | 489 |
| Traitement des instruments d'Ipas pour AMIU | 490 |
| Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus | 491 |
| Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses | 496 |
| Complications | 498 |
| Résumé et évaluation | 499 |
| Matériel didactique : | |
| Fournitures et équipements pour le stage clinique | 502 |
| Évaluation des compétences cliniques pour les soins d'avortement | 505 |
| Ressources supplémentaires | 509 |

CD-ROM reprenant le cours de formation aux soins liés à l'avortement et à la prestation de services d'Ipas et d'autres ressources – Matériel utile pour ce cours de formation :

Soins complets d'avortement centrés sur la femme

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (deuxième édition) (fichier pdf)

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition) (fichier pdf)

Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition) (fichier pdf)

Activités supplémentaires pour les différents modules (fichier pdf)

Présentation PowerPoint sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme (fichier ppt)

Présentation PowerPoint sur les soins après avortement centrés sur la femme (fichier ppt)

Matériel de formation : Exemples de calendrier, de formulaires d'évaluation et de certificats (fichiers doc)

Panneau mural « Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® » (fichier pdf)

Panneau mural « Réalisation d'une AMIU à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, des canules Ipas de 3 mm et des canules Ipas EasyGrip » (fichier pdf)

Conseils de formation à l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

Protocoles d'avortement médicamenteux (fiche de schémas d'administration)

Disque « Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre — mifépristone et misoprostol »

Disque « Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre — misoprostol seul »

Ensemble de matériel de formation à l'avortement médicamenteux à l'usage des formateurs

Guide de formation à l'avortement médicamenteux (deuxième édition) (fichier pdf)

Guide de formation à l'avortement médicamenteux à l'usage des formateurs (deuxième édition) (fichier pdf)

Présentation PowerPoint sur l'avortement médicamenteux (fichier ppt)

Tableau de jeu au format PowerPoint et module d'extension Flash (fichiers ppt et swf)

Avortement médicamenteux en début de grossesse : matériel d'information, de formation et de communication et auxiliaires de travail

Ensemble de matériel de formation et de prestation de services concernant le traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet

Misoprostol for Treatment of Incomplete Abortion: An Introductory Guidebook (fichier pdf)

Traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet : Guide de formation (fichier pdf)

Présentation PowerPoint Traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet (fichier ppt)

Utilisation du misoprostol dans le cadre des soins après avortement : Boîte à outils pour la prestation de services

Guidance et outils concernant les fournitures

Outil et feuille de calcul de guidance concernant les fournitures pour l'avortement médicamenteux (fichiers zip et xls)

MVA Sustainable Supply Workbook (fichier pdf)

Planning for Sustainable Supply of MVA Instruments: A Guide for Program Managers (second edition) (fichier pdf)

Constitution du stock d'équipements pour AMIU des institutions en fonction du nombre de cas (fichier pdf)

Gestion des stocks de médicaments utilisés dans le cadre des soins liés à l'avortement : Auxiliaire de travail à l'usage des centres de soins

Autres cours de formation et matériel didactique

Abortion Care for young women: A training toolkit. (fichiers pdf et ppt)

Effective Training in

Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual and Trainer's Manual (Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation. Manuel de référence et Manuel du formateur) (fichiers pdf et ppt)

Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale (fichiers pdf et ppt)

Abortion Attitude Transformation: Values Clarification Activities Adapted for Young Women (fichier pdf)

Présentation PowerPoint Long-Acting Reversible Contraception for Young Women (fichier ppt)

Les prestataires de soins en tant que défenseurs du droit à l'avortement médicalisé : Manuel du formateur (fichiers pdf et ppt)

OMS - Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (deuxième édition) (fichier pdf)

OMS - Clinical Practice Handbook for Safe Abortion Care (fichier pdf)

Séquence vidéo MVA Technique Using the MVA Plus Aspirator and Ipas Easy Grip Cannulae (fichier mpg)

Clinical Updates in Reproductive Health est disponible à l'adresse : www.ipas.org/en/resources

Le CD-ROM contient des ressources supplémentaires qui ne sont pas citées ici. Les mises à jour régulières Clinical Updates in Reproductive Health proposent les directives

Remerciements

Cette seconde édition du manuel Soins complets d'avortement centrés sur la femme: Manuel du formateur d'Ipas a été revue et mise à jour par les membres du personnel d'Ipas et les consultants suivants :

Katherine L. Turner, États-Unis, éditrice et relectrice principale

Amanda Huber, États-Unis, éditrice et relectrice principale

Jennifer Soliman, États-Unis, coordinatrice de la révision

Principale équipe de révision :

Alice Mark, États-Unis

Bill Powell, États-Unis

Joan Healy, États-Unis

Nous remercions les membres du personnel d'Ipas et les collègues qui nous ont apporté leur précieuse contribution lors de la révision :

Alison Edelman, États-Unis

Alyson Hyman, États-Unis

Anna de Guzman, États-Unis

Dalia Brahmi, États-Unis

Joachim Osur, Kenya/Alliance africaine

Laura Castleman, États-Unis

Maria de Bruyn, États-Unis

Makgoale Magwentshu, Afrique du Sud

Nadia Shamsuddin, États-Unis

Patrick Djemo, Zambie

Patty Skuster, États-Unis

Sangeeta Batra, Inde

La première édition de ce manuel a été rédigée par Alyson G. Hyman, Teresa McInerney et Katherine L. Turner.

Autres personnes ayant contribué à la première édition :

Joan Healy, États-Unis, relectrice principale, première édition

Karah Fazekas, États-Unis, assistance administrative,
première édition

Veronica Tillberg, États-Unis, assistance administrative,
première édition

*Nous remercions les membres du personnel d'Ipas, les consultants
et les collègues qui ont contribué à la rédaction de la première
édition :*

| | | |
|-------------------|-------------------|----------------------|
| Jean Ahlborg | Christian Fiala | Karen Trueman |
| Rebecca Cook | Entela Shehu | Julia Cleaver |
| Marty Jarrell | Colleen Carpenter | Rivka Gordon |
| Sangeeta Batra | Mosotho Gabriel | Merrill Wolf |
| Jefferson Drezett | Phan Bich Thuy | Rodica Commandant |
| Nuriye Nortayli | Laura Castleman | Charlotte Hord Smith |
| Maria de Bruyn | Ann Gerhardt | |

Ce manuel est en grande partie basé sur le cours de formation
Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel du
formateur de Katherine Turner, Teresa McInerney et Jeannine
Herrick publié par Ipas en 2004.

À propos d'Ipas

Ipas se consacre à défendre la conviction que toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes, ont pour droit fondamental d'obtenir des soins de santé sexuelle et génésique et d'exercer leur libre arbitre en ce qui concerne leurs choix sexuels et génésiques. Nous travaillons dans le monde entier à l'extension de l'accès à des soins de santé génésiques de qualité à toutes les femmes et à l'amélioration de leur capacité d'exercer leurs droits génésiques, et en particulier leur droit d'obtenir en toute légalité des soins d'avortement sécurisé. Nous concentrons nos efforts sur la prévention de l'avortement non sécurisé, sur l'amélioration du traitement de ses complications et sur la réduction de ses conséquences. Nous luttons pour l'émancipation et l'autonomie des femmes dans ce domaine en étendant leur accessibilité à des services qui améliorent leur santé sexuelle et reproductive.

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) et sa révision à cinq ans (CIPD+5) ont assigné un mandat sans équivoque à tous les gouvernements signataires : sécuriser et rendre accessibles à toutes les femmes, y compris aux jeunes femmes et aux adolescentes, au sein de leurs communautés les soins liés à l'avortement sans restriction dans les limites permises par la loi. À travers son travail, Ipas cherche à étendre la prise en charge des soins complets d'avortement dans le monde entier dans la limite des lois locales en vigueur grâce à des cours de formation, une amélioration de la prise en charge des soins, des activités de plaidoyer, l'établissement de liens entre communautés et systèmes de santé, des recherches et la mise à disposition de technologies de santé reproductive.

Par extension de la prise en charge nous entendons un accès universel à des soins d'avortement durables et de qualité optimale. Réussir à mettre en place un tel accès universel signifie garantir que toute femme, quel que soit l'endroit où elle se trouve, si elle cherche de l'aide parce qu'elle a eu un rapport sexuel non protégé ou non voulu ou qu'elle a une grossesse non voulue, obtienne sans difficulté les soins dont elle a besoin, qu'il s'agisse d'information, d'orientation, de transfert ou de soins cliniques. Pour qu'il y ait accès universel aux soins liés à l'avortement, tous les établissements de santé publics et privés faisant partie du système de santé d'un pays doivent disposer de personnel formé, d'équipement et de toute autre disposition permettant de garantir l'accès aux soins pour toutes les femmes, y compris les plus jeunes et les adolescentes.

Réussir à mettre en place une prise en charge durable des soins liés à l'avortement exige une direction politique résolue, l'instauration de stratégies, des ressources financières ainsi qu'une infrastructure de santé dotée de personnels qualifiés.

À propos de ce manuel

Ce manuel constitue une ressource à l'usage des formateurs chargés d'organiser des cours destinés à des professionnels de santé qui pratiquent des soins complets d'avortement centrés sur la femme, et notamment des soins après avortement. Il contient toutes les instructions et le matériel didactique nécessaires pour aider les participants à acquérir les connaissances et les compétences leur permettant de dispenser des soins de qualité optimale.

Le matériel de formation comprend notamment :

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : manuel du formateur (deuxième édition)

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence ou Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition)

CD-ROM reprenant le cours de formation aux soins liés à l'avortement et à la prestation de services d'Ipas et d'autres ressources – Le matériel utile pour ce cours de formation comprend :

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence ou Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (deuxième édition) (fichier pdf)

Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (deuxième édition) (fichier pdf)

Activités supplémentaires pour les différents modules (fichier pdf)

Présentation PowerPoint sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme (fichier ppt)

Présentation PowerPoint sur les soins après avortement centrés sur la femme (fichier ppt)

Matériel de formation : Exemples de calendrier, de formulaires d'évaluation et de certificats (fichiers doc)

Panneau mural *Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas Easy Grip* (fichier pdf)

Panneau mural *Réalisation d'une AMIU à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, des canules Ipas de 3 mm et des canules Ipas EasyGrip* (fichier pdf)

Ce matériel de formation est fondé sur quatre principes :

- Les droits de la femme : Toutes les femmes ont droit à des

soins complets et sécurisés d'avortement centrés sur la femme ce qui comprend également l'ensemble des soins après avortement.

- Des soins centrés sur la femme : Le but est de former des prestataires de soins pour qu'ils sachent poser les bonnes questions à chaque femme et se concentrent sur ses préoccupations et ses intérêts en vue d'élaborer une approche globale permettant de répondre individuellement à ses besoins médicaux et émotionnels.
- Un enseignement spécifiquement destinée aux adultes : Ce manuel adopte une approche participative centrée sur les besoins des participants et privilégie une acquisition des connaissances qui s'appuie sur des compétences concrètes.
- Une formation organisée en modules : Ce qui permet aux formateurs et aux organisateurs d'adapter individuellement chaque cours de formation aux besoins et circonstances spécifiques d'un groupe donné de participants.

Les professionnels de santé qui exercent dans des environnements où les lois et les politiques sur l'avortement sont très restrictives peuvent utiliser le Manuel d'Ipas *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, Deuxième édition, comme manuel d'accompagnement puisqu'il contient les informations sur la prise en charge des femmes qui souffrent de complications consécutives à un avortement non sécurisé ou incomplet. Les considérations relatives aux soins après avortement tiennent une place importante dans le présent manuel de formation.

Exigences minimales pour suivre cette formation

Les exigences minimales demandées aux participants sont indiquées sous « Conditions préalables » au début de chaque module. Les formateurs peuvent envisager d'ajouter des conditions préalables supplémentaires, comme par exemple de faire preuve de leur expérience de travail ou de préparer le cours en lisant *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence ou Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*.

Enregistrement, compte-rendu, certification et exigences légales

Les formateurs ont pour responsabilité de désigner une personne chargée d'enregistrer toutes les informations pertinentes tout au long de la formation, comme par exemple, les présences, les résultats des activités et les problèmes ou questions à résoudre.

Une liste de contrôle est prévue pour chaque catégorie de compétences couvertes dans le manuel et un formulaire séparé d'évaluation finale figure à la fin du module *Stage clinique* permettant de certifier que les participants ont acquis les compétences nécessaires à la prise en charge de soins liés à l'avortement. Des modèles respectivement, de Certificat de participation, et de Certificat d'aptitude sont inclus à la fin de cette section ; il est possible de les personnaliser à partir des versions Microsoft Word® qui se trouvent sur le CD-ROM. Des critères supplémentaires en vue de déterminer l'aptitude des participants, comme par exemple la pratique de soins au cours d'une période donnée ou une pratique additionnelle des compétences requises peuvent être mis en place à la discrétion du formateur.

C'est aux formateurs qu'il incombe de déterminer si le processus nécessaire à la certification des participants est conforme à la réglementation locale en vigueur, et il leur appartient de déterminer les exigences légales nécessaires à la pratique sur place de la formation aux soins telle qu'elle figure dans ce programme.

But et objectifs de la formation

Le but final et les objectifs de la formation sont repris ci-dessous. Chaque module du manuel de formation reprend également les objectifs de la formation en rapport avec les connaissances et compétences spécifiques correspondantes.

But de la formation : Développer les compétences des participants à dispenser des soins complets d'avortement centrés sur la femme de qualité, qui comprennent les soins après avortement.

Objectifs de la formation : À la fin de cette formation, les participants devront être capables de :

- Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme et les éléments des soins après avortement
- Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins complets d'avortement et des soins après avortement
- Expliquer pourquoi il est important d'établir des liens avec les membres de la communauté et décrire comment y parvenir
- Décrire les méthodes d'évacuation utérine
- Décrire les étapes de la mise en place d'un système de suivi des services de soins complets d'avortement et de soins après avortement
- Identifier les éléments de la prévention des infections

- Décrire les principaux concepts associés à l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip, notamment : caractéristiques et utilisation des instruments, contrôle de la douleur, dépannage et traitement des instruments
- Décrire les principaux concepts associés à l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, notamment : éligibilité, contre-indications, schémas de traitement, effets attendus, effets indésirables et contrôle de la douleur
- Pratiquer de manière compétente : counseling et services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine par AMIU, y compris le traitement des instruments ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; soins post-opératoires et soins de suivi
- Identifier les étapes du diagnostic et de la prise en charge des complications

Mises à jour et cours en ligne d'Ipas dans les domaines de la formation clinique et de la prestation de services

Actualités cliniques dans le domaine de la santé reproductive propose des recommandations et des protocoles cliniques récents basés sur des données factuelles. Disponible sur le site Internet d'Ipas à l'adresse www.ipas.org/clinicalupdates.

Ipas University (IpasU) propose gratuitement aux professionnels de la santé reproductive des cours de formation en ligne à la demande sur les soins d'avortement sécurisé et les soins après avortement. Ces cours peuvent être utilisés comme guide pour une auto-formation ou en tant que composante en ligne d'un modèle de formation mixte. Les formateurs peuvent également utiliser les séquences vidéo ou d'autres matériels didactiques intégrés dans le cadre de leurs cours de formation. Pour le catalogue des cours Ipas University, consulter le site www.ipas.org ; pour s'inscrire et prendre des cours, accéder à la page www.ipasU.org.

Safe Abortion Matters est une lettre d'information mensuelle proposant à toutes les personnes intéressées par la santé reproductive partout dans le monde des résultats de recherches et des mises à jour dans des domaines techniques, en particulier des informations sur les formations d'Ipas, des recommandations cliniques, les résultats d'études de recherche les plus récents (y compris des liens vers des articles publiés dans des revues avec comité de lecture) et bien d'autres précieuses informations. On peut s'y abonner en ligne à l'adresse : www.ipas.org/newsletters.

Contenu

Le Manuel de formation comprend 15 modules. Idéalement, les modules devraient être présentés dans l'ordre numérique. Toutefois, certains des modules seront utilisés de manière isolée et peuvent donc être adaptés à des besoins de formation spécifiques.

Si la formation ne concerne que les soins après avortement **[SAA]**, les formateurs devront être attentifs et repérer le symbole SAA, qui indique qu'une diapositive, un contenu donné ou une activité devra être modifié si la formation concerne uniquement les soins après avortement. Les diapositives et les activités non marquées peuvent être utilisées pour les formations consacrées aux soins complets d'avortement et pour celles qui ne traitent que des soins après avortement.

Les six premiers modules traitent des questions relatives à la qualité des soins, aux droits des femmes et aux liens avec la communauté, ils proposent un aperçu des méthodes d'évacuation utérine, et donnent des informations sur comment suivre et évaluer la prise en charge des soins liés à l'avortement. Les modules 7 à 15, sont consacrés à des informations techniques et sont réservés à une audience de cliniciens. Les formateurs peuvent séparer le cours et différents participants peuvent suivre différents modules en fonction de leur niveau de responsabilité.

Toutes les informations cliniques figurant dans ce manuel sont à jour à la date de publication. Pour obtenir des orientations cliniques à jour, veuillez consulter la série d'articles Clinical Updates in Reproductive Health sur le site d'Ipas, www.ipas.org. Ce programme de formation couvre l'avortement du premier trimestre. Même s'il est possible d'utiliser une modification des méthodes médicamenteuses ou d'aspiration intra-utérine après le premier trimestre, il convient de rappeler que l'avortement du second trimestre n'est pas couvert dans le présent manuel. Pour de plus amples informations à ce sujet, veuillez consulter le site d'Ipas, www.ipas.org, et rechercher « second-trimester abortion »

Deuxième édition

Cette deuxième édition du Manuel d'Ipas *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence et Manuel du formateur* est pleinement conforme avec le guide de l'Organisation mondiale de la Santé, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Deuxième édition* (2012). Dans sa publication *Clinical practice handbook for safe abortion care*, l'OMS facilite l'application pratique des recommandations cliniques exposées dans *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Deuxième édition* (2012). L'OMS en effet y développe des recommandations visant à réduire les obstacles qui entravent la prise en charge et à optimiser la qualité des soins dispensés à travers l'ensemble des systèmes de santé. Ipas s'efforce de la même manière de remplir ces objectifs par le biais de son matériel d'orientation, de formation et didactique. Parmi les modifications les plus saillantes apportées par l'OMS en 2012 aux Directives techniques relatives à l'avortement sécurisé qui ont été incorporées à cette nouvelle édition de *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence et*

Manuel du formateur il convient de relever les points suivants :

- Données nouvelles sur l'ampleur de l'avortement non sécurisé par région et sur l'impact des restrictions légales à l'avortement sécurisé, particulièrement sur les jeunes femmes et les adolescentes.
- Lignes directrices fondées sur des données probantes, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur et les nouveaux protocoles thérapeutiques pour les avortements médicamenteux ; orientations relatives à l'avortement du deuxième trimestre ; et, contraception après avortement
- Mise à jour des orientations concernant la prestation de soins, notamment indicateurs concernant l'avortement sécurisé, éléments à prendre en compte pour une évaluation périodique, obstacles potentiels à la prise en charge des soins, et orientations pour une extension de la prise en charge d'avortement.
- Application d'un cadre fondé sur les droits humains lors de l'élaboration de politiques et de législations relatives à l'avortement

Même si l'OMS ne recommande pas d'exiger certains éléments de soins car cela pourrait servir d'obstacle à la prise en charge ou à l'accès des femmes aux soins, Ipas met tout de même à disposition des informations et une formation aux soins complets d'avortement de manière à ce que la globalité des besoins des femmes puissent être couverts indépendamment du contexte, des normes et des ressources disponibles dans chaque système de santé donné. Par exemple, alors que l'OMS ne recommande pas une visite de suivi systématique après un avortement chirurgical sans complication ou un avortement pratiqué à l'aide de mifépristone suivie de misoprostol, Ipas est d'avis qu'il serait judicieux d'indiquer aux femmes qu'il existe d'autres soins additionnels disponibles si elles les nécessitent ou les souhaitent. Dans cette optique, le manuel et le cours de formation d'Ipas *Soins complets d'avortement centrés sur la femme* ont été conçus dans le but d'aider les prestataires de soins à couvrir l'intégralité des besoins des femmes qui se présentent pour des soins d'avortement tout en se conformant aux directives de l'OMS et des autres institutions en s'appuyant sur des données probantes et les opinions des experts. Lorsque les directives locales et celles de l'OMS diffèrent, il est instamment demandé aux formateurs d'indiquer clairement ces différences.

Ce programme de formation se concentre exclusivement sur la prise en charge de l'avortement pratiquée par des prestataires qualifiés qui travaillent dans des établissements de soins dans le cadre du système de santé officiel. La mise à disposition des femmes d'informations et de médicaments au sein de

communautés réelles ou virtuelles en dehors du système de santé officiel est un aspect qui retient une attention croissante, particulièrement dans des contextes où, par manque d'accès à des soins sécurisés, les femmes se trouvent confrontées à des risques graves. Ipas a élaboré dans ce domaine un ensemble de politiques, de matériels et de programmes visant à soutenir ce type d'efforts. Dans cette deuxième édition, nous avons inclus certaines recommandations sur la manière de renforcer l'accès et d'améliorer les liens entre les communautés et les établissements de santé. Pour obtenir davantage d'information à ce sujet, ne manquez pas de consulter les Ressources supplémentaires et le module Liens avec la communauté.

Dans cette deuxième édition, nous abordons les besoins spécifiques des femmes jeunes et des adolescentes dans un effort pour accroître la prise en charge et l'accessibilité des soins d'avortement. Chaque année, près de 22 millions de femmes dans le monde ont un avortement non sécurisé et presque tous ces avortements sont pratiqués dans les pays en développement. Il y a actuellement près de 300 millions d'adolescentes dans le monde. Ce sont les adolescentes qui pâtissent le plus de l'avortement non sécurisé. Quarante et un pourcent des avortements non sécurisés ont lieu dans des régions en développement et concernent des jeunes femmes âgées entre 15 et 24 ans, 15 % d'entre elles ont entre 15 et 19 ans et 26 % entre 20 et 24 ans. Les femmes de moins de 20 ans représentent à elles seules 70 % des hospitalisations dues à des complications consécutives à un avortement non sécurisé. Chaque fois qu'il existe des données probantes démontrant des différences cliniques ou autres entre les femmes jeunes et les femmes adultes, nous le signalons explicitement. De même, le cas échéant, nous signalons les instances où les données probantes font défaut. Tout au long de ce manuel, nous faisons généralement référence aux jeunes femmes, c'est-à-dire aux femmes de 10 à 24 ans.

Lorsque les données se réfèrent spécifiquement aux adolescentes (femmes âgées de 10 à 19 ans selon la définition de l'OMS) c'est ce terme que nous utilisons. Pour davantage d'informations sur les soins d'avortement destinés aux jeunes femmes, veuillez consulter le document d'Ipas *Abortion Care for Young Women: A Training Toolkit*.

Clarification des valeurs et transformation des attitudes

Il se peut que les prestataires de soins de santé aient des convictions et des attitudes à propos de l'avortement qui influencent tous les aspects de la prise en charge et des soins. De telles convictions peuvent même dans certains cas inciter des professionnels à pratiquer des soins cliniques insuffisants ou

de qualité inférieure ou à avoir un comportement qui revient à refuser aux femmes d'exercer pleinement leurs droits. Le parti pris d'un prestataire de soins en faveur ou au détriment d'une méthode d'évacuation utérine peut l'inciter à ne proposer qu'une seule méthode plutôt que de laisser ce choix aux femmes.

Un grand nombre de prestataires de soins ont également pour habitude de pratiquer eux-mêmes la procédure d'avortement. Contrairement à l'aspiration intra-utérine, l'avortement médicamenteux permet de donner davantage de contrôle à la femme qu'au clinicien. Dans le cadre de nombreux protocoles approuvés, la femme peut initier et gérer le processus d'avortement chez elle ou dans un autre endroit qui lui convient mieux et où elle se sent plus à l'aise, en dehors des établissements de soins. Il peut arriver que les prestataires de soins remettent en question la capacité de la femme à surveiller correctement son propre processus d'avortement. Le malaise éprouvé par les prestataires de soins vis-à-vis des femmes, et particulièrement des jeunes femmes, qui souhaitent gérer elles-mêmes leur avortement, peut avoir un impact conscient ou inconscient sur la manière dont ils réagissent face à l'avortement et la manière dont ils pratiquent, ou éventuellement refusent d'administrer ces soins.

Des activités tirées de la boîte à outils d'Ipas sur la transformation des attitudes face à l'avortement et adaptées à la situation des jeunes femmes peuvent être utilisées dans le but de résoudre des problèmes liés aux convictions et aux attitudes face à l'avortement que peuvent avoir certains praticiens. Des activités supplémentaires ont également été adaptées spécifiquement pour l'avortement du second trimestre et l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement. Pour plus d'informations, d'activités de formation et d'outils sur la transformation des attitudes face à l'avortement, référez-vous au document d'Ipas : *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*, ainsi qu'à d'autres ressources pertinentes disponibles et consultables sur le site d'Ipas.

Matériel didactique

Chaque module figurant dans ce Manuel du formateur donne des instructions et fournit le matériel à distribuer nécessaire, y compris des fiches de travail ou d'exercice, des études de cas, des jeux de rôle, des jeux et des activités de groupe. La variété des méthodes d'enseignement utilisées répond au besoin d'impliquer et de faire participer aussi activement que possible les participants en tentant de tenir compte des différents styles d'apprentissage.

À chaque module correspond une présentation PowerPoint disponible sur le CD-Rom du formateur. Les présentations PowerPoint peuvent être téléchargées sur un ordinateur connecté à un projecteur numérique. Si vous n'avez pas accès à un projecteur

numérique, vous pouvez imprimer les diapositives à partir du CD-Rom sur des transparents pour rétroprojecteur ou les imprimer sur papier et les distribuer. La dernière option consiste à n'imprimer qu'un seul exemplaire de chaque diapositive afin de guider l'exposé du formateur et à demander aux participants de suivre sur leur exemplaire du Manuel de référence.

Certains modules sont accompagnés de fiches de planification qui peuvent aider les participants à mettre en pratique les compétences et les connaissances récemment acquises dans leurs propres établissements de soins. À la fin de la formation, ces fiches de travail peuvent être réunies pour élaborer un plan d'application qui peut servir à des fins de suivi et d'évaluation.

Si la formation ne concerne que les soins après avortement **[SAA]**, les formateurs devront être attentifs et repérer le symbole SAA, qui indique qu'une diapositive, un contenu ou une activité doit être modifié dans le cas d'une formation qui concerne uniquement les soins après avortement. Les diapositives et les activités non marquées peuvent être utilisées pour les formations consacrées aux soins complets d'avortement comme pour celles qui ne traitent que des soins après avortement.

Acquisition de connaissances et de compétences

Les modules sont là pour aider les participants à remplir leurs objectifs en termes d'acquisition de connaissances. Chaque module comprend des informations théoriques ainsi que des occasions de pratiquer activement ces connaissances à travers des jeux de rôle et des études de cas. Chaque module est également accompagné d'un test de connaissances qui peut être utilisé pour faire le point avant et après la formation. Les objectifs qui concernent des compétences sont traités sous la forme d'exercices de simulation pratique encadrés et commentés dans la salle de cours pour être suivis ensuite d'exercices de manipulation dans le cadre du module Stage pratique.

Les participants sont évalués à l'aide de listes de contrôle des compétences qui font partie intégrante du développement et de l'évaluation des compétences. Les listes de contrôle peuvent être utilisées comme méthode d'autoévaluation au début des modules ou comme évaluation finale, elles peuvent être utilisées plus d'une fois. Par exemple la liste de contrôle des compétences sur le counseling peut également servir pour le module sur les services de contraception. Il peut également s'avérer utile d'associer différentes listes de compétences lorsque plusieurs types de compétences seront mis en pratique dans la prise en charge d'une même patiente.

Bibliographies et ressources

Les informations techniques les plus importantes qui figurent dans le Manuel de référence sont également réunies dans le Manuel du formateur. Les documents cités dans la bibliographie à la fin de chaque module peuvent être consultés en fonction des besoins pour contextualiser les connaissances ou pour trouver des informations supplémentaires. Une liste de ressources supplémentaires figure à la fin du Manuel de référence et du Manuel du formateur.

Fournitures

Les modèles pelviens et les instruments d'Ipas pour AMIU nécessaires à la pratique des compétences peuvent être commandés auprès de WomanCare Global sur : customerservice@womancareglobal.org.

Format des modules

Chacun des icônes n'apparaît qu'une seule fois au début de chaque module.



Le **But** indique la raison d'être du module.



Les **Conditions préalables** sont les compétences et les connaissances que les participants doivent déjà posséder afin d'accomplir avec succès les objectifs du module.



Les **Objectifs** sont les connaissances, les attitudes et les compétences que les participants auront acquises d'ici à la fin du module.



Le **Matériel didactique** regroupe les documents à distribuer, les fiches de travail et toutes autres fournitures nécessaires à la réalisation des différentes activités. Pour chacun des modules les formateurs devront disposer de : papier, crayons, stylos, tableau à feuilles mobiles ou chevalet avec des feuilles adaptées, marqueurs et ruban adhésif (scotch) pour afficher des feuilles de tableau dans la salle.



Préparation préalable indique tout ce que les formateurs doivent préparer avant le début du module. « Préparer une feuille de tableau avec le titre » signifie qu'il faut écrire une question ou un titre en haut d'une feuille de tableau et « Préparer le tableau » signifie qu'il faut écrire le titre d'une activité ou d'autres indications mentionnées dans les instructions.

Durée indique le temps total alloué au module.



SAA indique que le contenu devra être modifié dans le cadre d'une formation uniquement consacrée aux soins après avortement. Les diapositives et les activités qui ne comportent pas cette marque peuvent servir indifféremment pour les formations sur les soins complets d'avortement comme pour celles sur les soins après avortement.

Préparation

Les modules nécessitent habituellement un minimum de préparation préalable telle que décrite à la première page de chaque module. Les formateurs devront disposer la salle de manière à faciliter le déroulement des activités prévues. Par exemple, dans le cas d'une présentation PowerPoint, la salle devra être configurée de manière à ce que tous les participants puissent voir l'écran de projection.

Les tableaux mobiles doivent être placés là où tout le monde peut les voir. Le travail en petit groupe, les jeux de rôle et les exercices pratiques à l'aide de modèles nécessitent tous différentes dispositions de salles.

Les formateurs doivent prévoir des activités pour dégeler l'atmosphère ou pour stimuler l'attention des participants. Pour plus d'information et pour consulter des exemples de ces activités, voir : *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual et Trainer's Manual*.

Les instructions comportent des indications permettant de guider le formateur pas à pas à travers l'ensemble du module. Si le formateur doit renvoyer les participants vers une autre section du même module, le numéro de cette section sera clairement indiqué. Si le formateur doit renvoyer les participants vers des informations figurant dans un autre module, le titre de ce module sera indiqué en italiques le plus souvent accompagné du numéro de la section concernée.

« **Dire :** » suivi d'un texte en italiques indique ce que le formateur peut dire tel quel à ce moment de la session. Le texte proposé sert de guide et peut être adapté.

Une bibliographie accompagne chaque module et figure à la fin du module. Les formations supplémentaires et les documents de référence sont indiqués sous Ressources supplémentaires à la fin du manuel. Les définitions provenant d'études particulières, les citations et les outils qui ont été adaptés d'un document spécifique sont cités dans le texte. Toutes les autres références pertinentes à chaque module figurent après le texte principal à la fin de chaque module. Tous les sites Internet ont été consultés pour la dernière fois en septembre 2012.

Remarques à propos de la formation

Nombre de participants par formation

Le nombre de participants qu'il est possible d'accueillir varie d'un module à l'autre. Il doit y avoir un nombre suffisant de formateurs pour assurer une supervision individuelle adéquate et pour garantir suffisamment d'opportunités de participation active à toutes les personnes présentes. Accepter un plus grand nombre de participants augmentera la durée de la formation ainsi que le nombre de formateurs nécessaires au bon déroulement des activités tout en diminuant les possibilités de participation individuelle.

Estimation théorique de la durée totale nécessaire à la formation

Les formateurs doivent allouer la durée totale indiquée pour chaque module et prévoir du temps supplémentaire pour la pratique clinique de manière à couvrir tous les modules. La durée nécessaire à la pratique clinique variera en fonction de différents facteurs mais il faudra prévoir suffisamment de temps pour permettre à tous les participants d'observer les cas, de pratiquer sous supervision et d'évaluer leurs compétences à l'aide de la liste de contrôle des compétences et/ou des formulaires d'évaluation des compétences.

Déterminer les besoins des participants

Une évaluation des besoins de formation des participants doit être menée avant de concevoir et préparer le déroulement de ce cours de formation. Cette évaluation peut s'effectuer en observant les participants lorsqu'ils pratiquent les soins au sein de leurs propres établissements de santé ou en testant leurs connaissances par écrit. Lorsqu'il est impossible de mener une évaluation préalable à l'organisation du cours, il faudra peut-être se contenter de juger quels peuvent être leurs besoins les plus probables.

Adapter le format et le contenu du cours de formation

Ce modèle de cours peut être adapté afin de coller au plus près à certaines situations de formation ou conditions locales. Dans certaines circonstances, il pourra être souhaitable d'étendre le contenu du cours. Le CD-ROM à l'intention des formateurs contient une série d'Activités supplémentaires liées à différents modules qui peuvent être utilisées afin d'élargir la portée du cours. Les domaines de contenu suivants peuvent être ajoutés ou complétés grâce à des ressources existantes :

- Méthodes de contraception après avortement
- Partenariats entre communauté et prestataires de soins
- Établissement de liens avec des services de santé reproductive et d'autres services de santé
- Questions juridiques et éthiques relatives à l'avortement et aux soins après avortement
- Autres méthodes d'évacuation utérine, aspiration intra-utérine électrique.

Les formateurs ne doivent pas présenter de recommandations cliniques alternatives sans également indiquer les recommandations d'Ipas telles qu'exposées dans le cadre de ce programme. Toute divergence par rapport aux recommandations cliniques contenues dans ce programme de formation doit être clairement signalée comme une variation par rapport aux normes et standards d'Ipas.

Calendrier et horaires des cours

Le présent manuel contient un exemple de calendrier pour une formation aux soins d'avortement centrés sur la femme. Une version de ce calendrier figure également au format Microsoft Word sur le CD-ROM du formateur et peut être adaptée individuellement à chaque cours de formation. Nous encourageons les formateurs à apporter des adaptations locales à ce calendrier et/ou aux horaires.

Formation en équipe

Pouvoir compter sur des formateurs supplémentaires peut s'avérer utile pour certaines activités. Une bonne coordination entre les différents formateurs est déterminante et devrait s'accompagner d'une définition claire des rôles et responsabilités respectives ; la personne chargée d'animer chaque session devra être désignée à l'avance; et une réunion de débriefing devra avoir lieu avec tous les formateurs à la fin de chaque journée. Un formulaire de débriefing des co-formateurs se trouve dans : *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual*.

Évaluation du cours de formation

Rassembler, à la fin de chaque journée et à la fin de la formation, les commentaires en retour des participants et des formateurs permet d'évaluer l'ensemble du cours de formation. Grâce à l'examen quotidien des commentaires des participants, les formateurs sont bien souvent en mesure d'apporter immédiatement des améliorations au cours. (Des formulaires

d'évaluation quotidienne et de fin de cours figurent dans ce manuel et aussi au format Microsoft Word sur le CD-ROM du formateur).

Caractéristiques d'une formation efficace

Indépendamment de l'objectif ou du groupe cible, tout cycle de formation efficace doit réunir certaines caractéristiques :

- Les formateurs et les participants comprennent les objectifs de la formation et ce que les participants devront être capables de faire à la fin de la formation.
- Les méthodes de formation permettent aux participants de répondre aux objectifs de la formation.
- La formation est basée sur les compétences et l'expérience antérieure des participants.
- Les nouvelles connaissances et compétences sont présentées dans un contexte ayant un sens.
- Les participants prennent une part active au processus d'apprentissage.
- La formation fait usage d'un mélange efficace de méthodes de formation.
- Les participants ont l'opportunité de mettre en pratique les connaissances et compétences nouvellement acquises.
- Les participants reçoivent un feed-back constructif sur leurs performances.
- Les formateurs acceptent les commentaires des participants et les mettent à profit pour apporter des améliorations.
- La formation fait l'objet d'une évaluation afin de déterminer dans quelle mesure les formateurs et les participants ont réalisé les objectifs.

Se reporter à la publication *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual (Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation, Manuel de Référence)* pour des informations supplémentaires sur les méthodes et la conception d'une formation efficace.

Bibliographie

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition* (K. L. Turner et A. Huber, eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, deuxième édition*. K. L. Turner et A. Huber, eds. Chapel Hill, NC: Ipas.

Plan. 2007. *Because I am a Girl: The State of the World's Girls 2007*. Londres : Plan.

Shah, Iqbal H et Elisabeth Åhman. 2012. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: High burden among young women. *Reproductive Health Matters*. 20 (39): 169–173.

Turner, K. L., Andersen, K. L., Pearson, E. et George, A. (2013). *Values Clarification to Improve Abortion Knowledge, Attitudes and Intentions: Global Evaluation Results*. Manuscrit soumis pour publication. Ipas.

Turner, Katherine L., Evelina Börjesson, Amanda Huber et Cansas Mulligan. 2011. *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas. <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Abortion-care-for-young-women—A-training-toolkit.aspx>

Turner, K. L. et Page, K. C. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale* (pp. 172). Chapel Hill, NC: Ipas.

Fonds des Nations Unies pour la population (2000). *The state of world population 2000: Lives together, worlds apart*. New York, NY: FNUAP.

Wegs, C., Turner, K. et Randall-David, B. (2003). *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery, Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion* Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Calendrier de la formation : Soins complets d'avortement centrés sur la femme

Cet exemple de calendrier vise à former les participants à dispenser des soins complets d'avortement centrés sur la femme. Il inclut tous les modules du cours de formation. Pour un exemple de calendrier pour les soins d'avortement centrés sur la femme en recourant exclusivement à l'avortement médicamenteux, se reporter au *Guide de formation à l'avortement médicamenteux à l'usage des formateurs* d'Ipas.

| Calendrier de la formation sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme (incluant les soins après avortement) | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Jour 4 | Jour 5 | Jour 6 |
| Introduction au cours (45 minutes) Activité de mise en train Présentation et principes directeurs (1 h 15 min) Pause Droits reproductifs | Activité de mise en train Méthodes d'évacuation utérine (1 h 20 min avec l'activité facultative) Monitoring visant à améliorer la qualité des services (1 h) Pause Consentement éclairé, information et counseling (1 h 45 min)) | Activité de mise en train Prévention des infections (1 h 30 min) Pause Évaluation clinique (2 h) | Activité de mise en train Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (4 h) Pause si nécessaire | Activité de mise en train Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (2 h 30 min) Pause Complications : soins complets d'avortement (1 h 45 min) | Activité de mise en train Stage clinique |
| Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner |
| Activité stimulante Droits reproductifs – suite (2 heures en tout) Pause Liens avec la communauté (1 h 30 min) Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Consentement éclairé, information et counseling – suite (1 h 45 min) Pause Services de contraception (2 h 45 min) Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (4 h) Pause si nécessaire Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (4 h) Pause si nécessaire Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Stage clinique Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Stage clinique Évaluation de la formation Cérémonie de clôture |

Calendrier de la formation : Soins après avortement centrés sur la femme

Cet exemple de calendrier vise à former les participants à dispenser des soins après avortement centrés sur la femme. Il inclut tous les modules du cours de formation.

| Calendrier de la formation sur les soins après avortement centrés sur la femme (soins après avortement uniquement) | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|
| Jour 1 | Jour 2 | Jour 3 | Jour 4 | Jour 5 | Jour 6 |
| Introduction au cours (45 minutes) Activité de mise en train Présentation et principes directeurs (1 h 15 min) Pause Droits reproductifs | Activité de mise en train Méthodes d'évacuation utérine (1 h 20 min avec l'activité facultative) Monitoring visant à améliorer la qualité des services (1 h) Pause Consentement éclairé, information et counseling (1 h 45 min) | Activité de mise en train Prévention des infections (1 h 30 min) Pause Évaluation clinique (2 h) Instruments d'Ipas pour AMIU (1 h 30 min) | Activité de mise en train Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus – suite (4 h) Pause si nécessaire | Activité de mise en train Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (2 h 30 min) Pause Complications : soins après avortement (1 h 45 min) | Activité de mise en train Stage clinique |
| Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner | Déjeuner |
| Activité stimulante Droits reproductifs – suite (2 heures en tout) Pause Liens avec la communauté (1 h 30 min) Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Consentement éclairé, information et counseling – suite (1 h 45 min) Pause Services de contraception (3 h) Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (4 h) Pause si nécessaire Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (4 h) Pause si nécessaire Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Stage clinique Évaluation journalière Débriefing des formateurs | Activité stimulante Stage clinique Évaluation de la formation Cérémonie de clôture |

Évaluation journalière de la formation aux soins complets d'avortement centrés sur la femme

Veillez répondre aux questions suivantes sur les modules vus aujourd'hui.

1. Par quoi vous êtes-vous senti le plus concerné et qu'est-ce qui vous a le plus intéressé aujourd'hui et pourquoi ?
2. Quels thèmes abordés dans les modules vous ont été les plus utiles dans le cadre de votre activité professionnelle ?
3. Quels thèmes auriez-vous souhaité voir aborder plus en détail ?
4. Quels thèmes auriez-vous souhaité voir supprimer du programme d'aujourd'hui ?
5. Les objectifs de chaque module ont-ils été remplis ? Si non, pourquoi pas ?
6. Quel concept important avez-vous retenu des modules vus aujourd'hui ?

Veillez compléter les phrases suivantes.

1. Les formateurs étaient ...
2. L'ambiance de la formation peut être décrite comme ...
3. La séquence des activités était ...
4. Si c'était moi qui organisais la formation, j'aurais procédé différemment pour ...

Appréciation globale de la session d'aujourd'hui sur une échelle de 1 à 5
(1=mauvais, 5=excellent) _____

Évaluation finale de la formation Soins complets d'avortement centrés sur la femme

Dates _____ Lieu _____

Formateurs _____

But de la formation : Développer les compétences des participants à dispenser des soins complets d'avortement de qualité centrés sur la femme.

Objectifs de la formation : À la fin de ce cours de formation, les participants devront être capables de :

- Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme et les éléments des soins après avortement
- Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement et des soins après avortement
- Expliquer pourquoi il est important d'établir des liens avec les membres de la communauté et décrire comment y parvenir
- Décrire les méthodes d'évacuation utérine
- Décrire les étapes de la mise en place d'un système de monitoring des services de soins d'avortement et de soins après avortement
- Identifier les éléments de la prévention des infections
- Décrire les principaux concepts associés à l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip, notamment : caractéristiques et utilisation des instruments, contrôle de la douleur, dépannage et traitement des instruments
- Décrire les principaux concepts associés à l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, notamment : éligibilité, contre-indications, schémas de traitement, effets attendus, effets indésirables et contrôle de la douleur
- Pratiquer de manière compétente : counseling et services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine par AMIU, y compris le traitement des instruments ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; soins post-opératoires et soins de suivi
- Identifier les étapes du diagnostic et de la prise en charge des complications

Veuillez noter la formation pour chacun des points ci-après en utilisant l'échelle de notation suivante. Utilisez la section Commentaires pour fournir des précisions supplémentaires sur votre notation et indiquer vos suggestions d'amélioration.

4 = tout à fait d'accord 3 = d'accord 2 = pas d'accord 1 = pas du tout d'accord **Notation**

1. La formation a rempli son but et ses objectifs (voir ci-dessus).

Commentaires :

2. La formation était bien organisée. _____
Commentaires :
3. Les formateurs ont cherché à répondre aux besoins des participants _____
Commentaires :
4. Les formateurs ont utilisé des méthodes de formation efficaces. _____
Commentaires :
5. Le matériel didactique (documents imprimés, diapositives, fiches de travail, tests, etc.)
était efficace. _____
Commentaires :
6. Il y a eu suffisamment d'opportunités de discussion. _____
Commentaires :
7. La disposition des lieux incitait à l'apprentissage et au partage. _____
Commentaires :
8. Les pauses, les repas de midi et les autres éléments logistiques étaient satisfaisants. _____
Commentaires :
9. Suite à cette formation, je comprends mieux en quoi consistent des soins d'avortement de qualité
centrés sur la femme. _____
Commentaires :
10. Suite à cette formation, je serai à même de dispenser des soins d'avortement centrés sur la femme
lorsque je serai amené à dispenser des services d'avortement. _____
Commentaires :

Citez au moins trois choses spécifiques pour lesquelles, suite à cette formation, vous procéderez différemment afin de dispenser des soins d'avortement de qualité centrés sur la femme.

1.

2.

3.

Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer cette formation à l'avenir ?

Commentaires généraux et suggestions :



*Soins complets d’avortement
centrés sur la femme*

Certificat de participation

Décerné à

NOM

LIEU

DATE

HEURES DE FORMATION



Soins complets d'avortement centrés sur la femme

Certificat d'aptitude

Décerné à

NOM

LIEU

DATE

HEURES DE FORMATION

Introduction au cours de formation



But :

Ce module a pour objectif de:

- Accueillir les participants et discuter de ce qu'ils attendent du cours de formation
- Guider les participants et leur indiquer les buts, les objectifs et le calendrier du cours
- Clarifier les rôles du formateur et des participants
- Établir les normes de fonctionnement du groupe
- Inviter les participants à évaluer le cours en continu



Conditions préalables :

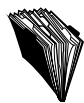
Ce module ne nécessite pas de conditions préalables



Matériel didactique :

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Formuler leurs attentes par rapport au cours
2. Décrire le but, les objectifs et le programme du cours
3. Décrire les rôles et les responsabilités des formateurs et des participants
4. Décrire les normes de fonctionnement du groupe
5. Citer les méthodes d'évaluation qui seront utilisées à différents stades du cours



Matériel didactique :

- ❑ Calendrier des cours (à remettre à chaque participant)



Préparation préalable :

- ☐ Consulter les représentants des autorités locales pour déterminer s'il convient de prévoir une cérémonie d'ouverture du cours de formation et le cas échéant comment elle devrait être organisée
- ☐ Préparer le programme et les horaires du cours (voir : exemple de programme)
- ☐ Préparer des exemplaires à distribuer du programme et des horaires de cours
- ☐ Préparer une feuille de tableau : But de la formation
- ☐ Préparer une feuille de tableau : Objectifs d'apprentissage
- ☐ Préparer un titre pour le tableau : Attentes par rapport à la formation
- ☐ Préparer un titre pour le tableau : Jachère (mis en attente)
- ☐ Préparer une feuille de tableau : Méthodes didactiques utilisées
- ☐ Préparer un titre pour le tableau : Rôles du formateur
- ☐ Préparer un titre pour le tableau : Rôles des participants
- ☐ Préparer un titre pour le tableau : Normes du groupe
- ☐ Préparer une feuille de tableau : Méthodes d'évaluation du cours
- ☐ Préparer une boîte à suggestions et des fiches

Remarque à l'intention du formateur : Les soins liés à l'avortement peuvent susciter de l'inquiétude ou un malaise chez certains participants et c'est quelque chose dont il faudra tenir compte et qu'il faudra tenter de dissiper. Les formateurs peuvent décider d'organiser une activité de type « Espoirs et hésitations » à cet effet. Des instructions concernant cette activité se trouvent dans la publication d'Ipas : *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*.

Durée : 45 minutes

1. Bienvenue et introduction au cours

Accueillir les participants et leur souhaiter la bienvenue. Se présenter et introduire le module.

- Donner des informations sur sa propre expérience de clinicien et de formateur ainsi que sur son affiliation professionnelle.

- Demander aux participants de se présenter en donnant quelques brèves informations les concernant.

Afficher le tableau intitulé : But de la formation et objectifs.

But de la formation : Développer les compétences des participants de manière à ce qu'ils puissent dispenser des soins complets d'avortement de qualité optimale, et notamment des soins après avortement (SAA).

Objectifs d'apprentissage : D'ici à la fin de cette formation, les participants devront être capables de :

- Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement ainsi que certains éléments des soins après avortement
- Décrire les droits des femmes dans une situation de prise en charge de soins complets d'avortement et de soins après avortement
- Expliquer pourquoi il est important d'établir des liens avec les communautés et comment y parvenir
- Décrire les différentes méthodes d'évacuation utérine
- Décrire les étapes permettant la mise en place d'un mécanisme de monitoring complet et intégré de la prise en charge des soins liés à l'avortement
- Identifier les éléments essentiels de la prévention des infections
- Décrire les principaux concepts relatifs à l'évacuation utérine pratiquée à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® : différentes pièces, caractéristiques et utilisation des instruments, prise en charge de la douleur, identification des problèmes et entretien des instruments
- Décrire les principaux concepts de l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, notamment : caractéristiques de recevabilité médicale, contre-indications, protocoles, effets secondaires potentiels et prise en charge de la douleur
- Être en mesure de pratiquer de manière compétente : counseling sur la contraception ; évaluation clinique ; évacuation utérine par AMIU, entretien des instruments y comprise ; évacuation utérine par méthodes médicamenteuses ; soins post-opératoires et suivi des soins.
- Identifier les étapes du diagnostic et de la prise en charge des complications.

Afficher les feuilles de tableau suivantes pendant toute la durée de la formation.

- Expliquer que chacun des modules s'accompagne de sa propre liste d'objectifs.

Afficher la feuille intitulée : *Attentes par rapport à la formation*

Dire : Qu'espérez-vous apprendre au cours de cette formation ?

- Écrire les réponses sur la feuille de tableau sans y répondre, et remercier les participants d'accepter de faire part de leurs attentes.
- Passer en revue la liste des attentes par rapport à la formation, identifier celles qui seront probablement satisfaites et signaler celles qui dépassent l'envergure de la formation.
- Conserver cette liste et la revoir à nouveau avec les participants à la fin de la formation pour vérifier que toutes les attentes réalistes ont bien été satisfaites.

Distribuer : *Calendrier et horaires de la formation*

- Décrire brièvement les différents domaines et contenus qui seront abordés.
- Discuter des modifications éventuelles qui pourraient être apportées afin de mieux satisfaire les attentes des participants.
- Demander si le calendrier et les horaires posent des problèmes et, le cas échéant, y remédier.

Afficher la feuille intitulée : *Jachère (mis en attente)*

- Expliquer que cet espace « Jachère » (également appelé « jardin ») sera affiché tout au long du cours. Lorsque surviendront des thématiques qu'il serait préférable d'aborder ultérieurement, c'est à cet endroit que les formateurs et les participants pourront les inscrire.
- Expliquer que vous allez prévoir des plages de temps supplémentaires à certains moments de la formation pour passer en revue et aborder le contenu de la jachère.

Montrer et commenter la diapositive : *Méthodes de formation privilégiées*

- La formation s'appuie sur des principes et un cycle d'apprentissage spécifiques aux adultes.
- Plusieurs méthodes de formation facilitent l'acquisition de connaissances et de compétences adaptées à tous les styles d'apprentissage.

- Des simulations et des pratiques cliniques à l'aide de listes de contrôle aident les participants à atteindre le niveau de compétence requis.

2. Rôles et responsabilités des formateurs et des participants

- Demander aux participants de décrire les rôles et les responsabilités qui selon eux devraient être ceux des formateurs pendant ce cours de formation.

Montrer la diapositive : *Rôles des formateurs*

- Discuter chacun des points suivants s'ils n'ont pas été mentionnés :
 - Fournir des informations
 - Poser et répondre à des questions
 - Animer des discussions et des activités
 - Garder le groupe concentré sur les tâches à effectuer dans les temps et maintenir les horaires
 - Faire preuve de compétences cliniques et d'efficacité dans la formation
 - Favoriser un environnement propice à l'apprentissage
- Rappeler aux participants de donner un feedback régulier et continu sur l'efficacité des formateurs.
- Demander aux participants de décrire le rôle qu'ils pensent être le leur dans le déroulement de la formation.

Montrer la diapositive : *Rôles des participants*

- Discuter chacun des points suivants s'ils n'ont pas été mentionnés :
 - Participer pleinement en fonction du niveau d'aise individuel et du groupe conformément aux normes acceptées par le groupe.
 - Faire part de ses connaissances et de ses expériences
 - Assumer la responsabilité de son propre apprentissage et, le cas échéant, solliciter des clarifications et une aide supplémentaire.

3. Normes du groupe et méthodes d'évaluation

Afficher la feuille intitulée : *Normes du groupe*

Dire : les normes du groupe sont des règles qui ont fait l'objet d'un accord mutuel et s'appuient sur des directives qui

permettent d'établir un climat sécurisant, respectueux et propice à l'apprentissage ; d'orienter le travail ; et, d'accomplir toutes les tâches et exercices de manière efficace.

Demander aux participants de suggérer des règles pour le groupe et les inscrire sur la feuille de tableau.

- Si les participants éprouvent des difficultés à énoncer des règles, proposer quelques-uns des exemples suivants :
 - Ne parler qu'à tour de rôle et une seule personne à la fois : donner à chacun le temps de s'exprimer.
 - Respecter la confidentialité.
 - Accepter de ne pas être d'accord, mais le faire de manière respectueuse.
 - Valoriser les opinions et les perspectives singulières de chacun.
 - Accepter de prendre des risques ; se remettre en question et défier ses propres certitudes.
 - Commencer et finir à l'heure.
 - Débrancher les téléphones portables ou les mettre en mode vibreur.
 - Ne s'exprimer qu'en son propre nom, ne pas parler pour les autres.
 - Soutenir ceux qui pourraient être anxieux ou mal à l'aise à l'idée d'aborder certains sujets difficiles.
 - Assumer entièrement la responsabilité de son propre apprentissage (solliciter des clarifications ou de l'aide, donner un feedback).
 - Prendre du plaisir à la formation même si le sujet est sérieux.
 - Oser s'abstenir de participer si un sujet particulier ou une activité met mal à l'aise.
- Continuer à ajouter des normes jusqu'à ce que les participants n'aient plus rien à suggérer.
- Demander aux participants d'indiquer les normes qu'ils ne comprennent pas et les clarifier.
- Demander à chacun d'accepter les normes se trouvant dans la liste et de lever la main pour signifier qu'ils s'engagent à les respecter. Enregistrer que tout le monde a accepté de respecter les normes ainsi établies.

- Afficher la liste à un endroit où tout le monde peut la voir et expliquer comment elle sera utilisée.
 - Cette liste restera affichée pendant toute la durée de la formation.
 - Les participants, en cas de besoin, devront se référer aux normes.
 - Les participants devront accepter d'exercer eux-mêmes le contrôle des normes et devront faire savoir s'ils sont préoccupés parce qu'ils pensent que quelqu'un ne les respecte pas.

Remarque à l'intention du formateur : À n'importe quel moment de la formation, si vous constatez qu'un participant ne respecte pas les normes du groupe, vous pouvez interrompre la discussion ou l'activité en cours et demander à l'ensemble des participants de se remémorer les règles auxquelles ils ont tous accepté de se conformer.

Montrer et commenter la diapositive : *Méthodes d'évaluation de la formation*

- Décrire les méthodes d'évaluation qui seront utilisées tout au long du cours de formation.

| Méthode | Moment où elle sera utilisée |
|---|--|
| Boîte à suggestions | Tout au long du cours de formation |
| Feedback informel aux formateurs | Tout au long du cours de formation |
| Listes de contrôle des compétences | Associées à chaque activité relative à des compétences spécifiques |
| Test de connaissances | À la fin de chaque module |
| Évaluation quotidienne | À la fin de chaque journée |
| Session de débriefing des formateurs | À la fin de chaque journée |
| Évaluation écrite du cours de formation | À la fin du cours de formation |

Présenter la Boîte à suggestions.

- Placer des fiches cartonnées et des stylos à côté de la boîte.
- Inviter les participants à rédiger leurs commentaires sur les fiches et à les mettre dans la boîte
- Il n'est pas nécessaire que le nom du participant figure sur la fiche (pas besoin de la signer).
- Inciter les participants à faire des commentaires aux formateurs.
- Leur suggérer qu'ils fournissent ces commentaires en privé.

Dire : Au cours de chaque activité relative à des compétences spécifiques, les participants recevront une liste de contrôle afin de les aider, ou d'aider un observateur, à évaluer s'ils ont accomplis les différentes étapes de manière correcte. Ces listes de contrôle seront utilisées au cours du « Stage clinique » en vue d'évaluer les compétences.

Expliquer aux participants qu'ils rempliront un test de connaissances à la fin de chaque module.

Expliquer qu'à la fin de chaque journée, les formateurs se réuniront avec eux pour un débriefing, afin de discuter de ce qui s'est bien passé et ce qui nécessite des améliorations.

- Examiner les fiches se trouvant dans la boîte à suggestions, enregistrer tout feedback informel qui a pu être donné ainsi que les résultats des listes de contrôle des compétences et des tests de connaissances.
- Procéder, le cas échéant, à tout ajustement nécessaire au niveau du contenu ou de la forme du cours de formation.
- À la fin du cours de formation, il sera demandé aux participants de remplir par écrit un formulaire d'évaluation de l'ensemble du cours de formation.

Donner des indications sur les lieux dans lesquels se déroule le cours de formation ainsi que sur d'autres éléments de logistique, notamment :

- Emplacement des toilettes et des téléphones
- Lieu et heure des pauses et des repas
- Donner l'occasion aux participants de faire toute annonce pertinente.

Demander aux participants s'ils ont encore des questions ou des inquiétudes

- Répondre aux questions.

Remercier les participants de leur attention.

Présentation et principes directeurs



But :

Ce module propose une vue d'ensemble des éléments fondamentaux de la prise en charge des soins complets d'avortement, et notamment les soins après avortement (SAA) ainsi qu'un exposé des droits qui sont ceux de toutes les femmes, indépendamment de leur âge, dans le cadre des soins d'avortement et des soins après avortement.



Conditions préalables :

Ce module ne nécessite pas de conditions préalables.



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Décrire la prise en charge des soins complets d'avortement et ses trois éléments fondamentaux
2. Décrire les cinq éléments essentiels des soins après avortement
3. Décrire les droits des femmes dans le cadre des soins d'avortement et des soins après avortement



Matériel didactique :

- ☐ Charte sur les droits sexuels et reproductifs, exemplaires à distribuer
- ☐ Panier destiné à contenir les bandes de papier de l'activité sur les droits reproductifs
- ☐ Sonnette ou minuterie
- ☐ Test de connaissances et résultats des tests



Préparation préalable :

- ☐ Prévoir des exemplaires à distribuer de la charte sur les

droits sexuels et reproductifs et du test de connaissances.

- ❑ Préparer une feuille de tableau intitulée : Instructions pour l'activité Assortir droits et définitions.
- ❑ Préparer les bandes de papier Droits et Définitions pour l'activité Assortir droits et définitions.
- ❑ Se documenter de manière à pouvoir parler des lois locales et nationales qui pourraient avoir un impact sur l'avortement et les soins après avortement.
- ❑ Se familiariser soi-même avec le guide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, 2ème édition.

Durée : 1 heure et 15 minutes

1. Introduction

Accueillir les participants, se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive: But

Dire: Ce module propose une vue d'ensemble des éléments fondamentaux de la prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur la femme, ce qui inclut les soins après avortement ainsi qu'un exposé des droits qui sont ceux de toutes les femmes, indépendamment de leur âge, lorsqu'elles reçoivent des soins complets d'avortement et/ou des soins après avortement.

Montrer la diapositive: Objectifs

- Décrire les soins complets d'avortement centrés sur la femme et les trois éléments fondamentaux qui les constituent
- Décrire les cinq éléments essentiels des soins après avortement (SAA)
- Décrire les droits des femmes dans le cadre des soins complets d'avortement et des soins après avortement

SAA *Dire : Ce module vous donne une vue d'ensemble des principes qui régissent les soins complets d'avortement, et notamment les soins après avortement (SAA). Connaître et comprendre ces principes est une condition préalable à la participation à tous les autres modules.*

SAA Demander aux participants de lever la main s'ils connaissent une femme qui a interrompu une grossesse non voulue ou qui a eu besoin de soins pour des complications consécutives à un avortement. Inscrire le nombre de participants qui lèvent la main.

Demander aux participants de commenter cela. Souligner à quel point l'avortement est une expérience courante dans la vie des femmes et des couples.

SAA

Dire : Les grossesses non voulues et l'avortement sont des événements très courants de la vie et l'ont été tout au long de l'histoire humaine. La plupart d'entre nous avons connu directement ou indirectement une femme, ou un couple, qui, face à une grossesse non voulue, a pris la décision d'avorter. Il se peut également que nous ayons connu des femmes qui ont eu une fausse-couche qui a nécessité des soins, ou une femme qui avait des raisons médicales pour interrompre une grossesse voulue. Nous allons aborder toutes ces expériences et apprendre comment nous pouvons dispenser en toute circonstance des soins complets d'avortement de qualité optimale.

Montrer et commenter la diapositive : *Motifs de santé public pour la prévention de l'avortement non sécurisé*

« Le nombre de déclarations et de résolutions signées par les pays au cours des deux dernières décennies témoigne du consensus croissant sur le fait que l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions est une cause importante de décès maternels qui peuvent, et devraient, être évités grâce à la promotion de l'éducation sexuelle, de la planification familiale, des services d'avortement sécurisé dans le plein respect de la loi, et des soins après avortement dans tous les cas. Il existe aussi une large convergence de vues sur le fait que la fourniture de soins après un avortement devrait être systématique, et qu'il est impératif d'élargir l'accès à la contraception moderne pour prévenir les grossesses non prévues et les avortements non sécurisés. Ainsi, l'argument de la santé publique pour justifier la prévention des pratiques d'avortement dans de mauvaises conditions de sécurité est clair et sans équivoque ». (OMS)

SAA

Montrer et commenter la diapositive : *L'avortement est une procédure médicale sécurisée*

L'OMS affirme également, « Lorsqu'il est pratiqué par des prestataires qualifiés, avec les techniques médicales et les médicaments qui conviennent, et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'avortement provoqué est une procédure médicale très sûre ».

Discuter de l'interprétation correcte de la définition de l'avortement non sécurisé que donne l'OMS

Montrer la diapositive: *Définition de l'OMS de l'avortement non sécurisé*

- Toute procédure visant à interrompre une grossesse pratiquée par des personnes qui n'auraient pas les compétences nécessaires ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales, ou les deux.

Montrer la diapositive: *Interprétation correcte de la définition de l'OMS*

- Rien ne permet de déterminer au préalable et de manière systématique qui peut être considéré comme un prestataire « sûr » ni quelles sont les compétences et les normes minimales appropriées.
- Les directives évoluent en fonction d'éléments factuels
- Elles peuvent varier s'il s'agit de méthodes médicamenteuses ou chirurgicales
- Elles dépendent de l'âge gestationnel
- Les risques évoluent constamment

Insister et réaffirmer que ce qui est considéré comme « sûr » doit être interprété conformément aux orientations techniques et stratégiques en vigueur de l'OMS, et que les déterminants sociaux sous-jacents doivent être pris en considération lorsqu'il s'agit de déterminer et d'évaluer les risques.



Introduire le concept de soins complets d'avortement centrés sur la femme en l'associant aux informations suivantes.

Montrer la diapositive et commenter : *Soins complets d'avortement centrés sur la femme*

- Les soins complets d'avortement centrés sur la femme constituent une approche de la prise en charge des soins d'avortement qui tient compte des besoins médicaux individuels tant physiques qu'émotionnels et des circonstances particulières de chaque femme ainsi que de sa capacité à obtenir ces soins. Une telle approche inclut l'avortement provoqué, le traitement qui fait suite à un avortement incomplet, grossesse arrêtée ou avortement non sécurisé ; counseling bienveillant : des services de santé sexuelle et reproductive mis à disposition sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers des établissements ou des soins dispensés au sein de la communauté par des prestataires partenaires.

Montrer la diapositive et commenter: *Soins complets d'avortement centrés sur la femme (suite)*.

- Ils incluent toute une série d'interventions médicales et autres, destinées à aider la femme à exercer ses droits en matière de santé sexuelle et reproductive
- Ils incluent des soins appropriés dispensés indépendamment de l'âge ou de la situation matrimoniale de la femme.

Montrer la diapositive et commenter : *Soins après avortement (SAA)*

- Les soins complets d'avortement centrés sur la femme incluent les soins après avortement qui consistent en une série d'interventions médicales et autres, destinées à traiter les complications d'un avortement spontané ou provoqué, sécurisé ou non, et à répondre aux besoins liés à la santé de la femme concernée.
- Ce module constitue la base du programme de formation aux soins complets d'avortement centrés sur la femme.

Nous allons maintenant discuter trois éléments fondamentaux des soins complets d'avortement centrés sur la femme : choix, accessibilité et qualité. Les lois et les politiques locales et leur interprétation influencent la manière dont ces trois éléments sont institués.

SAA

Montrer et commenter la diapositive : *Cadre de prise en charge des soins centrés sur la femme*

Les trois éléments fondamentaux des soins complets d'avortement centrés sur la femme :

- Choix
- Accessibilité
- Qualité

Montrer et commenter la diapositive : *Choix*

- De débiter ou non une grossesse et à quel moment
- De poursuivre une grossesse ou d'y mettre un terme

SAA

- D'opter pour les procédures d'avortement ou de soins après avortement qui seront pratiqués, d'utiliser une méthode contraceptive, de décider à quels prestataires de soins ou centre de santé recourir

SAA

Dire: Quelles sont les agissements ou les comportements des autres qui peuvent réduire l'autonomie d'une femme et limiter sa capacité de faire des choix concernant sa grossesse ?

- Les réponses peuvent inclure les suivantes :
 - Pression ou coercition exercée par des membres de sa famille
 - Prestataires de soins ou centre de santé pratiquant des frais prohibitifs
 - Soins pratiqués uniquement si la femme accepte de se faire stériliser ou poser un DIU

- Prestataires de soins qui refusent les soins aux femmes jeunes, aux adolescentes ou aux femmes célibataires

Dire: Avez-vous vu les choix d'une femme être limités de cette manière dans l'endroit où vous exercez ?

- Prendre plusieurs réponses.

Montrer et commenter la diapositive : *Soutenir le choix*

Les prestataires de soins peuvent soutenir le choix d'une femme :

- En lui donnant des informations exactes et exhaustives
- En lui offrant la possibilité de poser des questions et d'exprimer ses inquiétudes ou ses doutes
- En lui reconnaissant le droit de faire des choix, indépendamment de son âge, de sa situation matrimoniale ou de toute autre caractéristique

Montrer et commenter la diapositive : *Accessibilité*

Des services accessibles sont :

- Financièrement abordables
- Mis à disposition en temps utile
- Aisément accessibles au sein des communautés
- Dispensés de manière respectueuse et confidentielle

Dire: Quelles sont les choses qui peuvent limiter l'accès d'une femme aux soins d'avortement ?

SAA

- Les réponses peuvent inclure les suivantes :
 - Des lois et des politiques restrictives, comme par exemple celles qui imposent le consentement d'une tierce partie ou d'autres obstacles administratifs
 - Des prestataires de soins qui refusent de dispenser les soins, même dans les limites prévues par les lois et les politiques en vigueur
 - Des attitudes moralisatrices ou empreintes de préjugés des professionnels et des prestataires de soins
 - La stigmatisation sociale associée à l'avortement et aux soins après avortement
 - Des normes sociétales qui imposent aux femmes d'avoir des enfants
 - La dépendance de la femme vis-à-vis d'autres membres de la famille
 - Des distances excessives à parcourir pour atteindre les centres de santé en temps utile.

Dire: Avez-vous vu l'accès des femmes aux soins d'avortement être limité de cette manière dans l'endroit où vous exercez ?

- Prendre plusieurs réponses.

Montrer et commenter la diapositive : *Qualité*

- Fournir des informations et un counseling permettant à la femme de faire des choix en toute connaissance de cause
- Mettre à dispositions des soins adaptés aux besoins individuels et aux circonstances sociales des patientes, notamment à l'intention des très jeunes femmes, des adolescentes et des femmes célibataires
- Utiliser les méthodes et protocoles d'évacuation utérine recommandés
- Fournir les méthodes et les soins contraceptifs souhaités.

Montrer et commenter la diapositive : *Qualité (suite)*

- Proposer d'autres soins relatifs à la santé sexuelle et génésique
- Garantir la confidentialité, le respect de la vie privée et de l'intimité, et agir en toute chose de manière respectueuse
- Suivre et évaluer les services, notamment les incidents, en vue d'améliorer la qualité des soins. Le faire en pleine collaboration avec les membres de la communauté.

Dire: Quelle pourrait être l'influence de ces trois éléments fondamentaux—choix, accessibilité et qualité—sur l'endroit où vous exercez?

- Prendre plusieurs réponses et les discuter.

Dire: Les cinq éléments essentiels des soins après avortement incluent une prise en charge clinique et émotionnelle ainsi que l'établissement de partenariats avec la communauté.

Montrer et commenter la diapositive : *Les cinq éléments des soins après avortement*

1. *Traitement* des avortements incomplets, non sécurisés et des fausses couches
2. *Counseling bienveillant* afin d'identifier et de répondre individuellement aux besoins médicaux, émotionnels, physiques et autres de chaque femme
3. *Services de contraception et de planification familiale* en vue d'aider la femme à éviter une grossesse non voulue ou à espacer les naissances

4. *Services liés à la santé sexuelle et génésique* qu'il est préférable de dispenser sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers d'autres centres de soins accessibles
5. *Mise en place de partenariats avec des prestataires de soins au sein de la communauté* afin d'aider les femmes à éviter les grossesses non voulues et les avortements non sécurisés ; mobilisation de ressources en vue d'aider les femmes à obtenir des soins appropriés et en temps utile en cas de complications liées à l'avortement ; et, s'assurer plus généralement que les services de santé traduisent les besoins et les attentes de la communauté et qu'ils y répondent.

Dire: Ce module présente également des informations concernant le droit des femmes à des soins complets d'avortement, y compris des soins après avortement, et traite de la manière dont les points de vue et les pratiques des professionnels de santé influencent les soins dispensés et le respect des droits des patientes.

2. Protéger les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement

Dire: Nous allons maintenant examiner plus en détail la question des droits sexuels et reproductifs.

Expliquer que l'activité suivante est basée sur la *Charte des droits sexuels et reproductifs* de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (*International Planned Parenthood Federation* - IPPF).

- *La Charte des droits sexuels et reproductifs de l'IPPF* s'appuie sur 12 droits humains internationalement reconnus.
- Cette Charte applique des termes qui ont fait l'objet d'accords internationaux issus de différents traités, (et qui à ce titre ont statut de droit international), aux droits à la santé sexuelle et reproductive.

Afficher la feuille intitulée : *Instructions pour l'activité « Assortir chaque droit à sa définition »*

- Expliquer les instructions et les maintenir affichées pendant tout le déroulement de l'activité.
 - Chacun des droits sexuels et reproductifs, énumérés de 1 à 12, est inscrit sur une bande de papier.
 - Les définitions qui correspondent à ces droits sont inscrites sur une autre série de bandes de papier.

- Chaque personne choisira une bande de papier et devra ensuite trouver la personne qui détient la définition ou l'intitulé du droit correspondant.
- Les paires ainsi formées discuteront le droit et sa définition, et répondront aux questions suivantes, ils rendront ensuite compte de leurs réponses face au groupe complet :

SAA

- » De quelle manière les professionnels de santé peuvent-ils s'assurer que ce droit est respecté dans le cadre de soins complets d'avortement ou de soins après avortement ?
- » De quelle manière les professionnels de santé peuvent-ils s'assurer que ce droit est respecté, plus particulièrement dans le cas de très jeunes femmes, d'adolescentes ou de femmes célibataires ?
- Leur donner cet exemple : Une réponse possible dans le cas du droit de décider d'avoir ou non des enfants pourrait être : veiller à ce que des services de contraception soient accessibles à toutes les femmes qui souhaitent les utiliser. Pour ce qui est des jeunes femmes, des adolescentes et des femmes célibataires : veiller à ce que les dispositions en matière de politique de prestation de services spécifient leur mise à disposition indépendamment de l'âge ou de la situation matrimoniale de la femme et éliminer tous les obstacles qui pourraient empêcher les jeunes femmes, les adolescentes et les femmes célibataires d'obtenir aisément et d'utiliser les services de contraception.
- Faire passer un panier contenant les bandes de papier et demander à chaque participant d'en prendre une.
- Une fois que tous les participants ont une bande de papier, leur demander de trouver l'autre bande de papier assortie à la leur.
- Après dix minutes, faire retentir la sonnette ou la minuterie et rappeler les paires pour reformer le groupe complet.
- Distribuer à chacun des participants un exemplaire de la Charte des droits sexuels et reproductifs.
- Demander à chaque paire de lire le droit, sa définition ainsi que les réponses qu'ils ont données aux deux questions.

SAA

Dire: Les quatre droits suivants sont les droits les plus importants dans le cadre des soins complets d'avortement et des soins après avortement.

SAA Montrer la diapositive: *Quatre droits essentiels en rapport avec les soins complets d'avortement et les soins après avortement sont*

- Droit à la vie
- Droit à la protection de la vie privée
- Droit à l'information et à l'éducation
- Droit de décider librement d'avoir ou non des enfants et à quel moment

SAA *Dire: Abordons à présent la manière dont nous pouvons nous y prendre pour garantir le respect des droits des femmes dans le cadre de soins d'avortement et de soins après avortement.*

SAA Animer une brève discussion interactive sur le respect des droits de la femme dans le contexte des soins en rapport avec l'avortement.

- Renvoyer les participants au document de l'OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, Deuxième édition, et en particulier aux sections traitant de la santé des femmes et des droits humains, et leur demander de vérifier si la prise en charge des soins dans leur établissement est conforme aux directives de l'OMS. Leur demander de donner des exemples spécifiques montrant comment ils peuvent améliorer certaines pratiques de prise en charge de manière à garantir les droits des femmes sont respectés.
- Renvoyer les participants à la section 3.0 du Manuel de référence.

SAA Montrer et commenter la diapositive : *Défense des droits dans le cadre de soins en rapport avec l'avortement*

- Manifester de l'empathie et du respect à l'égard de toutes les femmes, indépendamment de leur âge ou de leur situation matrimoniale.
- Veiller à instaurer des relations positives et constructives.
- Veiller au respect de la vie privée, de l'intimité et de la confidentialité.
- Respecter la procédure en matière de consentement éclairé et volontaire.

Dire: Les attitudes et les convictions des professionnels de santé influencent la qualité des soins dispensés.

Montrer et commenter la diapositive : *Attitudes et convictions des professionnels de santé*

- La clarification des valeurs en rapport avec l'avortement est recommandée pour aider les prestataires à établir une distinction entre leurs idées préconçues personnelles et les attitudes et comportements dont ils doivent faire preuve dans l'exercice de leur profession.
- « La formation doit viser l'acquisition de compétences et aborder les attitudes et comportements des prestataires de soins ainsi que les questions éthiques... »
- « En plus de l'apprentissage du savoir-faire, la participation à des exercices de clarification des valeurs peut aider les opérateurs à bien faire la différence entre leurs propres croyances et attitudes et les besoins des femmes ... » (OMS, 2012)

Ce sujet est traité tout au long du programme de formation et de manière plus détaillée dans le module *Consentement éclairé, information et counseling*.

Dire: Après avoir discuté les éléments essentiels des soins complets d'avortement et des soins après avortement ainsi que le droit aux soins des femmes, nous allons revoir les objectifs du module et vous aurez l'occasion de faire le point sur vos connaissances.

3. Résumé et test

Demander aux participants de rappeler les points clés traités au cours de ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Vous reste-t-il des questions sans réponse à propos de ce qui a été abordé au cours de ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

Demander aux participants de remplir le test de connaissances

- Ramassez les tests.
- Analyser les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Remercier les participants de leur attention.

Bibliographie

Alan Guttmacher Institute et Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Facts on Induced Abortion World-wide*. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Burns, A. A., Lovich, R., Maxwell, J. et Shapiro, K. (2012). *Where Women Have No Doctor: A Health Guide for Women*. D'après : http://en.hesperian.org/hhg/Where_Women_Have_No_Doctor

Cook, R. J. et Dickens, B. M. (2000). *Considerations for formulating reproductive health laws, second edition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-111.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure: current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105-113.

Family Health International. (1999). Client-provider interaction: Family planning counseling. *Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*. D'après : <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/Modules/CPI/s1pg1.htm>

Ganatra, B., Tunçalp, O., Bart Johnson, H., Johnson, B.R., Gülmezoglu, A.M. et Temmerma M. (2014). From concept to measurement: Operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 155.

Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. et Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-1919.

Hall, J. A., Roter, D. L. et Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.

International Planned Parenthood Federation. (1996). *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres, RU : International Planned Parenthood Federation.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence*, (second ed.). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (Deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

John, J. (1991). Improving quality through patient-provider communication. *Journal of Health Care Marketing*, 11(4), 51-60.

Leonard, A. H. et Winkler, J. (1991). A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care*, 1(1).

Nations Unies. (1995). Programme d'action de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes. Publication présentée lors de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes, Pékin, Chine.

Nations Unies. (1994, 5-13 septembre 1994). Programme d'action de la Conférence Internationale des Nations Unies sur la Population et le Développement. Publication présentée lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, Égypte.

Nations Unies. (1994). *Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*. D'après : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>

Nations Unies. (1995). *Programme d'action de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes*.

D'après : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>

Nations Unies. (1999). *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale incluant les principales mesures proposées pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement*. (A/S-21/5/Add.1). New York, NY: Nations Unies.

Nations unies, Assemblée Générale. (2000). *Déclaration du Millénaire des Nation Unies*. (55/2). New York, NY: Nations Unies.

Nations unies, Secrétaire général. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants*. Genève, Suisse : Nations Unies.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé (deuxième édition)*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Postabortion Care (PAC) Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. D'après : <http://www.pac-consortium.org/>

Winkler, J. et Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum guide for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Yellen, E. et Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4), 483-498.

Résultats du test de connaissances

1. Faux
2. Faux
3. Vrai
4. Faux
5. Vrai
6. Faux
7. a, c, d, e
8. a, c, e
9. Donner des informations et counseling aux patientes pour leur permettre de faire des choix en toute connaissance de cause ; Proposer des services adaptés aux besoins individuels et aux circonstances sociales de chaque femme, et notamment des très jeunes femmes et des adolescentes ; Utiliser les méthodes et les protocoles recommandés ; Fournir des méthodes et des services de contraception ; Fournir d'autres services de santé reproductive ou orienter/transférer les patientes vers d'autres unités de soins ; Garantir la confidentialité, préserver le droit à la vie privée et à l'intimité, et interagir de manière respectueuse ; Suivre et évaluer les services, et notamment les incidents, en vue d'améliorer la qualité des soins et ce en s'appuyant sur la participation de membres de la communauté.

Présentation et principes directeurs

Test de connaissances

Entourer « Vrai » ou « Faux » en fonction de ce qui convient.

- | | |
|-----------------|---|
| 1. Vrai ou Faux | Les principes des droits humains sont différents et séparés des droits qui s'appliquent à la prise en charge des soins complets d'avortement centrés sur les femmes. |
| 2. Vrai ou Faux | Les attitudes et les convictions des professionnels de santé n'influencent absolument pas la qualité des soins dispensés. |
| 3. Vrai ou Faux | De nombreuses femmes qui ont besoin de soins liés à l'avortement se trouvent dans une situation de vulnérabilité qui rend plus difficile pour elles d'exercer leur indépendance et leur autonomie. |
| 4. Vrai ou Faux | Une approche intégrée et intégrale des soins d'avortement centrés sur la femme se concentre uniquement sur les besoins relatifs à la santé physique des femmes. |
| 5. Vrai ou Faux | Indépendamment des législations et des politiques locales sur l'avortement, tous les systèmes de santé se trouvent confrontés à des femmes qui nécessitent des soins liés à l'avortement. |
| 6. Vrai ou Faux | Exiger le consentement des parents, du tuteur légal ou d'une autre tierce partie, est une manière de soutenir les droits des jeunes femmes ou des adolescentes dans le cadre des soins liés à l'avortement. |

SAA

7. Entourer les quatre droits qui font partie de la Charte de l'IPPF :
- a. Le droit à l'information et à l'éducation
 - b. Le droit de refuser un traitement
 - c. Le droit de décider d'avoir des enfants et quand
 - d. Le droit à la vie
 - e. Le droit à la vie privée et au respect de l'intimité
8. Entourer les trois éléments essentiels de la prise en charge de soins complets d'avortement centrés sur la femme :
- a. qualité
 - b. confiance
 - c. choix
 - d. justice
 - e. accessibilité
9. Énumérer deux moyens permettant de garantir une prise en charge de qualité des soins liés à l'avortement.

Charte relative aux droits sexuels et reproductifs

| Droits | Définitions |
|--|---|
| 1. Droit à la vie | Aucune femme ne devrait risquer sa vie du fait d'une grossesse. |
| 2. Droit à la liberté et à la sécurité de la personne | Aucune femme ne devrait être soumise à des mutilations génitales ou subir de force une grossesse, une stérilisation ou un avortement |
| 3. Droit à l'égalité et droit d'être protégée contre toute forme de discrimination | Égalité et droit de ne subir aucune discrimination dans le cadre de sa vie sexuelle et reproductive. |
| 4. Droit au respect de la vie privée | Tous les soins et services liés à la santé sexuelle et reproductive doivent être confidentiels, et toutes les femmes ont le droit d'exercer librement et en toute autonomie des choix relatifs à la reproduction |
| 5. Droit à la liberté de penser | Ce droit inclut la liberté de ne pas être soumis à des interprétations restrictives des textes religieux, des croyances, des philosophies et des coutumes, utilisées comme moyens pour restreindre la liberté de penser en matière de santé sexuelle et reproductive et d'autres questions s'y rapportant. |
| 6. Droit à l'information et à l'éducation | Ce droit est lié à la santé sexuelle et reproductive pour tous, et concerne notamment l'accès à l'information sur les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation de la fécondité, de manière à ce que toutes les décisions soient prises sur la base d'un consentement libre, plein et éclairé. |
| 7. Droit de décider de se marier ou non, et de fonder et planifier une famille | Ce droit reconnaît à tout individu le droit d'être protégé contre une obligation de se marier sans y avoir consenti librement, pleinement, et en toute connaissance de cause. |
| 8. Droit de décider d'avoir ou non des enfants et quand | Ce droit reconnaît que tout individu a le droit de décider en toute liberté et de manière responsable, le nombre et l'espacement de ses enfants, et d'avoir accès à l'information, l'éducation et les moyens qui lui permettent d'exercer ce droit ; il reconnaît en outre qu'une protection particulière doit être accordée aux femmes pendant une période d'une durée raisonnable avant et après un accouchement. |
| 9. Droit aux soins médicaux et à la protection de la santé | Ce droit inclut le droit des patients d'obtenir la meilleure qualité possible de soins médicaux, et le droit de ne pas être soumis à des pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé. |
| 10. Droit de bénéficier des progrès scientifiques | Ce droit inclut le droit des patients qui reçoivent des soins liés à la santé sexuelle et reproductive de bénéficier de technologies nouvelles, sûres, efficaces et acceptables en matière de santé reproductive. |
| 11. Droit d'association et de participation politique | Ce droit inclut le droit de tous les individus de chercher à influencer les communautés et les gouvernements pour leur demander de prioriser la santé et les droits sexuels et reproductifs |
| 12. Droit de ne pas être soumis à la torture ou aux mauvais traitements | Ce droit inclut le droit de tous, femmes, hommes et jeunes, d'être protégés contre la violence, l'exploitation sexuelle et les abus. |

International Planned Parenthood Federation. (1996). IPPF Déclaration des droits sexuels et reproductifs, Vision 2000. Londres : IPPF.

Droits reproductifs



But :

Ce module traite des connaissances sur les droits reproductifs ainsi que des attitudes que les professionnels de santé doivent avoir pour mettre en place des soins complets d'avortement centrés sur les femmes.



Conditions préalables :

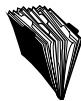
Les participants doivent déjà connaître les principaux concepts relatifs aux soins complets d'avortement centrés sur les femmes et notamment les soins après avortement.



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants seront capables de :

1. Identifier les principaux documents internationaux relatifs aux droits humains et comprendre leur pertinence par rapport à l'instauration de soins d'avortement et de soins après avortement ;
2. Identifier les obstacles qui empêchent les femmes d'obtenir dans la sécurité et la légalité des soins complets d'avortement là où exercent les participants ;
3. Identifier les mesures susceptibles d'améliorer l'accès des femmes aux soins complets d'avortement et notamment aux soins après avortement ;



Matériel et documents didactiques :

Préparer des copies des documents à remettre : Droits sexuels et reproductifs des jeunes adultes (tiré de : la publication d'Ipas intitulée *Abortion Care For Young Women: A Training Toolkit*, pages 63–64)



- ☐ Test de connaissances et correction du test

Préparation préalable :

- ☐ Se familiariser en profondeur avec le module Droits reproductifs du Manuel de référence.

- ❑ Rassembler, étudier et se munir de copies des lois, des politiques et des réglementations nationales relatives à l'avortement.
- ❑ Envisager d'inviter un expert local en matière de droits reproductifs favorable à l'instauration de soins complets d'avortement et lui demander d'exposer les prises de position politique et l'utilisation qui est faite des déclarations internationales pour plaider en faveur de l'obtention de droits reproductifs au plan local. Si un intervenant extérieur est invité, ne pas oublier de prévoir davantage de temps pour ce module.
- ❑ Prévoir un tableau mobile ou des diapositives avec les consignes concernant les activités.
- ❑ Si besoin, inviter d'autres animateurs pour vous aider à organiser les discussions en groupes ou sélectionner à l'avance des participants dont les connaissances sont plus avancées. Ne pas oublier de donner des consignes et des informations aux autres animateurs sur le sujet traité et les documents utilisés.
- ❑ Préparer des copies des tests de connaissances.

Remarque à l'intention du formateur : En ce qui concerne les documents et les activités spécifiquement consacrés aux soins d'avortement destinés aux adolescentes, consultez le module 3 : Une approche de soins fondée sur les droits dans le document d'Ipas : *Abortion Care For Young Women: A Training Toolkit*.

Durée : 2 heures

1. Introduction

Accueillir les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

- Ce module traite des connaissances et des attitudes qu'il faut avoir sur les droits reproductifs pour être à même de soutenir l'instauration de soins complets d'avortement centrés sur les femmes.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

- À la fin de ce module les participants devront être capables de :
 1. Identifier les principaux documents internationaux relatifs aux droits humains et de comprendre leur pertinence par rapport à l'instauration de soins d'avortement et de soins après avortement là où exercent les participants ;

2. Identifier les obstacles qui empêchent les femmes d'obtenir en toute sécurité et dans la légalité des soins complets d'avortement là où exercent les participants ;

SAA

3. Identifier les mesures susceptibles d'améliorer l'accès des femmes aux soins complets d'avortement et notamment aux soins après avortement là où exercent les participants ;

- Demander aux participants s'ils ont entendu parler de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (CIPD) qui a eu lieu en septembre 1994, et que l'on appelle couramment la « Conférence du Caire ».
- Demander à 1 ou 2 participants d'expliquer brièvement l'importance que cette conférence a eu pour l'avancement des droits reproductifs.
- Montrer des diapositives et demandez aux participants de lire la définition des droits et de la santé en matière reproductive issue du Programme d'action de la CIPD, qui se trouve également à la section 2.0 du Manuel de référence :

« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tous ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités...les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme ».

- Demander aux participants de signaler les mots clés de cette définition. Inscrire les réponses sur une feuille du tableau et commenter leur signification/implication.

Expliquer aux participants que cette définition a été élaborée en vue d'être exhaustive et qu'elle inclut une série de concepts clés. Cette déclaration issue du Programme d'action de la CIPD constitue le fondement des droits reproductifs.

Montrer des diapositives et demander aux participants qu'ils lisent les différents droits spécifiques et expliquent en quoi ils sont liés à l'avortement. Ces droits sont également énumérés à la section 2.0 du Manuel de référence :

- *Droit de décider librement d'avoir des enfants et à quel moment* : Les femmes doivent avoir accès aux méthodes contraceptives de leur choix et devraient pouvoir décider d'interrompre une grossesse.
- *Droit à la vie* : Il n'est pas acceptable que les femmes meurent des suites d'un avortement non sécurisé.
- *Droit à la santé* : Il n'est pas acceptable que des femmes subissent des séquelles, à court ou à long terme, suite à un avortement non sécurisé.
- *Droit à la dignité et à l'intégrité physique* : Les jeunes femmes doivent avoir la capacité de donner elles-mêmes le consentement nécessaire à la pratique d'une évacuation utérine.
- *Droit de ne pas être soumise à la discrimination* : Par exemple, parce que l'évacuation utérine est une procédure que seules les femmes nécessitent et non les hommes.
- *Droit de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants* : Par exemple, lorsque des soins d'avortement ou des soins après avortement sont refusés ou pratiqués de manière condamnatoire ou punitive.
- *Droit de bénéficier des progrès de la science* : Par exemple, lorsque les prestataires de soins appliquent les méthodes d'évacuation utérine préconisées par l'OMS.
- *Droit à la liberté d'opinion et d'expression* : Par exemple, lorsque des individus font savoir qu'ils sont favorables à l'instauration de soins d'avortement.

Demander aux participants de se grouper par paires et assigner un droit à chaque paire. Leur demander d'examiner brièvement de quelle manière ou dans quelles circonstances des professionnels de santé peuvent enfreindre ou négliger de respecter ce droit par leurs attitudes ou dans leurs pratiques, et en quoi cela peut avoir un impact négatif sur les femmes qui cherchent à obtenir un avortement et sur les professionnels de santé qui pratiquent des soins liés à l'avortement.

Montrer et discuter la diapositive : *Professionnels de santé et droits reproductifs*

- Les professionnels de santé ont un rôle déterminant à jouer pour aider les femmes à exercer leurs droits reproductifs.
- Les professionnels de santé doivent être soutenus pour

qu'ils puissent adopter des attitudes et des pratiques respectueuses des droits reproductifs des femmes.

2. Documents internationaux relatifs aux droits humains ayant trait à l'avortement et aux soins après avortement

Orienter les participants vers les sections 2.1 à 2.3 du Manuel de référence et expliquer brièvement les traités et accords, les déclarations et les engagements internationaux des différentes instances et organes politiques.

Remettre le document : *Droits sexuels et reproductifs des adolescents* et expliquez brièvement les conventions et les pactes qui garantissent les droits des adolescents et en quoi ils concernent les soins liés à l'avortement.

Montrer la diapositive : *Traités et accords internationaux*, et l'expliquer

- Définir les principes de l'universalité des droits humains
- Établir les fondements des droits sexuels et reproductifs des femmes et des adolescentes dans le cadre des droits humains.
- Leur adoption par les gouvernements implique le respect des droits humains dans différents domaines de la vie.
- Les prestataires de soins peuvent apprendre quels sont les traités qui ont été ratifiés par leur gouvernement.
- Les prestataires de soins peuvent utiliser les traités pour faire progresser les politiques de soins qui contribuent à protéger la santé des femmes.
- Nécessité de promouvoir des politiques de soins qui garantissent la mise à disposition et l'accès de soins de santé de qualité à l'intention des adolescentes et des femmes non mariées.

Expliquer que même si les conventions et les traités fondent les droits humains au plan international, ce sont les déclarations et les communiqués obtenus par consensus lors de conférences organisées par les Nations Unies (ONU) qui sont plus spécifiquement axés sur les droits sexuels et reproductifs des femmes, et notamment des adolescentes. Citer à titre d'exemple quelques-unes parmi les déclarations les plus importantes qui se trouvent à la section 2.2 du Manuel de référence.

- Citer les déclarations de la CIPD et de la CIPD+5, en insistant particulièrement sur le paragraphe 63(iii).

Indiquer aux participants que certains organes de décision ont publié des déclarations particulièrement importantes en matière de droits reproductifs.

- Expliquer que les déclarations qui émanent de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), de l'ONUSIDA et d'associations professionnelles comme la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) sont empreintes de l'autorité d'experts de santé respectés et traduisent des décisions prises par consensus sans toutefois posséder une valeur juridique contraignante.
- Se référer aux documents d'orientation émanant de l'OMS et des autres agences de l'ONU qui figurent dans le Manuel de référence. Ils constituent un cadre de travail et représentent une série d'engagements relatifs aux programmes de santé maternelle et infantile à l'échelle d'un pays.

Remarque à l'intention du formateur : Si vous avez invité un expert en droits reproductifs favorable à l'instauration de soins complets d'avortement, chargez-le d'expliquer comment il utilise les déclarations internationales afin de promouvoir les droits reproductifs au niveau local. Si vous invitez un intervenant extérieur, vous devrez prévoir davantage de temps pour ce module.

3. Législation et politiques relatives à l'avortement et obstacles s'opposant à l'accès aux soins liés à l'avortement

SAA

Dire : Nous allons maintenant parler de manière plus détaillée des obstacles qui limitent les soins liés à l'avortement. Nous commencerons par examiner la législation et les politiques nationales.

Passer en revue la législation et les politiques nationales ayant trait aux soins complets d'avortement, comme par exemple celles qui figurent dans l'encart de la section 3.1 du Manuel de référence.

Montrer la diapositive: *Législations relatives à l'avortement dans le monde*

- Pratiquement tous les pays autorisent l'avortement dans certaines circonstances, notamment dans l'une ou plusieurs des circonstances suivantes :
 - Sauver la vie de la femme
 - Préserver la santé physique de la femme
 - Préserver la santé mentale de la femme
 - En cas de viol ou d'inceste

- En cas de malformation du fœtus
- Motifs économiques ou sociaux
- À la demande

Signaler que même lorsque l'avortement est légal dans certaines circonstances cela ne veut pas nécessairement dire qu'il est accessible dans la pratique.

Expliquer l'activité suivante axée sur les obstacles qui s'opposent à l'accès aux soins.

- Sur une feuille du tableau, dessinez l'image d'une femme d'un côté et un établissement de santé de l'autre. Entre les deux dessins, de la femme et de l'établissement de santé, énumérez les éléments suivants qui limitent l'accès des femmes aux soins :
 1. Une interprétation restrictive de la législation
 2. Différentes restrictions susceptibles d'avoir un impact sur l'accès aux soins
 3. Pénurie de praticiens
 4. Limitations technologiques
 5. Refus de soins pour clause de conscience
 6. Attitudes des praticiens
- Séparer les participants en groupes et leur assigner un thème à chacun. Demander à chaque groupe de donner plusieurs exemples montrant comment le thème qui leur a été assigné peut constituer un obstacle aux soins liés à l'avortement là où ils vivent ou exercent, et comment il serait possible de surmonter chacun des obstacles qu'ils ont identifié.
 - Les participants peuvent s'aider de la section 3.0 du Manuel de référence.
- Accorder aux groupes 15 minutes de discussion séparée.
- Réunir à nouveau l'ensemble des participants.
- Laisser chacun des groupes expliquer à tour de rôle 1 ou 2 obstacles principaux accompagnés des mesures à prendre pour les surmonter.
- Une fois que tous les groupes ont rendu compte de leurs discussions, les encourager à réfléchir aux mesures qu'ils pourraient prendre à titre individuel ou en groupe en vue d'obtenir l'accès à des soins complets d'avortement.

Remarque à l'intention du formateur: Si vous souhaitez insister plus spécifiquement sur les droits des adolescentes aux soins d'avortement, vous pouvez distribuer des documents et organiser des activités faisant partie du module 3.0 : « Une approche de soins fondée sur les droits » qui se trouve dans le document d'Ipas *Abortion Care For Young Women: A Training Toolkit*.

4. Résumé et test

Demander aux participants de répéter quels ont été les points clés de ce module. Se servir des objectifs comme point de référence.

Dire: Avez-vous des questions sur les connaissances traitées au cours de ce module?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de remplir le test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Analyser les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Suggérer aux participants de consulter le document *Human Rights, Unwanted Pregnancy and Abortion-Related Care* ainsi que d'autres documents fondateurs cités dans la bibliographie du Manuel de référence.

Remercier les participants.

Bibliographie

Alan Guttmacher Institute. (1999). *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

Alan Guttmacher Institute. (2009). *Abortion worldwide: A decade of uneven progress*. New York, NY: The Alan Guttmacher Institute.

Association of Reproductive Health Professionals. (2012). Position Statements. 2013. D'après : <http://www.arhp.org/About-Us/Position-Statements>

Boklage, C. E. 1990. Survival probability of human conceptions from fertilization to term. *International Journal of Fertility*, 35: 75–94.

Center for Reproductive Law and Policy, et Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal. (1999). *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives: Francophone Africa*. New York, NY: Center for Reproductive Law and Policy.

Center for Reproductive Rights. (2006). *Bringing rights to bear: An Advocate's Guide to the Work of UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*. New York, NY: Center for Reproductive Rights.

Cook, Rebecca J., Bernard M. Dickens et Mahmoud F. Fathalla. 2003. *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. New York, Oxford University Press.

Confédération internationale des sages-femmes (ICM). (2008). *Midwives' provision of abortion-related services*. La Haye, Pays-Bas : Confédération internationale des sages-femmes.

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). (2011). Consensus statement on uterine evacuation (pp. 2). Londres, Royaume-Uni - Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO).

Ipas. (2002). *Human rights, unwanted pregnancy, and abortion-related care: Reference information and illustrative cases* M. de Bruyn (Ed.) Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas, & Karolinska Institute: Division of International Health. (2002). *Deciding women's lives are worth saving: Expanding the role of midlevel providers in safe abortion care*. (Vol. 7). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, (deuxième édition.). K. L. Turner et A. Huber (éditeurs.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence*, (deuxième édition). K. L. Turner & A. Huber (éditeurs.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. (2012). *Ethical issues in obstetrics and gynecology*. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). Repris dans : www.figo.org/files/figo-corp/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf

Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). (2012). *Integrating human rights and women's health competencies for practice*. FIGO. Repris dans : <http://www.figo.org/files/figo-corp/Introduction%20to%20HRWH%20Framework.pdf>

Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA). (2011). *Améliorer la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et des filles grâce à la riposte au VIH*. Genève, Suisse : Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA).

Klugman, B. et Budlender, D. (2001). *Advocating for abortion access: Eleven country studies*. Johannesburg, Afrique du Sud : Women's Health Project.

Fédération latino-américaine des associations de gynécologie et d'obstétrique (FLASOG). (2002). *Recommandations de l'Assemblée générale*, 17e Congrès. Article présenté lors du XVIIe congrès de la Fédération latino-américaine des associations de gynécologie et d'obstétrique (FLASOG), Santa Cruz, Bolivie.

Lichter, D. T., McLaughlin, D. K., et Ribar, D. C. (1998). State abortion policy, geographic access to abortion providers and changing family formation. *Family Planning Perspectives*, 30(6), 281-287.

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH). (2013). Conseil des droits de l'homme des Nations Unies : Information générale sur le Conseil des droits de l'homme. Repris dans : <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx>

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme et Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA). (2006). *Le VIH/sida et les droits de l'homme, version consolidée*, 2006. Genève, Suisse : Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida (ONUSIDA).

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH). (2004). *Organes de traités des Nations Unies*. Repris dans : <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>

Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme et Programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH et le sida. (1998). *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*. Document présenté lors de la Deuxième consultation sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, Suisse.

Otsea, K., Baird, T. L., Billings, D. L., et Taylor, J. E. (1997). *Midwives deliver postabortion care services in Ghana*. Carrboro, NC: Ipas.

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2009). *Consensus pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant*. Genève, Suisse : Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H., et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.

Starrs, A. (1997). The Safe Motherhood action agenda: priorities for the next decade. *Proceedings of the Safe Motherhood Technical Consultation, 18-23 Oct. 1997, Colombo, Sri Lanka*. New York, NY: Inter-Agency Group for Safe Motherhood.

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (PMNCH), Organisation mondiale de la Santé (WHO), & Aga Khan University. (2011). *Interventions essentielles, produits et lignes directrices en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile : Tour d'horizon mondial des interventions essentielles en santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Résumé d'orientation des interventions en santé reproductive et maternelle*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Turner, K. L., et Page, K. C. (2008). Transformation des attitudes face à l'avortement : *boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale* (pp. 172). Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., Weiss, E., et Gulati-Partee, G. (2009). *Providers as advocates for safe abortion care: A training manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

ONU Femmes. (2011). *Le progrès des femmes dans le monde : enquête de justice: 2011-2012. Le Progrès des femmes dans le monde*, New York, NY: ONU Femmes.

Nations Unies. (1994, 5-13 Septembre 1994). *Programme d'action de la Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement*. Document présenté lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, Caire, Egypte.

Nations Unies. (1995). *Programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*. Document présenté lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, Beijing, Chine.

Nations Unies. (1999). *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale, et notamment principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. (A/S-21/5/Add.1). New York, NY: Nations Unies.

Commission des Nations Unies sur la population et le développement. (2012). Rapport sur la quarante-cinquième session, résolution 27. New York, NY: Nations Unies.

Comité relatif aux droits de l'enfant. (2003). *Observation générale No. 4, La santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant*. (CRC/GC/2003/4). New York, NY: Nations Unies.

Assemblée générale des Nations Unies. (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. New York et Genève : Nations Unies, Assemblée générale.

Assemblée générale des Nations Unies. (1989). *Convention relative aux droits de l'enfant*. New York et Genève : Nations Unies, Assemblée générale.

Assemblée générale des Nations Unies. (2000). Nations Unies, *Déclaration du Millénaire*. (55/2). New York, NY: Nations Unies.

Conseil des droits de l'homme des Nations Unies. (2011). *Rapport intermédiaire préparé par le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*. New York, NY: Nations Unies.

Secrétaire général des Nations Unies. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*. Genève: Nations Unies.

Varkey, S. J., Fonn, S. et Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, RSA: Women's Health Project.

Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS*. (EML14). Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé, John Snow Inc., Fédération internationale pour la planification familiale, PATH, Population Action International, Fonds des Nations Unies pour la population, et Banque mondiale. (2006). *Principes directeurs inter-institutions : Liste inter-institutions des médicaments essentiels pour la santé génésique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé, 107ème session du Conseil exécutif. (2000). *Pour une grossesse à moindre risque : Rapport du Secrétariat*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2000). Grossesse et VIH/sida. Fact Sheet n°250, juin 2000. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Réponses au test de connaissances

1. Faux
2. Vrai
3. Faux
4. Vrai
5. Vrai
6. a, c, d
7. Les exemples peuvent inclure (sans se limiter à cette liste) : s'efforcer de modifier la législation et les politiques relatives à l'avortement ; développer ou réviser les normes et les orientations cliniques de manière à permettre un meilleur accès aux soins à toutes les femmes ; organiser ou participer à des ateliers de clarification des valeurs visant à réduire la stigmatisation et les attitudes négatives à l'égard des femmes et des prestataires de soins ; établir des partenariats avec des groupes communautaires ou des groupes de jeunes en vue d'organiser un soutien destiné aux femmes qui ont besoin d'avoir accès à des soins liés à l'avortement et rejoindre des associations de juristes pour développer et mettre en œuvre des stratégies de plaidoyer.

Test de connaissances sur les droits reproductifs

Entourer « Vrai » ou « Faux » en fonction de ce qui vous semble convenir

1. Vrai ou Faux : Les conventions des droits humains affirment que les gouvernements peuvent décider combien d'enfants une femme peut avoir.
2. Vrai ou Faux : Les principes de l'universalité des droits humains sont codifiés dans les conventions et les traités internationaux.
3. Vrai ou Faux : La CIPD, également connue sous le nom de « Conférence du Caire », n'a pas réussi en 1994 à faire reconnaître l'avortement non sécurisé comme un problème de santé publique.
4. Vrai ou Faux : Pratiquement tous les pays autorisent l'avortement dans certaines circonstances.
5. Vrai ou Faux : Les adolescentes ont le droit de prendre des décisions en toute indépendance en fonction de leurs propres capacités.
6. Entourer le ou les exemples cités ci-dessous qui correspondent à des obstacles qui empêchent ou limitent l'accès aux soins d'avortement :
 - a. Obligation de consentement parental pour les adolescentes
 - b. Développement de protocoles médicaux définissant les indications légales de l'avortement
 - c. Exigence de signalement des cas de viol aux tribunaux avant de faire un test de grossesse
 - d. Exigence de faire certifier l'indication nécessaire à la pratique d'un avortement par trois praticiens différents
 - e. Reconnaître que les femmes sont en mesure de donner elles-mêmes un consentement éclairé
7. De quelle manière les prestataires de soins peuvent-ils surmonter certains obstacles qui restreignent l'accès à l'avortement et respecter ainsi les droits des femmes ? En énumérer au moins deux.

Liens avec la communauté



But :

Ce module traite des connaissances, des compétences et des attitudes requises pour établir des liens optimum avec les communautés en vue d'améliorer la mise à disposition de soins complets d'avortement ainsi que d'autres services de santé reproductive.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts régissant les soins complets d'avortement centrés sur les femmes et notamment les soins après avortement
- ☐ Décrire les droits des femmes en ce qui concerne les soins liés à l'avortement



Objectifs :

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Expliquer pourquoi il est important d'établir des liens avec les membres de la communauté et décrire comment y parvenir
2. Expliquer la nécessité d'établir des partenariats avec les membres de la communauté et les dirigeants et chefs communautaires en vue de renforcer les connaissances et les soins liés à la santé reproductive
3. Cartographier la communauté et dresser le profil des services de santé reproductive dans le cadre d'une évaluation de la communauté
4. Utiliser une fiche de Plan d'action pour résoudre un problème de santé à l'échelle de la communauté
5. Décrire des stratégies permettant la mise en place de programmes conçus pour travailler en collaboration avec la communauté.



Documents et matériel didactique:

- ☐ Fiche de travail « Profil de la communauté »
- ☐ Fiche « Plan d'action »
- ☐ Exemple de cartographie d'une communauté
- ☐ Version adaptée au tableau de la fiche de plan d'action
- ☐ Test de connaissances et correction du test



Préparation préalable :

- ☐ Faire des copies du profil de la communauté ainsi que des fiches de plan d'action, de l'exemple de cartographie de la communauté et du test de connaissances
- ☐ Créer une version adaptée au tableau de la fiche de plan d'action de manière à ce qu'elle puisse être affichée

Durée : 1 heure et 30 minutes

1. Introduction

Accueillir les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module traite des connaissances, des compétences et des attitudes requises pour établir des liens optimum avec les communautés en vue d'améliorer la mise à disposition de soins complets d'avortement et des autres services de santé reproductive.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Expliquer pourquoi il est important d'établir des liens avec les membres de la communauté et décrire comment y parvenir
2. Expliquer la nécessité d'établir des partenariats avec les membres de la communauté et les dirigeants et chefs communautaires de manière à renforcer les connaissances sur les soins d'avortement et les soins liés à la santé reproductive

3. Cartographier la communauté et dresser le profil des services de santé reproductive dans le cadre d'une évaluation de la communauté
4. Utiliser une fiche de Plan d'action pour résoudre un problème de santé au niveau de la communauté
5. Décrire des stratégies permettant la mise en place de programmes conçus pour travailler en collaboration avec la communauté.

Dire : Nous allons tout d'abord discuter de l'importance d'impliquer la communauté et d'établir des liens entre le système de santé et la communauté qu'il sert.

Séparer les participants en groupe de trois. Chaque groupe discutera les réponses à la question suivante que vous aurez inscrite sur le tableau :

Pourquoi est-il important pour les prestataires de soins de santé d'impliquer la communauté dans la mise à disposition de services de santé reproductive ?

- Les groupes disposent de 5 minutes pour discuter cette question entre eux et élaborer une liste de réponses. Chaque groupe devra choisir un rapporteur qui fera part des conclusions du groupe à l'ensemble des participants.
- Demander à chaque groupe de rendre compte de sa liste de réponses, mais sans répéter les points déjà mentionnés par les autres groupes. Les réponses suivantes devraient figurer dans cette liste :
 - Aider les prestataires de soins à comprendre le contexte dans lequel vivent les femmes et leurs familles
 - Mettre en lumière les attitudes et les perceptions liées à l'avortement ainsi que les idées sur la mise à disposition de services de santé de qualité optimale
 - Déterminer ce que savent réellement les membres de la communauté sur la contraception, les grossesses non prévues, l'avortement et les soins de santé disponibles
 - Aider les prestataires de soins à mieux comprendre la réalité spécifique aux jeunes femmes ainsi que les obstacles qu'elles rencontrent souvent lorsqu'elles cherchent à obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive, et plus particulièrement un avortement sécurisé ou des soins après avortement

- Permettre d'adapter les messages de sensibilisation et d'éducation à la santé touchant aux grossesses non prévues, à l'avortement non sécurisé ainsi qu'aux besoins en soins d'avortement sécurisé et à la manière d'identifier des complications liées à un avortement.
 - Permettre d'identifier les obstacles qui freinent ou empêchent la mise à disposition de soins complets d'avortement
 - Permettre d'établir ou de renforcer la confiance entre les prestataires de soins et les membres de la communauté
 - Permettre aux prestataires de soins de comprendre les opportunités et les contraintes auxquelles ils font face dans la mise à disposition de soins complets d'avortement au sein d'une communauté donnée
 - Permettre d'identifier l'opposition de la communauté à l'avortement et les moyens de la réduire
 - Permettre d'identifier des alliés susceptibles de promouvoir l'accès des femmes aux soins et services de santé reproductive
 - Permettre d'identifier les raisons qui expliquent les grossesses non prévues et les moyens d'en diminuer le nombre
 - Permettre un renforcement de la détection des complications consécutives à l'avortement et les moyens de faciliter un accès plus rapide des femmes aux soins
 - Permettre d'identifier les sources de soins d'avortement non sécurisé et les moyens de les éradiquer
 - Amener les communautés à travailler ensemble en vue de modifier les politiques et de protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes
 - Contribuer à favoriser une implication positive de la part des hommes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, y compris dans le domaine des soins liés à l'avortement.
- Reprendre et résumer les points issus des listes de réflexion des groupes et, le cas échéant, ajouter les points qui pourraient manquer à partir de la liste ci-dessus.

Dire : Maintenant que nous sommes tous conscients de l'importance de ce type de liens, que peuvent faire les prestataires de soins et les autres employés des établissements médicaux pour initier des partenariats avec des membres de la communauté ?

Prendre quelques-unes des réponses données par les participants et les inscrire sur une feuille de tableau.

Commenter la diapositive suivante, en ajoutant les réponses que les participants n'ont pas mentionnées.

Montrer la diapositive : *Pour créer des relations solides avec des membres de la communauté il faut...*

- Dispenser des soins de qualité optimale dans le respect et la confidentialité
- Informer les représentants de la communauté et les consulter
- Établir des mécanismes permanents en vue d'impliquer la participation de la communauté
- Mettre en place des programmes de sensibilisation à destination de la communauté par l'intermédiaire des auxiliaires de santé

Commenter les points suivants :

- *Dispenser, à toutes les femmes qui se présentent, des soins de qualité optimale en faisant preuve de respect et en protégeant leur confidentialité*
- *Donner des informations aux chefs et aux représentants des différents segments de la communauté, notamment les différents groupes ethniques et les femmes jeunes, et les consulter*
- *Instaurer des mécanismes permanents, tels des comités communautaires consultatifs regroupant divers représentants, afin d'impliquer la communauté dans l'évaluation de la prestation de services ; la consulter en cas d'incidents indésirables ; l'impliquer dans l'élaboration de recommandations en vue d'améliorer la qualité des services ; et, l'impliquer dans la promotion de partenariats positifs entre la communauté et les prestataires de soins. En cas de survenue d'incidents indésirables, promouvoir la discussion afin d'éviter les malentendus et une mise en danger potentielle des prestataires de soins.*
- *Établir ou renforcer les programmes de sensibilisation par l'intermédiaire des auxiliaires de santé de manière à diffuser des informations appropriées à la situation locale et proposer un appui et des soins à tous les membres de la communauté.*

Ne pas oublier que les membres de la communauté peuvent eux aussi définir des points de vue et identifier des problèmes et proposer des solutions appropriées. En travaillant conjointement, les prestataires de soins et les membres de la communauté peuvent améliorer l'accès aux soins et leur qualité.

2. Cartographier la communauté

Dire : L'une des choses nécessaires en vue d'instaurer des liens effectifs entre les établissements de soins et les communautés est une bonne compréhension des services disponibles, de l'endroit où ils sont situés et de la manière dont ils fonctionnent les uns en relation avec les autres. Nous allons aboutir à ce type de compréhension par l'intermédiaire d'un exercice connu sous le nom de cartographie communautaire. Nous nous concentrerons sur l'apprentissage de la cartographie communautaire et par la suite, vous pourrez appliquer cet outil à votre propre communauté.

SAA

- Expliquer que la cartographie communautaire peut s'avérer un outil important pour comprendre comment s'agencent les groupes et les ressources d'une communauté, comment engager le dialogue avec la communauté et comment mettre en place des interventions à l'échelle de la communauté.
- Expliquer qu'il est utile de pouvoir identifier les institutions susceptibles de freiner ou, au contraire de promouvoir la mise à disposition de services de santé reproductive, et notamment de soins complets d'avortement.
- Insister sur le fait qu'un aspect important du travail avec la communauté consiste à définir ce que vous entendez par « communauté ».
 - Une communauté peut être définie de bien des manières différentes. Il peut s'agir de la population vivant dans une zone géographique particulière ou un groupe de personnes qui partagent des intérêts, une culture et une religion similaires.
 - Il peut également s'agir d'un groupe de personnes qui partagent des intérêts politiques, économiques et sociaux (comme par exemple des mères de nouveau-nés ou des chefs de groupes de jeunes).

Remarque à l'intention du formateur : Si vous disposez de suffisamment de temps, vous pouvez organiser une session de réflexion au cours de laquelle les participants cherchent à énumérer les différentes communautés auxquelles ils appartiennent.

Dire : Pour les besoins de cette activité, nous allons définir la communauté comme étant un groupe de personnes qui partagent un site géographique commun.

Séparer les participants en petits groupes venant de la même zone géographique.

Remarque à l'intention du formateur : Vous serez peut-être obligé d'adapter votre manière de séparer les participants. Dans l'idéal, chacun des petits groupes devraient rassembler des personnes venant des mêmes communautés géographiques. Si les participants viennent tous de la même communauté, vous pouvez les séparer en petits groupes pour les besoins de cette activité. Si au contraire, les participants viennent tous de communautés différentes, vous pouvez leur demander de travailler seuls.

- Expliquer aux participants qu'ils vont cartographier sur une feuille de tableau les services de santé et les autres institutions qui existent au sein de leur communauté.

Montrer la diapositive : *Ce que devrait inclure la cartographie de la communauté*

- Les hôpitaux, les cliniques, les centres et les postes de santé, et notamment les services suivants :
 - Services de santé reproductive
 - Services d'obstétrique d'urgence (ex. sang, chirurgie)

Distribuer l'exemple « Cartographie de la communauté ».

Dire : Face à chaque organisation, énumérez la liste des services que vous savez être mis à disposition dans cet établissement, les horaires de fonctionnement, et indiquer s'ils proposent des services à tarif réduit ou dégressif, ainsi que, si vous le savez, la qualité des services telle que perçue par la communauté.

Montrer la diapositive : La cartographie de la communauté devrait inclure (suite)

- Les endroits où les membres de la communauté peuvent :
 - Recevoir des informations relatives à la prévention et à l'interruption de grossesse (ex. cliniques, ligne d'assistance téléphonique directe, centres communautaires ou centres de jeunes, écoles)
 - Recevoir des contraceptifs (ex. pharmacies)
 - Subir des procédures techniques liées à la santé reproductive comme l'aspiration intra-utérine (AMIU) et l'avortement médicamenteux.
 - Être transportés pour des soins d'urgence.

Montrer la diapositive : *La cartographie de la communauté devrait inclure (suite)*

- Les personnes sans formation qui pratiquent des avortements ou proposent des substances abortives, si elles sont connues.
- Des organismes communautaires qui ne dépendent pas des services de santé mais qui s'occupent de questions relatives à la santé et/ou aux droits sexuels et reproductifs (ex. groupes de femmes, groupes de jeunes)
- Les marchés, les parcs et autres lieux publics où les gens se rassemblent
- Les endroits où les jeunes se rassemblent entre eux

Animer l'activité relative à la cartographie de la communauté.

- Expliquer aux participants comment compléter leur cartographie de la communauté.
 - Dessiner des flèches entre les différents établissements de santé afin d'indiquer les transferts.
 - Utiliser des flèches à sens unique pour indiquer des transferts unilatéraux et des flèches à double sens pour indiquer que certains établissements effectuent des transferts mutuels.
 - Inscrire les distances approximatives entre les centres et postes de soins, les cliniques, les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé.
 - Établir une liste des points incertains ou qui nécessitent de plus amples recherches.
- Distribuer des marqueurs et des feuilles de tableau et donner 25 minutes aux participants pour terminer cette activité.
- Se déplacer dans la salle afin d'orienter les participants et répondre, le cas échéant, aux questions qu'ils peuvent se poser.
- À la fin du temps imparti pour l'activité, demander à deux groupes de montrer leur cartographie de la communauté : Demander à chacun des groupes de :
 - Décrire les différents éléments représentés dans leur cartographie de la communauté.
 - Signaler un aspect nouveau qu'ils ont appris à propos de leur communauté grâce à cette activité.

- Expliquer aux participants qu'au moment d'élaborer leur cartographie de la communauté ils devraient se demander de quelle manière certaines ressources communautaires, coalitions ou groupes sont susceptibles de contribuer à réduire ou à éliminer les obstacles qui s'opposent à l'accès aux services de santé reproductive et à la diffusion d'informations dans ce domaine. Un groupe communautaire consultatif pourrait, par exemple, être un allié et faciliter les efforts des participants.
- Expliquer aux participants qu'ils vont maintenant s'exercer à établir ce qui est couramment connu sous le nom de « Profil communautaire ».

Dire : Votre cartographie de la communauté vous a permis de comprendre visuellement comment s'articulent les différentes entités qui proposent des services et des informations en matière de santé reproductive au sein de votre communauté. Vous allez maintenant élaborer un profil communautaire qui est un outil important pour accompagner votre cartographie de la communauté. Même s'il s'agit de quelque chose que nous pouvons commencer pendant ce cours, ce n'est que plus tard que vous serez en mesure de terminer votre profil communautaire lorsque vous aurez accès à des informations supplémentaires sur vos communautés respectives. Ici, nous nous contenterons de vous aider à initier ce processus.

- Décrire le profil communautaire :
 - C'est un outil qui permet d'analyser l'environnement social—il permet par exemple d'identifier les chefs communautaires ou membres influents ainsi que les groupes qui appuient ou cherchent à entraver la mise à disposition de soins complets d'avortement—afin de comprendre clairement avec qui travailler et identifier les possibilités, ou au contraire les obstacles, en matière d'accès aux soins pour les femmes de tous les âges.
 - Utilisés conjointement la cartographie et le profil de la communauté constituent un schéma directeur ou un outil de planification et permettent de démarrer un travail avec la communauté.

Expliquer les consignes :

- Travailler avec les mêmes petits groupes de manière à rassembler autant d'informations que possible sur la communauté.
- Placer des astérisques aux endroits où les réponses sont inconnues ou incertaines. Ces astérisques serviront à rappeler aux participants qu'ils devront trouver et compléter ces informations ultérieurement.

- Distribuer la fiche de travail sur le profil de la communauté et donner 25 minutes aux participants pour faire cette activité.
- Se déplacer dans la salle pour orienter les participants et, le cas échéant, répondre à leurs questions.
- À la fin du temps imparti pour cette activité, demander à deux groupes qui ne se sont pas encore portés volontaires de commenter le profil de leur communauté. Demander à chacun des groupes de :
 - Décrire quelle était la partie du profil de la communauté qu'ils ont trouvé la plus facile à remplir.
 - Décrire quelle était la partie du profil communautaire qu'ils ont trouvé la plus difficile à remplir.
 - Signaler un aspect nouveau qu'ils ont appris à propos de leur communauté grâce à cette activité.
- Expliquer aux participants que ces outils peuvent être utilisés comme éléments de discussion pour engager le dialogue avec leur communauté.
 - Par exemple, pour susciter un commentaire des membres de la communauté ou des chefs communautaires à propos d'un élément décrit dans la cartographie ou le profil de la communauté.

Remarque à l'intention du formateur : Si vous avez l'impression que les participants ont besoin de plus de temps pour finir le profil, rassurez-les et dites-leur qu'il n'y a pas de problèmes s'ils n'ont pas tout fini pendant le temps consacré à l'activité. L'important est d'initier le processus de réflexion sur l'environnement social ainsi que sur les contraintes et les possibilités qui entourent la mise à disposition de soins d'avortement sécurisé. Alternativement, vous pouvez décider de consacrer davantage de temps à cette activité.

Montrer et commenter la diapositive : Rencontre avec les chefs communautaires

Dire : La cartographie et le profil de la communauté donnent une bonne image des personnes et des institutions sur lesquelles il faut compter au sein de la communauté. Parlons maintenant d'une coalition communautaire.

Expliquez aux participants que l'un des moyens pour impliquer la participation d'un éventail étendu de membres influents et de chefs de la communauté consiste à créer une coalition pour la santé reproductive des femmes.

- Une coalition est un groupe de personnes provenant de différentes organisations et sous-communautés qui travaillent conjointement à la réalisation d'un objectif commun.

- Une tâche initiale d'une coalition de ce type pourrait consister à revoir, étendre, reformuler et compléter la cartographie et le profil de la communauté.
- Une coalition pourrait utiliser la cartographie et le profil de la communauté afin d'identifier les problèmes et leur trouver des solutions, ou pourrait conclure qu'une évaluation plus approfondie de la communauté est nécessaire.

Dire : Pourquoi est-il utile de rassembler des informations sur les services disponibles, sur les efforts éducatifs en cours au sein de la communauté et de connaître les points de vue des membres et des chefs de la communauté sur les grossesses non prévues et l'avortement ?

- Les réponses peuvent inclure les suivantes :
 - Afin d'identifier des lacunes dans les services et/ou dans la prestation de services ou des obstacles qui empêchent la mise à disposition de soins complets d'avortement de qualité.
 - Afin de développer des stratégies permettant d'accroître la sensibilisation et l'éducation ; de sensibiliser les chefs communautaires et les professionnels de santé aux questions relatives à la prévention de la grossesse ; de renforcer la mise à disposition de soins complets d'avortement.

Dire : Le succès d'une coalition dépend des personnes qui y participent. Quelles seraient les personnes dont la participation à une coalition pour la santé reproductive des femmes serait importante voire déterminante ?

- Les réponses peuvent inclure les suivantes:
 - Des membres de la communauté, plus particulièrement des femmes qui ont vécu des expériences liées à l'avortement, des prestataires de soins, des chefs communautaires de secteurs variés, et notamment des représentants du gouvernement, des services éducatifs, des groupes de femmes et des groupes de jeunes, les principaux leaders d'opinion et des jeunes femmes.

Pour des informations plus détaillées sur la manière de former une coalition efficace et sur l'analyse des efforts collectifs, renvoyer les participants aux Ressources additionnelles.

Montrer la diapositive : *Plans pour une action communautaire*

Dire : Que vous ayez décidé de former une coalition ou que vous ayez décidé de travailler uniquement avec un petit nombre de personnes issues de la communauté, il est important d'élaborer des plans d'action. Les plans d'action documentent le « qui,

quoi, quand, où, pourquoi et comment » de vos stratégies de programme et de vos activités.

Montrer et commenter la diapositive : *Comité consultatif communautaire*

- 12 à 20 individus issus de la communauté
- Joue le rôle d'un comité directeur de projet ou de services
- Devrait inclure des personnes jeunes ainsi que des membres influents de différents secteurs.

Montrer et commenter la diapositive : *Responsabilités d'un comité consultatif communautaire*

- Plaidoyer
- Information et sensibilisation de la communauté
- Donner des avis et des orientations sur le projet ou les services

Montrer et commenter la diapositive : *Interventions communautaires possibles*

- Renforcer la sensibilisation et l'éducation
- Garantir un transfert rapide des femmes souffrant de complications liées à l'avortement
- Contrôler la qualité des services
- Plaider en faveur d'une amélioration des politiques

Montrer la diapositive : *Étude de cas*

Un administrateur d'hôpital et trois prestataires de soins de santé reproductive de haut niveau ont animé un forum au sein de la communauté afin de recueillir le point de vue des membres de la communauté sur l'avortement. Ils ont découvert qu'un homme se faisant passer pour un médecin proposait des procédures d'avortement non sécurisés à coûts réduits dans la partie sud de la ville. Une femme pauvre de la communauté est décédée des suites d'un avortement que cet homme avait pratiqué. Elle ignorait qu'il n'avait pas de formation médicale.

Animer une session de réflexion permettant de dégager des activités ou des stratégies que les prestataires de soins pourraient utiliser pour répondre aux différents problèmes soulevés dans cette étude de cas.

Recueillir les idées sur une feuille de tableau

- Les réponses pourraient inclure les suivantes :
 - Mobiliser des efforts en vue de sensibiliser la

communauté et faire connaître les soins d'avortement sécurisé disponibles.

- Proposer des tarifs dégressifs en fonction des moyens financiers des femmes concernées et faire connaître cette politique.
- Éduquer les membres de la communauté sur les dangers de l'avortement non sécurisé et sur l'importance d'obtenir des soins auprès de prestataires dûment qualifiés.
- Envisager de faire intervenir la police
- Obtenir un consensus sur l'une des stratégies ou activités énumérées sur la feuille de tableau en vue de l'examiner de manière plus approfondie avec le groupe au complet.
- Remplir une fiche de Plan d'action adaptée à la taille du tableau sur l'activité ou la stratégie choisie.
- Demander aux participants de déterminer « quoi, pourquoi, avec qui, besoins, comment et délais » de cette stratégie. Obtenir un consensus sur ces points avant de consigner les réponses sur la fiche de Plan d'action du tableau.
- Si le temps le permet, énumérer toutes les activités ou stratégies qui permettent de répondre au problème présenté dans cette étude de cas.

3. Résumé et test de connaissances

Demander aux participants de retrouver les points clés de ce module. Se servir des objectifs comme point de référence.

Dire : Les participants ont-ils encore des questions à propos de ce qui a été traité au cours de ce module?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de remplir le test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Analyser les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Remercier les participants.

Bibliographie

- Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106–111.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.), Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.), Chapel Hill, NC: Ipas.
- Johnston, H. B., Ved, R., Lyall, N. et Agarwal, K. (2001). From community to action: Managing post-abortion complications and their management: A community assessment conducted in rural Uttar Pradesh, India. *PRIME Technical Report*, 23.
- McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Pathfinder International. (2001). Tapping community opinion on postabortion care services. *Pathfinder Technical Guidance Series*, 2.
- Postabortion Care (PAC) Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. Retrieved from <http://www.pac-consortium.org/>
- PRIME. (2002). Expanding opportunities for post-abortion care for communities through private nurses/midwives in Kenya. *PAC Clinical Skills Training Curriculum*, Module 11.
- Rogo, K. O., Bohmer, L. et Ombaka, C. (1999). Developing community-based strategies to decrease maternal morbidity and mortality due to unsafe abortion: pre-intervention report. *East African Medical Journal*, 76(11 Suppl), S1-71.
- Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Varkey, S. J., Fonn, S. et Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, South Africa: Women's Health Project, University of Witwatersrand.

Correction du test de connaissances

1. a, b, d
2. e
3. Faux
4. Vrai
5. Faux
6. Vrai

Test de connaissances : Liens avec la communauté

Entourer toutes les réponses correctes.

1. Il est important pour les prestataires de soins de santé de travailler en collaboration avec les communautés :
 - a. Pour établir ou renforcer des liens de confiance et de compréhension
 - b. Pour identifier les raisons qui motivent les grossesses non souhaitées et les avortements non sécurisés et trouver des moyens pour en diminuer le nombre
 - c. Pour identifier les adolescentes enceintes dans le but d'informer leurs parents
 - d. Pour identifier les sources de soins d'avortement non sécurisé
 - e. Aucune des réponses ci-dessus.
2. Les stratégies permettant d'établir des liens avec les communautés incluent les suivantes :
 - a. Établir la cartographie de la communauté
 - b. Élaborer le profil de la communauté
 - c. Mettre en place une coalition pour la santé reproductive
 - d. Concevoir une campagne de promotion de la santé
 - e. Toutes les réponses ci-dessus.

Entourer « vrai » ou « faux » selon ce qui convient :

3. Vrai ou faux Une communauté est toujours définie comme étant la zone géographique dans laquelle vit une population donnée.
4. Vrai ou faux La cartographie de la communauté peut aider les gens à repérer des ressources et des services de santé reproductive
5. Vrai ou faux Consulter le principal chef d'une communauté est le meilleur moyen pour comprendre les différents points de vue de cette communauté
6. Vrai ou faux Les jeunes (des deux sexes) devraient être représentés au sein d'une coalition pour la santé.

Plan d'action

Définition du problème: _____

| Actions | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| QUOI (action prévue) | | | | | | |
| POURQUOI (objectif) | | | | | | |
| AVEC (ressources disponibles) | | | | | | |
| BESOINS (ressources nécessaires) | | | | | | |
| COMMENT (mesures à prendre) | | | | | | |
| DÉLAIS PRÉVUS (date buttoir) | | | | | | |
| DATE D'ACHÈVEMENT Remarques ou suivi | | | | | | |

Profil de la communauté

Remarque : Utiliser un astérisque (*) pour indiquer ce que vous ne savez pas ou ce que vous aurez besoin de rechercher plus en détails ultérieurement.

1. Nom de la communauté :

2. Lois et politiques concernant l'avortement induit et les soins après avortement :

3. Énumérer les établissements de santé/prestataires de soins qui :

- Offrent counseling en toute impartialité sur les options relatives à la grossesse :
- Offrent des informations, counseling en matière de contraception et proposent des contraceptifs/méthodes de contraception:
- Offrent des soins complets d'avortement :

(Inscrire en face de chacun s'il s'agit d'un établissement ou d'un prestataire de soin, privé ou public)

4. Dresser la liste des leaders d'opinion dans la communauté :

| Leader d'opinion à... | Soutient les droits des femmes et leur accès aux soins | Est opposé (e) à l'avortement | A une attitude neutre ou ne s'engage pas face à l'avortement | Énumérer toutes les implications de cette personne sur des questions de santé sexuelle et reproductive |
|-----------------------|--|-------------------------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

5. Dresser la liste des fonctionnaires/représentants du gouvernement :

| Fonctionnaires / Représentants du gouvernement | Soutient les droits des femmes et leur accès aux soins | Est opposé (e) à l'avortement | A une attitude neutre ou ne s'engage pas face à l'avortement | Énumérer toutes les implications de cette personne sur des questions de santé sexuelle et reproductive |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. Dresser la liste des aînés de la communauté :

| Nom de l'aîné (ex. chef, chef de village, membre influent) | Soutient les droits des femmes et leur accès aux soins | Est opposé (e) à l'avortement | A une attitude neutre ou ne s'engage pas face à l'avortement | Énumérer toutes les implications de cette personne sur des questions de santé sexuelle et reproductive |
|--|--|-------------------------------|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

7. Dresser la liste des groupes communautaires qui travaillent sur des questions de santé, y compris sur des questions de santé et de droits sexuels et reproductifs :

| Nom du groupe ou de l'organisation | Soutient les droits des femmes et leur accès aux soins | Est opposé(e) à l'avortement | A une attitude neutre ou ne s'engage pas face à l'avortement | Énumérer toutes les implications de ce groupe sur des questions de santé sexuelle et reproductive |
|------------------------------------|--|------------------------------|--|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

8. Dresser la liste des convictions et des attitudes locales (mythes y compris) concernant la santé reproductive et l'avortement :

9. Énumérer les convictions et les attitudes locales (mythes y compris) concernant les personnes qui pratiquent des soins d'avortement :

10. Énumérer les moyens que des organisations extérieures à la communauté médicale qui figurent dans la cartographie de la communauté sont susceptibles d'utiliser pour influencer la mise à disposition de soins de santé reproductive, et plus particulièrement la mise à disposition de soins complets d'avortement :

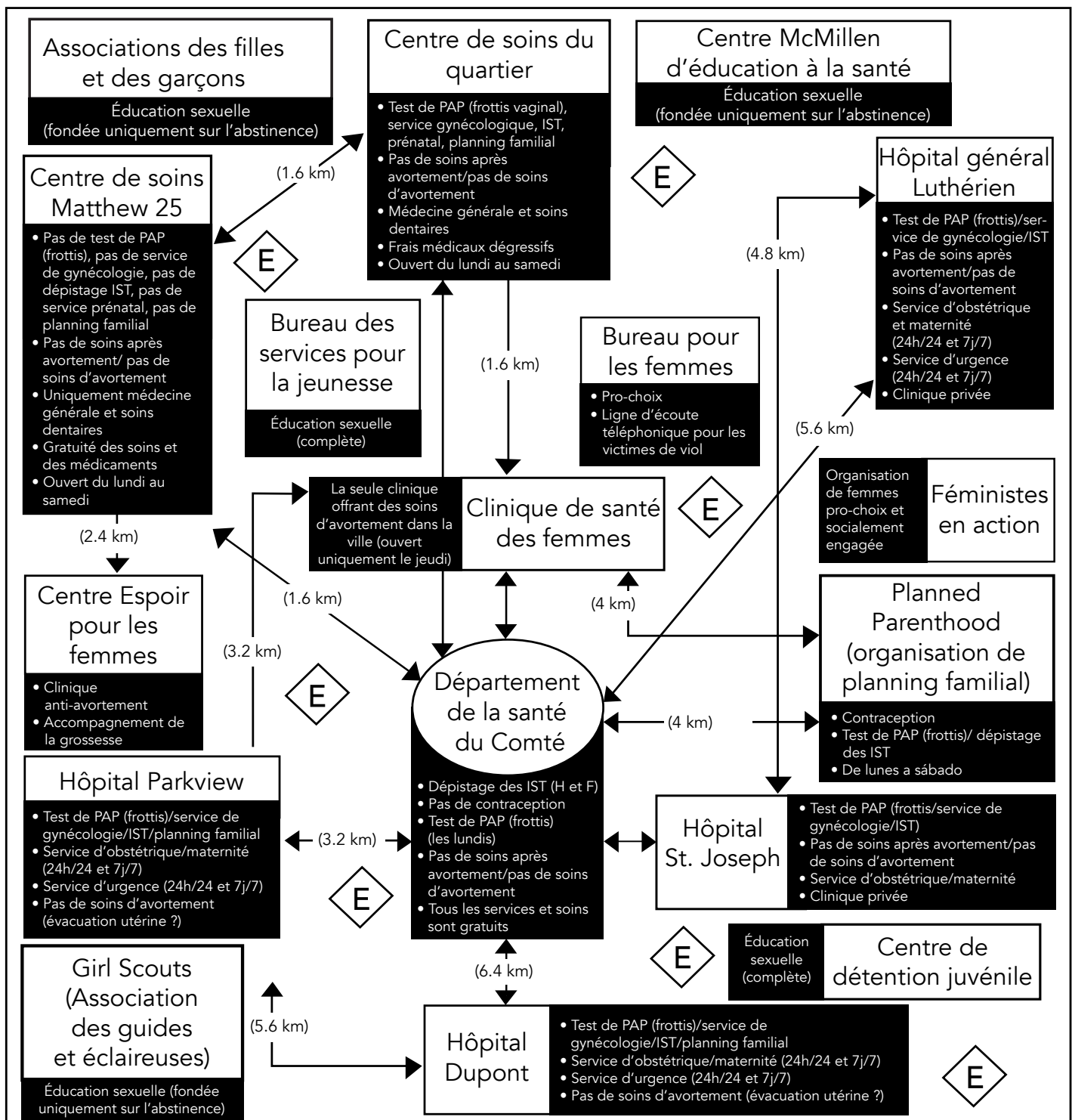
| Nom de l'organisation | Soutient la mise à disposition de soins liés à l'avortement | Entrave la mise à disposition de soins liés à l'avortement | De quelle manière cette organisation soutient-elle ou entrave-t-elle la mise à disposition de soins liés à l'avortement ? |
|-----------------------|---|--|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. Énumérer les obstacles qui empêchent la mise à disposition de soins de santé reproductive et de soins liés à l'avortement au sein de la communauté (par exemple : coûts des soins, âge des patientes, horaires des services, transport, stigmatisation, opposition du conjoint/de la famille)
12. Indiquer l'incidence au sein de la communauté de :
- L'avortement sécurisé
 - L'avortement non sécurisé
 - Grossesses non souhaitées/non prévues
 - Grossesses d'adolescentes
13. Dresser la liste des personnes qui influencent la décision d'une femme en matière de grossesse, y compris en cas d'interruption de grossesse :
14. Les membres de la communauté savent-ils quels sont les services disponibles et où ils sont situés ?
15. Finalement, quels sont les opportunités et les obstacles majeurs concernant l'accès et l'utilisation par les femmes de soins complets d'avortement ? Qu'en est-il des jeunes femmes et des adolescentes ?

Opportunités :

Obstacles :

Ma ville : Exemple de cartographie de la communauté



E Écoles secondaires publiques ou privées (Les écoles ont uniquement le droit d'enseigner l'abstinence ; il n'est pas possible d'y aborder la question de la contraception ou de l'avortement)

Transports publics : Les bus desservent tous les hôpitaux et les centres de santé mais pas après 21h. Certaines organisations à visée sociale distribuent des tickets gratuits pour se rendre dans les centres de santé.

Transports d'urgence : Le service d'ambulance dépend des pompiers. On trouve des pharmacies qui vendent des préservatifs partout dans la ville. La pilule contraceptive et les autres dispositifs de planification familiale sont prescrits et fournis par les médecins et les infirmières. L'avortement médicamenteux n'est vendu que par l'intermédiaire d'organismes de fournitures de médicaments sélectionnés.

SAA Exemple de points méritant un examen plus détaillé dans le cadre de cet exemple de cartographie de la communauté :

Hôpitaux et centres de santé

- Les femmes qui se rendent dans les hôpitaux, Luthérien et St. Joseph, qui sont des établissements privés et religieux sont-elles transférées ou orientées vers des établissements qui pratiquent des soins liés à l'avortement ? Ces hôpitaux pratiquent-ils des évacuations utérines en situation d'urgence ?
- Certains prestataires de soins privés pratiquent-ils des soins complets d'avortement ?
- Les hôpitaux du service public (Parkview et Dupont) pratiquent-ils des procédures d'évacuation utérine en situation d'urgence ?
- Vous avez entendu dire qu'une organisation « anti-choix » (c'est-à-dire anti-droit à l'avortement) vient d'acheter l'immeuble voisin de la clinique d'avortement afin d'y ouvrir des services dans le but de dissuader les femmes de recourir à l'avortement. Quand cela va-t-il se produire ?
- Quel est le point de vue de la communauté par rapport à la qualité de soins dans ces cliniques et ces hôpitaux ?
- Existent-t-ils des naturopathes (des homéopathes) qui travaillent avec les femmes sur des questions de santé reproductive et plus spécifiquement sur l'avortement ?
- Les jeunes femmes, y compris les femmes célibataires, sont-elles bienvenues ? Sont-elles obligées d'être accompagnées d'une tierce personne et/ou ont-elles besoin du consentement d'une tierce personne pour qu'un avortement soit pratiqué ou pour obtenir d'autres soins de santé sexuelle et reproductive ?

Organisations sociales

- Comment les filles et les garçons traitent-ils la question de l'avortement dans le cadre de leur éducation sexuelle ? Reçoivent-ils counseling sur la grossesse et/ou sont-ils orientés vers d'autres services dans ce domaine ?
- Comment le Bureau des services pour la jeunesse traite-t-il la question de l'avortement dans le cadre des cours d'éducation sexuelle ? Le bureau s'occupe-t-il de fournir counseling aux jeunes sur des sujets liés à la grossesse et/ou les oriente-t-il vers d'autres services ?
- Le Bureau des femmes s'occupe-t-il d'informer ou de fournir counseling aux femmes sur des sujets liés à la grossesse et à l'avortement, et/ou les oriente-t-il vers d'autres services ?
- L'éducation sexuelle dispensée par les Girl Scouts (mouvements des Guides et éclaireuses) est-elle complète ou se fonde-t-elle uniquement sur l'abstinence ? Cette organisation se charge-t-elle d'orienter les jeunes filles vers des services d'informations et/ou de counseling sur la grossesse ?
- L'organisation Planned Parenthood (de planning familial) pratique-t-elle des tests de grossesse, et propose-t-elle counseling sur la grossesse ? Oriente-t-elle les femmes vers la Clinique des femmes (la clinique d'avortement) ?
- Existe-t-il des organisations dont le but est d'éliminer la pratique des soins liés à l'avortement ?
- Quel est le rôle des églises, des mosquées et des synagogues dans ce domaine ?

Méthodes d'évacuation utérine



But :

Ce module décrit la sécurité, l'efficacité, le coût et l'acceptabilité des différentes méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre. Il traite également de l'importance de remplacer le curetage par les méthodes d'évacuation utérine recommandées, plus particulièrement l'aspiration intra-utérine (AIU) et les méthodes médicamenteuses.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- ☐ Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- ☐ Décrire les bases de l'anatomie et de la physiologie gynécologiques



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Décrire les méthodes d'évacuation utérine recommandées
2. Décrire les facteurs qui affectent le choix de la méthode d'évacuation utérine à utiliser
3. Fournir si nécessaire des arguments en faveur du remplacement du curetage par l'aspiration intra-utérine et les méthodes médicamenteuses



Matériel didactique :

- ☐ Fiche de travail sur les méthodes d'évacuation utérine
- ☐ Fiche de travail de passage à l'AMIU et aux méthodes médicamenteuses (pour l'activité facultative là où on utilise encore le curetage)
- ☐ Test de connaissances et réponses au test



Préparation préalable :

- ☐ Contacter les participants pour savoir quelles sont les méthodes d'évacuation utérine utilisées sur leur lieu de travail (cela peut se faire dans le cadre d'une évaluation globale des besoins pour le cours de formation).
- SAA** ☐ Évaluer la disponibilité de toutes les méthodes recommandées au sein des institutions où se déroulera la formation et dans les centres où travaillent les participants. Déterminer quelles méthodes médicamenteuses les participants seront amenés à utiliser sur leur lieu de travail : mifépristone et misoprostol ou misoprostol seul. Il est nécessaire de spécifier s'ils réaliseront l'activité Transition vers des services d'AMIU et de méthodes médicamenteuses.
- ☐ Préparer les tableaux à feuilles mobiles ou faire des photocopies de la fiche de travail sur les méthodes d'évacuation utérine et de la fiche de travail sur la transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses.
- ☐ Passer en revue la publication de l'OMS : *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition et de la FIGO *Déclaration de consensus sur l'évacuation utérine, qui fournissent des preuves de ce que l'aspiration utérine et les méthodes médicamenteuses sont recommandées de préférence au curetage*.
- ☐ Se familiariser avec les cas où des centres de santé ont réussi à remplacer le curetage par l'aspiration utérine et par des méthodes médicamenteuses pour les présenter comme modèle pour les autres centres.
- SAA** ☐ Avoir à sa disposition des instruments pour AMIU et les méthodes médicamenteuses appropriées pour pouvoir les montrer aux participants.

- ☐ Faire des photocopies du test de connaissances.

Durée : 1 heure (compter 20 minutes supplémentaires pour l'activité facultative)

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module décrit la sécurité, l'efficacité, le coût et l'acceptabilité

des différentes méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre. Il traite également de l'importance de remplacer le curetage par les méthodes d'évacuation utérine recommandées, plus particulièrement l'aspiration intra-utérine (AIU) et les méthodes médicamenteuses.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Décrire les méthodes d'évacuation utérine recommandées
2. Décrire les facteurs qui affectent le choix de la méthode d'évacuation utérine à utiliser
3. Fournir des arguments en faveur du remplacement du curetage par l'aspiration intra-utérine et les méthodes médicamenteuses

Dire : Commençons par examiner les différentes méthodes d'évacuation utérine recommandées.

Montrer et commenter la diapositive : *Méthodes d'évacuation utérine*

- Une évacuation utérine consiste à éliminer le contenu de l'utérus.
- Méthodes recommandées pour une évacuation utérine au cours du premier trimestre :
 - Aspiration intra-utérine
 - Méthodes médicamenteuses

Montrer la diapositive : *Méthode obsolète : Curetage*

- OMS : « La technique par dilatation et curetage est une méthode d'avortement chirurgical obsolète et doit être remplacée par l'aspiration intra-utérine et/ou par des méthodes médicamenteuses. »
- La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) soutient l'aspiration utérine et les méthodes médicamenteuses de préférence au curetage.
- Les systèmes de santé doivent remplacer le curetage par l'aspiration utérine et les méthodes médicamenteuses.
- Par rapport à l'aspiration utérine, le curetage est associé à une perte de sang plus importante, à davantage de douleur et à une durée plus importante de la procédure.

Dire : Déterminer quelle est la meilleure méthode nécessite de tenir compte de divers facteurs. Quels facteurs faut-il prendre en considération lors du choix de la meilleure méthode d'évacuation utérine ?

Les réponses doivent refléter le contenu de la diapositive suivante.

Montrer et commenter la diapositive : *Quelle est la meilleure méthode ?*

Facteurs à prendre en considération :

- Sécurité
- Efficacité
 - Coût
 - Compétences du personnel
 - Équipement, fournitures et médicaments disponibles
- État clinique de la patiente
 - Préférences personnelles de la patiente

2. Méthodes d'évacuation utérine : aperçu et comparaison

Dire : Ce cours est centré sur l'évacuation utérine au cours du premier trimestre mais nous aborderons brièvement l'avortement au cours du deuxième trimestre.



Montrer et commenter la diapositive : *Avortement au cours du deuxième trimestre*

L'OMS recommande :

- Dilatation et évacuation
- Avortement médicamenteux

Dire : L'OMS fait remarquer qu'une aspiration utérine peut être pratiquée jusqu'à 15 semaines depuis la date des dernières règles si le prestataire bénéficie d'une formation et d'une expérience suffisante et dispose de canules de taille appropriée. Dans le cadre des soins après avortement, les produits de conception peuvent avoir déjà été partiellement expulsés ou être toujours présents dans l'utérus. Dans le cas d'une patiente dont la taille utérine est supérieure à 13 semaines, les options de traitement comprennent une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ou par AMIU avec ou sans utilisation d'une pince spéciale.

Renvoyer les participants à la page Mises à jour cliniques pour la santé génésique sur le site Internet d'Ipas et à la publication *Guide à l'usage du clinicien pour un avortement au cours du deuxième trimestre* de la section Ressources supplémentaires du manuel de référence pour des informations plus détaillées sur la méthode par dilatation et évacuation et l'avortement médicamenteux pour un avortement au cours du deuxième trimestre.

Revenir au sujet principal de cette formation, à savoir l'avortement au cours du premier trimestre et aborder la question : *Quelles sont les différentes méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre ?*

- Aspiration intra-utérine, soit manuelle (AMIU, aspiration manuelle intra-utérine), soit électrique (AEIU, aspiration électrique intra-utérine)
- Méthodes médicamenteuses
- On citera également la prise en charge attentiste lors d'avortement incomplet

Montrer aux participants les instruments Ipas AMIU Plus et les médicaments pour une évacuation utérine.

Leur expliquer que l'on va à présent entamer une activité visant à comparer les méthodes d'évacuation utérine recommandées au cours du premier trimestre.

Afficher le tableau à feuilles mobiles ou distribuer la fiche de travail sur les méthodes d'évacuation utérine.

- Répartir les participants en petits groupes.
 - Assigner une méthode à chaque groupe.
 - Dire à chaque groupe qu'ils disposent de 20 minutes pour lire les informations sur la méthode qui leur a été assignée et compléter la ligne correspondant à cette méthode de la fiche de travail sur les méthodes d'évacuation utérine.
 - Les participants doivent se référer aux informations figurant dans le manuel de référence. Les groupes qui travaillent sur les méthodes médicamenteuses peuvent consulter les deux modules *Méthodes d'évacuation utérine* et *Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses*.
 - Chaque groupe doit désigner un rapporteur qui présentera leurs réponses à l'ensemble du groupe.
 - Réunir l'ensemble du groupe, renvoyer les participants à leur fiche de travail sur les méthodes d'évacuation utérine et demander à chaque groupe de présenter les informations qu'ils ont trouvées sur la sécurité et l'efficacité de leur méthode, son coût et son acceptabilité par les patientes.
 - Tous les participants peuvent compléter les informations sur chaque méthode sur la fiche de travail à mesure que chaque petit groupe présente ses réponses.
- Lorsque les membres du groupe qui a étudié la méthode abordée ont présenté leurs informations, les autres participants peuvent ensuite proposer des informations qu'ils auraient omises.

- Demander aux participants d'inscrire les éventuelles réponses supplémentaires qui seraient fournies au cours de la discussion à propos de chaque méthode.
- Lorsque tous les groupes ont présenté leur méthode, montrer les diapositives suivantes en insistant sur les informations que les groupes ont omis de présenter.

Dire : Commençons par l'aspiration intra-utérine. Qu'est-ce que l'aspiration intra-utérine, ce terme englobant à la fois l'aspiration manuelle (AMIU) et l'aspiration électrique (AEIU) ?

- L'aspiration intra-utérine élimine le contenu de l'utérus au moyen d'une canule raccordée à une source de vide qui peut être électrique ou manuelle.

L'aspiration intra-utérine peut être pratiquée en routine jusqu'à 13 semaines depuis la date des dernières règles (ou jusqu'à 15 semaines depuis la date des dernières règles si le prestataire a reçu une formation spécifique à cet effet et dispose de canules de taille appropriée)

Qu'est-ce que l'AMIU ?

- L'AMIU élimine le contenu de l'utérus au moyen d'une canule raccordée à un dispositif manuel à l'intérieur duquel on a généré manuellement un vide. La source de vide est transportable et ne nécessite pas d'électricité.

Montrer la diapositive : *Aspirateur Ipas AMIU Plus avec canules Ipas EasyGrip*

Qu'est-ce que l'AEIU ?

- L'AEIU est similaire à l'AMIU, si ce n'est que le vide est généré électriquement.

Montrer la diapositive : *Appareil pour AEIU*

Montrer et commenter la diapositive : *Aspiration intra-utérine (AMIU ou AEIU)*

- Extrêmement sûre
- Peu de complications, en particulier lorsqu'elle est pratiquée au cours du premier trimestre
- La plupart des études font état d'un taux de réussite compris entre 98 et 100 pour cent, y compris lors d'avortement incomplet
- Moins chère lorsqu'elle est pratiquée en ambulatoire sous anesthésie locale

Demander : *Pourquoi l'aspiration intra-utérine est-elle acceptable par les patientes ?*

Montrer et commenter la diapositive : *Acceptabilité de l'aspiration utérine par les patientes*

- Possibilité de rester consciente au cours de la procédure
- Ne nécessite pas de passer une nuit à l'hôpital si la procédure est pratiquée en ambulatoire
- L'AMIU est silencieuse

Demander : *Quels sont les avantages de l'aspiration intra-utérine par rapport au curetage ?*

Montrer et commenter la diapositive : *Avantage de l'aspiration utérine par rapport au curetage*

- Moindre risque de complications
- Nécessite une dilatation cervicale moins importante
- Peut être pratiquée en ambulatoire
- Nécessite moins d'anesthésiques qu'un curetage

Dire : *Examinons à présent les méthodes pharmacologiques.*

Montrer la diapositive : *Méthodes médicamenteuses*

SAA Dire : *Des médicaments tels que la mifépristone et le misoprostol ramollissent le col de l'utérus et stimulent les contractions utérines, ce qui entraîne l'expulsion du contenu de l'utérus. En outre, la mifépristone inhibe l'activité de la progestérone au niveau de l'utérus, ce qui entraîne le décollement des produits de conception.*

SAA Montrer et commenter la diapositive : *Sécurité et efficacité cliniques des méthodes médicamenteuses pour l'induction d'un avortement*

- Le schéma de traitement combiné utilisant la mifépristone et le misoprostol jusqu'à treize semaines depuis la date des dernières règles est sûr.
- L'association de mifépristone et de misoprostol est efficace dans plus de 95 pour cent des cas.
- Le misoprostol utilisé seul est sûr mais moins efficace (85%) et ne doit être utilisé que lorsque l'on ne dispose pas de mifépristone.

Montrer et commenter la diapositive : *Sécurité et efficacité cliniques des méthodes médicamenteuses dans le cadre des soins après avortement*

- Le misoprostol lors d'avortement incomplet est associé à un taux d'efficacité compris entre 91 et 99 pour cent.
- Lors de rétention fœtale, une dose unique de misoprostol est efficace dans 80 pour cent des cas.

SAA Montrer et commenter la diapositive : *Considérations relatives au coût des méthodes médicamenteuses*

- Le coût dépend du schéma de traitement utilisé et de la nécessité éventuelle d'une réévacuation.
- Le misoprostol en lui-même est généralement bon marché.
- La mifépristone n'est pas disponible partout dans le monde et est parfois chère.

SAA Dire : *Pourquoi l'avortement médicamenteux est-il acceptable par les patientes ?*

SAA Montrer et commenter la diapositive : *Acceptabilité des méthodes médicamenteuses par les patientes*

- Les études indiquent un niveau élevé de satisfaction des patientes dans de multiples situations, y compris là où les ressources sont limitées.
- Le misoprostol administré après la mifépristone peut être utilisé chez soi ou en tout autre lieu de son choix et la procédure d'avortement se déroule en cet endroit.
- Certaines femmes ressentent cela comme plus intime et naturel que les autres méthodes.
- Lors d'avortement incomplet, les études indiquent un niveau élevé de satisfaction de la part des patientes et des prestataires.

Dire : Lorsque l'on discute avec les femmes du fait qu'une évacuation utérine au cours du premier trimestre est une procédure sûre et efficace et que les complications sont extrêmement rares, un grand nombre d'entre elles demandent à être informées de ses effets à long terme. Des groupes opposés à l'avortement ont diffusé beaucoup d'informations erronées sur ses effets à long terme dans le but de limiter l'accès des femmes à l'avortement.

Montrer et commenter la diapositive : *Sécurité à long terme*

- Un avortement provoqué sécurisé n'engendre ni infertilité ultérieure, ni cancer du sein, ni réactions psychologiques graves.

Demander aux participants de résumer brièvement les informations sur la sécurité, l'efficacité, le coût et l'acceptabilité par les patientes des méthodes d'évacuation utérine.

Remarque à l'attention du formateur : L'activité qui suit est facultative et peut être utilisée si certains des participants travaillent dans des centres de santé qui utilisent encore le curetage. Si les centres de tous les participants utilisent déjà l'aspiration utérine ou les méthodes médicamenteuses, cette activité n'est pas nécessaire.

Dire : Comme certains centres de santé utilisent encore le curetage plutôt que l'aspiration intra-utérine ou les méthodes médicamenteuses, voyons comment inciter le personnel administratif et clinique du centre à passer aux méthodes d'évacuation utérine recommandées. Nous nous concentrerons plus particulièrement sur les méthodes médicamenteuses et l'AMIU. En fonction de l'infrastructure et des ressources disponibles, l'AEIU peut toutefois également constituer une option envisageable.

3. Transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses (activité facultative)

Afficher la feuille de tableau à feuilles mobiles ou distribuer la fiche de travail Transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses.

- Pour chacun des sujets de réflexion, demander aux participants de réfléchir ensemble aux problèmes qu'ils sont susceptibles de rencontrer lors de la transition du curetage vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses. Leur demander d'inscrire les problèmes liés à la transition à droite de chaque élément sur la fiche de travail.
- Il y aura vraisemblablement plusieurs problèmes liés à la transition pour chaque sujet de réflexion.
- S'ils demandent un exemple de problème lié à la transition, citer le coût, qui est le premier sujet de réflexion mentionné.
 - Un problème potentiel est que, même si des services d'AMIU coûteront vraisemblablement moins cher que le curetage à long terme, les centres devront consentir un investissement initial sous la forme de nouveaux instruments, fournitures et formation du personnel. Inscrire cela sur la fiche de travail, dans la colonne Problèmes liés à la transition.

Demander aux participants de réfléchir ensemble à des solutions à chacun des problèmes liés à la transition.

Demander aux participants de se réunir deux par deux avec la personne qui se trouve à côté d'eux. Attribuer à chaque paire l'un des problèmes liés à la transition cités par l'ensemble du groupe.

Leur laisser 10 minutes pour établir la liste des solutions à ce problème. Leur demander d'inscrire leurs réponses sur la fiche de travail, en utilisant le verso de la feuille si nécessaire.

- S'ils demandent un exemple de solution, discuter du coût. Les centres pourraient utiliser l'argent économisé en passant d'une procédure en salle d'opération vers une procédure ambulatoire pour acheter des fournitures et des équipements supplémentaires.

Les membres du personnel peuvent informer le directeur administratif du centre des économies à plus long terme qui résulteront du passage du curetage à l'AMIU.

Demander aux participants d'inscrire cela dans la colonne Solutions.

Chaque paire doit discuter de ses solutions puis les faire connaître au reste du groupe. Demander aux autres paires de proposer d'autres solutions. Leur faire inscrire ces solutions dans la colonne correspondante.

Expliquer aux participants que, même si un changement de technologie peut engendrer des difficultés, surtout au début, ils ont à présent développé un certain nombre de stratégies pour vaincre ces difficultés.

4. Approvisionnement à long terme en fournitures pour AMIU et avortement médicamenteux

Expliquer aux participants que s'ils ne disposent pas de l'équipement ou des médicaments nécessaires, ils ne seront pas à même de dispenser des soins complets d'avortement ou des soins après avortement. Toujours disposer d'un stock minimal de fournitures pour AMIU et de médicaments pour avortement médicamenteux permet d'avoir la garantie que ces fournitures seront disponibles chaque fois que l'on en aura besoin.

Montrer et commenter la diapositive : Maintenir une réserve suffisante de fournitures pour AMIU et de médicaments pour avortement médicamenteux

- Les stocks de fournitures pour AMIU recommandés sont basés sur le nombre moyen de cas par jour et sur une réutilisation à 25 reprises des aspirateurs
- Les stocks de médicaments pour avortement médicamenteux recommandés sont basés sur le fait que le centre utilise l'avortement médicamenteux dans le cadre de soins complets d'avortement et/ou de soins après avortement, sur le nombre moyen de cas par jour et sur le schéma d'administration de l'avortement médicamenteux pratiqué par le centre

- Les stocks recommandés comprennent la quantité minimale à avoir en stock pour pouvoir dispenser des services pendant un mois plus le temps nécessaire pour recevoir une commande de fournitures, avec une quantité maximale correspondant à trois mois d'utilisation
- Veiller à ce que le directeur du centre dispose des outils de guidance pour pouvoir calculer le stock de fournitures recommandé et comprenne l'importance de disposer d'une réserve suffisante de fournitures pour AMIU et de médicaments pour avortement médicamenteux

Utiliser la calculatrice de stock de fournitures pour AMIU (ou le CD ROM ou le tableau imprimé concernant l'AMIU) comme outil pour déterminer le stock de fournitures pour AMIU recommandé et la calculatrice en ligne (ou sur CD ROM) de stock de médicaments pour avortement médicamenteux pour déterminer le stock de médicaments nécessaires.

5. Résumé et test

Demander aux participants de citer les principaux points qui ont été abordés dans ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Dire : Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.

Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

- Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. et Seltzer, J. (2000). *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington, DC: Focus on Young Adults.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. et Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41-44.
- American Psychological Association Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Washington DC.
- Andolsek, L., Cheng, M., Hren, M., Ogrinc-Oven, M., Ng, A., Ratnam, S., ..., Tietze, C. (1977). The safety of local anesthesia and outpatient treatment: a controlled study of induced abortion by vacuum aspiration. *Study of Family Planning*, 8(5), 118-124.
- Baird, T. L. et Flinn, S. K. (2001). *Manual vacuum aspiration: Expanding women's access to safe abortion services*. Chapel Hill. NC: Ipas.
- Balogh, S. A. (1983). Vacuum aspiration with the IPAS Modified Gynecologic Syringe. *Contraception*, 27(1), 63-68.
- Beral, V., Bull, D., Doll, R., Peto, R., Reeves, G. et Cancer, C. G. o. H. F. i. B. (2004). Breast cancer and abortion: collaborative reanalysis of data from 53 epidemiological studies, including 83,000 women with breast cancer from 16 countries. *The Lancet*, 363(9414), 1007-1016. doi: 10.1016/S0140-6736(04)15835-2
- Beri, B. M. et Kupresanin, M. (1971). Vacuum aspiration, using pericervical block, for legal abortion as an outpatient procedure up to the 12th week of pregnancy. *The Lancet*, 2(7725), 619-621.
- Billings, D. L. et Benson, J. (2005). Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 20(3), 158-166.
- Bique, C., Usta, M., Debora, B., Chong, E., Westheimer, E. et Winikoff, B. (2007). Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 98(3), 222-226.
- Bird, S. T., Harvey, S. M., Beckman, L. J., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2003). Similarities in women's perceptions and acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration for first trimester abortion. *Contraception*, 67(3), 207-212.
- Bird, S. T., Harvey, S. M., Nichols, M. D. et Edelman, A. (2001). Comparing the acceptability of manual vacuum aspiration and electric vacuum aspiration as methods of early abortion. *Journal of American Medicine Women's Association*, 56(3), 124-126.
- Blumenthal, P. D. et Remsburg, R. E. (1994). A time and cost analysis of the management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 45(3), 261-267.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61-91.
- Caceres, G. H., Riaño Gamboa, G., Hernández, M. A. et López Escobar, G. (1981). *Hospital management of incomplete abortion: Comparative study of dilation and curettage versus vacuum aspiration*. Bogotá, Colombia: Corporación Centro Regional de Población.

Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., ..., Marí, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.

Cates, W., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (2000). Abortion surveillance at CDC: creating public health light out of political heat. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(1 Suppl), 12-17.

Cemicamp., F. W. T. F. a. (1997). *Abortion: A professional responsibility for obstetricians and gynecologists*. Rapport final non publié d'un séminaire, Campinas, Brésil, mars 1997.

Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67-88.

Choobun, T., Khanuengkitkong, S. et Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1161-1164.

Clark, S., Blum, J., Blanchard, K., Galvão, L., Fletcher, H. et Winikoff, B. (2002). Misoprostol use in obstetrics and gynecology in Brazil, Jamaica, and the United States. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 76(1), 65-74.

Creinin, M. D. (2000). Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*, 62(3), 117-124.

Creinin, M. D. et Burke, A. E. (1996). Methotrexate and misoprostol for early abortion: a multicenter trial. Acceptability. *Contraception*, 54(1), 19-22.

Dalton, V. K. et Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19), 1-6.

Dalton, V. K., Harris, L., Weisman, C. S., Guire, K., Castleman, L. et Lebovic, D. (2006). Patient preferences, satisfaction, and resource use in office evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology*, 108(1), 103-110.

Dao, B., Blum, J., Thieba, B., Raghavan, S., Ouedraogo, M., Lankoande, J. et Winikoff, B. (2007). Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomised trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(11), 1368-1375.

Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. et Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: a randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201-206.

Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D. et Naftalin, A. A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction*, 16(2), 365-369.

Diop, A., Raghavan, S., Rakotovo, J. P., Comendant, R., Blumenthal, P. D. et Winikoff, B. (2009). Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. *Contraception*, 79(6), 456-462.

Do, H., Ng Le Quan, Suong Bui, Thuy Thanh Le et Tri Manh Nguyen. (1998). *Use of double-valve syringe for first-trimester induced abortions at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital*. Non publié.

Edelman, D. A., Brenner, W. E. et Berger, G. S. (1974). The effectiveness and complications of abortion by dilatation and vacuum aspiration versus dilatation and rigid metal curettage. *American Journal of Obstetricians and Gynecologists*, 119(4), 473-480.

Edwards, J. et Crenin, M. D. (1997). Surgical abortion for gestations of less than 6 weeks. *Current Problems in Obstetrics, Gynecology and Fertility* (janvier/ février).

El Kabarity, H., S. Abo Louz, A. El Etribi, M. Yehya et A. Ellian. (1985). *Suction abortion versus traditional evacuation in the management of incomplete inevitable abortions*. Article non publié présenté lors de l'International College of Surgeons, Fifth African Federation, Le Caire.

EngenderHealth. (2003). *COPE® Handbook: A process for improving quality in health services, revised edition*. New York, NY: EngenderHealth.

EngenderHealth, Ipas et Reducing Maternal Mortality and Morbidity Project Ghana. (2009). *COPE for comprehensive abortion care services: A toolbook to accompany the COPE® Handbook*. New York, NY: EngenderHealth.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2007). *Uso de misoprostol en obstetricia y ginecología, segunda edición* A. Faúndes (Ed.)

Ferris, L. E., McMain-Klein, M., Colodny, N., Fellows, G. F. et Lamont, J. (1996). Factors associated with immediate abortion complications. *Canadian Medical Association Journal*, 154(11), 1677-1685.

Forna, F. et Gülmezoglu, A. M. (2001). Surgical procedures to evacuate incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev*(1), CD001993.

Freedman, M. A., Jillson, D. A., Coffin, R. R. et Novick, L. F. (1986). Comparison of complication rates in first trimester abortions performed by physician assistants and physicians. *American Journal of Public Health*, 76(5), 550-554.

Gabbe, S. G. (2002). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Fourth ed.). New York: Churchill Livingstone.

Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L. et Annas, G. J. (1996). *Obstetrics: Normal and problem pregnancies* (Third ed.). New York: Churchill Livingstone.

Garcia-Nunez, J. (1992). Improving family planning evaluation: *A step-by-step guide for managers and evaluators*. West Hartford, CT: Kumarian Press.

Geyman, J. P., Oliver, L. M. et Sullivan, S. D. (1999). Expectant, medical, or surgical treatment of spontaneous abortion in first trimester of pregnancy? A pooled quantitative literature evaluation. *Journal of the American Board of Family Practice*, 12(1), 55-64.

Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M. et Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190 (2), 389-394.

Goldberg, A. B., Dean, G., Kang, M. S., Youssof, S. et Darney, P. D. (2004). Manual versus electric vacuum aspiration for early first-trimester abortion: a controlled study of complication rates. *Obstetrics and Gynecology*, 103(1), 101-107.

Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. et Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38-47.

Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M. et Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 86(3), 337-346.

Greenslade, F., Leonard, A. H., Benson, J., Winkler, J. et Henderson, V. (1993). *Manual vacuum aspiration: a summary of clinical & programmatic experience worldwide*. Carrboro, NC: Ipas.

- Grimes, D. A. et Cates, W. (1979). Complications from legally-induced abortion: a review. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 34(3), 177-191.
- Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates, W. et Tyler, C. W. (1979). Local versus general anesthesia: which is safer for performing suction curettage abortions? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(8).
- Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook*. New York, NY: Gynuity Health Projects.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1), 129-135.
- Hamoda, H., Flett, G. M., Ashok, P. W. et Templeton, A. (2005). Surgical abortion using manual vacuum aspiration under local anaesthesia: a pilot study of feasibility and women's acceptability. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31(3), 185-188.
- Hart, G. et Macharper, T. (1986). Clinical aspects of induced abortion in South Australia from 1970-1984. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 219-224.
- Heisterberg, L. et Kringelbach, M. (1987). Early complications after induced first-trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 66(3), 201-204.
- Hemlin, J. et Möller, B. (2001). Manual vacuum aspiration, a safe and effective alternative in early pregnancy termination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(6), 563-567.
- Hodgson, J. E. et Portmann, K. C. (1974). Complications of 10,453 consecutive first-trimester abortions: a prospective study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 120(6), 802-807.
- Hu, D., Grossman, D., Levin, C., Blanchard, K., Adanu, R. et Goldie, S. J. (2010). Cost-effectiveness analysis of unsafe abortion and alternative first-trimester pregnancy termination strategies in Nigeria and Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 14(2), 85-103.
- Huezo, C. et Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9(2), 129-139.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2011). *Consensus statement on uterine evacuation*. London, UK: International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Ipas. (2003). *Factsheets on using the pharmaceutical agents mifepristone and misoprostol for abortion care and other pregnancy-related services*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas Nigeria et Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria (SOGON). (2010). *Notes from the field: Resource needs and considerations for the introduction of misoprostol into existing PAC services. Results of a study conducted by the Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria and Ipas* (pp. 1-2). Abuja, Nigéria: Ipas Nigéria.
- Ipas Nigeria et Society of Gynaecology and Obstetrics of Nigeria (SOGON). (2011). *Offering misoprostol as an alternative to manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: Lessons from a multi-site introduction*. Abuja, Nigéria: Ipas.

- Jacot, F. R., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F. et Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: no increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 168(2), 633-637.
- Johnson, B. R., Benson, J., Bradley, J. et Ordonez, A. R. (1993). Costs and resource utilization for the treatment of incomplete abortion in Kenya and Mexico. *Social Science & Medicine*, 36(11), 1443-1453. doi: 10.1016/0277-9536(93)90386-i
- Joint study of the Royal College of General Practitioners and the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (1985). Induced abortion operations and their early sequelae. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 175-180.
- Jowett, M. (2000). Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 53(3), 201-228.
- Kaali, S. G., Csákány, G. M., Szigetvári, I. et Barad, D. H. (1990). Updated screening protocol for abortion services. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 136-138.
- Kaali, S. G., Szigetvari, I. A. et Bartfai, G. S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first-trimester abortions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161(2), 406-408.
- Karki, C., Pokharel, H., Kushwaha, A., Manandhar, D., Bracken, H. et Winikoff, B. (2009). Acceptability and feasibility of medical abortion in Nepal. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 106(1), 3942. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.02.007
- King, T. M., Atienza, M. F. et Burkman, R. T. (1980). The incidence of abdominal surgical procedures in a population undergoing abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 137(5), 530-533.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (a). A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care: DataPAC Module 3 *DataPAC Core Questionnaire Series*. Carrboro, NC: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (1998b). A guide to using the general information questionnaire for postabortion care patients: DataPAC Module 1. *DataPAC Core Questionnaire Series*.
- Kittiwatanakul, W. et Weerakiet, S. (2012). Comparison of efficacy of modified electric vacuum aspiration with sharp curettage for the treatment of incomplete abortion: randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 38(4), 681-685. doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01762.x
- Koontz, S. L., Molina de Perez, O., Leon, K. et Foster-Rosales, A. (2003). Treating incomplete abortion in El Salvador: cost savings with manual vacuum aspiration. *Contraception*, 68(5), 345-351.
- Kulier, R., Cheng, L., Fekih, A., Hofmeyr, G. J. et Campana, A. (2001). Surgical methods for first trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11), CD002855. doi: 10.1002/14651858.CD002855.pub4
- Laufe, L. E. (1977). The menstrual regulation procedure. *Studies in Family Planning*, 8(10), 253-256.
- Lindell, G. et Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74(5), 373-375.

- Lukman, H. Y. et Pogharian, D. (1996). Management of incomplete abortion with manual vacuum aspiration in comparison to sharp metallic curette in an Ethiopian setting. *East African Medical Journal*, 73(9), 598-603.
- Macisaac, L. et Darney, P. (2000). Early surgical abortion: an alternative to and backup for medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S76-83.
- Magotti, R. F., Munjinja, P. G., Lema, R. S. et Ngwalle, E. K. (1995). Cost-effectiveness of managing abortions: manual vacuum aspiration (MVA) compared to evacuation by curettage in Tanzania. *East African Medical Journal*, 72(4), 248-251.
- Mahomed, K., Healy, J. et Tandon, S. (1994). A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46(1), 27-32.
- Mamers, P. M., Lavelle, A. L., Evans, A. J., Bell, S. M., Rusden, J. R. et Healy, D. L. (1997). Women's satisfaction with medical abortion with RU486. *Medical Journal of Australia*, 167(6), 316-317.
- Management Sciences for Health (MSH). (1997). Using evaluation as a management tool. *The Family Planning Manager*, 6(1).
- Marshall, B. R. (1971). Emergency room vacuum curettage for incomplete abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 6(4), 177-178.
- McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Muffley, P. E., Stitely, M. L. et Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American journal of obstetrics and gynecology*, 187(2), 321325; discussion 325-326.
- Nanda, K., Lopez, L. M., Grimes, D. A., Pegg, A. et Nanda, G. (2012). Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD003518.
- Nathanson, B. N. (1972). Ambulatory abortion: experience with 26,000 cases (July 1, 1970, to August 1, 1971). *New England Journal of Medicine*, 286(8), 403-407. doi: 10.1056/NEJM197202242860805
- Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou, L. (2010). Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20(1), CD007223. doi: 10.1002/14651858.CD007223.pub2
- Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T. et Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 87(2), 138-142.
- Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T. et Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10-33.
- Ngoc, T. N., Blum, J., Durocher, J., Quan, T. T. et Winikoff, B. (2005). A randomized controlled study comparing 600 versus 1,200 microg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception*, 72(6), 438-442. doi: 10.1016/j.contraception.2005.05.010
- Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O. et Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *BMJ*, 342, d2111.

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Otsea, K., Benson, J., Measham, D., Thorley, M. et Lidh, R. (1999). *Monitoring postabortion care: Technical resources for postabortion care* (Vol. 3). Carrboro, NC: Ipas.

Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C. et Lackie, E. G. (2002). Early surgical abortion: efficacy and safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407-411.

Pauleta, J. R., Clode, N. et Graça, L. M. (2009). Expectant management of incomplete abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 106(1), 35-38.

Peretz, A., Grunstein, S., Brandes, J. M. et Paldi, E. (1967). Evacuation of the gravid uterus by negative pressure (suction evacuation). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 98(1), 18-22.

Phelps, R. H., Schaff, E. A. et Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, 64(6), 339-343.

Practice, C. o. G. (2009, confirmé en 2011). ACOG Committee Opinion No. 434. 434: induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics & Gynecology*, 113(6), 1417-1418. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181ac067d

Reproductive Health Technologies Project et Gynuity Health Projects. (2003). *Instructions for use: Abortion induction with misoprostol (Cytotec®) in pregnancies up to 9 weeks LMP*. Washington, DC: Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects.

Royal College of Obstetrics and Gynecology. (2011). *The care of women requesting induced abortion: Evidence-based guideline no. 7*. London, UK: RCOG Press.

Schulz, K. F., Grimes, D. A. et Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 1(8335), 1182-1185.

Schüler, L., Pastuszak, A., Sanseverino, T. V., Orioli, I. M., Brunoni, D., Ashton-Prolla, P., ..., Koren, G. (1999). Pregnancy outcome after exposure to misoprostol in Brazil: a prospective, controlled study. *Reproductive Technology*, 13(2), 147-151.

Shwekerela, B., Kalumuna, R., Kipingili, R., Mashaka, N., Westheimer, E., Clark, W. et Winikoff, B. (2007). Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 114(11), 1363-1367. doi: 10.1111/j.1471-0528.2007.01469.x.

SOGON, I. N. a. (2011a). Offering misoprostol as an alternative to manual vacuum aspiration for treatment of incomplete abortion in Nigeria: Lessons from a multi-site introduction. Abuja, Nigéria.

- Sotiriadis, A., Makrydimas, G., Papatheodorou, S. et Ioannidis, J. P. (2005). Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 105(5 Pt 1), 1104-1113.
- Stewart, F. H., Weitz, T. A., Wilcox, N. et Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Stubblefield, P. G., Carr-Ellis, S. et Borgatta, L. (2004). Methods for induced abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 104(1), 174-185. doi: 10.1097/01.AOG.0000130842.21897.53
- Tang, O. S. et Ho, P. C. (2006). The use of misoprostol for early pregnancy failure. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18(6), 581-586.
- Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176-181.
- Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21(1), 189-192.
- Tasnim, N., Mahmud, G., Fatima, S. et Sultana, M. (2011). Manual vacuum aspiration: a safe and cost-effective substitute of electric vacuum aspiration for the surgical management of early pregnancy loss. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 61(2), 149-153.
- Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 81(1), 59-63.
- Trinder, J., Brocklehurst, P., Porter, R., Read, M., Vyas, S. et Smith, L. (2006). Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*, 332(7552), 1235-1240.
- Tunçalp, O., Gülmezoglu, A. M. et Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Systemic Review*(9), CD001993. doi: 10.1002/14651858.CD001993.pub2
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. (1997). *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. New York, NY: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF).
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.
- Velázquez, J. F., Wrooman, E., Cuevas, R. P., Flores, B. O. et Pérez, A. C. (2001). Evaluación de la introducción de aspiración manual endouterina en hospitales del IMSS. *Revista Médica del IMSS*, 39(5), 393-401.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: a randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69742-0
- Weeks, A., Alia, G., Blum, J., Winikoff, B., Ekwaru, P., Durocher, J. et Mirembe, F. (2005). A randomized trial of misoprostol compared with manual vacuum aspiration for incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 106(3), 540-547. doi: 10.1097/01.AOG.0000173799.82687.dc

Westfall, J. M., O'Brien-Gonzales, A. et Barley, G. (1998). Update on early medical and surgical abortion. *Journal of Women's Health*, 7(8), 991-995.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H. et Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, 7, 559-562.

Wieringa-de Waard, M., Bindels, P. J. E., Vos, J., Bonsel, G. J., Stalmeier, P. F. M. et Ankum, W. M. (2004). Patient preferences for expectant management vs. surgical evacuation in first-trimester uncomplicated miscarriage. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57(2), 167-173.

Winikoff, B., Ellertson, C., Elul, B. et Sivin, I. (1998). Acceptability and feasibility of early pregnancy termination by mifepristone-misoprostol. Results of a large multicenter trial in the United States. Mifepristone Clinical Trials Group. *Archives of Family Medicine*, 7(4), 360-366.

Winikoff, B., Sivin, I., Coyaji, K. J., Cabezas, E., Xiao, B., Gu, S., ..., Ellertson, C. (1997). Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 176(2), 431-437.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C. et Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 761-769.

Réponses au test de connaissances

- SAA**
1. c
 2. b
 3. b
 4. b
 5. d

Test de connaissances sur les méthodes d'évacuation utérine

Entourer la bonne réponse.

1. Laquelle des techniques suivantes n'est pas une méthode d'évacuation utérine ?
 - a. Méthodes médicamenteuses
 - b. Curetage
 - c. Biopsie endométriale
 - d. Aspiration intra-utérine
2. Les méthodes d'évacuation utérine au cours du premier trimestre recommandées par l'OMS sont :
 - a. Dilatation et curetage et aspiration intra-utérine
 - b. Aspiration intra-utérine, méthodes médicamenteuses et prise en charge attentiste (lors d'avortement incomplet)
 - c. Curetage et dilatation et curetage
 - d. Dilatation et évacuation, méthodes médicamenteuses et prise en charge attentiste (lors d'avortement incomplet)
3. Quelle méthode d'évacuation utérine est la plus efficace sur le plan clinique ?
 - a. Mifépristone et misoprostol
 - b. Aspiration intra-utérine
 - c. Misoprostol seul
 - d. Prise en charge attentiste
4. Le choix de la méthode d'évacuation utérine la plus appropriée dépend de tous les facteurs suivants sauf :
 - a. Compétences du personnel
 - b. Préférences des membres de la famille de la patiente
 - c. Équipement, fournitures et médicaments disponibles
 - d. État clinique de la patiente
5. Dans un centre qui ne dispose pas d'un anesthésiste ou d'un approvisionnement fiable en électricité, une bonne solution pour dispenser des services d'évacuation utérine pourrait être :
 - a. Aiguiller les patientes vers l'avorteur traditionnel le plus proche.
 - b. Réunir des fonds sur place pour engager un anesthésiste.
 - c. Acheter un appareil pour AEIU et s'arranger avec le fournisseur d'électricité pour assurer la fourniture d'électricité au centre.
 - d. Recourir à l'AMIU ou aux méthodes médicamenteuses avec un contrôle adéquat de la douleur.

Méthodes d'évacuation utérine

| Méthode d'évacuation utérine | Description | Sécurité et efficacité | Coût | Acceptabilité pour les patientes |
|---|-------------|------------------------|------|----------------------------------|
| Aspiration intra-utérine : AMIU | | | | |
| Aspiration intra-utérine : AEIU | | | | |
| Avortement médicamenteux en utilisant la mifépristone et le misoprostol | | | | |
| Avortement médicamenteux en utilisant le misoprostol seul | | | | |
| Misoprostol lors d'avortement incomplet | | | | |
| Prise en charge attentiste | | | | |

Transition vers l'AMIU et les méthodes médicamenteuses

Pour l'avortement provoqué et/ou le traitement d'un avortement incomplet

| Aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) | | |
|--|--------------------------------|-----------|
| Sujets de réflexion | Problèmes liés à la transition | Solutions |
| Coût | | |
| Sécurité et efficacité | | |
| Acceptabilité pour les patientes, y compris pour les jeunes filles | | |
| Acceptabilité pour le personnel médical : <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésistes • Médecins • Prestataires de niveau intermédiaire • Autres membres du personnel | | |
| Formation du personnel | | |
| Autres points à prendre en considération | | |
| Méthodes médicamenteuses utilisant la mifépristone et le misoprostol ou le misoprostol seul (entourer le schéma de traitement qui sera utilisé dans votre centre et compléter en conséquence) | | |
| Coût | | |
| Sécurité et efficacité | | |
| Acceptabilité pour les patientes, y compris pour les jeunes filles | | |
| Acceptabilité pour le personnel médical : <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésistes • Médecins • Prestataires de niveau intermédiaire • Autres membres du personnel | | |
| Formation du personnel | | |
| Autres points à prendre en considération | | |

Monitoring visant à améliorer la qualité des services



But :

Ce module explique pourquoi il est important d'évaluer les services liés à l'avortement pour en améliorer la qualité et s'assurer qu'ils satisfont les patientes comme les professionnels de santé. Y sont également examinées les grandes lignes d'un mécanisme de monitoring.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts régissant les soins complets d'avortement centrés sur les femmes, ce qui inclut également les soins après avortement
- ☐ Décrire et énumérer les droits des femmes dans un contexte de soins liés à l'avortement (SAA)



Objectifs :

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Décrire ce qu'est un suivi, et notamment le suivi d'un incident et son compte-rendu, et d'expliquer pourquoi il est important d'améliorer les services liés à l'avortement
2. Identifier les caractéristiques d'un mécanisme de monitoring efficace
3. Décrire des indicateurs, des sources d'information et des méthodes de recueil d'information
4. Décrire les mesures générales à prendre en vue d'instaurer un mécanisme de monitoring des services dans un contexte de soins d'avortement.



Matériel didactique :

- ☐ Scénario de suivi
- ☐ Fiche de travail *Effectuer le suivi des soins d'avortement*

- ❑ COPE® pour le manuel de Soins complets d'avortement (Disponible au téléchargement sur : www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf)
- ❑ Test de connaissances et correction du test



Préparation préalable :

- ❑ Préparer un titre pour le tableau : Monitoring
- ❑ S'être familiarisé avec les pratiques de suivi en vigueur dans les établissements dans lesquels exercent les participants.
- ❑ Avoir préparé des exemples de procédures de suivi et évaluation adaptés à des services d'avortement.
- ❑ Préparer des copies du scénario de monitoring, de la fiche de travail sur le monitoring des services d'avortement ainsi que du test de connaissances.

Durée : 1 heure

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module traite de l'importance d'évaluer et suivre les services liés à l'avortement pour en améliorer la qualité et s'assurer qu'ils satisfont les patientes comme les professionnels de santé. Il passe également en revue les grandes lignes d'un mécanisme de suivi

Montrer la diapositive : *Objectifs*

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Décrire ce qu'est un monitoring, et notamment le suivi d'un incident et son compte-rendu, et d'expliquer pourquoi il est important d'améliorer les services liés à l'avortement
2. Identifier les caractéristiques d'un mécanisme de monitoring efficace
3. Décrire des indicateurs, des sources d'information et des méthodes de recueil d'information
4. Décrire les mesures générales à prendre en vue d'instaurer un mécanisme de monitoring dans un contexte de soins d'avortement

Dire : À quoi pensez-vous immédiatement lorsque vous entendez le mot « monitoring » ? Quels mots ou phrases vous viennent à l'esprit ?

- Écrire les réponses sur le tableau.
- Demander aux participants ce qu'ils remarquent par rapport aux réponses.
- Confirmer qu'il se peut que certaines personnes ne comprennent ou ne réalisent pas entièrement ce qu'est un monitoring.
- Indiquer au groupe que d'ici à la fin de ce module, ils apprécieront mieux l'importance du monitoring et qu'ils seront à même d'envisager leur rôle dans le monitoring des services en vue de les améliorer de manière positive.

Montrer et commenter la diapositive : *Qu'est-ce que le monitoring?*

- Examiner tous les aspects des soins, y compris la satisfaction des patientes
- Évaluer les services sur la durée de manière à en repérer les points forts et les faiblesses
- Utiliser les données en vue d'élaborer un feedback et d'effectuer des ajustements dans le but d'améliorer la qualité des soins
- Un processus permanent

Dire : Qui peut donner un exemple de processus de suivi dans lequel il ou elle a été impliqué ?

- Prendre une ou deux réponses.

Montrer et commenter la diapositive : *Pourquoi le monitoring est-il important ?*

Il permet d'indiquer si les services fonctionnent de manière efficace ou s'ils nécessitent des améliorations

Il fournit des indications sur les impacts de la prestation de services et des politiques en vigueur

Il contribue à l'amélioration des services au bénéfice des patientes comme des prestataires de soins

Il contribue à garantir le maintien de normes optimales de fonctionnement des soins liés à l'avortement

Dire : Le monitoring varie et peut recouvrir toute une gamme d'approches des plus simples et peu coûteuses aux plus complexes et très formelles. Dans le cadre d'une approche simple, il peut suffire pour les prestataires de soins de suivre eux-mêmes quelques-uns de leurs propres indicateurs de prestation, alors

que des approches plus complexes impliquent habituellement l'évaluation et le suivi de toute une série d'éléments de la prestation de services. COPE® adapté aux soins complets d'avortement est l'une de ces approches les plus formelles, qui consiste en un processus permanent d'amélioration de la qualité et d'une série d'outils utilisés par les professionnels de santé afin d'évaluer et améliorer activement et en continu la qualité des soins complets d'avortement qu'ils mettent à disposition. Il existe de nombreuses autres approches tout aussi efficaces.

Remarque à l'intention du formateur : Prévoir un exemplaire de COPE® adapté au Manuel de soins complets d'avortement et le laisser à disposition pour que les participants puissent le feuilleter et le consulter.

Dire : Qui peut donner un exemple de changement consécutif à un monitoring qu'il ou elle a pu observer?

Prendre un exemple.

Montrer et commenter la diapositive : *Un suivi efficace*

- Est intégré à la routine du travail
- Utilise des indicateurs simples
- Est participatif et ouvert
- Est mené de manière éthique
- N'est pas punitif
- Implique la participation des destinataires des soins, y compris des femmes jeunes et des adolescentes, à l'ensemble du processus.

Dire : Le monitoring peut être utilisé pour récompenser les employés et booster le moral. Les responsables de services peuvent utiliser des incitations à la créativité dans le cadre du monitoring afin de promouvoir des changements de comportement. Il ne doit en aucun cas être coercitif.

Montrer et commenter la diapositive : *Le monitoring est un processus continu*

Dire : Quelles sont les informations que vous recueillez actuellement sur vos services et que vous pourriez utiliser dans le cadre d'un monitoring ?

- Prendre deux réponses.

Demander aux participants de donner des exemples illustrant la manière dont les services sont suivis actuellement dans leur établissement de soins.

- Les exemples peuvent inclure les suivants :
 - Recueillir des informations à partir d'un registre ou carnet de bord
 - Examiner les dossiers médicaux
 - Vérifier les inventaires de fournitures et d'équipements
 - Parler avec les patientes

Dire : Rassembler et évaluer ce type d'information aide à déterminer si les services fonctionnent de manière efficace et permet de repérer les domaines dans lesquels des améliorations sont nécessaires.

- Signaler que le monitoring est un élément déterminant d'une prestation de services de qualité optimale.

Montrer la diapositive : *Les incidents*

- Sont les complications dont souffre une femme au cours des soins qui ne résultent pas d'une affection préalable
- Sont rares dans le cadre de soins liés à l'avortement
- Il est important de les suivre parce que chaque incident donne l'occasion d'apprendre comment améliorer les soins

Dire : Le monitoring et le compte-rendu des incidents seront couverts de manière plus détaillée dans le module consacré aux Complications. Nous allons maintenant discuter les étapes de base d'un monitoring efficace.

2. Étapes d'un monitoring efficace

Montrer la diapositive : *Le monitoring implique la participation de tout le personnel soignant*

Distribuer et demander aux participants de lire le Scénario de monitoring qui décrit le programme de monitoring d'un centre de santé.

- Demander aux participants d'identifier les principales mesures à prendre afin de mettre en place un programme de monitoring.

Dire : Quelles ont été les principales mesures prises par le comité pour mettre en place ce mécanisme de monitoring?

- Planification
- Recueil d'information
- Analyse
- Plan d'action

Distribuer la fiche de travail intitulée : *Monitoring de soins liés à l'avortement*.

Indiquer aux participants que chacune des mesures d'un monitoring efficace seront commentées

Demander aux participants de réfléchir aux considérations spécifiques dont il faut tenir compte dans la fiche de travail lors de la discussion de chacune des mesures :

- Liste de toutes les personnes dont la participation doit être impliquée
- Considérations spécifiques à l'établissement de soins de chaque participant
- Difficultés potentielles de mise en œuvre
- Solutions pour résoudre les difficultés détectées.

Montrer et commenter la diapositive : *Planification*

- Équipe de monitoring = personnel soignant et bénéficiaires des soins, jeunes femmes y compris
- Manière dont les membres de l'équipe seront formés
- Aspects des services qui feront l'objet du monitoring
- Normes de qualité et indicateurs pour les mesurer
- Sources d'information (carnet de bord/registre du service et dossiers des patientes)

Montrer la diapositive : *Planification (suite)*

- Méthodes permettant de rassembler des informations (entretiens individuels, groupes de discussion, observation et examen des dossiers)
- Listes de contrôle et autres outils permettant d'orienter l'observation, les entretiens et l'examen des dossiers.
- Plan pour communiquer les résultats au personnel et à la communauté et, le cas échéant, pour améliorer les services en fonction des besoins.
- Calendrier pour encadrer le processus de suivi, spécifiant les activités concernées et les personnes responsables.

Dire : Dans le scénario de monitoring que nous avons lu précédemment, quelles sont les mesures qui ont été prises par le directeur du centre de santé et le comité ?

- Les réponses devraient inclure les suivantes :
 - Ils ont mis en place un comité

- Ils ont nommé une personne chargée de rassembler l'information
- Ils ont déterminé les sources pertinentes d'information
- Ils ont informé le personnel et les patientes ; et les ont invité à faire des suggestions

Demander aux participants de remplir la première ligne de la fiche de travail *Suivre des soins liés à l'avortement* dans l'étape *Planification*, en spécifiant les personnes à impliquer, les considérations spécifiques, les difficultés et challenges potentielles et les solutions pour y remédier propres à l'établissement dans lequel ils/elles exercent.

- Demander à un participant d'expliquer ses réponses concernant l'étape de planification, et les commenter avec l'ensemble du groupe.

Dire : Il est important, au cours de la planification d'un mécanisme de monitoring, d'envisager des indicateurs spécifiques en vue de mesurer les progrès.

Montrer et commenter la diapositive : *Indicateurs*

- Une série de mesures qui permettent de quantifier les activités et les résultats
- Ils peuvent contribuer à décrire la qualité dans son ensemble

Exemples:

- Nombre et type de procédures pratiquées
- Nombre et type de complications
- Proportion (en pourcentage) de femmes qui souhaitent obtenir une contraception et qui l'obtiennent
- Nombre de femmes bénéficiaires de soins par catégorie d'âge

Dire : Il est important de choisir des indicateurs qui dépendent réellement du personnel ; dans le cas contraire ce processus peut s'avérer très démotivant.

Renvoyer les participants vers les indicateurs supplémentaires énumérés dans le tableau *Exemples d'indicateurs relatifs aux soins d'avortement* du Manuel de référence.

Montrer et commenter la diapositive : *Comment rassembler l'information*

- Carnets de bord/registres, dossiers médicaux et inventaires, de préférence accompagnés de l'analyse locale

- Observations régulières et entretiens avec les patientes, en veillant à recueillir plus spécifiquement le point de vue des femmes jeunes et des adolescentes
- Pour être en mesure de mesurer un changement dans un domaine spécifique de la prestation de soins, il est impératif d'utiliser le même indicateur au cours d'une période de temps donnée
- Les membres du personnel chargés du monitoring (contrôleurs) doivent toujours se présenter et expliquer ce qu'ils/elles font et demander aux patientes la permission de poursuivre leurs vérifications
- Veiller au respect de l'intimité et de la confidentialité en toute circonstance: ne jamais inclure sur des formulaires de recueil de données des informations susceptibles de permettre l'identification d'une patiente.

Rappeler aux participants que les appendices A et B du module Monitoring visant à améliorer la qualité des services du Manuel de référence proposent des exemples de formulaires de consentement.

Dire : Dans le scénario sur le monitoring, quelles mesures relatives au recueil de l'information ont été adoptées par le comité?

- Les réponses devraient inclure les suivantes :
 - Examen mensuel des carnets de bord/registres du centre de santé
 - Examen trimestriel d'un échantillon des dossiers médicaux
 - Installation à l'intérieur du centre de santé d'une boîte de suggestions à l'intention du personnel et des patientes.

Dire : Un autre moyen pour rassembler des informations consiste à évaluer la performance à l'aide de listes de contrôle. Les listes de contrôle des compétences qui figurent dans ce module peuvent être adaptées en vue de refléter les protocoles en vigueur localement ou d'insister plus particulièrement sur des préoccupations locales, en conséquence elles peuvent être utilisées par les équipes de suivi pour évaluer la performance dans de nombreux domaines des soins liés à l'avortement.

Remarque à l'intention du formateur : Montrer, à titre d'exemple, la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus qui figure dans le module sur l'Évacuation utérine.

Dire : L'un(e) d'entre vous peut-il/elle donner un exemple de difficultés qu'il est possible de rencontrer lorsqu'on cherche à recueillir des informations dans un but de suivi ?

Prendre quelques exemples.

- Les réponses devraient inclure les suivantes :
 - Manque d'adhésion au projet de la part des hauts responsables
 - Craintes des employés de voir leur emploi mis en danger s'ils/elles expriment leurs préoccupations.
 - Une personne clé refuse de coopérer
 - Recueillir des commentaires auprès de patientes ayant un faible niveau d'alphabétisation

Discuter brièvement des idées qui permettraient de résoudre ou contourner ces difficultés.

Demander aux participants comment ils s'y prennent pour recueillir des commentaires en retour de leurs patientes qui ont un faible niveau d'alphabétisation. Renvoyer les participants vers l'encadré intitulé « Satisfaction des patientes ayant un faible niveau d'alphabétisation » dans le Manuel de référence.

Montrer et commenter la diapositive : *Analyse*

- Rassembler, organiser et examiner les conclusions
- Discuter les points forts et les faiblesses des services
- Identifier les domaines dans lesquels des problèmes ont été détectés – quels sont les facteurs qui y contribuent?
- Élaborer un plan d'amélioration
- Évaluer les progrès dans l'amélioration des soins sur la durée

Dire : Des services de counseling de qualité médiocre peuvent par exemple tenir à une formation inadéquate des employés nouvellement recrutés et à un mécanisme de réception des patientes qui ne laisse pas suffisamment de temps pour counseling. Il est possible également que le passage en revue du personnel mette en lumière d'autres causes plus omniprésentes, comme par exemple la conviction sous-jacente selon laquelle le counseling n'est pas un élément important des soins. Les employés devraient également chercher à obtenir le point de vue des patientes et de la communauté afin de déterminer la cause d'un problème ou d'une préoccupation.

Dans le scénario sur le monitoring quelles sont les mesures qui ont été prises par le comité ?

- Les réponses devraient inclure les suivantes :
 - Le comité a ordonné que des informations soient rassemblées à partir des registres, des dossiers médicaux et d'une boîte à suggestions
 - Une fois rassemblées il a discuté et analysé la signification de ces informations
 - Il a déterminé quels étaient les points forts et les faiblesses des services.

Dire : Qui parmi vous peut nommer quelques personnes qu'il serait important d'impliquer à l'étape d'analyse du processus de monitoring au sein de votre propre établissement ?

- Les réponses pourraient inclure les suivantes :
 - Les administrateurs, y compris les responsables financiers
 - Les cadres infirmiers
 - Les directeurs du personnel
 - Toute personne susceptible d'avoir un rôle décisionnel dans le cadre d'un processus de changement.

Montrer et commenter la diapositive : *Plan d'action*

- Des membres de la communauté devraient faire partie de l'élaboration du plan d'action, notamment des jeunes femmes et des adolescentes
- Commencer par des problèmes qui sont relativement faciles à résoudre dès que les ressources nécessaires sont mises à disposition
- Discuter toute une gamme d'approches avant d'en sélectionner une
- Préparer un projet de plan d'action par écrit, calendrier y compris
- Spécifier clairement la ou les personne(s) responsable(s) de chaque étape.

Montrer et commenter la diapositive : *Plan d'Action (suite)*

- Discuter le plan d'action avec les employés et les membres de la communauté susceptibles de contribuer à sa mise en œuvre

- Présenter les conclusions et proposer des solutions aux employés, obtenir leurs commentaires en retour
- Faire part, chaque fois que cela est approprié, des constatations positives et des améliorations aux employés et aux membres de la communauté
- Il est essentiel de reconnaître le travail et les efforts des employés qui ont contribué à l'amélioration des services.

Montrer et commenter la diapositive : *Solutions possibles*

- Formation continue/formation sur le lieu de travail
- Réorganisation des services
- Modification des horaires de fonctionnement
- Modification des mécanismes d'approvisionnement
- Renforcement des mécanismes de transfert

Dire : Dans le scénario de monitoring que nous avons lu précédemment, le comité de monitoring a élaboré un plan d'action en vue d'améliorer les aspects les plus faibles des services, il a communiqué ces plans aux employés et aux patientes et leur a demandé de lui faire parvenir leurs commentaires sur le fonctionnement du plan d'amélioration.

Inviter les participants à utiliser la fiche *Monitoring des soins d'avortement* comme point de départ pour mettre en place ou améliorer un mécanisme de monitoring au sein de leur propre établissement de soins.

3. Résumé et test

Demander aux participants de citer les principaux points de ce module. Utiliser les objectifs comme points de référence.

Dire : Vous reste-t-il des questions sur ce qui a été vu dans ce module?

- Répondre aux questions

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de remplir le test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Vérifier les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Remercier les participants de leur présence.

Bibliographie

- Adamchak, S., Bond, K., MacLaren, L., Magnani, R., Nelson, K. et Seltzer, J. (2000). *A guide to monitoring and evaluating adolescent reproductive health programs*. Washington, DC: Focus on Young Adults.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61–91.
- EngenderHealth. (2003). *COPE® Handbook: A process for improving quality in health services, revised edition*. New York, NY: EngenderHealth.
- EngenderHealth, Ipas et Reducing Maternal Mortality and Morbidity Project Ghana. (2009). *COPE for comprehensive abortion care services: A toolbook to accompany the COPE® Handbook*. New York, NY: EngenderHealth.
- Garcia-Nunez, J. (1992). *Improving family planning evaluation: A step-by-step guide for managers and evaluators*. West Hartford, CT: Kumarian Press.
- Healy, J., Otsea, K. et Benson, J. (2006). Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(2), 209–220. doi: 10.1016/j.ijgo.2006.08.002
- Huezo, C. et Diaz, S. (1993). Quality of care in family planning: clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception*, 9(2), 129–139.
- Ipas. (2006). *Safe Abortion Care (SAC) Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (1998a). A guide to assessing resource use in the provision of postabortion care: DataPAC Module 3 *DataPAC Core Questionnaire Series*. Carrboro, NC: Ipas.
- King, T. D. N., Abernathy, M. et Hord, C. (1998b). A guide to using the general information questionnaire for postabortion care patients: DataPAC Module 1. *DataPAC Core Questionnaire Series*.
- Leonard, A. H. et Winkler, J. (1991). A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care*, 1(1).
- Management Sciences for Health. (1997). Using evaluation as a management tool. *The Family Planning Manager*, 6(1).
- McInerney, T., Baird, T. L., Hyman, A. G. et Huber, A. B. (2001). *Guide to Providing Abortion Care*. Retrieved from <https://venus.ipas.org/library/Fulltext/GuidetoProviding.pdf>
- Otsea, K., Benson, J., Measham, D., Thorley, M. et Lidh, R. (1999). Monitoring postabortion care *Technical resources for postabortion care* (Vol. 3). Carrboro, NC: Ipas.
- United Nations Children's Fund (1997). *Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services*. New York, NY: United Nations Children's Fund.

Réponses au test de connaissances

1. Faux
2. Vrai
3. Vrai
4. Faux
5. Vrai
6. b, a, d, c

Test de connaissances sur le Monitoring visant à améliorer la qualité des services

Entourer « Vrai » ou « Faux ».

5. Vrai ou faux Le monitoring est un contrôle aléatoire des services mené occasionnellement.
 6. Vrai ou faux Le monitoring n'a pas besoin d'être un exercice coûteux ou complexe.
 7. Vrai ou faux Il est tout à fait possible d'utiliser des sources d'information existantes pour mener un monitoring.
 8. Vrai ou faux En vue de mesurer un changement dans un domaine spécifique de la prestation de soins, il faut utiliser des indicateurs différents sur une période de temps donnée.
 9. Vrai ou faux Le nombre et le type de complications consécutives à un avortement, peut être un exemple d'indicateur.
10. Placer les étapes du monitoring dans l'ordre approprié (ordre chronologique) :
- a. Recueil d'information
 - b. Planification
 - c. Plan d'action
 - d. Analyse

Scénario de suivi

La directrice d'un centre de santé a décidé d'instaurer un mécanisme de monitoring.

Elle a rassemblé un groupe de cliniciens, d'infirmières, d'administrateurs ainsi que des chefs de la communauté et des groupes de jeunes afin d'initier le processus et décider comment organiser le monitoring des soins d'avortement pratiqués dans cet établissement de santé.

Le comité ainsi formé a demandé à la directrice de nommer un membre du personnel chargé d'examiner les registres tous les mois et les dossiers médicaux tous les trimestres, et de placer une boîte à suggestions dans le centre de santé à l'intention des employés et des patientes.

Les employés et les patientes ont été informés de ce plan et ont été invités à faire part de leurs suggestions.

À la fin du premier trimestre, l'employée désignée à cet effet a rassemblé les informations provenant de son examen des registres et des dossiers médicaux ainsi que celles provenant de la boîte à suggestions.

Le comité a discuté la signification de ces informations. Ils ont repéré les points forts et ont préparé un plan d'action pour améliorer les faiblesses.

Ils ont communiqué ces plans à l'ensemble du personnel et aux patientes et leur ont demandé de bien vouloir leur faire parvenir leurs commentaires en retour sur le fonctionnement du plan.

Plan de monitoring des soins d'avortement

| Étapes | Personnes dont il faut impliquer la participation | Considérations spécifiques à votre établissement | Difficultés potentielles | Solutions aux difficultés |
|-----------------------------|---|--|--------------------------|---------------------------|
| 1. Planification | | | | |
| 2. Recueil des informations | | | | |
| 3. Analyse | | | | |
| 4. Plan d'action | | | | |

Consentement éclairé, information et counseling



But :

Ce module traite des informations essentielles dont les femmes ont besoin ; du consentement éclairé et volontaire et du counseling dans le cadre des soins liés à l'avortement ; il indique aux prestataires de soins comment interagir et communiquer avec les femmes de manière respectueuse et efficace. Ce module comprend également des directives sur la manière d'orienter adéquatement les patientes ainsi que des informations sur le counseling de celles d'entre elles qui ont des besoins spécifiques.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- SAA** ☐ Décrire les principaux concepts régissant les soins complets d'avortement centrés sur les femmes et notamment les soins après avortement
- SAA** ☐ Décrire les droits d'une femme dans le cadre des soins liés à l'avortement

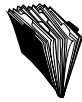


Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Identifier les informations essentielles dont les femmes ont besoin sur leur grossesse et sur les procédures qui s'offrent à elles ;
2. Décrire les éléments fondamentaux du counseling dans le cadre d'un avortement, notamment les options liées à la grossesse, les procédures possibles, le consentement éclairé et volontaire, et le ressenti des femmes ;
3. Expliquer de quelle manière les valeurs, les attitudes et l'empathie des prestataires de soins influent sur le counseling ;
4. Discuter des préjugés des prestataires de soins face aux femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement et de l'importance de bien séparer ses convictions personnelles de ses responsabilités professionnelles ;

5. Décrire les principales techniques les plus efficaces en matière de communication et counseling.
6. Décrire de quelle manière les prestataires de soins devraient procéder pour orienter des patientes vers d'autres services.



Documents et matériel didactique :

- ☐ Liste de contrôle « Counseling », deux par participants
- ☐ Ruban adhésif et pancartes pour l'activité « Quatre coins »
- ☐ Feuille d'exercice « Quatre coins » (partie A et partie B), une série par participant
- ☐ Feuille d'exercice « Directives sur le counseling »
- ☐ Scénarios de jeu de rôle sur le counseling, un par groupe
- ☐ Feuille d'exercice « Améliorer ses compétences de counseling »
- ☐ Test de connaissances et correction du test

Préparation avancée :



- ☐ Faire des copies de la liste de contrôle, des scénarios et du test de connaissances.
- ☐ Placer des pancartes « Tout à fait d'accord », « D'accord », « Pas d'accord » et « Pas d'accord du tout » autour de la salle à hauteur de regard.
- ☐ Sélectionner ou adapter des jeux de rôle appropriés pour l'activité « Techniques efficaces de counseling ».
- ☐ Se munir, si disponibles, d'une ou plusieurs vidéos en langue locale traitant du counseling en vue d'activités supplémentaires sur ce module.

Durée: 3 heures et 30 minutes

1. Introduction

Accueillir les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module décrit les informations essentielles dont les femmes ont besoin ; prise de décision volontaire, consentement éclairé et counseling, dans le cadre des soins liés à l'avortement ; comment les prestataires de soins peuvent interagir et communiquer avec les femmes de manière respectueuse et avec efficacité. Il inclut également des directives sur la manière d'orienter adéquatement

les patientes et des informations sur le counseling des femmes qui ont des besoins spécifiques.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Identifier les informations essentielles dont les femmes ont besoin sur leur grossesse et sur les procédures possibles ;
2. Décrire les éléments fondamentaux d'un counseling dans le cadre d'un avortement, notamment le conseil relatif aux options liées à la grossesse et aux procédures possibles, le consentement éclairé et volontaire et le ressenti des femmes ;
3. Examiner de quelle manière les valeurs, les attitudes et l'empathie des prestataires de soins influent sur le counseling ;
4. Discuter des préjugés des prestataires de soins face aux femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement et de l'importance de séparer ses convictions personnelles de ses responsabilités professionnelles ;
5. Décrire les techniques les plus efficaces en matière de communication et counseling ;
6. Décrire la manière dont les prestataires de soins devraient s'y prendre pour orienter les patientes vers d'autres services.

Dire : Lorsqu'une femme se présente pour des soins liés à un avortement l'expérience qu'elle vit est à la fois physique et émotionnelle.

- Les prestataires de soins devraient être préparés à interagir efficacement, à faire preuve de compassion, à communiquer, à soutenir émotionnellement et, si la patiente le souhaite, à lui fournir counseling en fonction de ses besoins.
- Les circonstances entourant la grossesse non souhaitée de chaque femme sont uniques, et il est probable qu'elle soit en proie à toute une gamme d'émotions différentes.
- La femme et le prestataire de soins peuvent avoir des valeurs ainsi que des circonstances sociales et culturelles différentes, il peut arriver qu'ils parlent des langues différentes ce qui peut créer des problèmes de compréhension. Il est de la responsabilité du prestataire de soins de reconnaître ces différences et d'y répondre de manière positive afin d'instaurer un climat d'empathie et de compréhension.

Dire : Parce que de nombreux établissements ne disposent pas de poste à plein temps dédié au counseling, les autres membres du personnel peuvent être formés à assurer des activités de conseil et d'accompagnement de base en matière d'avortement.

- Dans les cas où des cliniciens sont également appelés à assurer des activités de counseling ils doivent rester attentifs au fait que la dynamique patiente/accompagnant peut différer de la relation patiente/clinicien.
- Qu'ils aient ou non officiellement des responsabilités en matière de counseling, les cliniciens devraient avoir des connaissances minimales de counseling ; ils doivent s'abstenir de tout jugement et faire preuve de compassion et de soutien.

Distribuer une liste de contrôle « Compétences en counseling » à chaque participant.

- Indiquer que vous avez pleinement conscience qu'en fonction des cas il se peut que certains participants assurent déjà des activités de counseling liées à l'avortement dans leur établissement. Demander aux participants d'évaluer l'état de leur performance actuelle en matière de counseling des femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement, ou de manière plus générale de l'ensemble de leurs patientes, en répondant « oui », s'ils pratiquent chacune des compétences citées au cours de chaque session de counseling, ou « non », si tel n'est pas le cas.
 - Les encourager à répondre aussi honnêtement que possible.
 - Leur expliquer qu'ils n'ont aucune obligation de divulguer leurs réponses à d'autres.

Une fois que les participants auront fini de remplir la liste de contrôle, leur demander de réfléchir à leurs réponses et de se demander quelles sont les compétences dont ils s'acquittent déjà de manière satisfaisante, quelles sont celles qu'ils pensent devoir améliorer et de quelle manière ils pourraient s'y prendre pour les améliorer.

- Expliquer aux participants qu'ils travailleront avec leur liste de contrôle remplie plus avant dans le module.

Montrer et discuter la diapositive : *En quoi le counseling peut améliorer les soins complets d'avortement*

- Aider les femmes à explorer leur ressenti, leurs décisions, et leur manière de faire face
- Renforcer la capacité des femmes à prendre des décisions en toute connaissance de cause

- Permettre d'identifier les besoins spécifiques de chaque femme
- Améliorer la relation entre le prestataire de soins et la femme
- Faciliter la procédure et la rendre moins douloureuse
- Augmenter la satisfaction retirée du travail pour le praticien.

Dire : Maintenant que nous comprenons en quoi le counseling est susceptible d'améliorer les soins complets d'avortement tant pour les femmes que pour les prestataires de soins, assurons-nous que nous savons ce qu'est le counseling et ce qu'il n'est pas.

Afficher deux feuilles de tableau, l'une indiquant « *Le counseling c'est* » et l'autre indiquant « *Le counseling ce n'est pas* ».

Expliquer aux participants que vous allez lire des phrases une par une et que vous allez leur demander à quelle catégorie, « *Le counseling c'est* » ou « *Le counseling ce n'est pas* », elles appartiennent. Enregistrer les réponses sur les feuilles de tableau.

- Donner des conseils
- Demander à la femme d'exprimer son point de vue et son ressenti
- Se limiter strictement à donner des informations
- Accepter les points de vue et le ressenti de la femme
- Respecter l'intimité et la confidentialité
- Il est volontaire, la femme peut le refuser
- Se concentrer sur les besoins et les préoccupations de la femme
- Influencer les attitudes, les convictions et les comportements de la femme
- Communiquer efficacement
- Soutenir les décisions de la femme

Une fois la liste terminée et lorsque les participants ont donné leur opinion sur la catégorie à laquelle appartient chacune des phrases, montrer les diapositives suivantes.

Montrer et commenter la diapositive : *Le counseling c'est*

- Demander à une femme d'exprimer son point de vue et son ressenti
- Accepter la manière de voir les choses et les sentiments de la femme

- Respecter la confidentialité
- Il est volontaire
- Se concentrer sur les besoins de la femme
- Communiquer de manière efficace
- Soutenir les décisions de la femme

Montrer et commenter la diapositive : *Le counseling ce n'est pas*

- Se limiter strictement à donner des informations
- Donner des conseils
- Influencer les attitudes et les comportements de la femme

Montrer et commenter la diapositive : *Définition de counseling*

- Il s'agit d'un processus structuré d'interaction à travers lequel une personne reçoit volontairement un soutien émotionnel et une assistance prodigués par une personne formée à cet effet dans un environnement propice qui permet de faire part ouvertement de ses pensées, de son ressenti et de sa manière de voir les choses.

Dire : Certaines femmes n'ont pas l'habitude d'obtenir des soins médicaux. Le counseling est une occasion importante qui permet aux prestataires de soins de déterminer les besoins physiques et émotionnels de chaque femme et d'y répondre directement ou d'orienter la personne vers les services appropriés.

Des informations devraient être données à toutes les femmes. Il appartient toutefois à chaque femme de décider si elle souhaite, ou non, parler de ce qu'elle ressent, de ses décisions et de sa situation avec le prestataire de soins.

Montrer et commenter la diapositive : *Counseling centré sur la femme*

- Entièrement structuré autour de l'état émotionnel et physique de chaque femme, de ses besoins et de ses préoccupations.
- Il n'existe pas de script préétabli ou de liste de thèmes à couvrir et à cocher.
- Les besoins sont déterminés en posant des questions ouvertes
- Ce sont les besoins de la femme et ses réponses qui orientent le counseling

Dire : Maintenant que nous avons discuté le counseling de manière générale, nous allons parler de le counseling dans le contexte des soins d'avortement.

2. Éléments d'un counseling lié à des soins complets d'avortement centrés sur la femme

Dire : Un counseling centré sur la femme devrait être proposé à toutes les femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement. La question se pose toutefois de déterminer qui est à même d'assurer des activités de counseling, et où et comment cet accompagnement devrait avoir lieu.

Commençons avec la question suivante : « Qui est à même d'assurer des activités de counseling dans le contexte de soins liés à l'avortement ? »

Prendre plusieurs réponses.

Montrer et commenter la diapositive : « *Qui est à même d'assurer des activités de counseling ?* »

- Des membres du personnel et des cliniciens qui ont une formation et une expérience appropriées.

Dire : Vous ne disposerez pas toujours d'une pièce séparée consacrée uniquement au counseling. Quelles sont les principales considérations dont il faudra tenir compte pour déterminer quels endroits sont susceptibles de convenir à une session de counseling ?

Prendre plusieurs réponses.

- Il est important que l'endroit choisi garantisse la confidentialité de la discussion, c'est-à-dire que les personnes ne puissent pas être entendues ou vues de l'extérieur, cet endroit doit être accessible et confortable et doit convenir aux femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement.

Dire : À quel moment pensez-vous que le counseling devrait avoir lieu ?

Montrer et discuter la diapositive : *À quel moment le counseling devrait-il avoir lieu ?*

- Avant, pendant et après la procédure
- Lors d'une séance formelle de counseling au cours de la consultation

Dire : Quels sont les trois sujets qu'il faut proposer à une femme de discuter avant une évacuation utérine ?

Montrer et commenter la diapositive : *Sujets de discussion avant une évacuation utérine*

1. Options en matière de grossesse
2. Options en matière de procédures

3. Consentement éclairé et volontaire

Dire : Les prestataires de soins devraient répondre à toutes les questions de la femme concernant les options en matière de grossesse et de procédures, et devraient lui donner toutes les informations nécessaires pour qu'elle soit en mesure de donner un consentement éclairé et volontaire. Le counseling sur les options en matière de grossesse ne devrait pas être exigé ou être utilisé comme un obstacle préalable à l'obtention de soins d'avortement, dans la mesure où les femmes ont habituellement déjà évalué soigneusement leurs options et pris leur décision avant d'entreprendre la démarche. Le counseling sur les options en matière de grossesse n'est pas nécessaire lorsqu'il s'agit de soins après avortement. Idéalement, il conviendrait de fournir counseling et donner des informations sur les méthodes disponibles en matière de contraception avant l'évacuation utérine. Il est recommandé de parler de contraception au moment où les options relatives aux procédures d'évacuation utérine sont évoquées parce que celles-ci peuvent avoir des implications sur l'opportunité de certaines méthodes de contraception et leur mode de mise en place.

Que pensez-vous que signifie l'expression « consentement éclairé et volontaire » ?

Prendre plusieurs réponses. Les réponses devraient inclure les suivantes :

- Disposer d'informations complètes sur toutes les options possibles
- Connaître les bénéfices, les risques et les alternatives de toutes les procédures discutées
- Parvenir et prendre sa décision en toute liberté, sans pression ou coercition

Expliquer et commenter : Le principe du consentement éclairé et volontaire devrait être confirmé par les personnes chargées de l'accompagnement avant le début des soins ou l'administration de médicaments.

- Chaque femme devrait disposer d'autant de temps qu'elle en a besoin pour prendre sa décision.

Dire : Quelles sont les circonstances susceptibles de limiter la capacité d'une femme à donner véritablement un consentement éclairé et volontaire ?

Prendre plusieurs réponses : Les réponses devraient inclure les suivantes :

- Elle subit des pressions de la part de son conjoint ou de la part de membres de sa famille.

- Elle éprouve des difficultés à communiquer, parce que ce n'est pas sa langue ou parce qu'elle souffre d'un handicap.
- Elle vient de vivre un événement traumatisant.
- Elle a besoin de soins en urgence.

Montrer et commenter la diapositive : *Principales responsabilités en matière de counseling lié à l'avortement*

- Donner à la femme la possibilité d'explorer ce qu'elle ressent et de l'exprimer.
- Tenter de découvrir les circonstances qui entourent la grossesse et qui peuvent être pertinentes au traitement clinique de la femme concernée.
- Aider la femme à clarifier ce qu'elle pense et les décisions qu'elle veut prendre concernant sa grossesse, ses besoins en matière d'avortement ainsi que sa santé sexuelle et reproductive future.
- S'assurer que la femme reçoit des réponses appropriées à toutes ses questions et préoccupations, et ce dans une un langage qu'elle comprend.
- Le cas échéant, orienter la patiente vers des services complémentaires
- Aider la femme à déterminer à qui elle peut s'adresser, le cas échéant, pour obtenir un soutien social.

Montrer et commenter la diapositive : *Difficultés spécifiques du counseling lié aux soins d'avortement*

- Manque de temps
- Femme en proie à des sentiments et à un état émotionnel contradictoires
- Différence de cultures, de langues
- Prestataire de soins débordé de travail ou « épuisé »

Remarque à l'intention du formateur : Vous pouvez décider d'inclure une brève discussion sur l'épuisement des prestataires de soins qui est un problème courant lorsque ceux-ci doivent pratiquer des soins dans des circonstances compliquées. Les participants peuvent échanger leurs idées sur la manière de répondre à ce type de problèmes et comment les éviter.

Montrer et discuter la diapositive : *Garantir la confidentialité*

Dire : Quels moyens permettent de garantir la confidentialité d'une femme lorsqu'elle reçoit des soins liés à l'avortement ?

Montrer et discuter la diapositive : *Garantir la confidentialité*

- Le counseling doit avoir lieu dans un endroit où personne ne peut voir ou entendre la femme (garantie de l'intimité visuelle et auditive).
- N'autoriser la présence d'autres participants qu'avec la permission explicite de la femme.

Montrer et commenter la diapositive : *Demander à la patiente si elle souhaite la présence de son conjoint/partenaire*

Dire : Quelles sont les difficultés que cette image peut traduire ?

- Les réponses peuvent inclure les suivantes :
 - La femme peut éprouver des difficultés à dire à l'homme de ne pas participer à l'entretien même si elle ne veut pas qu'il soit présent.
 - Un conjoint furieux ou hostile peut constituer un danger pour le personnel et pour la femme.
 - Il est possible que cette personne ne soit pas son conjoint mais un frère ou un ami.

Montrer et commenter la diapositive : *Garantir la confidentialité*

- Informer la femme que toutes les informations sont confidentielles.
- Lui garantir qu'aucune information ne sera divulguée sans son autorisation.

Dire : Tout comme le respect de l'intimité et la confidentialité sont des aspects importants, certaines attitudes sont essentielles pour garantir la qualité du service des prestataires de soins qui proposent des activités de counseling dans le cadre de soins liés à l'avortement.

Présenter l'activité « Quatre coins ».

- Informer les participants qu'il s'agit d'une activité au cours de laquelle ils vont exprimer leur propre point de vue personnel tout en défendant les opinions d'autres personnes. Les participants doivent être encouragés à répondre le plus honnêtement possible afin de tirer le meilleur parti de l'activité.

Dire : Souvent nos convictions sur l'avortement sont tellement enracinées que nous n'en sommes pas entièrement conscients avant d'y être confrontés dans le cadre de situations qui les font remonter à la surface. Cette activité nous aide à identifier nos propres convictions sur l'avortement tout en nous permettant d'envisager les problèmes en partant de perspectives différentes.

Remarque à l'intention du formateur : Vous pouvez adapter les affirmations qui se trouvent sur les fiches d'exercice pour qu'elles s'adaptent plus étroitement aux circonstances des participants. Si votre formation ne concerne que les soins après avortement, vous pouvez adapter les affirmations pour qu'elles ne traitent que de questions spécifiquement liées aux soins après avortement.

- Remettre à chaque participant une fiche d'exercice « Quatre coins » partie A. La consigne est de n'inscrire son nom sur aucune de ces feuilles. Leur demander de remplir la fiche et ensuite de la retourner.
- Remettre à chaque participant une fiche d'exercice « Quatre Coins » partie B. Leur demander de remplir la fiche et ensuite de la retourner. Si le participant est un homme lui demander dans cette situation de remplir la fiche comme s'il était une femme.
- Demander aux participants de retourner les fiches A et B face lisible sur le dessus, et de les placer l'une à côté de l'autre. Leur indiquer que la partie A sonde leurs convictions à l'égard des femmes en général, et que la partie B sonde leurs convictions par rapport à soi-même. Demander aux participants de comparer leurs réponses de la fiche A avec celles de la fiche B.
- Poser les questions suivantes en vue d'orienter la discussion :
 - *Quels similarités ou différences constatez-vous dans vos convictions lorsqu'elles concernent les femmes en général ou lorsqu'elles vous concernent personnellement?*
 - *Si vous constatez des différences, à quoi, selon vous, se doivent-elles ?*
- Consacrer quelques instants à une brève discussion. Signaler que des différences entre les réponses sur les fiches A et B peuvent parfois être l'indication d'une pratique du « deux poids, deux mesures ». Certaines personnes pensent que les femmes en général ne devraient pas avoir libre accès aux soins d'avortement, mais par contre, qu'elles-mêmes devraient être en mesure de les obtenir si elles, ou certaines de leurs proches, les nécessitent. Les participants doivent être encouragés à se demander s'ils sont en train de pratiquer le « deux poids, deux mesures » entre les convictions qu'ils professent pour eux-mêmes et celles qu'ils réservent aux femmes en général, et à entamer une réflexion plus approfondie à ce sujet. Insister sur l'impact négatif que cette pratique du « deux poids, deux mesures » peut avoir sur la disponibilité des soins d'avortement, la stigmatisation sociale de

l'avortement et sur la législation et les politiques en matière d'avortement.

- Demander aux participants de se placer debout en cercle, de chiffonner la partie A de leur fiche pour en faire une boule et de la lancer au milieu du cercle. Renvoyer, de manière aléatoire l'une de ces boules de papier à chaque participant. Expliquer que pour le reste de l'activité ils devront agir/parler en fonction des réponses qu'ils ont maintenant entre les mains. S'ils ont récupéré leur propre feuille d'exercice, ils devront prétendre que quelqu'un d'autre l'a remplie.
- Signaler les quatre pancartes placées autour de la salle. Expliquer aux participants qu'ils vont discuter successivement certaines des affirmations figurant sur la partie A de la feuille.

Remarque à l'intention du formateur : Cette activité sera trop longue si vous tentez de discuter toutes ou ne serait-ce que la plupart des affirmations. Trois affirmations suffisent habituellement pour obtenir l'effet recherché dans le cadre de cette activité. Si les participants veulent se rendre compte de comment le groupe dans son ensemble a répondu à toutes les affirmations, vous pouvez leur demander de se déplacer vers les quatre coins de la salle à l'énoncé de chaque affirmation afin de voir comment les réponses se distribuent, dans ce cas limitez-vous à ne discuter qu'un nombre restreint d'affirmations. Choisissez les affirmations qui risquent de susciter les discussions les plus intéressantes en fonction de votre audience et de la situation. Vous pouvez sélectionner les affirmations à l'avance ou seulement une fois que vous avez vu les réponses des participants et que vous avez repéré les affirmations qui génèrent les différences d'opinion les plus tranchées.

- Lire la première affirmation à haute voix. Demander aux participants de se placer devant la pancarte qui correspond à la réponse encerclée sur la fiche qu'ils tiennent entre les mains. Rappeler aux participants qu'ils agissent en fonction des réponses se trouvant sur leur fiche d'exercice, même si cette position est en contradiction avec leurs propres convictions.
- Demander aux participants d'être attentifs à la disposition des personnes dans la salle et de noter les opinions de l'ensemble du groupe. Il se peut qu'il y ait des groupes de différentes tailles dans les quatre coins, mais aussi qu'il n'y ait personne dans certains coins. Vous pouvez alors demander à des participants de changer de coins si les quatre coins ne sont pas représentés de manière suffisamment homogène.

- Demander au groupe se trouvant devant chaque pancarte de discuter ensemble pendant deux minutes la raison la plus importante qui, selon eux, motive une telle conviction.
 - Les encourager à chercher des raisons plus profondes fondées sur des valeurs fondamentales sous-jacentes.
 - Les groupes « Tout à fait d'accord » et « Pas du tout d'accord » devraient s'assurer qu'ils réussissent à établir une différence avec ceux qui se contentent d'être simplement « D'accord » et « Pas d'accord ».
 - Demander à chaque groupe de nommer un porte-parole chargé d'expliquer les motifs qui expliquent pourquoi des personnes ont cette conviction. Demander au porte-parole de défendre cette opinion avec vigueur comme s'il s'agissait de leur propre conviction. Par exemple : « Je ne suis absolument pas d'accord avec cette affirmation parce que... ».
- Commencer avec le porte-parole de « Tout à fait d'accord », et poursuivre dans l'ordre jusqu'à « Pas du tout d'accord ».
 - Rappeler aux participants que le porte-parole désigné peut, ou non, partager personnellement l'opinion qu'il est chargé de défendre.
 - A ce stade, ne pas laisser les autres groupes faire des commentaires.
- Lire la prochaine affirmation, et demander aux participants de se placer devant l'affiche qui correspond à la réponse encerclée sur la fiche qu'ils tiennent entre les mains. Demander aux participants de noter l'opinion de l'ensemble du groupe. Redistribuer certaines personnes si les groupes ne sont pas homogènes. Demander aux groupes de sélectionner comme porte-parole quelqu'un qui n'a pas encore parlé. Inverser l'ordre de passage des groupes.
- Poursuivre de cette manière pour chacune des affirmations restantes.
- Demander aux participants de rejoindre leur place. Animer une discussion à propos de l'activité en posant certaines des questions suivantes :
 - Quel effet cela produit sur vous de défendre des convictions sur l'avortement qui n'étaient pas les vôtres ?
 - Quel effet cela produit sur vous d'entendre défendre vos convictions par d'autres personnes ?
 - Quelles raisons motivant certaines convictions seraient susceptibles de vous faire penser différemment ?

- Quelles sont vos impressions face aux convictions générales professées par les autres personnes se trouvant avec vous dans la salle (insister sur « convictions générales », il ne s'agit pas de pointer du doigt les convictions d'un individu en particulier) ?
- Quelles sont selon vous les valeurs fondamentales qui sous-tendent ces convictions ?
- De quelle manière vos convictions sur l'avortement affectent-elles la stigmatisation ou l'acceptation sociale de l'avortement ?
- Quelle est la pertinence des convictions discutées au cours de cette activité sur les soins d'avortement là où vous vivez ou exercez ?
- Certains des arguments ou des raisonnements présentés par les groupes se fondaient-ils sur le droit internationalement reconnu des femmes à la santé reproductive, et notamment à l'avortement sécurisé ? Dans la négative, qu'est-ce que cela nous montre sur notre compréhension du droit des femmes à obtenir des services d'avortement ?
- De quelle manière nos convictions sur l'avortement influencent-elles la manière dont nous dispensons des services d'avortement ?
- Que pouvons-nous faire pour garantir le maintien d'un niveau professionnel élevé dans la qualité des soins d'avortement que nous dispensons indépendamment de nos convictions personnelles ?

Note au formateur : Lorsque vous posez des questions sur les droits des femmes, vous pouvez souhaiter donner des informations sur les accords ou les traités internationaux relatifs à la santé et aux droits humains qui incluent le droit à l'avortement sécurisé afin d'indiquer s'ils ont été ratifiés par le pays ou les pays représentés au cours de votre séminaire.

Les prestataires de soins ou les professionnels de santé auront peut-être besoin d'aide concernant la dernière question.

Voici quelques suggestions : participer à davantage de formations sur la manière de dispenser des soins d'avortement avec compassion et sans préjugés ; demander à ses collègues des commentaires en retour sur sa pratique et en tenir compte pour l'améliorer ; instaurer un système anonyme permettant d'évaluer la satisfaction des patientes/clientes et procéder à des améliorations en fonction de ces commentaires ; envisager un transfert vers une autre spécialité clinique si les convictions personnelles empêchent de pratiquer des soins d'avortement de qualité ou d'orienter adéquatement les patientes.

Dire : Avez-vous des questions ou des commentaires par rapport à cette activité « Quatre coins » ? Quels sont les préjugés que des professionnels de santé peuvent avoir à l'égard des femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement ?

- Des professionnels de santé peuvent avoir des préjugés à l'égard de femmes :
 - Qui veulent interrompre leur grossesse
 - Qui ont des avortements multiples
 - Qui ont des difficultés à utiliser régulièrement une contraception ou n'utilisent pas de contraception, même si elles ne veulent pas être enceintes.
 - Qui sont enceintes alors qu'elles sont séropositives
 - Qui ont des partenaires multiples
 - Qui sont très jeunes/adolescentes
 - Qui ont subi une agression sexuelle
 - Qui sont de race ou de religion différente ou qui ont une orientation sexuelle différente
 - Qui ont subi un avortement non sécurisé ou illégal

Paraphraser ou exprimer différemment les points suivants :

- Toutes les femmes, indépendamment de leur âge, ont droit à la même qualité de services en matière d'avortement.
- Les professionnels de santé devraient pouvoir dissocier entièrement leurs attitudes et leurs préjugés personnels de leurs responsabilités professionnelles.
- Les préjugés négatifs influent sur la confiance que les femmes éprouvent à l'égard des prestataires de soins et réduisent la probabilité qu'elles s'adressent à eux pour obtenir des soins.

Renvoyer les participants au document d'Ipas : Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale, pour plus de détails sur les valeurs, les attitudes et la responsabilité des professionnels.

Dire : L'empathie est un aspect important dans le cadre de soins d'avortement de qualité. L'empathie est la capacité de comprendre le ressenti d'une autre personne depuis la perspective de cette personne et à lui communiquer cette compréhension. Avoir de l'empathie ne signifie pas éprouver de la pitié pour cette personne.

Montrer la diapositive : *Le prestataire de soins empathique*

- Écoute activement
- Est authentique
- Cherche à comprendre le ressenti de la femme depuis sa perspective
- Fait preuve de compassion
- Répond honnêtement
- Est amical et dévoué

Dire : Les femmes ont droit à un counseling et à des soins d'avortement empathiques. Nous allons maintenant explorer différentes techniques pour un counseling efficace

3. Techniques et plan pour un counseling efficace

Demander aux participants de prendre cinq minutes pour lire la section du Manuel de référence sur une communication efficace.

Demander aux participants de se remémorer une circonstance au cours de laquelle ils ont eu une conversation privée et sérieuse et où ils ont eu l'impression que la personne en face d'eux ne les écoutait pas avec suffisamment d'attention.

Quels sont les éléments de communication, verbaux et non verbaux, de cette personne qui vous ont fait ressentir son manque d'attention ?

- Inviter les participants à accompagner chacune de leurs réponses d'un exemple bref mais spécifique.
- Réponses possibles :
 - La personne avait des idées préconçues à mon égard et à l'égard de ce que j'essayais de dire.
 - Elle s'est concentrée sur ses propres préoccupations plutôt que les miennes.
 - Elle a démontré son manque d'intérêt à travers des indices non verbaux (bâillements, signes de distraction).
 - Elle n'a posé que des questions fermées.
 - Elle n'a pas maintenu de contact visuel avec moi.
 - Elle m'a interrompu ou s'est mise à parler alors que je parlais encore.
 - Elle n'a pas compris ce que j'ai dit.

- Elle n'a pas fait attention aux indices non verbaux que je lui adressais.
- Elle n'a pas vérifié que j'avais bien compris.
- Elle n'a rien fait pour empêcher les interruptions (coups de téléphones, interruptions par des tiers).

Demander aux participants de se remémorer une circonstance au cours de laquelle ils ont eu une conversation privée et sérieuse et où ils ont vraiment eu l'impression que la personne en face d'eux les écoutait attentivement.

- Quels sont les éléments de communication, verbaux ou non verbaux, de cette personne qui vous ont donné la sensation qu'elle vous écoutait attentivement ?
 - Inviter les participants à accompagner chacune de leurs réponses d'un exemple bref mais spécifique.
- Réponses possibles:
 - La personne est restée attentive.
 - Elle s'est concentrée sur mes besoins.
 - Elle a eu recours à des signaux non verbaux pour démontrer son intérêt (m'a fait face, s'est penchée légèrement en avant, a hoché la tête, a utilisé des contacts physiques appropriés).
 - Elle m'a posé des questions ouvertes.
 - Elle a utilisé des paroles d'encouragement (« oui », « continuez », « dites m'en davantage »).
 - Elle était très attentive dans son écoute en cherchant la signification sous-jacente de ce que je lui disais.
 - Elle a remarqué mes indices non verbaux.
 - Elle a suivi ce que je disais de commentaires appropriés pour m'encourager à explorer mon ressenti.

Montrer la diapositive: *Écoute active*

L'écoute active ne consiste pas à se borner à entendre

- Fait appel à plusieurs sens (regard, touché, etc.) pour recueillir des informations, démontrer de l'intérêt et de la compréhension et encourager la communication.
- Évite toute phrase condescendante.

Dire: Pouvez-vous donner un exemple de phrase condescendante ?

Les réponses peuvent inclure : « Ne t'en fait pas », « Tu vas te sentir mieux bientôt » et « Tu verras tout se terminera bien ». Ces réponses peuvent donner à la personne qui les entend l'impression que son interlocuteur ne prend pas au sérieux ses préoccupations.

Montrer la diapositive: *Communication verbale*

- Parler et écouter activement en recourant à des phrases d'encouragement.
- Poser des questions ouvertes afin d'encourager la communication.
- Démontrer de la compréhension pour les sentiments exprimés.

Demander aux participants de donner un exemple de chaque caractéristique.

Montrer la diapositive: *Communication non verbale*

- Gestes, langage corporel.
- Expressions du visage.

Demander aux participants de donner un exemple de chaque caractéristique.

Montrer la diapositive: *Communication efficace*

- Rester attentif.
- Recourir à des indices non verbaux pour démontrer sa préoccupation.
- Poser des questions ouvertes.
- Utiliser des mots/paroles d'encouragement.

Montrer la diapositive: *Communication efficace (suite)*

Rester très attentifs à ce que dit la femme.

- Observer les indices non verbaux qu'elle envoie.
- L'aider à explorer ses sentiments.
- Utiliser un langage médical qu'elle puisse comprendre.

Montrer la diapositive: *Communication efficace*

Expliquer qu'il s'agit d'un bref aperçu des techniques de communication les plus efficaces. Il s'agit de quelque chose de similaire à l'approche BERCER (GATHER, en anglais), probablement familière à de nombreux participants. Voir : Ressources supplémentaires en matière de formation pour de plus amples informations.

- Encourager les participants à consulter le Manuel de référence pour des informations plus complètes.

Dire: Les femmes sont susceptibles de ressentir de nombreuses émotions différentes pendant qu'elles reçoivent des soins d'avortement. Un prestataire de soins ne devrait jamais avoir d'idées préconçues ou de préjugés sur ce que peut ou devrait ressentir une femme.

- Demander aux participants ce que peuvent ressentir les femmes à l'égard de leur grossesse.
 - Les différents sentiments ressentis peuvent inclure : joie, espoir, incertitude, crainte, tristesse, déception, culpabilité, désespoir, soulagement et bien d'autres sentiments encore.
- Demander aux participants d'énumérer ce que peut ressentir une femme qui a un avortement.
 - Comme dans le cas d'une grossesse, les sentiments possibles peuvent inclure : joie, espoir, incertitude, crainte, tristesse, déception, culpabilité, désespoir, soulagement et bien d'autres sentiments encore. Les femmes peuvent ressentir toute une gamme de sentiments variés. Il n'existe pas de sentiment correct à l'égard d'une grossesse ou d'un avortement. Les prestataires de soins doivent donner l'occasion aux femmes d'exprimer leurs sentiments et les soutenir lorsqu'elles le font.

Dire: Nous allons maintenant discuter le contenu d'un counseling lié à l'avortement.

Lorsqu'une femme demande à obtenir un avortement, elle a déjà envisagé les possibilités qui s'offrent à elle et elle a déjà pris une décision. Toutefois, si la femme cherche à obtenir des informations sur les différentes possibilités qui pourraient être les siennes, le prestataire de soins peut les examiner avec elle.

Montrer la diapositive: *Options*

- Mener la grossesse à son terme
 - Garder l'enfant et l'élever
 - Abandonner l'enfant pour qu'il puisse être adopté
- Interrompre la grossesse

Expliquer qu'une fois que la femme a pris une décision ferme, sans coercition et sans pression, d'interrompre sa grossesse, le prestataire de soins peut alors passer aux informations suivantes.



Montrer la diapositive: *Informations entourant la décision d'interrompre la grossesse*

- Confidentialité des soins
- Âge gestationnel
- Méthodes d'évacuation utérine disponibles
- Médicaments antidouleur disponibles
- Autres test susceptibles d'être pratiqués
- Anomalies fœtales ou autres troubles détectés, si applicable.
- Permission, en cas de nécessité, de traiter une complication.

Montrer la diapositive: *Obtenir un consentement éclairé*

Expliquer qu'en vue d'obtenir un conseil éclairé, les prestataires de soins devraient toujours faire le point des circonstances médicales de la femme et des options qui sont les siennes, notamment des risques et des bénéfices de chacune de ces options ainsi que de leurs alternatives.

Montrer la diapositive: *Choix de la procédure*

- Différences entre les méthodes
- Ce qui sera fait pendant et après la procédure
- Ce que la femme est susceptible de sentir
- Combien de temps cela va prendre
- Options de contrôle de la douleur qu'elle peut choisir
- Effets escomptés, effets secondaires, risques et complications potentielles
- Soins post-procédure et suivi, si nécessaire.

Renvoyer les participants au module « Méthodes d'évacuation utérine » du Manuel de référence pour des informations plus complètes sur l'aspiration intra-utérine et les méthodes médicamenteuses. Il existe un diagramme permettant de comparer les différentes méthodes qui peut être examiné avec la femme au cours de la séance de counseling.

Dire: Lorsque les besoins en termes de counseling de la femme dépassent les capacités du prestataire de soins ou de l'établissement médical, le prestataire devrait orienter la femme vers une prise en charge supplémentaire ou vers d'autres services.

Poser aux participants les questions suivantes et enregistrer leurs réponses sur une feuille de tableau.

- Pouvez-vous donner des exemples de cas où un prestataire de soins devrait orienter sa patiente vers d'autres services ?
- Pouvez-vous citer des moyens permettant de déterminer un besoin d'orientation ou de ressources supplémentaires?
- Pouvez-vous citer différents moyens permettant de développer un protocole et un système d'orientation ?

Renvoyer les participants vers le Manuel de référence pour des informations plus complètes sur la manière d'orienter les patientes.

Montrer la diapositive: *Orientation des patientes*

Remettre une fiche d'orientation des patientes à chaque participant.

- Donner aux participants comme consigne de remplir la fiche d'orientation à leur retour dans leurs établissements respectifs.
- Leur indiquer qu'ils peuvent utiliser ces fiches d'orientation pour développer des protocoles d'orientation des patientes

Montrer la diapositive : *Comment conclure une séance de counseling*

- Résumer les principaux concepts.
- Demander à la femme si elle a encore d'autres questions à poser.
- S'assurer que la femme a bien compris toutes les informations importantes, cliniques et autres.
- Remettre des notes d'information écrites ou des consignes d'orientation.

Montrer la diapositive: *Considérations concernant les soins après avortement*

- Il est probable qu'il faille attendre jusqu'à ce que l'état de la femme soit stabilisé et qu'elle soit en mesure de comprendre et de communiquer pour entreprendre le processus de counseling et obtenir de sa part un consentement éclairé.
- Comme dans tous les soins qui touchent à l'avortement, les femmes ont droit au respect de l'intimité et à la confidentialité.
- Les prestataires devraient être en mesure de répondre à des questions relatives à l'obtention d'un avortement légal et sécurisé dans les endroits où ces services sont dispensés.

- Les prestataires de soins doivent tenir compte du fait qu'il peut s'agir d'une grossesse voulue.

Dans quelles circonstances peut-il être nécessaire de retarder le processus de counseling et l'obtention d'un consentement éclairé ?

- Les raisons suivantes devraient figurer parmi les réponses :
 - En cas de choc ou de troubles susceptibles de mettre la vie de la femme en danger, l'évaluation clinique complète et l'obtention d'un consentement volontaire et éclairé peuvent être retardés jusqu'à ce que l'état de la femme soit stabilisé.
 - Si une femme éprouve une douleur extrême ou qu'elle présente des signes de détresse émotionnelle, le counseling ne devrait être entrepris qu'une fois son état stabilisé et lorsqu'elle est en mesure de comprendre et de communiquer.

Dire : Dans un environnement juridiquement restrictif, des femmes qui ont provoqué elles-mêmes un avortement ou qui ont eu recours à un avortement clandestin peuvent avoir particulièrement peur d'être dénoncées aux autorités. Les prestataires de soins devraient indiquer à la femme qu'aucune information médicale ou personnelle ne sera communiquée sans son autorisation express, sauf dans les cas où la législation l'exige spécifiquement. Les prestataires de soins n'ont habituellement pas l'obligation de signaler les avortements aux autorités.

Vous allez maintenant avoir l'occasion de pratiquer les techniques de counseling destinées aux femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement à travers différents jeux de rôle.

Séparer les participants en groupes de trois personnes.

- Donner à chacun des groupes un exemplaire des scénarios « Jeu de rôle sur le counseling » ainsi que la liste de contrôle sur le counseling.
 - Demander aux participants d'étudier la liste de contrôle sur le counseling avant de commencer.
 - Assigner un scénario à chaque groupe.

SAA

Si la formation ne concerne que les soins après avortement, les formateurs devront sélectionner les scénarios de jeux de rôle correspondants.

- Dans chaque groupe, un participant devra jouer le rôle de la femme, un autre celui du prestataire de soins chargés du counseling et le troisième sera là en qualité d'observateur.
 - Le prestataire de soins et la femme joueront leur rôle pendant environ 15 minutes, et pendant ce temps

l'observateur évaluera le jeu de rôle à l'aide de la liste de contrôle sur le counseling.

- À la fin du jeu de rôle, au sein de chaque groupe, le prestataire de soins donnera un feedback sur les compétences en matière de counseling qu'il pense avoir bien couvertes et sur les domaines à améliorer. La femme et l'observateur utiliseront alors la liste de contrôle pour donner un feedback à celui qui a joué le rôle du prestataire.

Après 20 minutes, réunir à nouveau les participants en un seul groupe et choisir les trois participants les plus compétents pour qu'ils jouent le jeu de rôle face à l'ensemble du groupe. Analyser l'activité à l'aide des questions suivantes :

- Quelles étaient les principaux problèmes liés au counseling mis en exergue dans chaque scénario ?
- Quels sont les compétences de counseling dont le prestataire de soins s'est acquitté de manière satisfaisante ?
- Quelles sont les difficultés d'un counseling efficace en matière d'avortement ?

Expliquer aux participants qu'ils vont maintenant remplir des « Plans pour l'amélioration des compétences de counseling ».

- Demander aux participants de ressortir la fiche d'auto-évaluation en matière de counseling qu'ils avaient remplie avec la « Liste de contrôle des compétences en matière de counseling » au début du module.
 - Distribuer à chaque participant une fiche « Amélioration des compétences de counseling ».
- Leur demander, pour chaque domaine de compétence de counseling, d'identifier les compétences et les pratiques souhaitées, les améliorations nécessitées ainsi que les plans d'amélioration.
- Donner aux participants un dizaine de minutes pour remplir ces fiches. Leur suggérer de mettre en pratique ces plans d'amélioration une fois qu'ils seront de retour dans leurs établissements respectifs.

4. Résumé et test

Demander aux participants quels ont été les points clés de ce module. Se servir des objectifs comme point de référence.

Les participants ont-ils encore des questions à propos de ce qui a été traité au cours de ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de remplir le test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Analyser les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Remercier les participants.

Bibliographie

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women, second edition*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG).

Baker, A., et Beresford, T. (2009). Informed consent, patient education, and counseling. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes & P. G. Stubblefield (Eds.), *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, NY: Churchill Livingstone.

Cameron, S. T., et Glasier, A. (2012). Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome. *Contraception*.

Caralis, P. V., et Musialowski, R. (1997). Women's experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *South African Medical Journal*, 90(11), 1075–1080.

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106–111.

De Bruyn, M. (2003). *Violence, pregnancy and abortion: Issues of women's rights and public health, second edition*. Chapel Hill, NC: Ipas.

EngenderHealth. (1999). *Counseling the postabortion patient: Training for service providers*. New York, NY: EngenderHealth.

Family Health International. (2003). *Reproductive health of young adults: Contraception, pregnancy and sexually transmitted diseases*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Fonds des Nations unies pour l'Enfance. (2000). La Violence domestique à l'égard des femmes et des filles. *Innocenti Digest*, 6.

- Gallo, M. F., et Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1812–1822. Doi : 10.1016/j.socscimed.2007.02.005
- Gardner, R., et Blackburn, R. (1997). People who move: new reproductive health focus. *Population Reports, Series J*(45), 1–27.
- Hall, J. A., Roter, D. L., et Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657–675.
- Harries, J., Orner, P., Gabriel, M., et Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: A qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4, 7.
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR). (1995). *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes*. Genève, Suisse : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence*, (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Johns Hopkins School of Public Health. (1999). Pullout guide: What health care providers can do about domestic violence. *Population Reports, Series L*(11).
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database SystRev*(11), CD002855.
- Lansdown, G., et UNICEF. Innocenti Research Centre. (2005). *The evolving capacities of the Child*. Florence, Italie : Save the Children: UNICEF.
- McIntyre, J. (1999). *HIV in pregnancy: A review*. Genève, Suisse: ONUSIDA.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). *Planification familiale après avortement : Guide pratique à l'intention des responsables de programme*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (Deuxième édition.). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). *Transmission du VIH de la mère à l'enfant*. Repris dans [http:// www.who.int/hiv/topics/mtct/en/](http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), et ONUSIDA. (2007). *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Repris dans <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>
- Paul, M., Grimes, D. A., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., et Stubblefield, P. G. (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York, NY: Churchill Livingstone.
- Paul, M. E., Mitchell, C. M., Rogers, A. J., Fox, M. C., et Lackie, E. G. (2002). *Early surgical abortion: efficacy and safety*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 407–411.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C., et Dudley, S. (Eds.). (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

PRIME. (1997). *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development*. Chapel Hill, NC: INTRAH.

Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34(3), 175–180. doi: 10.1783/147118908784734765

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2004). *The care of women requesting induced abortion*. Evidence-based Clinical Guideline, (No. 7).

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flin, S. K., et Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. Repris dans <http://bixbycenter.ucsf.edu/publications/files/EMAR.pdf>

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A., et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, K. L., et Page, K. C. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Winkler, J., et Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum guide for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Correction du test de connaissances

1. Faux
2. Faux
3. Vrai
4. Faux
5. Faux
6. Vrai
7. b
8. c
9. a
10. d

Test de connaissances : Counseling

Entourer « Vrai » ou « Faux ».

1. Vrai ou Faux Fournir counseling à une femme signifie lui donner des informations.
2. Vrai ou Faux Les prestataires de soins désignés pour accompagner les femmes n'ont pas besoin d'être formés aux techniques de counseling du moment qu'ils font preuve de sensibilité.
3. Vrai ou Faux Chaque fois que possible, le counseling devrait avoir lieu avant la procédure clinique.
4. Vrai ou Faux La prise de décision éclairée a lieu avant que le prestataire de soins ait expliqué quelles étaient les options en matière de procédures.
5. Vrai ou Faux Faire preuve d'empathie c'est éprouver de la peine pour la femme qui se trouve en face de soi.
6. Vrai ou Faux Personne ne devrait participer à une séance de counseling sans que la femme ait donné son autorisation expresse, pas même d'autres professionnels de santé.
7. Quel est le rôle principal de la personne chargée de l'accompagnement préalable à des soins d'avortement ?
 - a. Convaincre la femme de l'option correcte à suivre en cas de grossesse non désirée.
 - b. Aider la femme à clarifier ses sentiments, ses pensées, ses questions et ses décisions, et la soutenir dans son choix.
 - c. Veiller qu'elle n'ait jamais plus d'autre avortement.
 - d. Donner des conseils sur ce que le prestataire de soins ferait dans sa situation.
8. Entourer l'exemple ou les exemples ci-dessous qui correspondent à des questions ouvertes :
 - a. Comprenez-vous que toutes les informations discutées ici seront traitées de manière confidentielle ?
 - b. Avez-vous des préoccupations concernant les soins qui vous sont, ou vous seront, donnés ?
 - c. Comment vous sentez-vous par rapport aux sujets que nous avons abordés aujourd'hui ?
 - d. Aimeriez-vous que je vous parle pendant la procédure ?
9. Un prestataire de soins devrait faire tout ce qui suit au moment de clore une session de counseling, excepté :
 - a. Répéter toutes les informations couvertes au cours de la session.
 - b. Demander à la femme si elle a d'autres questions à poser
 - c. S'assurer que la femme a bien compris les informations qui lui ont été données.
 - d. Donner des informations écrites ou sous forme de dessins ou diagrammes, ou des notes d'orientation si nécessaire.

10. En quoi une attitude empreinte de jugement de la part d'un prestataire de soins peut-elle affecter une femme?
- a. Réduire la probabilité que la femme suive les recommandations qui lui sont faites.
 - b. Réduire sa satisfaction à l'égard des soins.
 - c. Réduire la probabilité qu'elle s'adresse à un prestataire de soins pour obtenir des soins à l'avenir.
 - d. Toutes les affirmations susmentionnées.

Liste de contrôle des compétences en matière de counseling

Consignes pour l'auto-évaluation : Cocher « oui » ou « non » en fonction des compétences que vous démontrez de manière habituelle lors de vos sessions de counseling et noter ses commentaires.

Consigne pour l'observation : Observer et évaluer la session de counseling en silence. Ne pas intervenir, verbalement ou non verbalement, avec la femme ou le prestataire de soins pendant l'observation. Cocher « oui » ou « non » en fonction des compétences démontrées par le prestataire de soins au cours de la session de counseling et noter ses commentaires. Une fois la session terminée, faire part de son évaluation et de ses commentaires au prestataire de soins en privé.

| Compétences | | Oui | Non | Commentaires |
|-------------|--|-----|-----|--------------|
| SAA | Options relative à la poursuite de la grossesse | | | |
| SAA | Discute de toutes les options relatives à la poursuite de la grossesse avec la femme, si celle-ci le souhaite | | | |
| | Consentement éclairé et volontaire | | | |
| | Donne des informations complètes sur toutes les options possibles | | | |
| | Discute des avantages, des risques, des solutions alternatives et explique ce à quoi il faut s'attendre dans le cas de chaque procédure | | | |
| | Explore les conséquences au cas où la femme ne recevrait pas de soins liés à l'avortement | | | |
| | Explique la procédure dans le détail une fois que la méthode a été déterminée | | | |
| | S'assure que la femme a bien compris les informations qu'elle a reçues | | | |
| | S'assure que la femme a donné son consentement sans pression et sans coercition | | | |
| | Obtient le consentement de la patiente avant de procéder à l'évacuation utérine sauf si celle-ci nécessite des soins en urgence. | | | |
| | Options en matière de procédures | | | |
| | Donne des informations sur la grossesse et la situation médicale, explique les conditions dans lesquelles les procédures sont admises, les méthodes disponibles ainsi que la gestion de la douleur dans un langage simple et clair | | | |
| | Encourage la femme à poser des questions et s'assure qu'elle comprend les informations qui lui sont données | | | |
| | Ne mentionne à aucun moment ses propres préférences dans la discussion | | | |
| | Obtient l'autorisation de la femme de la traiter au cas improbable de complication ou d'urgence | | | |
| | Discute du retour de la fécondité suite à la procédure, des options en matière de contraception, et du moment où elles peuvent être données ou mises en place. | | | |

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Counseling | | | |
| Propose un accompagnement en toute confidentialité dans un endroit où personne ne peut voir ou entendre la conversation | | | |
| Assure la femme de son respect de la confidentialité | | | |
| Demande de manière privée à la femme si elle souhaite inviter quelqu'un à assister à la session d'accompagnement | | | |
| Structure le counseling en fonction des besoins et des préoccupations de chaque femme | | | |
| Tient compte des circonstances individuelles de chaque femme, notamment de son état émotionnel et physique, de sa condition médicale, de sa culture et de sa religion et de ses capacités de compréhension. | | | |
| Fait preuve d'empathie | | | |
| Est capable de dissocier entièrement ses propres valeurs et convictions de celles de la femme | | | |
| Orienté, le cas échéant, la femme vers des services complémentaires. | | | |
| Communication efficace verbale et non-verbale | | | |
| Se place en face ou s'assied à côté de la femme sans qu'il y ait d'obstacles physiques entre eux | | | |
| Se penche légèrement en avant et établit un contact visuel approprié avec la femme | | | |
| Pose des questions ouvertes dénuées de jugements et sans à priori | | | |
| Répond de manière exhaustive aux questions de la femme dans un langage clair et simple | | | |
| Utilise des expressions non verbales, des expressions du visage et des gestes appropriés | | | |
| Écoute activement et avec attention en se concentrant sur la femme | | | |
| Démontre sa compréhension des sentiments et des préoccupations de la femme | | | |
| Confirme avec la femme avoir correctement compris ce qu'elle a dit ou exprimé | | | |
| Tient compte de certaines considérations particulières | | | |
| Orientation de la patiente | | | |
| Orienté la femme vers d'autres services médicaux nécessaires | | | |
| Orienté vers des services accessibles et adaptés | | | |

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Comment clore une session de counseling | | | |
| Demande à la femme de résumer les principales informations qui ont été discutées | | | |
| L'invite à poser d'autres questions supplémentaires | | | |
| S'assure que la femme comprend les informations et les consignes | | | |
| Donne, le cas échéant, des informations écrites ou sous la forme de diagrammes ou d'images ainsi que des notes d'orientation | | | |
| Consigne les soins et l'orientation dans un registre prévu à cet effet. | | | |

SAA Activité « Quatre coins », partie A**Consignes**

Veillez lire les affirmations suivantes et entourer les réponses qui correspondent le plus fidèlement à vos convictions personnelles. Veuillez répondre en toute honnêteté et n'inscrivez pas votre nom sur cette feuille.

TD = Tout à fait d'accord D = D'accord PD = Pas d'accord PDTD = Pas du tout d'accord

| | | | | |
|---|----|---|----|------|
| 1. Les soins d'avortement devraient être accessibles à toutes les femmes qui le souhaitent. | TD | D | PD | PDTD |
| 2. Les femmes qui ont recours à l'avortement interrompent une vie. | TD | D | PD | PDTD |
| 3. Une femme devrait pouvoir avoir recours à l'avortement même si son conjoint ou son partenaire souhaite qu'elle poursuive sa grossesse. | TD | D | PD | PDTD |
| 4. Les législations libérales en matière d'avortement entraînent davantage de comportements sexuels irresponsables. | TD | D | PD | PDTD |
| 5. Des femmes et des adolescentes non mariées devraient pouvoir recourir à l'avortement si elles le souhaitent. | TD | D | PD | PDTD |
| 6. Les cliniciens qui se spécialisent en gynécologie obstétrique ont la responsabilité de pratiquer des avortements. | TD | D | PD | PDTD |
| 7. Les mineures devraient être dans l'obligation d'obtenir l'accord de leurs parents avant qu'un avortement soit pratiqué. | TD | D | PD | PDTD |
| 8. On devrait conseiller aux femmes enceintes séropositives ou atteintes du sida d'interrompre leur grossesse même s'il s'agit d'une grossesse désirée. | TD | D | PD | PDTD |
| 9. La plupart des femmes ne réfléchissent pas sérieusement aux conséquences de leur acte avant d'avoir un avortement. | TD | D | PD | PDTD |
| 10. Les femmes devraient avoir la possibilité d'obtenir un avortement au cours du second trimestre si elles le nécessitent. | TD | D | PD | PDTD |
| 11. Les femmes qui ont un avortement au cours du second trimestre font preuve d'indécision. | TD | D | PD | PDTD |
| 12. On devrait encourager les femmes qui ont des avortements multiples à se faire stériliser. | TD | D | PD | PDTD |

Activité « Quatre coins », partie B

Consignes

Veillez lire les affirmations suivantes et entourer les réponses qui correspondent le plus fidèlement à vos convictions personnelles. Veillez répondre en toute honnêteté et n'inscrivez pas votre nom sur cette feuille. Si vous êtes un homme, répondez comme si vous étiez une femme se trouvant dans cette situation.

TD = Tout à fait d'accord D = D'accord PD = Pas d'accord PDTD = Pas du tout d'accord

| | | | | |
|--|----|---|----|------|
| 1. Je devrais avoir accès à des soins d'avortement si c'est ce que je souhaite. | TD | D | PD | PDTD |
| 2. Si je recourais à l'avortement, cela équivaldrait à interrompre une vie. | TD | D | PD | PDTD |
| 3. Je devrais pouvoir obtenir un avortement même si mon conjoint ou mon partenaire souhaite que je mène la grossesse à terme. | TD | D | PD | PDTD |
| 4. Une législation plus libérale en matière d'avortement aurait pour effet de m'inciter à avoir un comportement sexuel plus irresponsable. | TD | D | PD | PDTD |
| 5. Si j'étais une femme ou une adolescente célibataire, je devrais pouvoir obtenir un avortement si c'est ce que je souhaite. | TD | D | PD | PDTD |
| 6. Si j'étais un clinicien spécialisé en gynécologie obstétrique, j'aurais la responsabilité de pratiquer des avortements. | TD | D | PD | PDTD |
| 7. Si j'étais mineure, je devrais avoir l'obligation d'obtenir l'accord de mes parents avant qu'un avortement puisse être pratiqué. | TD | D | PD | PDTD |
| 8. Si j'étais enceinte et que j'étais séropositive ou que j'étais atteinte du sida, on devrait me conseiller d'interrompre ma grossesse, même si celle-ci était souhaitée. | TD | D | PD | PDTD |
| 9. Je ne pense pas que je réfléchirais sérieusement aux conséquences d'un avortement avant d'y avoir recours. | TD | D | PD | PDTD |
| 10. Je devrais pouvoir obtenir un avortement au cours du second trimestre si j'en avais besoin. | TD | D | PD | PDTD |
| 11. Si j'avais un avortement au cours du second trimestre, cela témoignerait de mon indécision. | TD | D | PD | PDTD |
| 12. Si j'avais eu des avortements multiples, on devrait m'encourager à me faire stériliser. | TD | D | PD | PDTD |

Counseling psychologique : décision d'orientation

| Sujet | À quel moment orienter ? | Vers quel service orienter la patiente ? (coordonnées de l'agence et du personnel) |
|--|--------------------------|--|
| Services de contraception | | |
| Dépistage MST/VIH | | |
| Cancer cervical et autres types de cancers | | |
| Violence | | |
| Santé mentale | | |
| Toxicomanie | | |
| Compétences dans la vie courante (emploi, finances) | | |
| Troubles chroniques en matière de santé reproductive | | |
| Stérilité | | |

SAA Scénarios pour les jeux de rôle sur le counseling psychologique

Scénario 1

Maria est une jeune femme de 28 ans. Elle a eu deux grossesses menées à terme et trois avortements. Vous n'êtes pas sûr si l'avortement précédent était spontané ou provoqué. Ses deux enfants sont vivants et en bonne santé. Elle vous explique qu'elle ne veut pas d'autre bébé jusqu'à l'année prochaine. Elle est inquiète parce qu'elle craint, suite aux trois avortements qu'elle a déjà subi, de ne plus parvenir à être enceinte.

Scénario 2

Gita est une femme de 40 qui a six enfants. Elle est enceinte et ne veut pas d'autre enfant. Elle a des bleus et des traces de brûlure sur la poitrine, le dos et les cuisses. Sa famille ne sait pas qu'elle est venue à votre centre de santé. Elle est très préoccupée à l'idée de rentrer rapidement à la maison pour terminer ses tâches ménagères avant le retour de son mari. Son mari est fier de sa famille nombreuse et veut encore d'autres enfants.

Scénario 3

Leila est une jeune femme séropositive de 25 ans qui vient d'être traitée pour une fausse couche. Elle vous explique que c'est la troisième fois qu'elle fait une fausse couche au cours des cinq dernières années. Le mari de Leila est très fâché qu'elle ne lui ait pas encore donné de fils. Il a menacé de la renvoyer à sa famille si elle ne lui donne pas un fils rapidement. Leila a peur de dire à son mari qu'elle est séropositive.

Scénario 4

Marianna est une adolescente de 16 ans qui a eu un avortement par AMIU l'année dernière. Elle est à nouveau enceinte et elle vous dit qu'elle ne veut pas mener cette grossesse à terme. Elle veut un avortement mais elle a peur de subir une autre AMIU. Elle affirme qu'elle prenait la pilule lorsqu'elle est tombée enceinte. Son petit ami, âgé d'à peine un an de plus qu'elle, l'a accompagnée à la clinique pour l'avortement et il se préoccupe de sa santé.

Scénario 5

Karen est une professionnelle du sexe de 30 ans. Ses clients refusent d'utiliser des préservatifs et elle n'a pas les moyens de se procurer un moyen de contraception. Elle a eu quatre avortements et ne veut pas en subir un autre. Elle vit avec une autre femme qui l'a accompagnée à la clinique.

Scénario 6

Rebecca a 21 ans et elle est atteinte du syndrome de Down et elle vient à la clinique accompagnée de son responsable légal. Elle est enceinte de son petit ami qui vit dans le même foyer. Son responsable affirme qu'elle doit avoir un avortement parce qu'elle n'est pas capable de s'occuper d'un enfant. Rebecca n'est pas sûre de la manière dont elle s'est retrouvée enceinte mais elle a peur que son petit ami ait des problèmes à cause de toute cette histoire.

Scénario 7

May est une adolescente de 14 ans, elle est célibataire et elle est réfugiée dans votre pays. Elle a été violée dans le camp de réfugiés et maintenant elle est enceinte. Elle ne veut pas mener cette grossesse à terme. Sa famille n'est au courant ni du viol ni de la grossesse. Elle ne peut pas se tourner vers sa famille pour obtenir de l'aide car ils vont la renier s'ils découvrent qu'elle a été violée. May se demande si la clinique peut l'aider.

Scénario 8

Grace est une femme de 33 ans qui souffre de complications dues à des mutilations génitales féminines qu'elle a subies avant l'adolescence. De ce fait, elle est particulièrement sensible en ce qui concerne ses organes génitaux et elle a jusqu'ici évité d'être examinée par un prestataire de soins. Elle se trouve à la clinique et présente des symptômes de fausse-couche. Elle est très anxieuse à l'idée que quelqu'un puisse lui faire subir un examen vaginal.

Plan pour l'amélioration des compétences en matière de counseling

Consignes : Identifier, pour chaque domaine de compétence en matière de counseling, les compétences et les pratiques désirables, les améliorations nécessaires et les plans d'amélioration.

SAA

| Compétence | Compétences et pratiques souhaitées | Améliorations nécessaires | Plans d'amélioration |
|--|-------------------------------------|---------------------------|----------------------|
| Options relatives à la grossesse | | | |
| Consentement éclairé et volontaire | | | |
| Options relatives à la procédure | | | |
| Counseling sur les soins d'avortement et les unités de soins | | | |
| Respect de l'intimité et confidentialité | | | |
| Valeurs et empathie | | | |
| Écoute active | | | |
| Questions ouvertes et capacité à refléter les sentiments | | | |
| Communication non verbale | | | |
| Orientation | | | |
| Manière de clore la session de counseling | | | |
| Considérations particulières | | | |

Services de contraception



But :

Ce module explique pourquoi le counseling et la mise à disposition de méthodes de contraception sont des éléments déterminants de la prise en charge des soins complets d'avortement. Il traite des connaissances, des attitudes et des compétences dont les prestataires de soins doivent faire preuve pour dispenser des services de contraception de qualité optimale aux femmes qui se présentent pour des soins liés à l'avortement.



Conditions préalables:

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts régissant les soins complets d'avortement centrés sur la femme, ce qui inclut également les soins après avortement
- ☐ Décrire et énumérer les droits des femmes dans un contexte de soins liés à l'avortement
- ☐ Démontrer une bonne compréhension de la procréation humaine
- ☐ Donner des informations sur les différentes méthodes de contraception disponibles localement ; sur les méthodes modernes de contraception - leurs bénéfices et leurs risques respectifs ; sur les méthodes alternatives ; sur les critères médicaux de recevabilité des méthodes et leur utilisation, leurs modes d'action et leurs possibles effets secondaires
- ☐ Mettre des méthodes de contraception à disposition des femmes ou les transférer vers les services compétents
- ☐ Faire preuve de compétences et d'efficacité en matière de counseling dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

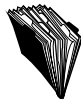


Objectifs :

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Identifier des objectifs en matière d'information, de counseling et de mise à disposition de méthodes de contraception après avortement

2. Identifier plusieurs modèles de prestation de services
3. Expliquer le fonctionnement des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (CRLDA) et de la contraception d'urgence, et comprendre l'importance de les proposer comme options
4. Comprendre l'importance de l'implication du partenaire dans le processus de counseling en matière de contraception
5. Décrire des techniques efficaces de counseling en matière de contraception
6. Pouvoir identifier les critères médicaux de recevabilité des différentes méthodes de contraception dans le cas de soins après avortement, pour toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes
7. Savoir reconnaître des situations nécessitant un counseling, des services et une orientation ou un transfert spécialisés, y compris dans le cas de femmes jeunes et d'adolescentes



Matériel didactique et documents :

- ☐ Fiche de travail Modèles de mise à disposition des services
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling à la contraception
- ☐ Texte de la scène Attitudes en matière de counseling
- ☐ Textes des scènes Aider une femme à choisir une méthode de contraception
- ☐ Scénarios pour les jeux de rôle
- ☐ Fiche de travail Information sur les méthodes de contraception
- ☐ Test de connaissances et correction du test
- ☐ Échantillon de méthodes de contraception, y compris PCU (pilule contraceptive d'urgence) si disponible
- ☐ Matériel éducatif sur les méthodes de contraception, si disponible
- ☐ HU/CCP et OMS : *Planification familiale: Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, si disponible (voir CD-ROM)



Préparation préalable :

- ☐ Faire un bilan des méthodes contraceptives et du matériel éducatif disponibles localement et s'en procurer des exemplaires pour que les participants puissent les utiliser lors des activités.
- ☐ Préparer des copies des fiches de travail, des textes, des scénarios, des listes de contrôles et du test de connaissances.
- ☐ Se familiariser avec les politiques locales en matière de contraception pour les femmes de tous âges.
- ☐ Pour des connaissances plus approfondies et en vue de faciliter les discussions sur les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (CRLDA), particulièrement dans le cas des jeunes femmes et des adolescentes, voir présentation PowerPoint figurant sur le CD-ROM du programme.

Durée : 3 heures

1. Introduction

SAA

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

SAA

Montrer la diapositive : *But*

Ce module explique pourquoi le counseling et la fourniture de méthodes de contraception sont des éléments déterminants de la prise en charge de soins complets d'avortement. Il traite des connaissances, des attitudes et des compétences dont les prestataires de soins doivent faire preuve pour dispenser des services de contraception de qualité optimale aux femmes qui se présentent pour des soins liés à l'avortement.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

À la fin de ce module les participants devront être capables de :

1. Identifier des objectifs en matière de counseling et de mise à disposition de méthodes de contraception après avortement
2. Identifier plusieurs modèles de prestation de services
3. Expliquer le fonctionnement des méthodes de contraception réversibles à longue durée d'action (CRLDA) et de la contraception d'urgence et comprendre l'importance de les proposer comme options
4. Comprendre l'importance d'impliquer le partenaire/conjoint dans le processus de counseling en matière de contraception

5. Décrire des techniques efficaces de counseling en matière de contraception
6. Pouvoir identifier les critères médicaux de recevabilité des différentes méthodes de contraception dans le cas de soins après avortement, pour toutes les femmes, y compris les jeunes femmes et les adolescentes
7. Savoir reconnaître des situations nécessitant un accompagnement, des services et une orientation ou un transfert spécialisés, y compris dans le cas de jeunes femmes et d'adolescentes

Dire : De nombreuses organisations internationales, et notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), conçoivent l'accès aux services de contraception comme une partie intégrante des droits humains élémentaires et un élément fondamental de la santé sexuelle et reproductive.

Expliquer que dans la Charte sur les droits sexuels et reproductifs de la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) deux des droits sont consacrés à la contraception.

Montrer la diapositive : *La contraception : un droit humain élémentaire*

La Déclaration de l'IPPF sur les droits sexuels et reproductifs inclut :

- Le droit de choisir de se marier ou non, de fonder et planifier une famille
- Le droit de décider d'avoir ou non des enfants et quand

Dire : Le défaut d'accès à la contraception empêche les femmes d'exercer ces droits.

Expliquer que vous allez lire une histoire en vue d'illustrer un point important.

Ava et son petit ami sont étudiants mais ils doivent également travailler pendant de longues heures afin de pouvoir couvrir leurs frais de scolarité. Ils sont très sérieux l'un envers l'autre mais leurs familles respectives ne veulent pas qu'ils se marient avant qu'ils aient fini leurs études et qu'ils aient entamé une carrière. Ils ont essayé d'obtenir un moyen de contraception à leur centre de santé local mais l'infirmière les a renvoyés en leur disant que les couples qui ne sont pas mariés ne devraient pas avoir de rapports sexuels. Ils ont tenté leur chance dans un autre centre de santé, mais avec le même résultat. Découragés, ils s'en sont remis à la méthode du retrait. Peu de temps après, Ava a découvert qu'elle était enceinte. Elle ne voulait pas avoir d'enfant parce qu'elle savait que cela l'empêcherait de terminer ses études. Elle s'est rendue chez un prestataire local privé et a obtenu un avortement médicamenteux précoce. Ce prestataire ne

lui a donné aucun counseling. Lorsqu'elle a posé des questions relatives à la contraception au prestataire, celui-ci lui a dit de s'adresser à une pharmacie ou de se rendre au centre de santé public. Se souvenant de ses expériences antérieures, Ava n'a fait ni l'un ni l'autre. Six mois plus tard, elle était à nouveau enceinte. Et elle a demandé un autre avortement.

Dire : Quels sont les points relatifs aux services de contraception que cette histoire met en lumière?

Elle illustre le cycle des grossesses non prévues et des avortements multiples. Elle montre également que les préjugés des prestataires à l'égard de la sexualité des femmes, et plus particulièrement à l'égard de la sexualité des jeunes femmes et des adolescentes, peuvent avoir un effet considérable sur l'accès et l'utilisation de la contraception et en conséquence sur les grossesses non prévues qui en résultent.

Montrer et commenter la diapositive : *Besoins en matière de contraception*

- Chaque année, on compte approximativement 208 millions de grossesses dans le monde.
- Environ 41 % d'entre elles sont non prévues.
- Environ 21 % de toutes les grossesses se terminent par un avortement induit et volontaire.
- La mise à disposition et l'utilisation de la contraception peuvent contribuer à diminuer le taux d'avortement de manière considérable.

Dire : Le fait de proposer un counseling sur la contraception et de mettre à disposition des méthodes contraceptives dans les unités où des soins liés à l'avortement sont pratiqués fait partie intégrante d'une prise en charge complète de l'avortement et peut contribuer à améliorer l'acceptation de la contraception et à briser le cycle des grossesses multiples non prévues.

Des services de contraception devraient être proposés à toutes les femmes qui reçoivent des soins d'avortement, indépendamment de leur âge, de leur statut matrimonial ou du nombre de leurs enfants.

Montrer et commenter la diapositive : *Éviter les idées préconçues*

- Les raisons pour lesquelles les femmes cherchent à obtenir des soins d'avortement sont nombreuses et différentes.
- Les prestataires de soins ne devraient pas avoir d'idées préconçues sur les raisons qui poussent les femmes à avoir un avortement ou à nécessiter des soins après avortement, que la grossesse ait été voulue ou non, et indépendamment de leurs souhaits de grossesse pour l'avenir.

- Certaines femmes veulent être enceintes mais décident d'interrompre une grossesse pour des raisons médicales ou d'autres motifs.
- Des femmes qui ont eu un avortement spontané peuvent souhaiter être à nouveau enceinte immédiatement.

Montrer et commenter la diapositive : *Retour à la fécondité*

Quel est le délai minimal pour qu'une ovulation se produise suite à une évacuation utérine?

Dire : Une ovulation peut se produire dans les 2 semaines qui suivent un avortement par aspiration intra-utérine ou un avortement incomplet, et dès 8 jours après un avortement médicamenteux à la mifepristone et au misoprostol. Les femmes qui souhaitent éviter une grossesse doivent immédiatement obtenir une méthode de contraception.

Les femmes qui reçoivent des soins d'avortement ont en commun de se trouver à une période charnière de leur existence et doivent bénéficier d'un counseling sur la contraception prodigué avec compassion et sensibilité.

Montrer et commenter la diapositive : *Les objectifs d'un counseling sur la contraception après avortement*

- Aider la femme à décider si elle souhaite éviter une grossesse à court ou à long terme, si elle souhaite éviter les infections sexuellement transmissibles, et la guider dans le choix d'une méthode adaptée à ses besoins.

Un prestataire de services de contraception efficace se concentre sur les besoins individuels, les souhaits et l'état clinique de la femme qui se trouve en face de lui/d'elle.

Montrer et commenter la diapositive : *Le recours à la contraception*

- Contribue à promouvoir la santé de la femme
- Permet à la femme d'améliorer son existence
- Contribue à réduire la mortalité et la morbidité maternelles

Dire : En quoi le recours à la contraception contribue-t-il à promouvoir la santé et les droits de la femme ?

Les réponses incluent les suivantes:

- Il permet d'espacer les grossesses, ce qui avantage la femme, le couple et leurs enfants.
- Il permet à la femme de contrôler sa santé reproductive et notamment de décider du nombre et de l'espacement de ses enfants.

- Il aide la femme à éviter des grossesses non prévues ainsi qu'une exposition inutile aux risques potentiels imputables à la grossesse et à l'accouchement

Dire : En quoi le recours à la contraception réduit-il la mortalité et la morbidité maternelles ?

- La contraception aide la femme à éviter des grossesses non prévues et les risques qui en résultent ainsi que les risques potentiels d'un avortement non sécurisé.

2. Les composantes des services de contraception de qualité optimale

Montrer et commenter la diapositive : *Modèles de prestation de services*

- Le counseling est proposé et les méthodes sont mises à disposition au sein de l'unité par le personnel chargé de dispenser des soins liés à l'avortement
- Les employés des services de contraception proposent un counseling et la mise à disposition de méthodes contraceptives au sein des unités qui pratiquent les soins liés à l'avortement
- Le counseling est proposé au sein de l'unité qui pratique les soins liés à l'avortement et les patientes sont orientées pour la mise à disposition des méthodes
- Les femmes sont dirigées vers une autre unité ou un autre établissement en vue de recevoir counseling sur leur choix d'une méthode contraceptive et sa mise à disposition
- Counseling et mise à disposition de méthodes contraceptives au niveau de la communauté par des personnels formés à cet effet comme les auxiliaires de santé du village ou des organisations communautaires.

Dire : Lequel de ces modèles offre aux femmes le meilleur accès au counseling et aux méthodes contraceptives après un avortement ?

Montrer et commenter la diapositive : *Modèle de prestation de services choisi*

- Le counseling et la mise à disposition des méthodes au sein de l'unité est idéal
- Méthodes provisoires lorsque les méthodes de choix ne sont pas disponibles
- Des employés de niveaux différents peuvent dispenser des services de contraception

Commenter le fait qu'un counseling et des méthodes proposés dans le cadre de l'unité où les soins liés à l'avortement sont

dispensés contribuent à réduire les obstacles en matière d'accès et permet de veiller à ce que la femme reçoive une méthode de contraception avant de quitter l'établissement de santé. Attirer l'attention des participants sur le fait que des employés de niveaux différents peuvent et devraient être formés à la mise à disposition de services de contraception.

Expliquer que le counseling en matière de contraception peut être proposé à différents moments.

Montrer et commenter la diapositive : *Choix du moment opportun pour le counseling sur la contraception*

- Idéalement avant ou juste après la procédure d'évacuation utérine
- Lors d'une visite de suivi, si elle a été prévue

Dire : Chaque fois que possible et en fonction de l'état de la femme, le moment recommandé, est celui juste avant la procédure d'évacuation utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Discuter de la contraception et de la procédure de soins au même moment.*

- Discuter des options en matière de contraception en même temps que des options en matière d'évacuation utérine
- La méthode d'évacuation utérine a des implications sur l'opportunité des méthodes de contraception et leur mise en place
- Discuter pourquoi il est important de donner des informations sur les options en matière de contraception en même temps que des informations sur les méthodes et la procédure d'évacuation utérine. Par exemple, pour les femmes qui souhaitent utiliser un DIU (stérilet), une procédure d'aspiration intra-utérine permet la pose immédiate du DIU, ce qui lui garantit la possibilité de quitter l'établissement de soins avec sa méthode choisie mise en place. Au contraire, les femmes qui choisissent un avortement médicamenteux et souhaitent utiliser un DIU devront revenir chez un prestataire de soins pour que celui-ci soit inséré. Dans le cas où la femme choisit un implant, celui-ci peut être posé immédiatement, indépendamment de la procédure choisie, aspiration intra-utérine ou avortement médicamenteux.

Distribuer la fiche de travail *Modèles de prestation de services*.

- Demander aux participants de se séparer en groupes, si possible, avec des collègues travaillant dans le même établissement.
- Si tous les participants travaillent dans le même établissement, leur faire remplir cette fiche de travail en

groupe complet.

- Demander aux participants de prendre cinq minutes pour remplir la fiche de travail.
- Les réunir à nouveau en plénière afin qu'ils puissent partager leurs idées sur la manière d'améliorer les services de contraception dans leurs établissements respectifs.
- Leur demander de suivre les améliorations suggérées avec les employés concernés une fois de retour dans leurs établissements de manière à mettre ses améliorations en pratiques.

Dire : Il existe un certain nombre de messages essentiels que toutes les femmes qui ont reçu des soins liés à l'avortement devraient connaître avant de quitter l'établissement médical où elles ont reçu des soins.

Montrer et commenter la diapositive : *Messages essentiels relatifs à la contraception consécutive à un avortement*

- Une femme peut être enceinte à nouveau très rapidement après une évacuation utérine (dans les 2 semaines qui suivent, et même dès 8 jours après un avortement médicamenteux à la mifépristone et au misoprostol)
- En général toutes les méthodes peuvent être utilisées immédiatement
- Où aller pour obtenir des services de contraception, et notamment pour obtenir une pilule contraceptive d'urgence (PCU)

Montrer et commenter la diapositive : « *Nous avons doublement failli à notre devoir envers elle* »

« Si une femme se rend dans un hôpital avec un avortement incomplet, nous avons déjà échoué envers elle une fois parce que nous n'avons pas réussi à l'aider à éviter une grossesse non voulue ou inopportune. Si elle quitte l'établissement de soins sans avoir les moyens d'éviter une autre grossesse à l'avenir qui risque de ne pas être voulue non plus, nous aurons doublement échoué envers elle ».

– Cynthia Steele Verme, Postabortion Care (PAC) Consortium

- Rappeler aux participants que de nombreuses femmes qui reçoivent des soins liés à l'avortement ont interrompu une grossesse non voulue consécutive à un échec de contraception ou à une utilisation erronée ou irrégulière d'une méthode contraceptive.

Dire : Lorsque nous proposons un counseling en matière de contraception à une femme qui vient juste de recevoir des soins pour un avortement incomplet, la première mesure consiste à lui demander si elle veut être enceinte à nouveau et quand, et si elle

souhaite recevoir counseling sur les méthodes contraceptives et en obtenir une.

Demander aux participants de travailler par deux avec la personne assise à côté d'eux. Leur donner pour tâche de discuter les questions suivantes pendant cinq minutes afin de parvenir à établir une liste de réponses :

- Quelles sont les raisons les plus courantes d'un échec de contraception ?
- En quoi le fait de ne pas fournir de contraception suite à une évacuation utérine peut-il être considéré comme un échec du système de santé vis-à-vis de la femme ?

Demander aux participants d'énumérer toutes les raisons qui peuvent expliquer un échec de contraception.

- Aucune méthode n'est efficace à 100 %.
- Il se peut que la femme et son partenaire ne se soient pas souvenus de prendre ou d'utiliser la méthode contraceptive avec suffisamment de régularité.
- La femme n'a peut-être pas les moyens de se procurer sa méthode de contraception de manière suffisamment régulière.
- La femme peut avoir décidé d'interrompre sa contraception du fait d'effets secondaires ou parce qu'elle n'a pas bien compris les impacts sur sa fécondité ou sur sa santé.
- Le partenaire de la femme, des membres de sa famille, des chefs religieux ou des personnes influentes peuvent avoir exercé des pressions sur elle pour qu'elle n'utilise pas de contraception.
- Il est possible que la femme ait subi un rapport sexuel non consenti.
- La femme peut être préoccupée et avoir peur d'être stigmatisée du fait d'attitudes culturelles qui associent recours à la contraception et promiscuité.

Dire : En quoi le fait de ne pas fournir de contraception suite à une évacuation utérine peut-il être considéré comme un échec du système de santé vis-à-vis de la femme ?

- Le prestataire n'a pas expliqué les méthodes de manière adéquate.
- Les politiques nationales limitent l'accès à la contraception pour certaines femmes, comme les adolescentes ou les femmes célibataires.
- Les méthodes de contraception sont trop onéreuses.

- Les centres de santé n'ont pas des stocks réguliers ou suffisants des méthodes que les femmes privilégient.
- Les endroits où sont situés les services de contraception et leurs horaires d'ouverture ne sont pas adaptés aux besoins des femmes.
- Des restrictions d'approvisionnement dues aux protocoles des services de contraception, par exemple le fait de ne délivrer de prescription que pour un mois

Demander aux participants de citer des exemples de politiques qui limitent l'utilisation et l'accès à la contraception.

- Exemple : une politique qui exige que la femme soit mariée ou qu'elle ait atteint un certain âge pour pouvoir obtenir un moyen de contraception. Autre exemple : un protocole qui limite la délivrance de la prescription de contraceptifs à un mois uniquement ou qui exige la pratique d'exams ou de tests médicaux qui ne sont pas nécessaires pour la méthode concernée, comme un examen pelvien pour l'obtention de la pilule.

Insister sur le fait que la capacité d'utiliser une méthode de contraception avec succès ne dépend pas toujours entièrement de la femme. Il est important de ne pas la culpabiliser de ne pas avoir réussi à éviter une grossesse non voulue

Dire : En quoi le fait de culpabiliser une femme peut entraîner de nouvelles grossesses non voulues ?

- Une femme que l'on culpabilise lorsqu'elle cherche à obtenir des soins liés à l'avortement risque d'être réticente à l'avenir, et de ne pas revenir pour obtenir des services, y compris de contraception.

Demander aux participants de :

- Aider, en faisant preuve d'empathie, chacune des femmes à évaluer elle-même sa propre situation et à envisager la méthode la mieux adaptée en vue de prévenir une grossesse non voulue à l'avenir.
- Discuter des solutions possibles aux difficultés qu'elle peut rencontrer dans l'utilisation d'une contraception.
- Aider la femme à prendre une décision fondée sur des informations exhaustives sur toute une gamme de méthodes variées.

Dire : Nous allons maintenant aborder la question du respect de l'intimité, de la confidentialité et du choix éclairé au cours du counseling sur la contraception.

Montrer et commenter la diapositive : *Respect de l'intimité, confidentialité et choix éclairé*

- Le respect de la vie privée et de la confidentialité sont des éléments essentiels dans un contexte de soins liés à l'avortement.
- La femme doit être informée et accompagnée dans un endroit où personne ne peut la voir ou l'entendre de manière à garantir la confidentialité de la discussion.
- Les prestataires de soins doivent appliquer les protocoles professionnels relatifs à la protection de la confidentialité.

Montrer la diapositive : *Respect de l'intimité*

Dire : C'est en présentant à la femme des informations sur de nombreuses méthodes de contraception et en l'aidant à faire son choix que l'on peut augmenter les chances de succès. Quels sont les facteurs qui peuvent influencer le choix éclairé de la femme?

- Réponses :
 - Partenaire, belle-mère ou autre personne l'encourageant à utiliser une méthode particulière
 - Recommandation du prestataire de soins
 - Le prestataire lui a donné des informations sur certaines méthodes de contraception mais pas sur d'autres
 - Des politiques qui restreignent ou promeuvent l'utilisation de certaines méthodes de contraception au détriment d'autres

Insister sur :

- Toutes les femmes, indépendamment de leur âge, ont le droit de choisir librement et en toute connaissance de cause la méthode qu'elles veulent utiliser.
- Il ne faut jamais donner l'impression à une femme qu'elle est obligée d'accepter une contraception ou une méthode spécifique.

Montrer et commenter la diapositive : *Un choix éclairé signifie*

- Choisir une méthode volontairement, sans coercition et sans pression
- Pouvoir choisir parmi une gamme étendue de méthodes
- Comprendre les avantages et les risques de chaque méthode
- Avoir donné un consentement éclairé avant que la méthode ne soit mise à disposition

- Le consentement éclairé est particulièrement important dans le cas de méthodes permanentes comme la stérilisation.

Montrer la diapositive : *Demander à la femme si elle souhaite la présence de son partenaire*

Dire : Nous allons maintenant aborder la question de la participation des partenaires.

Discuter avec les participants :

- Il faut demander à la femme de manière privée et sans témoin si elle souhaite ou non que son partenaire participe à la séance de counseling sur la contraception.
- Si une femme ne souhaite pas la participation de son partenaire, elle doit recevoir les informations, être accompagnée dans son choix et recevoir la méthode de manière privée et aucune information sur cette visite ne doit être communiquée à son partenaire.

Dire : Quels sont les avantages qu'il peut y avoir à inclure la participation des partenaires à la séance de counseling sur la contraception ?

- Les réponses incluent les suivantes :
 - Cela peut parfois contribuer à renforcer l'efficacité du counseling et peut mobiliser le partenaire à soutenir la femme dans son utilisation de la contraception.
 - Le soutien du partenaire masculin à la contraception est un bon indicateur de l'utilisation future de la contraception par la femme.
 - Fournir counseling aux partenaires masculins permet de mieux les sensibiliser aux méthodes de contraception masculine comme la vasectomie et les préservatifs masculins.

Dire : Quelles peuvent être les répercussions si un partenaire découvre qu'une femme utilise la contraception ?

- Lors de la séance de counseling, il faut évoquer les répercussions possibles d'un recours à la contraception.
- Si le partenaire de la femme n'approuve pas l'utilisation d'une contraception et qu'elle veut tout de même y recourir, il faut l'aider à choisir une méthode qui n'implique pas que le partenaire soit informé, comme une contraception injectable, un implant ou un DIU.
- Discuter des conséquences possibles, comme la violence, qui peuvent survenir si le partenaire de la femme apprend qu'elle utilise une méthode de contraception.

- Aider la femme à réfléchir à la manière dont elle peut se protéger en cas de survenue d'un événement de ce type et l'orienter vers d'autres services pour une aide supplémentaire.

3. Pour un counseling efficace sur la contraception

Dire : L'attitude du prestataire de soins est un facteur déterminant pour fournir un counseling de qualité à la contraception.

Expliquer aux participants, qu'au cours de l'activité qui va suivre, deux participants vont jouer de brèves scènes pour illustrer différentes attitudes qui peuvent être celles des prestataires dans ces circonstances.

- Demander deux volontaires.
- Donner à chaque volontaire un exemplaire du texte de la Scène Attitudes en matière de counseling.
- Demander aux volontaires de jouer la Scène 1.
 - Demander aux participants de décrire les préjugés qui caractérisent l'attitude de ce prestataire de soins.
- Demander aux volontaires de jouer la Scène 2.
 - Demander aux participants de décrire comment l'attitude de ce prestataire soutient la femme.

Dire : Nous allons maintenant aborder un counseling efficace en matière de contraception qui s'inspire de l'approche BER CER (GATHER en anglais). Pour offrir un accompagnement efficace à la contraception, le prestataire ne se contente pas de décrire les différentes méthodes disponibles.

Afin de retrouver ce qui correspond à l'acronyme BER CER en français et comme c'est fait en anglais pour GATHER, le premier mot doit commencer par la lettre de l'acronyme

Montrer et commenter la diapositive : *Counseling efficace sur la contraception*

1. **Bienvenue.** Saluer la femme et établir avec elle une relation de confiance
2. **Entretien.** Recueillir des informations sur la femme
3. **Renseigner** et expliquer les caractéristiques des différentes méthodes disponibles
4. **Choisir.** Aider la femme à choisir la méthode qui lui convient

5. **Expliquer** comment fonctionne cette méthode
6. **Retour.** Lui demander de revenir pour un suivi et l'orienter vers d'autres ressources.

Dire : Comment vous y prenez vous pour établir une relation de confiance avec une patiente ?

- Réponses possibles :
 - En la saluant de manière amicale et chaleureuse.
 - En s'adressant directement à elle et en utilisant un langage corporel adapté.
 - En faisant preuve d'intérêt et de préoccupation à son égard.
 - En l'assurant du respect de sa confidentialité.
 - En lui demandant si elle souhaite la présence de son partenaire pendant l'entretien.

Dire aux participants de :

- Demander à la femme si elle considère que c'est un bon moment pour parler de sa contraception.
- Si elle ne le pense pas, déterminer avec elle un moment plus opportun.

Montrer et commenter la diapositive : *Poser des questions à la femme*

- Quels sont ses besoins
 - employer des questions ouvertes
- Si elle utilisait déjà un moyen de contraception
 - Si oui, lui demander ce qui n'a pas bien fonctionné pour elle.
- Si elle souhaite retarder ou éviter une grossesse future
- Tenir compte de son état clinique et de sa situation personnelle

Montrer et commenter la diapositive : *Lui demander si elle souhaite retarder sa prochaine grossesse*

- Certaines femmes peuvent ne pas souhaiter retarder leur prochaine grossesse, mais vouloir connaître les options qu'elles pourraient avoir à l'avenir.
- De nombreuses femmes souhaitent éviter ou retarder une nouvelle grossesse.

- Même des femmes qui affirment qu'elles n'ont aucune intention d'avoir à nouveau des rapports sexuels peuvent nécessiter des informations pour l'avenir.

Montrer et commenter la diapositive : *Expliquer, si nécessaire, comment fonctionne la reproduction humaine*

- Expliquer comment la contraception évite la grossesse.
- Parler de la contraception en partant du cycle menstruel de la femme.
- Expliquer les choses dans des termes qu'elle puisse comprendre
- Dissiper les mythes sur la manière dont fonctionnent les méthodes de contraception.

Expliquer aux participants que certaines femmes qui cherchent à obtenir des soins liés à l'avortement ne comprennent peut-être pas les informations les plus élémentaires sur la manière dont elles se sont trouvées enceintes ou sur la manière dont fonctionne la contraception pour éviter une grossesse. Ceci peut s'avérer particulièrement vrai dans le cas de femmes jeunes ou d'adolescentes.

Montrer et commenter la diapositive : *Tenir compte des circonstances individuelles de la femme*

- Son état clinique
- Sa situation personnelle

Pour des informations plus complètes, renvoyer les participants à l'appendice A: Facteurs individuels, recommandations et justifications en matière de counseling du Manuel de référence.

Dire : Vous pouvez commencer en abordant des problèmes concernant le partenaire ou la famille :

- Posez, avec précaution, des questions à la femme concernant d'éventuels problèmes avec son partenaire ou sa famille : problèmes éventuels de violence ; disposition de son partenaire concernant l'utilisation de préservatifs ; opinion d'autres membres influents de la famille (comme la belle-mère) sur la contraception ; mythes et manque de connaissances sur la contraception.

Montrer et commenter la diapositive : *Expliquer quelles sont les caractéristiques des différentes méthodes*

- Déterminer les méthodes disponibles qui pourraient lui être accessibles, et qu'elle peut utiliser en termes de recevabilité médicale

- Lui en expliquer les caractéristiques, les effets secondaires et l'efficacité
- L'orienter vers les endroits de réapprovisionnement les plus accessibles pour elle
- Dans la mesure du possible, lui montrer des exemples réels des différentes méthodes et utiliser des outils didactiques, des brochures, des images ou des modèles anatomiques.

Montrer et commenter la diapositive : *L'aider à choisir une méthode qui lui convienne*

- Ne pas choisir une méthode pour la femme ; la laisser faire elle-même son propre choix.
- Soutenir la femme dans son choix de la méthode qui lui convient le mieux, à elle, et à son partenaire.
- Discuter les différents obstacles qui peuvent entraver une utilisation positive de la contraception et les moyens de les résoudre.
- Explorer les questions de réapprovisionnement, comme par exemple où s'approvisionner au sein de sa propre communauté.
- Si la femme est incertaine quant à ses besoins de contraception, lui proposer une contraception provisoire, comme l'usage des préservatifs, la pilule ou la PCU, et l'orienter vers d'autres services complémentaires.

Montrer la diapositive : *Aider la femme à choisir une méthode de contraception - Scène*

Indiquer aux participants que l'activité suivante consistera en une série de scènes brèves sur la manière d'aider une femme à choisir une méthode de contraception.

- Donner à chacun des deux volontaires un exemplaire du texte de la Scène Aider la femme à choisir une méthode de contraception.
- L'un des volontaires jouera le rôle du prestataire et l'autre celui de la femme.
- Leur demander de jouer les quatre scènes à la suite.
- A la fin de chacune des scènes, demander aux participants d'indiquer comment le prestataire s'est acquitté de sa tâche et dans quelle mesure il a réussi à aider la femme à choisir une méthode de contraception.
- S'assurer que les participants couvrent toutes les réponses énumérées dans le texte.

- Expliquer que l'intention était de montrer comment les prestataires doivent guider la femme à travers sa prise de décision plutôt que de lui imposer leurs propres préjugés ou préférences. La dernière scène est celle qui illustre l'interaction la plus positive.

Montrer et commenter la diapositive : *Expliquer le fonctionnement des méthodes*

- Veiller à ce que la femme comprenne la manière dont la méthode fonctionne
- L'aider à élaborer un plan lui permettant une utilisation permanente de la méthode
- Lui expliquer également, le cas échéant, comment elle peut obtenir et utiliser une PCU

Montrer et commenter la diapositive : *Revenir pour un suivi des soins et pour une orientation vers d'autres ressources*

- Encourager la femme à revenir si elle est préoccupée ou si elle rencontre des difficultés dans l'utilisation de sa méthode.
- La séance de counseling peut révéler des problèmes qui peuvent nécessiter une aide supplémentaire.
- L'orienter ou la transférer, le cas échéant, vers d'autres ressources en fonction de ses besoins.
- Disposer à portée de main d'une liste des ressources disponibles.

Dire : Pourquoi cette femme peut-elle nécessiter une orientation vers d'autres ressources en matière de contraception ?

Réponses possibles :

- L'établissement de soins n'est peut-être pas en mesure de mettre à sa disposition la méthode contraceptive de son choix.
- Les femmes ont peut-être besoin de se réapprovisionner ailleurs.
- Certaines femmes devront peut-être attendre avant de pouvoir commencer à utiliser la méthode contraceptive de leur choix ou choisiront de remettre leur décision à plus tard et de consulter ailleurs.

4. Critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation d'une contraception suite à une évacuation utérine

Dire : Nous allons maintenant traiter les critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation d'une contraception suite à une évacuation utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Critères médicaux de recevabilité des différentes méthodes*

- En l'absence de complications sérieuses, toutes les méthodes modernes de contraception peuvent être utilisées immédiatement après une évacuation utérine, y compris par des jeunes femmes et des adolescentes.
- Vérifier les précautions médicales indiquées pour chaque méthode particulière
- Toutes les méthodes nécessitent un counseling adéquat et l'obtention d'un consentement éclairé.

Dire : Les méthodes de contraception réversible à longue durée d'action (CRLDA) présentent de nombreux avantages et devraient être proposées comme option à toutes les femmes indépendamment de leur âge.

Montrer et commenter la diapositive : *Contraception réversible à longue durée d'action (CRLDA)*

- Les méthodes de contraception réversible à longue durée d'action incluent les DIU (dispositifs intra-utérins ou stérilets) et les implants
- Les méthodes de contraception réversible à longue durée d'action sont plus efficaces et génèrent un taux de satisfaction plus élevé que les contraceptifs oraux pour toutes les femmes, jeunes ou adultes
- Les méthodes de contraception réversible à longue durée d'action sont souvent utilisées sur une période plus longue que les contraceptifs oraux ou les injectables.

Montrer et commenter la diapositive : *Les avantages de la CRLDA : efficacité*

L'utilisation optimale est définie comme une utilisation régulière et correcte (comme par exemple dans le cadre d'essais thérapeutiques), l'utilisation courante est définie comme la manière dont la méthode est utilisée dans la pratique et en moyenne. Signaler et commenter la différence entre utilisation optimale et utilisation courante, et faire remarquer à quel point cette différence diminue dans le cas des DIU et des implants. Signaler que les DIU dans le cadre de ces données étaient des DIU au cuivre en forme de T.

Montrer et commenter la diapositive : *Les avantages de la CRLDA: satisfaction*

Signaler et commenter les différences en termes de satisfaction entre les différentes méthodes. Indiquer que dans le cas de la CRLDA la durée d'utilisation de 12 mois ou plus est à 86 %, face à 55 % pour les autres types de méthodes, et que les femmes de moins de 21 ans ont elles aussi présenté des taux élevés de continuité d'utilisation dans le cas de la CRLDA.

Montrer et commenter la diapositive : *Intégrer la CRLDA aux soins liés à l'avortement*

- Proposer la CRLDA contribue à renforcer l'accès des femmes à une contraception efficace.
- La CRLDA devrait être proposée comme option à toutes les femmes, indépendamment de leur âge.
- Les prestataires devraient mettre en place la méthode choisie par la femme dès que possible.

Commenter les points spécifiques que les responsables et les prestataires de soins qui intègrent la CRLDA aux soins liés à l'avortement doivent prendre en considération afin d'améliorer l'accès des femmes à une contraception efficace. Dans le cadre du counseling sur la contraception, toutes les femmes, indépendamment de leur âge ou de leur statut matrimonial, devraient recevoir des informations sur les méthodes de CRLDA, et si elles choisissent ce type d'option, la méthode devrait être mise en place/insérée dès que possible. De nombreux prestataires sont convaincus, à tort, que les méthodes de CRLDA ne conviennent pas aux femmes jeunes et aux adolescentes et ne les leur proposent donc pas comme option. Toutes les femmes, indépendamment de leur âge qui reçoivent des soins liés à un avortement ont droit aux méthodes de contraception les plus efficaces et les mieux adaptées à leurs besoins.

Pour des informations plus complètes sur les critères médicaux de recevabilité, demander aux participants de lire l'appendice B: *Directives pour la sélection de la contraception en fonction des méthodes dans le Manuel de référence.*

- Les méthodes basées sur la connaissance de la fécondité ne sont pas recommandées jusqu'au retour d'un cycle menstruel normal.
- L'abstinence complète est recommandée jusqu'à ce que toutes les complications aient été résolues et jusqu'à ce que la méthode contraceptive choisie soit devenue efficace.
- Si une femme présente des contre-indications qui l'empêchent d'utiliser la contraception de son choix, comme par exemple l'utilisation immédiate d'un DIU après un avortement septique, une solution provisoire doit lui être

proposée jusqu'à ce qu'elle puisse recourir en toute sécurité à la méthode choisie.

Expliquer qu'il existe des directives concernant les méthodes contraceptives à privilégier dans certaines circonstances cliniques.

Rappeler aux participants que les femmes jeunes et les adolescentes, comme les femmes adultes, sont en mesure d'utiliser toutes les méthodes de contraception. Signaler également que les critères médicaux de recevabilité des méthodes contraceptives dans le cas de soins après avortement sont les mêmes qu'après un avortement provoqué.

- Demander aux participants de prendre deux à trois minutes pour lire la section 8.0 : *Critères médicaux de recevabilité pour l'utilisation de la contraception suite à une évacuation utérine*, dans le Manuel de référence.

Dire : Examinons maintenant les méthodes qui peuvent être utilisées après une évacuation utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Évacuation utérine par méthodes médicamenteuses sans complications*

- Les critères médicaux de recevabilité après une évacuation utérine par méthodes médicamenteuses ne sont pas différentes de ceux des autres méthodes du premier trimestre.
- La plupart des méthodes hormonales peuvent être utilisées immédiatement après une évacuation utérine au misoprostol
- Retarder la mise en place d'un DIU-LNG ou d'une stérilisation jusqu'à s'être assuré que la femme n'est plus enceinte.

Montrer et commenter la diapositive : *Aspiration intra-utérine sans complications*

- Toutes les méthodes modernes de contraception peuvent être utilisées immédiatement

Montrer et commenter la diapositive : *Aspiration intra-utérine avec des complications : Infection*

- Les DIU/DIU-LNG et la stérilisation sont des méthodes appropriées une fois l'infection éliminée
- Éviter les rapports sexuels jusqu'à élimination de l'infection

Montrer et commenter la diapositive : *Aspiration intra-utérine avec complications : lésions cervicales ou vaginales*

- L'utilisation de spermicides ou de préservatifs féminins peut être déconseillée
- Le prestataire de soins doit décider si l'état de la patiente exclut le recours à certaines méthodes

Montrer et commenter la diapositive : *Aspiration intra-utérine avec complications : perte de sang excessive*

- Retarder une stérilisation si la femme est trop anémique

Expliquer aux participants que nous allons étudier et discuter certaines technologies contraceptives moins couramment utilisées ou plus nouvelles. Ne pas oublier de tenir compte des méthodes de contraception d'urgence ainsi que des autres méthodes de contraception réversible à longue durée d'action.

Séparer les participants en petits groupes et assigner à chaque groupe une méthode différente à étudier et à expliquer. Leur demander d'utiliser la *Fiche d'information sur les méthodes contraceptives* pour orienter leurs recherches.

- Les groupes peuvent utiliser le module *Services de contraception* du Manuel de référence, ainsi que toute ressource supplémentaire fournie par le formateur.
- Si possible, disposer d'exemplaires des différentes méthodes pour donner aux participants l'occasion de les manipuler.
- Questions que les groupes devraient garder à l'esprit pendant leurs recherches et auxquelles ils devraient tenter de répondre pour chaque méthode :
 - Dans quels délais cette méthode peut-elle être mise en place après une évacuation utérine? Les délais sont-ils les mêmes après une aspiration intra-utérine ou après un avortement médicamenteux ?
 - Quelles sont les caractéristiques démographiques des utilisatrices actuelles de cette méthode dans votre établissement de soins ?
 - Quelles sont les avantages, peut-être méconnus, de cette méthode pour toutes les femmes ? Pour les jeunes femmes ou les adolescentes ?
 - Quels sont les obstacles à l'utilisation de cette méthode (disponibilité, familiarité des prestataires de soins et des femmes, mythes ?) Comment pouvons-nous y répondre ?

Montrer et commenter la diapositive : *Donner la pilule contraceptive d'urgence (PCU)*

Dire : Pourquoi est-il particulièrement important de proposer la PCU à l'avance ?

- Réponses possibles :
 - Elle peut être utilisée comme méthode de rattrapage en cas d'échec de la contraception habituelle (par exemple, en cas de déchirure d'un préservatif).
 - Elle peut être utilisée en cas de rapport sexuel non protégé ou en cas de rapport sexuel non consenti.

Renvoyer les participants à la section 9.0 du Manuel de référence pour des informations plus détaillées et pour des indications sur les délais et les doses des PCU, et les délais d'insertion d'un DIU.

Dire : Nous allons maintenant aborder des considérations particulières en matière de counseling sur la contraception.

Expliquer qu'il existe un certain nombre de considérations particulières que les prestataires doivent garder à l'esprit lorsqu'ils fournissent counseling à une femme sur son choix de contraception. Demander aux participants de lire attentivement les informations données dans l'appendice C : *Considérations particulières en matière de counseling sur la contraception* : comment les prestataires peuvent répondre aux besoins contraceptifs spécifiques des femmes dans différentes circonstances.

Demander aux participants de lire à haute voix les études de cas suivantes.

- Commenter chacune des études de cas séparément.

Montrer la diapositive : *Étude de cas n°1: Violence*

- Une jeune femme mariée de 22 ans, mère d'un enfant, révèle que son mari recourt fréquemment à des violences physiques à son égard. La dernière fois qu'il l'a battue elle était enceinte, elle s'est présentée au centre de soins avec des saignements vaginaux importants et des crampes. Elle a peur d'aborder avec son mari la question de la contraception en vue d'espacer les naissances.

Dire : Quelles sont les considérations particulières en matière de counseling sur la contraception dans le cas de cette femme?

- Veiller à ce que les réponses incluent les suivantes :
 - Si la femme n'est pas en mesure d'exercer un contrôle sur son activité sexuelle, lui conseiller des méthodes qui ne nécessitent pas la participation de son partenaire comme les injectables, les DIU et la PCU.
 - Si la violence est la conséquence de son recours à la contraception, elle peut vouloir envisager des méthodes qui ne peuvent pas être détectées par des tiers comme les DIU, les implants ou les injectables.

- Lui expliquer comment obtenir et utiliser la PCU.
- Il peut être judicieux de lui fournir des PCU à l'avance.
- Lui proposer de l'orienter vers des organismes/services destinés aux femmes qui subissent des violences.

Montrer la diapositive : *Étude de cas n°2: VIH*

- Une jeune femme de 28 ans, mère de deux enfants, se présente au centre de santé très gravement malade et apprend qu'elle est séropositive. Son seul partenaire sexuel est son mari. Elle veut éviter une autre grossesse jusqu'à ce qu'elle ait reçu un traitement pour le VIH et qu'elle se sente mieux.

Dire : Quelles sont les considérations particulières en matière de counseling sur la contraception dans le cas de cette femme?

- Veiller à ce que les réponses incluent les suivantes :
 - S'assurer qu'elle a des informations correctes sur le VIH et qu'elle sait comment prendre soin de sa santé et ralentir les effets de la maladie.
 - Lui expliquer comment la contraception peut interagir avec le traitement du VIH et lui indiquer les méthodes les mieux adaptées à son cas.
 - Les contraceptifs oraux (pilules) peuvent interagir avec certains antirétroviraux et entraîner une baisse d'efficacité de sa contraception.
 - La DMPA peut être utilisé en même temps qu'une thérapie antirétrovirale sans diminution d'efficacité de la contraception.
 - Les femmes dont l'état est stabilisé sous thérapie antirétrovirale peuvent remplir les critères de recevabilité pour un dispositif intra-utérin.
 - Il convient de conseiller aux femmes qui sont sous thérapie antirétrovirale et qui prennent une contraception orale d'utiliser des préservatifs pour éviter la transmission du VIH et compenser toute diminution d'efficacité de leur contraception.

Montrer et commenter la diapositive : *Préservatifs féminins et masculins*

Dire : Que signifie le concept de méthode de protection double?

Réponse : Utiliser un préservatif masculin ou féminin afin de prévenir les IST et le VIH en conjonction avec une autre méthode de contraception destinée à éviter la grossesse, ou utiliser des préservatifs dans un double but de protection, pour prévenir à

la fois la maladie et la grossesse, en disposant de la PCU comme méthode de rattrapage.

Montrer la diapositive : *Étude de cas n°3: Jeunes femmes et adolescentes*

- Une adolescente de 16 ans a des relations sexuelles avec son petit ami. Ils utilisent la méthode du retrait parce qu'elle ne se sent pas à l'aise pour lui demander d'utiliser des préservatifs. Elle veut utiliser une méthode plus efficace mais elle craint la réaction de sa famille si quelqu'un constate qu'elle prend des contraceptifs oraux. Elle a déjà tenté auparavant d'obtenir des injectables mais l'infirmière du centre de santé les lui a refusé parce qu'elle n'était pas mariée.

Dire : Quelles sont les considérations particulières en matière de counseling sur la contraception dans le cas de cette jeune femme?

- Veiller à ce que les réponses incluent les suivantes :
 - Vérifier avec elle ses besoins en termes de confidentialité ainsi que les obstacles qu'elle pourrait rencontrer en utilisant différentes méthodes contraceptives de manière à l'aider à identifier l'option la mieux adaptée pour elle.
 - Certaines jeunes femmes peuvent souhaiter être enceintes immédiatement et ne pas vouloir de contraception – comme dans le cas de toutes les femmes, lui demander quels sont ces projets de planification familiale dans l'immédiat et à plus long terme.
 - Inclure, le cas échéant, des informations élémentaires sur le cycle menstruel, la fécondité et la manière dont la grossesse survient et peut être évitée.
 - Lui expliquer dans le détail comment fonctionnent les méthodes contraceptives qui l'intéressent, en parlant de leurs effets secondaires potentiels, des implications cliniques à long terme de ces effets secondaires afin d'apaiser des craintes sur la contraception comme cause de maladies ou d'infertilité permanente.
 - Lui proposer de quitter le centre de santé avec au moins une dose de PCU, en plus de la méthode contraceptive qu'elle a choisie.
 - Les critères médicaux de recevabilité sont exactement les mêmes que pour les femmes adultes.
 - Les femmes jeunes sont beaucoup plus susceptibles d'éprouver des regrets après une stérilisation.

- Les méthodes qui ne nécessitent pas une prise quotidienne sont plus susceptibles d'être efficaces pour certaines jeunes femmes et les CRLDA, tels les DIU et les implants, se sont révélées avoir des taux de satisfaction et d'efficacité plus élevés auprès des jeunes femmes et des adolescentes que les contraceptifs oraux dans la prévention des grossesses futures.
- Un DIU peut comporter un avantage particulier dans la mesure où il n'est pas détectable par la famille (aucune cicatrice).
- Les CRLDA présentent l'avantage de ne pas comporter de problèmes d'approvisionnement ni d'utilisation incorrecte de la part de l'utilisatrice.

Montrer la diapositive : Étude de cas n°4 : *Une femme qui a décidé qu'elle ne voulait plus avoir d'enfant*

Une femme de 36 ans, mère de cinq enfants, ne veut plus avoir d'autres enfants. Son mari refusait d'utiliser des préservatifs. Elle a utilisé des injectables par le passé et n'aimait pas avoir des saignements irréguliers.

Considérations en matière de contraception :

En vue de limiter les naissances, les femmes peuvent utiliser toutes les formes de contraception pour lesquelles elles remplissent les critères de recevabilité. La contraception à longue durée d'action associe la longue durée d'action à des taux élevés d'efficacité et de satisfaction. Dans le cas de cette femme, un DIU au cuivre peut s'avérer un bon choix parce qu'il n'entraîne pas de saignements irréguliers ou d'aménorrhée et qu'il a une durée d'action de 10 à 12 ans. Le DIU est aussi efficace que la stérilisation sans nécessiter d'intervention chirurgicale. C'est une contraception réversible au cas où les circonstances dans l'existence de la femme viendraient à changer. Des méthodes permanentes, et notamment la stérilisation féminine (stérilisation tubaire) et la vasectomie peuvent également être proposées si la femme est certaine de sa décision de ne plus avoir d'enfants.

5. Pratique des compétences

Dire : Nous allons maintenant intégrer l'ensemble des sections de ce module et pratiquer les compétences en matière de counseling sur la contraception, en nous assurant de bien couvrir les six étapes essentielles du counseling sur la contraception (Modèle BERCER).

Séparer les participants en groupes de trois.

- Munir chacun des groupes d'un exemplaire des scénarios pour les jeux de rôle et de trois copies de la Liste de contrôle des compétences requises pour le counseling sur la contraception.

- Demander aux groupes de décider qui va jouer en premier le rôle du prestataire, de la femme et de l'observateur. Changer les rôles à chaque fois jusqu'à ce que chacun des participants ait eu l'occasion de jouer les trois.
 - Demander aux participants de lire la liste de contrôle attentivement de manière à ne pas avoir de doutes sur ce qui est attendu de la performance du prestataire.
 - Demander aux participants de se référer à la section 7.0 du Manuel de référence intitulée *Étapes essentielles du counseling sur la contraception*.
- Demander au participant qui joue le rôle de la femme de lire attentivement et de choisir l'un des scénarios.
- Les groupes prendront 10 minutes pour jouer chacun des jeux de rôle.
 - Recommander au prestataire de passer rapidement à travers toutes les étapes afin de disposer de suffisamment de temps.
 - L'observateur regardera en silence l'interaction et remplira la liste de contrôle en fonction des compétences démontrées par le prestataire de soins.
 - Les groupes commenteront brièvement les jeux de rôle pendant deux minutes.
 - Le prestataire fera part de son expérience du jeu de rôle, la femme donnera ses commentaires et l'observateur fera part de ses observations et de ses commentaires.
 - Répéter ce processus jusqu'à ce que chaque participant ait joué au moins une fois chacun des rôles.

Rassembler le groupe en plénière.

Poser les questions suivantes aux participants :

- Quelles ont été les principales questions de counseling que vous avez discutées entre vous ?
- Vous êtes-vous sentis à l'aise pendant les jeux de rôle ?
- Comment la femme a-t-elle réagi à votre manière de lui fournir counseling dans son choix ?
- Quelles sont les compétences dont le prestataire de soins s'est acquitté avec satisfaction ?
- Quelles sont les compétences de counseling qui pourraient être améliorées ?

- Quelles peuvent être les difficultés pour fournir counseling efficace à une femme ayant des considérations particulières ?
- Comment pourriez-vous acquérir des compétences supplémentaires avant d'avoir à pratiquer un counseling sur la contraception avec de vraies patientes ?

6. Résumé et test de connaissances

Demander aux participants de retrouver les points clés de ce module. Se servir des objectifs comme points de référence.

Dire : Les participants ont-ils encore des questions à propos de ce qui a été traité au cours de ce module?

Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de remplir le test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Analyser les réponses correctes à l'aide de la correction du test.

Remercier les participants.

Bibliographie

Abdel-Tawah, N., Huntington, D., Hassan, E. O., Youssef, H. et Nawar, L. (1999). Effets de l'implication des conjoints dans le rétablissement des patientes après avortement et l'utilisation de la contraception en Egypte. Dans D. Huntington et J. Peterson (Eds.), *Postabortion care: Lessons from operations research*. New York, NY: The Population Council.

Alan Guttmacher Institute (AGI). (1999). *Sharing responsibility: women, society & abortion worldwide*: The Alan Guttmacher Institute.

Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. et Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208–2217.

Benson, J., Leonard, A. H., Winkler, J., Wolf, M. et McLaurin, K. E. (1992). Meeting women's needs for post-abortion family planning: Framing the questions. *Issues in Abortion Care*, 2.

- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. et Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517–521. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.006
- Billings, D. L., Crane, B. B., Benson, J., Solo, J. et Fetter, T. (2007). Scaling-up a public health innovation: A comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2210–2222.
- Bongaarts, J. et Westoff, C. F. (2000). The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 31(3), 193–202.
- Boyd, E. F. et Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 113(4), 469–473.
- Center for Reproductive Rights (CRR). (2008). *Bringing rights to bear anew: 2008 update*. D'après: <http://reproductiverights.org/en/press-room/bringing-rights-to-bear-anew-2008-update>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45–46.
- Cheng, L., Che, Y. et Gülmezoglu, A. M. (2012). Methods of emergency contraception. *Cochrane Summaries*.
- Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106–111.
- Curtis, C., Huber, D. et Moss-Knight, T. (2010). Postabortion family planning: addressing the cycle of repeat unintended pregnancy and abortion. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 44–48.
- Curtis, K. M., Mohllajee, A. P. et Peterson, H. B. (2006). Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contraception*, 73(2), 205–210.
- Dinerman, L. M., Wilson, M. D., Duggan, A. K. et Joffe, A. (1995). Outcomes of adolescents using levonorgestrel implants vs oral contraceptives or other contraceptive methods. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 149(9), 967–972.
- Diouf, K. et Nour, N. (2013). Female genital cutting and HIV transmission: is there an association? *American Journal of Reproductive Immunology*, 69 Suppl. 1, 45–50.
- Family Health International (FHI). (2000). Contraception after pregnancy. *Contraceptive Technology Update Series*, October 2000.
- Ferreira, A. L., Souza, A. I., Lima, R. A. et Braga, C. (2010). Choices on contraceptive methods in post-abortion family planning clinic in the northeast Brazil. *Reproductive Health*, 7(5).
- Huntington, D., Hassan, E. O., Attallah, N., Toubia, N., Naguib, M. et Nawar, L. (1995). Improving the medical care and counseling of postabortion patients in Egypt. *Studies in Family Planning*, 26(6), 350–362.
- International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). (2012). *Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidelines* (3rd ed.). New York, NY: ICEC.
- Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), International Confederation of Midwives (ICM), Conseil International des Infirmières (CII), et United States Agency for International Development (US- AID). (2009). *Family planning: A key component of post abortion care. Déclaration de consensus*. D'après : http://transition.usaid.gov/our_work/global_health/pop/techareas/pac/fp_component.pdf

- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme: Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Johnson, B. R., Ndhlovu, S., Farr, S. L. et Chipato, T. (2002). Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception. *Studies in Family Planning*, 33(2), 195–202.
- Leonard, A. H. et Ladipo, O. A. (1995). Planification familiale post-abortum : facteurs déterminant le choix individuel de méthodes contraceptives. *Progrès en Matière d'Avortement*, 4(2).
- Mason, K. et Pilyman, L. (1992). Not for women only: Child spacing clubs for Malawian men. *AVSC News*, 30(4).
- McDougall, J., Feters, T., Clark, K. A. et Rathavy, T. (2009). Determinants of Contraceptive Acceptance Among Cambodian Abortion Patients. *Studies in Family Planning*, 40(2), 123–132.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (1997). *Planification familiale après avortement : Guide pratique à l'intention des responsables de programmes*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives, mise à jour de la deuxième édition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Critères de recevabilité pour l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (p.1 ressource en ligne) (121 p.)). D'après : http://whqlibdoc.OMS.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2010a). *Guide pratique pour les soins aux adolescents : Un outil de référence destiné aux agents de santé de premier niveau*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2010b). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives* (4ème édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Contraception d'urgence*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D. et Secura, G. (2011). Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 117(5), 1105–1113.
- Ratten, G. J. (1972). Resumption of ovulation after incomplete abortion. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12(4), 217–219.
- Roberts, H., Silva, M. et Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260–265.
- Rosenstock, J. R., Peipert, J. F., Madden, T., Zhao, Q. et Secura, G. M. (2012). Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1298–1305.
- Ross, J. A., Rich, M. et Molzan, J. P. (1989). *Management strategies for family planning programs*. New York, NY: Columbia University.
- Salter, C., Johnston, H. B. et Hengen, N. (1997). Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports, Series L*(10).

- Scholes, D., La Croix, A. Z., Ichikawa, L. E., Barlow, W. E. et Ott, S. M. (2005). Change in bone mineral density among adolescent women using and discontinuing depot medroxyprogesterone acetate contraception. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 159(2), 139–144.
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. et Greinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.013
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I. H., Ahman, E., Henshaw, S. K. et Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625–632. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8
- Solo, J., Billings, D. L., Aloo Obunga, C., Ominde, A. et Makumi, M. (1999). Creating linkages between incomplete abortion treatment and family planning services in Kenya. *Studies in Family Planning*, 30(1), 17–27.
- Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. et Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216–220. doi: 10.1016/j.contraception.2008.09.003
- Stevens-Simon, C., Kelly, L. et Kulick, R. (2001). A village would be nice but...it takes a long-acting contraceptive to prevent repeat adolescent pregnancies. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(1), 60–65.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (TFPMFR). (1998). Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *The Lancet*, 352(9126), 428–433.
- Templeman, C. L., Cook, V., Goldsmith, L. J., Powell, J. et Hertweck, S. P. (2000). Postpartum contraceptive use among adolescent mothers. *Obstetrics and Gynecology*, 95(5), 770–776.
- Tolaymat, L. L. et Kaunitz, A. M. (2007). Long-acting contraceptives in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 19(5), 453–460.
- Tripney, J., Schucan, B. K., Kwan, I. et Kavanagh, J. (2010). *The impact of post-abortion care family planning counselling and services in low-income countries: a systematic review of the evidence (Technical report)*. Londres, Angleterre: Université de Londres.
- Trussell, J. (2009). Choosing a Contraceptive: Efficacy, Safety and Personal Considerations. In R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, W. Cates Jr., F. H. Stewart et D. Kowal (Eds.), *Contraceptive Technology* (19 ed.). New York, NY: Ardent Media.
- Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Upadhyay, U. D. et Robey, B. (1999). Why family planning matters. *Population Reports, Series J* (49).
- Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., Buckel, C., Madden, T., Allsworth, J. E. et Secura, G. M. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, 366(21), 1998–2007.
- Wolf, M. et Benson, J. (1994). Meeting women's needs for post-abortion family planning. Rapport du Bellagio Technical Working Group. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 45 Sup, S1–33.

Correction du test de connaissances

1. Vrai
2. Faux
3. Faux
4. Vrai
5. Faux
6. b
7. d
8. b
9. c
10. c

Test de connaissances - Services de contraception

Entourer « vrai » ou « faux » selon ce qui convient :

1. Vrai ou Faux Les systèmes de santé peuvent faillir à leur devoir envers les femmes de deux manières, si les établissements de soins ne proposent pas une gamme complète d'options en matière de contraception et si les prestataires n'expliquent pas de manière adéquate comment utiliser les méthodes et comment les obtenir et se réapprovisionner.
2. Vrai ou Faux Un choix libre et éclairé signifie que la femme choisit librement une méthode, à moins que son partenaire insiste pour qu'elle en utilise une autre.
3. Vrai ou Faux Toutes les femmes qui reçoivent des soins liés à un avortement devraient être obligées d'utiliser une contraception immédiatement après.
4. Vrai ou Faux Impliquer la participation des partenaires au counseling sur la contraception peut contribuer à mieux les sensibiliser et favoriser un recours plus important aux méthodes de contraception masculines.
5. Vrai ou Faux Les femmes jeunes et les adolescentes ne remplissent pas les critères de recevabilité pour les DIU parce qu'elles ont plus de risques de contracter des IST.
6. La contraception est un facteur déterminant pour la santé de la femme pour toutes les raisons suivantes, excepté :
 - a. Elle réduit la mortalité et la morbidité maternelles en aidant les femmes à éviter des grossesses non souhaitées et la possibilité d'un avortement non sécurisé susceptible d'entraîner une lésion ou un décès.
 - b. Elle permet au partenaire de décider si une femme devrait avoir des enfants, quand et combien.
 - c. Elle permet à la femme d'espacer les naissances.
 - d. Elle donne à la femme les moyens et la liberté d'améliorer sa qualité de vie et de poursuivre son éducation ou sa carrière.
7. Lequel parmi les messages suivants, n'est pas une information clé qu'il est nécessaire de donner à une femme qui se présente pour des soins liés à l'avortement?
 - a. Elle est susceptible d'être à nouveau enceinte dans les deux semaines qui suivent les soins et dès huit jours suite à un avortement médicamenteux à l'aide de mifépristone et de misoprostol.
 - b. Des méthodes sûre et sans danger sont disponibles pour éviter ou retarder une grossesse.
 - c. Où et comment elle peut obtenir des services et des méthodes de contraception.
 - d. Très peu de méthodes contraceptives peuvent être utilisées après une évacuation utérine.

8. Les services de contraception après avortement ont plus de chances d'être efficaces si :
 - a. Les femmes qui les utilisent sont déjà mariées.
 - b. Les femmes choisissent elles-mêmes la méthode qui leur convient en fonction de leurs besoins et que ce choix est éclairé.
 - c. Les femmes ont déjà des enfants.
 - d. Les prestataires utilisent elles/eux-mêmes des méthodes contraceptives.
9. Une femme qui choisit une méthode basée sur la connaissance de sa fécondité doit être informée qu'elle aura besoin d'utiliser une autre méthode de contraception :
 - a. Pendant deux semaines
 - b. Pendant une année
 - c. Jusqu'au retour de son cycle mensuel normal
 - d. Pour toujours, parce que cette méthode ne fonctionne pas.
10. Quelle méthode parmi les suivantes n'est pas immédiatement adaptée pour une femme qui vient d'avoir un avortement septique?
 - a. Injectables
 - b. Contraceptions orales (pilules)
 - c. Dispositif intra-utérin (IUD)
 - d. Patch

Modèles de prestation de services

Consignes : Réfléchir à la situation en vigueur dans son propre établissement de soins pour chaque question. Remplir les réponses pour toutes les rangées et colonnes

| Questions | Pratique actuelle dans l'établissement de soins | Ce qu'il faut changer | Ce qui est nécessaire pour réaliser ce changement |
|--|---|-----------------------|---|
| À quel endroit le counseling sur la contraception et la mise à disposition des méthodes sont-ils proposés aux femmes qui reçoivent des soins liés à l'avortement ? | | | |
| À quel moment les services de contraception après avortement ont-ils lieu ? | | | |
| Qui fournit des services de contraception aux patientes qui viennent d'avoir des soins d'avortement ? | | | |

Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling sur la contraception

Consignes à l'intention des observateurs : Observer en silence et évaluer la session de counseling. Ne pas interagir avec la femme ou le prestataire de soins. Cocher « oui » ou « non », si le prestataire de soins démontre ou ne démontre pas chacune des compétences au cours de la session de counseling, et consigner ses commentaires. Rendre compte de son évaluation et de ses commentaires à la fin de la session.

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Établit une relation de confiance | | | |
| Salue les patientes de manière chaleureuse et amicale en faisant preuve d'intérêt et de préoccupation | | | |
| Veille au respect de l'intimité et de la confidentialité de la patiente | | | |
| Demande la permission avant d'inviter d'autres personnes à participer à la session | | | |
| Évalue les besoins de la femme | | | |
| Pose des questions ouvertes sur les circonstances et les besoins de la femme | | | |
| Explore les facteurs qui ont conduit la femme à avoir besoin d'un avortement sans a priori et sans jugement | | | |
| Si elle utilisait une contraception, cherche à établir les raisons de l'échec de la méthode qu'elle utilisait | | | |
| Explique comment fonctionne la reproduction humaine (si nécessaire) | | | |
| Détermine si la femme souhaite retarder ou éviter une grossesse | | | |
| Explore le souhait de la femme de retarder ou éviter une grossesse | | | |
| Donne des informations sur les avantages de l'espacement des naissances | | | |
| Évalue les circonstances individuelles de la femme | | | |
| Évalue l'état clinique et la situation personnelle de la femme | | | |
| Discute des obstacles possibles qui pourraient empêcher une utilisation positive de la contraception et des moyens de les résoudre | | | |

(suite en pages 174 à 175)

Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling sur la contraception (suite)

| Compétences (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Explique les caractéristiques et l'efficacité des différentes méthodes disponibles | | | |
| Discute toute contre-indication possible ainsi que les méthodes pour lesquelles la femme remplit les critères médicaux de recevabilité | | | |
| Propose une gamme complète de méthodes disponibles dans l'établissement de soins et explique à la femme où elle pourra se réapprovisionner | | | |
| Discute du moment où la contraception pourra être mise en place en fonction de la méthode et du processus choisis pour son évacuation utérine | | | |
| Explique, en ordre décroissant d'efficacité, les méthodes pour lesquelles elle remplit les critères de recevabilité, et discute de leur efficacité, caractéristiques, modes d'utilisation et effets secondaires respectifs | | | |
| Lui explique où elle peut obtenir les différentes méthodes si elle a besoin de se réapprovisionner | | | |
| Lui montre des exemples réels des méthodes et utilise des outils éducatifs, des brochures, des images et des modèles anatomiques | | | |
| Accompagne la femme dans le choix de la méthode qui lui convient | | | |
| Soutient la femme dans son choix pour trouver la méthode la plus efficace et la mieux adaptée à sa situation | | | |
| S'assure que la femme a sélectionné sa méthode en toute connaissance de cause (choix éclairé) | | | |
| S'assure que la femme comprend parfaitement la méthode/les méthodes qu'elle a choisi | | | |
| L'aide à prévoir comment elle utilisera la méthode de manière régulière et à long terme, en veillant à ce qu'elle sache où et quand se réapprovisionner et, le cas échéant, changer de méthode | | | |
| Fourni la méthode choisie ou une méthode provisoire si la méthode définitive n'est pas disponible | | | |

Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling sur la contraception (suite)

| Compétences (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Fourni la PCU et les instructions pour l'utiliser comme méthode de rattrapage, si elle est disponible | | | |
| Orienté ou transfert vers d'autres ressources en fonction des besoins | | | |
| Gère les besoins spéciaux | | | |
| Dispose d'une liste de ressources disponibles pour pouvoir orienter ou transférer la femme | | | |
| N'hésite pas à transférer la femme vers les services appropriés, si se trouve dans l'incapacité de donner un service ou un counseling spécialisés ou de répondre à ses besoins d'une autre manière | | | |

Scènes concernant diverses attitudes en matière de counseling

Consignes : Un participant joue le rôle du prestataire de soins pendant que l'autre joue celui de la femme. La femme est allongée sur un lit et il y a d'autres femmes dans la salle de consultation.

Scène 1: Prestataire de soins avec une attitude supérieure et moralisatrice

Le prestataire de soins : [Regarde le dossier ; ne regarde pas la femme ; parle tellement fort que les autres femmes entendent parfaitement ce qu'il/elle dit.]

Je vois dans votre dossier que vous venez d'avoir un avortement. C'est déjà le deuxième cette année. Est-ce que vous saignez encore ? Est-ce que vous avez besoin d'une contraception ?

La femme [Regarde les autres femmes autour d'elle, embarrassée.] *Je saigne encore un peu, et j'ai vraiment besoin de la pilule.*

Le prestataire de soins [D'une voix autoritaire.] *Vous avez besoin d'un DIU pour ne pas être enceinte et avoir des ennuis à nouveau. Est-ce que vous pouvez revenir dans deux semaines ?*

La femme : [Intimidée.] *Je suppose que oui.*

Scène 2: Prestataire faisant preuve de soutien

Le prestataire de soins : [Regarde le dossier avant de s'approcher de la femme ; il/elle tire un rideau entre la femme et les autres femmes qui se trouvent dans la pièce afin de préserver son intimité et lui parle à voix basse]; *Bonjour ! [Il/elle tend la main pour la saluer ; il/elle l'appelle par son nom.] Je suis chargé(e) des services de contraception. Est-ce que vous aimeriez que nous parlions des différents moyens d'éviter une grossesse ?*

La femme : [Regarde le prestataire de soins; et lui tend la main] *Bonjour ! Oui, merci, j'aimerais bien.*

Le prestataire de soins : *Votre dossier médical indique que vous avez subi une évacuation utérine. Comment vous sentez-vous maintenant ?*

La femme : *Fatiguée et je saigne encore un peu, mais sinon ça va.*

Le prestataire de soins : *Est-ce que vous souhaitez être enceinte à nouveau rapidement ou est-ce que vous aimeriez éviter les grossesses pour l'instant ?*

La femme : *Je ne veux pas être enceinte à nouveau, pendant au moins quelques années.*

Le prestataire de soins : *Vous n'avez pas eu de complications, il y a donc de nombreuses méthodes de contraception qui pourraient vous convenir. Je vais devoir vous poser quelques questions personnelles afin de déterminer les méthodes qui peuvent répondre le mieux à vos besoins et attentes.*

La femme: *Bien, allez-y s'il vous plait.*

Scènes pour aider la femme à choisir une méthode

Consignes : Un participant joue le rôle du prestataire de soins et un autre celui de la femme. À la fin de chaque scène, les participants décideront dans quelle mesure le prestataire de soins a réellement aidé la femme à choisir la méthode qui lui convient. Les formateurs doivent veiller à ce que les participants donnent des réponses correctes, telles que spécifiées après chaque scène.

Scène I

Le prestataire de soins: [Très occupé et distrait.] *Vous avez déjà quatre enfants, et vous en êtes maintenant à votre deuxième avortement. Vous avez besoin d'être stérilisée pour ne pas être enceinte à nouveau.*

La femme: [Intimidée.] *Oui, d'accord, je vais le faire si c'est ce que vous pensez qui est le mieux.*

Réponses correctes : Le prestataire de soins n'a pas cherché à découvrir qu'elles étaient les préférences de la femme en matière de contraception, et il/elle a pris la décision pour elle. C'est une attitude particulièrement préjudiciable dans la mesure où la stérilisation est une méthode irréversible. C'est un très mauvais exemple de counseling sur la contraception.

Scène II

Le prestataire de soins: [Pas très intéressé(e).] *À l'heure actuelle il se trouve que ces deux méthodes sont disponibles au centre de santé. [Il pose les deux méthodes devant la femme.] Vous pouvez choisir celle que vous voulez.*

La femme : *Je vais prendre celle-ci parce que c'est celle qu'utilise ma sœur.* [Elle choisit l'une des deux méthodes.]

Réponses correctes : Le prestataire de soins n'a fait preuve d'aucun intérêt pour la femme. Il/elle ne lui a montré que deux méthodes et ne lui a pas donné d'informations sur chacune d'entre elles. Il/elle n'a pas cherché à savoir quels pouvaient être les besoins particuliers de cette femme ou tenter de déterminer si la méthode qu'elle a choisie avait des chances de lui convenir.

Scène III

La femme: *Vous avez décrit plusieurs méthodes, mais je n'arrive pas à me décider entre les préservatifs et les injectables.*

Le prestataire de soins: *Les injectables, vous fourniront une protection pendant une période plus longue. C'est ce que vous devriez probablement choisir.*

Réponses correctes : Le prestataire de soins a décrit toute une gamme de méthodes, ce qui est positif. Néanmoins, il/elle n'a pas demandé à la femme pourquoi elle avait des difficultés à choisir entre ces deux méthodes, ce qui aurait pu l'aider à déterminer elle-même celle des deux méthodes qui lui conviendrait le mieux.

Scène IV

La femme: *Vous m'avez montré et décrit plusieurs méthodes, mais maintenant je n'arrive pas à me décider entre les préservatifs et les injectables.*

Le prestataire de soins: Pouvez-vous m'en dire un peu plus sur les raisons qui vous font hésiter.

La femme : *Je sais que je peux obtenir des préservatifs dans mon village, mais je ne suis pas sûre où je pourrais me fournir en injectables. Je ne pense pas, toutefois, que mon mari aura envie d'utiliser des préservatifs. Le prestataire de soins: Le centre de santé dans votre village dispose maintenant à la fois de préservatifs et d'injectables. Les injectables sont un moyen efficace pour vous permettre d'éviter une grossesse, mais ils ne vous protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), et notamment contre le VIH. Si votre mari est d'accord d'utiliser des préservatifs cela vous évitera à la fois d'être enceinte et de contracter des IST. Vous pouvez décider de prendre des injectables pour éviter d'être enceinte, mais peut-être que vous pourriez envisager d'utiliser les deux méthodes plutôt que de n'en choisir qu'une seule.*

Réponses correctes : Le prestataire de soins fait preuve d'intérêt et essaie activement d'aider la femme à prendre sa décision en lui demandant d'expliquer les raisons de son indécision. Le prestataire de soins lui a donné des informations en matière de réapprovisionnement. Il lui a également expliqué les avantages et les points faibles de chacune des méthodes et les a comparées en matière de prévention de la grossesse et de prévention des IST et du VIH.

Scénarios pour les jeux de rôle

Cas n°1

Une jeune femme de 16 ans, avec un bon état de santé général, a subi une évacuation utérine par AMIU sans complications. Elle ne veut pas être enceinte à nouveau. Elle n'a pas confiance dans les méthodes hormonales et le DIU lui semble une méthode intéressante. Elle ne veut pas que ses parents sachent qu'elle utilise une contraception. Il est possible qu'elle ait des relations sexuelles avec des hommes plus âgés en échange d'une aide pour payer ses frais de scolarité.

Cas n°2

Une femme de 27 ans qui vient d'avoir une évacuation utérine par méthode médicamenteuse revient au centre de santé. On lui avait donné des préservatifs à utiliser en attendant qu'elle choisisse une méthode à plus long terme, mais elle dit qu'elle n'a pas eu de relations sexuelles depuis l'évacuation utérine parce qu'elle a continué de saigner. Elle a encore de légers saignements, mais elle dit qu'elle veut commencer à utiliser une contraception parce qu'elle pense qu'elle aura bientôt des relations sexuelles avec son partenaire et qu'elle ne veut pas être enceinte à nouveau immédiatement.

Cas n°3

Une femme de 39 ans, mère de quatre enfants, est venue dans votre centre de santé pour obtenir une évacuation utérine à l'aide d'une méthode médicamenteuse. Elle et son mari ont décidé avant qu'elle ne vienne, qu'elle devrait avoir une ligature des trompes. Elle est venue dans cet établissement pour obtenir des soins d'avortement mais aussi parce qu'elle a entendu dire que vous pratiquiez des stérilisations féminines. Elle vit très loin du centre de santé et ne sait pas quand elle sera en mesure de revenir.

Cas n°4

Une femme de 34 ans a subi une évacuation utérine par AMIU suivie d'une réparation pour une lacération cervicale mineure qui s'est produite pendant la procédure. Elle veut prendre une contraception orale. Elle fume et souffre d'hypertension. Son père et sa sœur aînée ont tous deux eu un accident vasculaire alors qu'ils étaient dans la trentaine. Elle a trois enfants et affirme ne pas en vouloir d'autre.

Information sur les méthodes de contraception

1. Nom de la méthode:
2. Combien de temps après une évacuation utérine par aspiration intra-utérine peut-elle être initiée/mise en place ?
3. Combien de temps après une évacuation utérine par méthode médicamenteuse peut-elle être initiée/mise en place ?
4. Proposez-vous actuellement counseling à propos de cette méthode et la stockez-vous dans votre établissement ?
5. Dans votre établissement de soins, quelles sont les caractéristiques d'une utilisatrice typique de cette méthode ?
6. Quels sont certains des avantages de cette méthode qui ne sont peut-être pas très bien connus ? Quels en sont, le cas échéant, les avantages spécifiques pour les jeunes femmes et les adolescentes ?
7. Quels sont les obstacles qui entravent son utilisation ? (disponibilité, familiarité des prestataires de soins et des femmes, mythes). Comment serait-il possible de surmonter ces obstacles ?

Prévention des infections



But :

Ce module traite des connaissances et attitudes que les prestataires de soins de santé doivent avoir pour être à même de prévenir les infections pour eux-mêmes, leurs patientes, leurs collaborateurs et l'ensemble de la communauté lorsqu'ils dispensent des soins d'avortement.



Conditions préalables :

- Les participants doivent déjà être capables de :
- Décrire les principaux concepts de soins complets d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- Expliquer la nécessité de la prévention des infections dans le cadre des soins d'avortement
- Fournir une description générale de la théorie des germes et des techniques d'asepsie.



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Expliquer les modes de transmission possibles des infections dans le cadre des soins d'avortement
2. Identifier les éléments essentiels de la prévention des infections, y compris les précautions classiques
3. Expliquer les procédures de prise en charge de l'exposition professionnelle à du sang et à des fluides corporels



Matériel didactique :

- ☐ Liste de contrôle des capacités de prévention des infections et fiche de travail de plan d'action
- ☐ Création de barrières de protection personnelle à partir du matériel disponible sur place (facultatif)

- ☐ Ensemble de barrières de protection personnelle : protection du visage (masque et lunettes ou écran facial), protection des bras (tablier ou blouse de laboratoire) et gants
- ☐ Exemple d'écran facial fabriqué à partir du matériel disponible sur place (facultatif)
- ☐ Seringue hypodermique avec capuchon protecteur
- ☐ Exemples de poubelles pour déchets pointus ou tranchants acceptables (tels que boîte de transport vide solidement fermée) et non acceptables (tels que canettes ou bouteilles vides)
- ☐ Test de connaissances et réponses au test

Préparation préalable :



- ☐ Déterminer la disponibilité sur le lieu de travail des participants des fournitures nécessaires pour mettre en œuvre des techniques de prévention des infections.
- ☐ Adapter les activités de formation si nécessaire en fonction des rôles des participants sur leur lieu de travail et des méthodes d'évacuation utérine utilisées dans le centre où ils travaillent.
- ☐ Évaluer les ressources locales pour la fabrication d'écrans faciaux et de poubelles adéquates pour les déchets pointus ou tranchants.
- ☐ Fabriquer un exemple d'écran facial comme illustré à la section 3.2 du Manuel de référence (facultatif).
- ☐ Faire des photocopies de la liste de contrôle des capacités de prévention des infections, de la fiche de travail de plan d'action et du test de connaissances.

Remarque à l'attention du formateur : À la fin de ce module, on trouvera des instructions facultatives pour les situations où il s'avérerait nécessaire de fabriquer des barrières de protection personnelle à partir du matériel disponible sur place.

Durée : 1 heure 30 minutes

1. Introduction

Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

- Ce module traite de la manière dont les prestataires de soins de santé peuvent prévenir les infections pour eux-mêmes, leurs patientes, leurs collaborateurs et l'ensemble de la communauté lorsqu'ils dispensent des soins d'avortement.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

- À la fin de ce module, les participants devront être capables de :
 1. Expliquer les voies de transmission des infections dans le cadre des soins d'avortement
 2. Identifier les éléments essentiels de la prévention des infections, y compris les précautions standards
 3. Expliquer les procédures de prise en charge de l'exposition professionnelle à du sang et à des fluides corporels

Expliquer aux participants qu'ils devront compléter une auto-évaluation des mesures de prévention des infections à l'aide de la liste de contrôle des capacités de prévention des infections et de la fiche de travail de plan d'action.

- Leur distribuer la fiche de travail et leur laisser quelques minutes pour compléter la deuxième colonne de la fiche de travail, celle intitulée « Le faites-vous ? »
- Leur demander ce qu'ils ont appris sur leurs pratiques actuelles en matière de prévention des infections.
 - Sélectionner une ou deux courtes réponses.
- Expliquer aux participants qu'ils compléteront le reste de la fiche de travail plus tard au cours de ce module.

Dire : Nous allons à présent voir pourquoi il est essentiel de protéger nos patientes, nous-mêmes, nos collaborateurs et notre communautés contre les agents pathogènes hématogènes (c'est-à-dire transmissibles par le sang).

Montrer et commenter la diapositive : *Pourquoi faut-il se protéger contre les agents pathogènes transmissibles par le sang ?*

- Ils peuvent provoquer des infections incurables, par exemple le VIH, le HBV, le HCV et le virus Ebola.
- La transmission se fait par le sang, les sécrétions, les excréments et certains autres fluides corporels qui se rencontrent fréquemment dans les centres de santé.

Montrer et commenter la diapositive : *Comment se disséminent les*

maladies transmissibles par le sang ?

- Les agents infectieux se transmettent :
 - via des coupures ou des blessures au niveau de la peau
 - par contact avec les muqueuses

Montrer la diapositive : *Modes de transmission les plus fréquents des infections hématogènes*

- Blessures occasionnées par des instruments pointus ou tranchants contaminés, par exemple piqûres d'aiguille
- Contact avec du sang sur des zones de peau lésées ou sur les muqueuses

Demander : *Quel est le fluide corporel considéré comme non infectieux ?*

- La sueur

Montrer et commenter la diapositive : *Qui est atteint de maladies transmissibles par le sang ?*

- Il n'est pas toujours possible de savoir qui est infecté car certaines maladies ne se manifestent par aucun signe ou symptôme visible.
- Des précautions doivent être prises chez chaque patiente.
- Éviter de faire des suppositions basées sur des comportements ou des apparences.

Expliquer que n'importe qui peut être atteint d'une maladie transmissible par le sang et que tant la patiente que le prestataire de soins peuvent l'ignorer.

- Les prestataires de soins peuvent supposer à tort que certaines personnes ne sont probablement pas infectées, par exemple les femmes âgées, les bébés ou les personnes qui paraissent en bonne santé.
- Les tests ne permettent pas toujours de détecter si une personne est ou non actuellement porteuse d'une infection.
- Toutes les patientes et tous les collègues doivent être traités en permanence en respectant les mêmes précautions.

Dire : Repensez à votre auto-évaluation. Choisissez l'une des techniques de prévention des infections que vous ne mettez pas en œuvre actuellement et réfléchissez aux pires conséquences possibles de ce manquement.

- Laisser aux participants le temps de réfléchir.

Demander : Quelles sont quelques-unes des pires conséquences possibles ?

- Sélectionner une ou deux courtes réponses.
- Voici quelques réponses possibles :
 - Contracter une maladie incurable telle que le VIH
 - Contaminer la réserve d'eau potable de la communauté

Dire : Ces graves réflexions nous donnent suffisamment de bonnes raisons d'appliquer en permanence des mesures de prévention des infections.

Rappeler aux participants qu'ils peuvent se référer au Manuel de référence pour des informations plus détaillées sur la prévention des infections dans le cadre des soins d'avortement.

2. Éléments de la prévention des infections

Les précautions systématiquement utilisées pour toutes les patientes sont appelées « précautions standards », elles étaient auparavant désignées sous le terme de « précautions universelles »

Montrer et commenter la diapositive : *Précautions standards*

- Manipulation adéquate du sang et des fluides corporels
- Utilisation de techniques de prévention appropriées
- Respectées pour toutes les patientes et tous les travailleurs
- Aucune raison de traiter différemment les personnes atteintes d'une maladie diagnostiquée

Montrer la diapositive : *Éléments essentiels de la prévention des infections*

- Lavage des mains
- Barrières de protection personnelle
- Manipulation adéquate des objets pointus ou tranchants
- Traitement adéquat des instruments
- Technique aseptique
- Propreté de l'environnement
- Élimination adéquate des déchets infectieux

Dire : Nous allons à présent aborder un par un ces différents éléments de la prévention des infections. Le premier est le lavage des mains.

Les mains constituent fréquemment une voie de transmission des infections. Le lavage des mains est une manière importante mais souvent négligée de prévenir les infections.

Montrer la diapositive : *Quand faut-il se laver les mains ?*

- Avant et après chaque contact avec une patiente
- Après tout contact avec des éléments potentiellement contaminés, même si l'on portait des gants
- Plusieurs fois par jour

Montrer la diapositive : *Comment faut-il se laver les mains ?*

- Utiliser du savon et de l'eau propre pour chaque personne
- Utiliser de l'eau courante et non une réserve d'eau stagnante
- On peut employer une brosse pour nettoyer les mains à fond
- Utiliser un essuie propre ou individuel

Dire : Qu'est-ce qu'une « réserve d'eau stagnante » par opposition à de l'« eau courante » ?

- Réponse : Une réserve d'eau stagnante est une bassine ou tout autre récipient contenant de l'eau, sans aucun écoulement d'eau et dans lequel tout le monde se trempe les mains. Lorsque l'on ne dispose pas d'eau courante fournie par un robinet ou une pompe, une personne peut verser de l'eau fraîche d'un récipient pour permettre à une autre personne de se laver les mains.

Dire : Pourquoi n'est-ce pas une bonne pratique de prévention des infections ?

- Réponse : Parce que la contamination peut se transmettre à chacune des personnes qui se lavent les mains dans cette eau. Les micro-organismes peuvent se multiplier dans une bassine d'eau utilisée par plusieurs personnes.

Montrer la diapositive : *Lavage des mains*

Dire : Selon des études de comportement en termes de lavage des mains, lorsque les médecins-chefs et les autres principaux responsables au sein d'un centre de soins se lavent régulièrement les mains, les autres prestataires de soins ont tendance à en faire autant.

Demander aux participants de réfléchir aux pratiques en termes de lavage des mains des cliniciens en chef au sein de leur centre.

- Ces personnes donnent-elles un bon exemple en termes de lavage des mains ?
- Sinon, comment pourrait-on les convaincre d'améliorer leur comportement ?

Dire : Nous allons à présent parler des barrières de protection personnelle utilisées pour se protéger de l'exposition aux infections.

Mettre des barrières de protection personnelle : protection du visage (masque et lunettes ou écran facial), protection des bras (tablier ou blouse de laboratoire) et gants. Les porter pendant que l'on aborde les points suivants.

Montrer et commenter la diapositive : *Quand faut-il porter des barrières de protection personnelle ?*

- On doit porter des barrières chaque fois qu'il y a une possibilité de contact avec du sang ou des fluides corporels.

Remarque à l'attention du formateur : Pour les diapositives suivantes, on peut indiquer sur soi-même les parties du corps susceptibles d'être exposées à du sang et montrer les barrières de protection personnelle et quand et comment elles doivent être utilisées.

Montrer la diapositive : *Barrières de protection personnelle pour la réalisation d'une AMIU*

Dire : Lorsqu'un prestataire de soins réalise une AMIU, quelles parties de son corps peuvent être exposées à du sang ?

- Les yeux, le visage, la bouche, les bras, les mains.

Dire : Quelles barrières de protection personnelle le prestataire doit-il porter lors d'une procédure d'AMIU ?

- Protection du visage (masque et lunettes ou écran facial), protection des bras (tablier ou blouse de laboratoire) et protection des mains (gants).

Dire : Est-il nécessaire de porter toutes ces barrières chaque fois que l'on fait quelque chose au sein de l'établissement ?

- Non, seulement lorsqu'un contact avec du sang est possible, par exemple suite à des éclaboussures accidentelles.

Dire : Quelles barrières doit-on porter lors du nettoyage des instruments, même si ceux-ci ont été préalablement immergés dans une solution chlorée ?

- Écran facial ou protection des yeux et de la bouche, gants, tablier ou blouse de laboratoire.

Dire : Les gens pensent parfois qu'il peut paraître inapproprié pour un prestataire d'AMIU de porter un masque s'il ne travaille pas en salle d'opérations. Pourquoi le prestataire doit-il toujours se protéger la bouche, par exemple avec un masque chirurgical, lors d'une AMIU ?

- Un masque chirurgical sert à protéger le prestataire des infections et non la patiente.

Dire : Une autre barrière à utiliser, ce sont les gants.

Montrer et commenter la diapositive : *Quand faut-il porter des gants ?*

- Il faut porter des gants lorsqu'un contact avec des fluides corporels est probable.
- Changer de gants entre chaque patiente, après tout contact avec un élément potentiellement contaminé, avant de toucher un instrument stérile et entre les examens rectal et vaginal.
- Retirer ses gants et se laver les mains immédiatement après une procédure.

Dire : Nous allons maintenant voir comment manipuler en toute sécurité les objets pointus ou tranchants.

La manipulation d'objets pointus ou tranchants est une voie par laquelle les travailleurs se trouvent fréquemment exposés à du sang ou à des fluides corporels. Elle est souvent responsable de la transmission de maladies.

Demander aux participants de citer quelques objets pointus ou tranchants que l'on rencontre en milieu hospitalier.

- Les réponses peuvent inclure : lames, verre, aiguilles hypodermiques, pince de Pozzi, aiguilles de suture et ciseaux

Dire : Certaines manières de manipuler des aiguilles ou d'autres objets pointus ou tranchants peuvent occasionner des blessures et des infections. Qui s'est déjà piqué ou coupé en dispensant des soins ?

- Demander à une personne d'expliquer brièvement comment elle s'est piquée ou coupée et de quelle manière cela a influencé ses pratiques en matière de prévention des infections par la suite.

Montrer et commenter la diapositive : *Comment prévenir les blessures occasionnées par des objets pointus ou tranchants ?*

- Ne pas transporter les aiguilles hypodermiques usagées.

- Prévoir un endroit spécifique où déposer les objets pointus ou tranchants au cours des procédures.
- Annoncer le passage et la présence d'objets pointus ou tranchants pour éviter de blesser accidentellement d'autres personnes.
- Éliminer immédiatement les aiguilles et les seringues dans une poubelle résistant à la perforation sans les recapuchonner, les retirer, les couper ou les plier.
- Si les seringues doivent être recapuchonnées, utiliser la « méthode du ramassage ».

Dire : Qui peut proposer d'autres manières de prévenir les blessures occasionnées par des objets pointus ou tranchants ?

Montrer la diapositive : *Méthode du ramassage*

- Si les seringues doivent être recapuchonnées au cours d'une procédure :
 - Ramasser le capuchon avec l'aiguille sans toucher ni le capuchon ni l'aiguille
 - Tirer le capuchon sur l'aiguille en le prenant près de sa base
 - Ne jamais mettre les doigts sur l'extrémité du capuchon pendant que l'on pousse le capuchon sur l'aiguille

Demander à un volontaire de venir devant l'auditoire et de montrer la méthode du ramassage.

- Insister sur le fait que la dernière étape consiste à tirer le capuchon sur l'aiguille et non pas à pousser sur la pointe du capuchon car l'aiguille peut transpercer le capuchon et vous piquer le doigt.
- Ne recapuchonner les aiguilles que si c'est nécessaire au cours d'une procédure et jamais avant de jeter une aiguille.

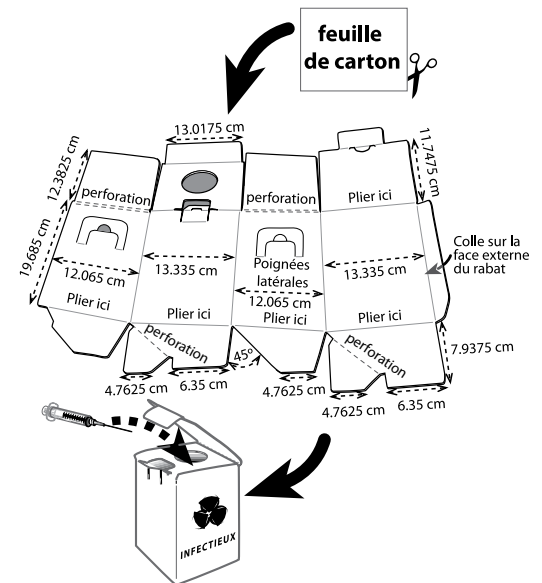
Montrer et commenter la diapositive : *Élimination en toute sécurité des aiguilles*

- Jeter immédiatement les aiguilles dans la poubelle réservée aux objets pointus ou tranchants.
- Ne jamais recapuchonner, retirer, couper ou plier les aiguilles.
- Placer des poubelles pour objets pointus ou tranchants partout où l'on utilise des aiguilles.

Dire : Une poubelle pour objets pointus ou tranchants est un réceptacle pouvant recevoir en toute sécurité une seringue avec l'aiguille fixée sur celle-ci. Le récipient doit empêcher que la

seringue ne perfore quelque chose et ne pas permettre de l'en retirer aisément. Les poubelles destinées aux objets pointus ou tranchants peuvent avoir des aspects variés.

Montrer la diapositive : *Poubelle pour objets pointus ou tranchants*



Dire : Quel type de poubelle pour objets pointus ou tranchants utilisez-vous dans votre centre ?

- Pour chaque exemple, demander s'il répond aux critères d'élimination en toute sécurité.
- Critères :
 - Le réceptacle est sûr, résistant à la perforation, ne permet pas d'en retirer aisément les objets, permet de jeter directement la seringue avec l'aiguille toujours fixée dessus.
- Si le réceptacle ne répond pas à ces critères, il ne convient pas pour une utilisation dans le cadre d'établissement de soins.
 - Par exemple, des canettes de boisson vides ne permettent pas de jeter directement les seringues avec l'aiguille toujours fixée dessus.

Dire : Nous allons à présent examiner quelques scénarios pour mettre en pratique nos connaissances.

Lire les scénarios qui suivent et, pour chacun, demander aux participants s'il s'agit ou non d'une bonne solution pour l'élimination adéquate des objets pointus ou tranchants.

Montrer la diapositive et lire : *Poubelle pour objets pointus ou tranchants - Scénario n° 1*

Dire : Pour diminuer les frais, un centre de soins a décidé d'installer une seule grande poubelle dans un local centralisé accessible au personnel infirmier. Les membres du personnel y amènent les objets pointus ou tranchants en provenance de tous les endroits du centre.

Est-ce une bonne solution ?

Bonne réponse : Non. Des poubelles doivent être présentes à chaque endroit où l'on utilise des aiguilles car le transport des aiguilles peut provoquer des blessures accidentelles.

Montrer la diapositive et lire : *Poubelle pour objets pointus ou tranchants - Scénario n° 2*

Dire : Un autre centre de soins a imaginé une solution technologique : ils ont acheté une découpeuse d'aiguilles qui brise automatiquement les aiguilles avant leur élimination.

Est-ce une bonne solution ?

Bonne réponse : Non. Les aiguilles ne doivent pas être brisées, coupées ou pliées avant leur élimination. Toutes ces pratiques, même réalisées avec une machine, peuvent occasionner des blessures.

Montrer la diapositive et lire : *Poubelle pour objets pointus ou tranchants - Scénario n° 3*

Dire : Un centre de soins utilise de gros bidons métalliques d'huile de cuisson dans lesquels on peut aisément jeter de grandes quantités d'aiguilles et de seringues. Ces réceptacles, que l'on peut fermer hermétiquement lorsqu'ils sont pleins, ont été disposés partout où des aiguilles sont utilisées.

Est-ce une bonne solution ?

Bonne réponse : Oui. Les membres du personnel ne doivent pas transporter les aiguilles pour les éliminer et les réceptacles sont sûrs, ne risquent pas d'être perforés, ne permettent pas d'en retirer aisément les déchets et permettent de jeter directement les seringues avec leur aiguille.

Montrer la diapositive et lire : *Poubelle pour objets pointus ou tranchants - Scénario n° 4*

Dire : Dans un centre de soins, les membres du personnel doivent retirer l'aiguille de la seringue et les placer toutes deux séparément dans une petite cannette de boisson vide.

Est-ce une bonne solution ?

Bonne réponse : Non. Les aiguilles ne doivent pas être manipulées avant leur élimination, même pour les détacher. Une cannette de

boisson n'est pas un réceptacle approprié pour servir de poubelle pour objets pointus ou tranchants. Elle n'offre pas assez de place pour pouvoir jeter directement la seringue avec son aiguille.

Résumer le sous-chapitre sur la manipulation des objets pointus ou tranchants en insistant sur la manière de réduire les risques de blessure pour les prestataires de soins, les patientes, les autres membres du personnel et la communauté autour du centre de soins.

Dire : Nous avons parlé des précautions standards destinées à protéger les membres du personnel et les patientes. Nous allons à présent aborder la « technique aseptique », qui vise à protéger les patientes des infections consécutives à la procédure.

Montrer et commenter la diapositive : *Les techniques aseptiques d'évacuation utérine impliquent :*

- Préparation antiseptique
- Technique sans contact
- Traitement et manipulation appropriés des instruments

Montrer et commenter la diapositive : *Préparation antiseptique*

- Utiliser un antiseptique pour nettoyer l'orifice cervical et, éventuellement, les parois vaginales
- L'insertion de la canule dans l'utérus risque d'introduire la flore vaginale naturelle, ce qui peut provoquer une infection
- Interroger sur les éventuelles réactions allergiques vis-à-vis des antiseptiques.

Montrer la diapositive : *Préparation du col*

Montrer et commenter la diapositive : *Technique sans contact*

- Toujours tenir les instruments par l'extrémité qui ne viendra pas en contact avec la patiente
- Éviter tout contact de l'instrument avec une surface contaminée avant son insertion dans le col de l'utérus de la patiente
- Les extrémités de la pince de Pozzi, de la canule ou du dilatateur ne peuvent pas toucher les gants du prestataire de soins, les parois vaginales de la patiente ou des parties non stériles du plateau ou de la table où se trouvent les instruments

Dire : Le traitement des instruments et la manipulation aseptique des instruments pour AMIU seront abordés dans le module consacré aux procédures d'évacuation utérine avec le dispositif AMIU Plus.

Parlons à présent de la propreté de l'environnement. Un centre de soins et tout ce qu'il contient doit être maintenu propre et sec en permanence pour éviter la dissémination des infections.

Montrer la diapositive : *Propreté de l'environnement*

- Tout dans un centre de soins doit être propre et sec
- Utiliser une solution chlorée à 0,5 pour cent pour le nettoyage

Montrer et commenter la diapositive : *Quand faut-il nettoyer le centre de soins ?*

- Au début de chaque séance de travail
- Entre les patientes si nécessaire
- À la fin de la journée

Dire : Une élimination adéquate des déchets infectieux est également un élément essentiel pour préserver la propreté de l'environnement.

Montrer la diapositive : *Déchets infectieux*

- Tout le matériel jetable qui a été en contact avec des fluides corporels
- Une élimination adéquate des déchets protège la communauté

Dire : Lorsque des déchets infectieux passent d'un centre de soins dans la communauté, quels sont les risques que cela implique ?

- Les réponses peuvent inclure : Piqûre accidentelle par des aiguilles et exposition à du sang et à d'autres fluides corporels infectés dans les déchets solides ou les sources d'eau.

Montrer et commenter la diapositive : *Élimination adéquate des déchets infectieux*

- En un lieu sécurisé ; pas entassé à ciel ouvert
- Idéalement, ils doivent être incinérés
- Enfouis et protégé par une clôture, loin des sources d'eau
- Les déchets liquides doivent être enfouis ou jetés à l'égout

Dire : Les déchets liquides comprennent, par exemple, les produits de la conception et les fluides provenant d'une procédure d'AMIU ou d'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Dans ce cas, les déchets doivent être jetés à l'égout ou enfouis, comme les autres déchets infectieux liquides.

Comment procédez-vous actuellement pour l'élimination des

déchets infectieux au sein de votre centre ?

- Demander à quelques participants de répondre.
- Identifier ceux qui éliminent correctement les déchets.

Dire : Faire en sorte que les déchets infectieux soient traités de manière adéquate peut être une décision administrative complexe mais il existe un certain nombre de solutions applicables au niveau local.

- Demander aux participants de consulter la section 3.7 du Manuel de référence, qui propose une illustration d'un incinérateur pouvant être utilisé au sein de leur centre.

Dire : Nous allons à présent discuter des expositions accidentelles. Malgré tous nos efforts, il peut arriver que des membres du personnel soient accidentellement exposés à du sang et à des fluides corporels. C'est pourquoi il est important que les centres de soins établissent des protocoles à suivre en cas d'exposition accidentelle, diffusent ces protocoles au sein de leur personnel et contrôlent régulièrement le programme.

Montrer et commenter la diapositive : *En cas d'exposition*

- Si l'exposition a provoqué un saignement, laisser saigner un petit moment
- Rincer immédiatement avec de l'eau propre
- Laver soigneusement la plaie et la peau ; rincer les muqueuses
- Si l'on ne dispose pas d'eau, utiliser une solution antiseptique
- Déterminer le type de fluide et le type d'exposition
- Administrer un traitement prophylactique après exposition le cas échéant

Montrer et commenter la diapositive : *En cas d'exposition (suite)*

- Consulter un spécialiste des maladies infectieuses
- Prendre note de l'exposition et des mesures prises
- Proposer counseling et un test volontaire et confidentiel de dépistage du VIH, du HBV et du HCV
- Évaluer les maladies aiguës qui se développent

Informez les participants sur les ressources supplémentaires relatives à la prise en charge d'une exposition – voir le chapitre Ressources supplémentaires du Manuel de référence.

Expliquer que la prévention des blessures est toujours préférable,

en particulier si des ressources après exposition ne sont pas accessibles sur place.

Expliquer aux participants qu'ils vont à présent travailler par groupes pour imaginer un plan d'action qui démontre leur engagement à améliorer les pratiques de prévention des infections au sein de leur centre de soins.

- Répartir les participants en groupes de trois ou quatre, si possible par institution.
- Leur demander de prendre la liste de contrôle des capacités de prévention des infections et la fiche de travail de plan d'action.
- Laisser 15 minutes aux participants pour compléter les colonnes restantes en groupe.
- Lorsqu'ils ont répondu « Oui » dans la colonne « Le faites-vous ? », il n'est pas nécessaire d'aller plus loin.
- S'ils ont répondu « Non », leur demander de compléter la colonne suivante, « Pourriez-vous ? »
 - autrement dit, pourraient-ils mettre cette technique en application lorsqu'ils seront de retour dans leur centre de soins ?
- S'ils le peuvent, ils doivent l'indiquer.
- S'ils ne le peuvent pas, ils doivent indiquer dans la colonne « Pourquoi pas ? » les obstacles à la mise en application de cette technique.
 - Il peut notamment s'agir de manque de personnel et de matériel, de politiques administratives, etc.
- Dans la dernière colonne, ils doivent indiquer comment ils envisagent de résoudre ce problème et de surmonter les obstacles identifiés.

Ceci est votre plan d'action pour mettre en application des pratiques de prévention des infections adéquates au sein de votre institution. Avez-vous encore des questions sur la prévention des infections dans le cadre de soins d'avortement ?

- Répondre aux questions.

3. Résumé et test

Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés dans ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Dire : Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.

Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: date de publication: octobre 2010: directive SFP 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309. doi: 10.1016/j.contraception.2010.11.006

Association of Operating Room Nurses. (2010). Technique aseptique [vidéo en anglais]. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Association of Operating Room Nurses. (2012). *Perioperative standards and practices for inpatient and ambulatory settings*. Denver, CO: Association of Operating Room Nurses.

Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11), 45–46.

EngenderHealth. (2000). *Infection prevention: A reference booklet for healthcare providers, 2nd edition*. D'après : <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/infection-prevention.php>

Gruendemann, B. J. et Mangum, S. S. (2001). *Infection prevention in surgical settings*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Company.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Lankford, M. G., Zembower, T. R., Trick, W. E., Hacek, D. M., Noskin, G. A. et Peterson, L. R. (2003). Influence of role models and hospital design on hand hygiene of healthcare workers. *Emerging Infectious Diseases*, 9(2), 217–223. doi: 10.3201/eid0902.020249

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M. et Chiarello, L. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. D'après : <http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>

Tietjen, L., Bossemeyer, D. et MacIntosh, N. (2003). Infection prevention: *Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Réponses au test de connaissances

1. b
2. a
3. c
4. b
5. d

Test de connaissances sur la prévention des infections

Entourer la bonne réponse.

1. Comment les maladies transmissibles par le sang se disséminent-elles fréquemment au sein d'un centre de soins ?
 - a. Contact avec du linge de lit infecté
 - b. Blessures occasionnées par des instruments pointus ou tranchants, par exemple piqûres d'aiguille
 - c. Contact avec du sang sur le tablier ou la blouse de laboratoire d'un membre du personnel
 - d. Projections de sang sur la peau intacte
2. Lequel de ces points ne constitue pas un élément essentiel de la prévention des infections ?
 - a. Bris des aiguilles avant élimination
 - b. Propreté de l'environnement
 - c. Lavage des mains
 - d. Barrières de protection personnelle
3. Laquelle des procédures suivantes n'est pas une mesure appropriée pour la prise en charge de l'exposition professionnelle à du sang ou à des fluides corporels ?
 - a. Rincer immédiatement la zone avec de l'eau propre.
 - b. Si l'exposition a provoqué un saignement, laisser saigner un petit moment.
 - c. Mettre la personne en arrêt de travail jusqu'à ce que son statut en termes de VIH ait pu être déterminé.
 - d. Administrer un traitement prophylactique après exposition le cas échéant.
4. Laquelle des propositions suivantes décrit le mieux l'élimination adéquate des déchets infectieux ?
 - a. Les déchets infectieux doivent être collectés et éliminés en les entassant à ciel ouvert.
 - b. Les déchets infectieux solides doivent être incinérés en toute sécurité.
 - c. Les déchets infectieux solides doivent être enfouis, mais uniquement à proximité d'une source d'eau.
 - d. Les déchets liquides doivent être jetés dans un puits ou dans une réserve d'eau stagnante à proximité.

5. Une manière de démontrer votre engagement à mettre en œuvre des protocoles de prévention des infections consiste à :
 - a. Traiter toutes les patientes de la même manière, sauf celles dont on sait qu'elles sont infectées par le VIH.
 - b. Insister sur le fait que tous les membres du personnel utilisent la même bassine pour se laver les mains.
 - c. Porter en permanence un écran facial, quelle que soit la procédure réalisée.
 - d. Montrer l'exemple et appliquer en permanence les précautions standards.

Liste de contrôle des capacités de prévention des infections et fiche de travail de plan d'action

Instructions : Lire chaque affirmation. Dans les deuxième et troisième colonnes, répondre par O (oui) si vous appliquez toujours ou pourriez appliquer cette technique ou N (non) si vous ne l'appliquez pas ou ne pourriez pas l'appliquer dans votre centre. Si vous avez répondu par non, citez les obstacles à l'application de cette technique, puis indiquez votre plan pour pouvoir commencer à appliquer systématiquement cette technique.

| | Le faites-vous ? | Pourriez-vous le faire ? | Pourquoi pas ? (citer les obstacles) | Plan visant à mettre en application cette pratique |
|--|------------------|--------------------------|--------------------------------------|--|
| Précautions standards Je traite toutes les patientes de la même manière, en appliquant mes pratiques de prévention des infections. | | | | |
| Je considère le sang, les fluides corporels, les sécrétions et excréments et les surfaces du corps humides (excepté la transpiration) de toutes les patientes et de tous les membres du personnel comme potentiellement contaminés, indépendamment d'une éventuelle maladie diagnostiquée. | | | | |
| Lavage des mains Je me lave toujours les mains avant et après tout contact avec une patiente. | | | | |
| Je me lave les mains à l'eau courante fraîche. | | | | |
| Je me lave toujours les mains lorsqu'elles ont été contaminées par du sang ou des fluides corporels d'une patiente, indépendamment d'une éventuelle maladie diagnostiquée. | | | | |
| Barrières de protection personnelle Je porte des gants, un dispositif de protection du visage et une blouse en cas de risque de contamination des mains, du visage ou des bras par du sang ou des fluides corporels d'une patiente ou d'un membre du personnel. | | | | |
| Manipulation des objets pointus ou tranchants J'évite soigneusement toute blessure par des aiguilles usagées. | | | | |
| J'élimine immédiatement les aiguilles usagées dans une poubelle pour objets pointus ou tranchants. | | | | |
| J'élimine les aiguilles sans les plier ou les couper. J'élimine les aiguilles usagées sans remettre le capuchon sur l'aiguille. | | | | |

Création de barrières de protection personnelle à partir du matériel disponible sur place (facultatif)

Masque facial

Demander aux participants de consulter la section 3.2 du Manuel de référence, qui propose une illustration de la manière de réaliser un masque facial. Faire circuler un échantillon de masque facial pour que les participants puissent l'examiner.

Expliquer au groupe qu'il s'agit d'un masque facial extrêmement simple que l'on peut fabriquer à partir du matériel disponible sur place. Il peut être lavé et réutilisé.

Poubelle pour objets pointus ou tranchants

Montrer aux participants quelques exemples de poubelle pour objets pointus ou tranchants acceptable fabriquée avec les ressources locales : par exemple une caisse de transport vide solidement fermée.

- Décrire comment les fabriquer.
- Demander aux participants de consulter l'annexe A du Manuel de référence : Poubelle pour objets pointus ou tranchants pour voir un schéma de fabrication d'une poubelle pour objets pointus ou tranchants.

Évaluation clinique



But :

Ce module décrit comment mener une évaluation clinique complète avant de procéder à une évacuation utérine et traite de l'anamnèse et des considérations spécifiques à certaines patientes.



Remarque à l'intention des formateurs : S'il s'agit d'une formation limitée aux soins après avortement (SAA), les diapositives du module seront placées dans un ordre différent. Se référer à la présentation PowerPoint qui figure sur le CD-ROM.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts régissant les soins complets d'avortement centrés sur les femmes et notamment les soins après avortement (SAA)
- ☐ Décrire les droits d'une femme dans le cadre des soins liés à l'avortement
- ☐ Maîtriser les précautions et les techniques d'asepsie standard
- ☐ Procéder à un examen physique général, notamment à un examen pelvien, évaluer la taille de l'utérus et détecter des anomalies.



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Décrire comment procéder à une évaluation clinique préalable à une évacuation utérine dans le cadre de soins complets d'avortement, y compris dans le cas de soins après avortement (SAA).
2. Réaliser une anamnèse adaptée aux soins d'avortement.
3. Tenir compte des considérations spécifiques à chaque patiente.



Documents et matériel didactique :

- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour dispenser des soins après avortement
- ☐ Scénarios des jeux de rôle et interprétation des jeux de rôle
- ☐ Un marqueur pour chaque participant
- ☐ Test de connaissances et réponses au test



Préparation préalable

- ☐ Sélectionner ou adapter des scénarios de jeux de rôle appropriés aux prestataires de soins qui participent à cette formation
- ☐ Prévoir des copies à distribuer des scénarios de jeux de rôle, de la liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique et du test de connaissances.
- ☐ S'informer des protocoles locaux d'évaluation clinique prévus pour les femmes qui cherchent à obtenir des soins d'avortement et les discuter en parallèle avec les recommandations d'Ipas.
- ☐ En vue de mener des discussions éclairées, se familiariser, avec le niveau des soins d'avortement qui peuvent être dispensés dans les établissements où exercent les participants.
- ☐ Préparer trois feuilles de tableau avec les titres suivants :
1) Anamnèse de la patiente, 2) Examen physique, et 3) Prélèvements et demande d'analyses, uniquement si nécessaire.

Durée : 2 heures

1. Introduction

Accueillir les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

- Ce module décrit comment mener une évaluation clinique complète avant de procéder à une évacuation utérine et traite de l'anamnèse et des considérations spécifiques à certaines patientes.

Montrez la diapositive : *Objectifs*

- À la fin de ce module les participants devront être capables de :
- 1. Décrire comment procéder à une évaluation clinique préalable à une évacuation utérine dans le cadre de soins complets d'avortement, y compris dans le cas de soins après avortement.
- 2. Réaliser une anamnèse adaptée aux soins d'avortement.
- 3. Tenir compte des considérations spécifiques à certaines patientes.

Dire : Lorsqu'une femme se présente pour des soins d'avortement, il est essentiel d'apprécier immédiatement son état de santé et ses antécédents médicaux. Pourquoi est-il nécessaire de procéder rapidement à cet examen initial?

- Il permet aux prestataires de soins d'apprécier rapidement et adéquatement l'état de santé de la femme et de traiter toutes les complications qui pourraient mettre sa vie en danger.
- Il est important d'apprécier l'état émotionnel de la femme et les circonstances où elle se trouve
- Une femme qui se présente pour des soins après avortement peut nécessiter d'être traitée en urgence pour des complications, et notamment pour un choc.
- Une attitude chaleureuse et rassurante propice à la communication aide le prestataire de soins à obtenir les informations pertinentes dont il a besoin pour donner les soins les mieux adaptés à l'état de santé de la patiente.

Dire : Des informations plus complètes sur l'évaluation clinique dans le cas de soins après avortement seront couvertes à un stade ultérieur du module.

Qu'entendons-nous exactement lorsque nous disons qu'un examen clinique doit être pratiqué de manière « privée » ?

- L'examen clinique doit être pratiqué dans un endroit où la femme et le prestataire de soins ne peuvent pas être écoutés ou vus par d'autres personnes (confidentialité visuelle et auditive).

Dire : Une évaluation clinique peut habituellement être divisée en trois étapes principales.

Montrez la diapositive : *Étapes d'une évaluation clinique complète*

- Anamnèse de la patiente

- Examen physique, y compris examen pelvien et bimanuel
- Prélèvements et demande d'analyses, si nécessaire.

2. Recueillir les antécédents de la patiente

Dire : Vous possédez déjà les connaissances et les compétences nécessaires à la pratique d'un examen physique complet et général. Nous allons maintenant revoir ce processus et l'adapter aux soins d'avortement.

Afficher trois feuilles de tableau à différents endroits de la pièce, chacune portant l'intitulé de l'une des trois étapes d'une évaluation clinique :

1. Anamnèse de la patiente,
 2. Examen physique, et
 3. Prélèvements et demandes d'analyses, uniquement si nécessaire
- Donner un marqueur à chaque participant.
 - Indiquer aux participants de passer devant les trois feuilles de papier et d'inscrire sur chacune d'elles les informations qu'un prestataire de soins devrait obtenir au cours de chacune des étapes d'une évaluation menée dans le cas de soins d'avortement.
 - Après 10 minutes, expliquer que les réponses correctes seront commentées à l'aide de la liste de contrôle des compétences requises pour mener une évaluation clinique.

Remettre aux participants la liste de contrôle des compétences requises pour mener une évaluation clinique.

- Demander aux participants de suivre la liste de contrôle pendant la discussion.

Discuter les réponses correctes et identifier les informations erronées. Les indications données dans ce module sont conformes aux directives préconisées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour les soins liés à l'avortement. Les directives appliquées localement peuvent varier. Au cours de cette discussion, veuillez repérer les différences entre les directives préconisées par l'OMS et celles appliquées localement.

Dire : La première étape d'une évaluation clinique consiste à réaliser l'anamnèse de la patiente. Quelles sont les informations à recueillir au cours de cette étape ?

- Se référer à la feuille de tableau intitulée « Anamnèse de la patiente ».

- Se demander si tous les points signalés par les participants sont nécessaires au cours d'une évaluation clinique préalable à des soins d'avortement.
- Corriger et expliquer, le cas échéant, pourquoi certains points signalés par les participants ne sont pas adaptés.
- Indiquer aux participants les variations entre les protocoles appliqués localement et les directives préconisées par l'OMS.
- S'assurer que tous les points figurant sur les diapositives ci-dessous ont bien été énumérés sur la feuille affichée dans la salle.

Dire : Quels devraient être, selon vous, les premières étapes de l'examen d'une femme qui cherche à obtenir des soins d'avortement ?

- La première étape consiste à déterminer si elle est enceinte. Si elle est enceinte, il convient de déterminer l'âge gestationnel.

Dire : Comment est-il possible de déterminer que la femme est enceinte ?

- Lui demander la date de ses dernières règles (DR) (premier jour de son dernier cycle menstruel). Il est également possible de procéder à un test de grossesse, si disponible.

Dire : Comment est-il possible de déterminer l'âge gestationnel ?

- Lui demander la date du premier jour de ces dernières règles, un examen bimanuel peut également être pratiqué.

Dire : Quels sont les signes et symptômes de grossesse les plus communs ?

- Augmentation du volume et de la sensibilité des seins, nausées, vomissements, fatigue, variation d'appétit, envie d'uriner plus fréquente.

Revoir les principales informations à recueillir lorsqu'un prestataire de soins cherche à établir les antécédents de la patiente au cours d'une évaluation clinique préalable à un avortement. Renvoyer les participants à la section 2.0: Antécédents de la patiente dans le Manuel de référence.

Montrer la diapositive : *Anamnèse de la patiente*

- Premier jour du dernier cycle menstruel
- Signes et symptômes de la grossesse
- Tests de grossesse ou échographies accompagnés de leurs résultats

- Saignements ou pertes sanguines légères pendant la grossesse
- Allergies connues à certains médicaments
- Antécédents gynéco-obstétricaux

Dire : Qu'entendons-nous par « antécédents gynéco-obstétricaux » ?

- Naissances vivantes, fausses couches, avortements, utilisation de contraceptifs, grossesses extra-utérines, règles, fibromes, infections ou soins récents liés à un avortement.

Montrer la diapositive : *Anamnèse (suite)*

- Antécédents sexuels
- Recours à des médicaments comme le misoprostol ou des remèdes à base de plantes
- État sérologique (VIH/sida) et présence d'infections sexuellement transmissibles (IST)
- Antécédents chirurgicaux
- Capacités physiques ou cognitives réduites ou troubles mentaux
- Antécédents médicaux connus

Expliquer que certaines affections cliniques importantes peuvent être décelées au cours de l'anamnèse de la patiente.

- Donner environ trois minutes aux participants pour lire l'encadré décrivant les antécédents médicaux susceptibles d'avoir une influence sur les soins relatifs à l'avortement dans la section 2.0 du Manuel de référence.
- Discuter des antécédents médicaux susceptibles de nécessiter un transfert vers un établissement adapté à leur prise en charge.

Dire : Que ce passe-t-il si vous concluez que la femme a utilisé du misoprostol pour tenter elle-même de mettre fin à sa grossesse ?

- Il n'y a aucune indication de traitement particulier. Si la femme a utilisé la dose recommandée pour un avortement médicamenteux, il est possible qu'aucune procédure supplémentaire ne soit nécessaire, en fonction du temps passé depuis la prise du médicament. Certaines femmes peuvent présenter une hémorragie conséquente nécessitant un traitement additionnel. Les femmes dont la grossesse se poursuit, malgré la prise de misoprostol, doivent être informées des risques très rares d'anomalies congénitales si elles décident de mener la grossesse à terme. Il se peut

que la dilatation du col de l'utérus ne soit pas nécessaire au cours d'une procédure par AMIU.

- S'il s'agit d'une grossesse de plus de 12 semaines, il convient de rester attentif à la possibilité d'une hémorragie importante qu'une aspiration intra-utérine serait susceptible de stopper.

SAA

- Renvoyer les participants au module *Évacuation utérine par méthodes médicamenteuses* pour de plus amples informations sur l'utilisation du misoprostol.

3. Procéder à un examen physique

Dire : Avant d'entrer dans les détails de l'examen physique, discutons de l'importance qu'il y a à déterminer correctement l'âge gestationnel.

Montrer et commenter la diapositive : *Âge gestationnel*

- Les erreurs d'estimation de l'âge gestationnel ne sont pas courantes dans les soins liés à l'avortement.
- Utiliser la date des DR en association avec l'examen bimanuel.
- Dans le cas d'une aspiration intra-utérine, une sous-estimation importante de l'âge gestationnel peut augmenter les risques et les complications.
- Dans le cas des méthodes médicamenteuses, il est peu probable qu'une sous-estimation de l'âge gestationnel soit cliniquement déterminante.

Dire : Ce dernier point est vrai parce que l'efficacité et la sécurité des méthodes médicamenteuses ne diminuent que très graduellement par rapport à l'augmentation de l'âge gestationnel.

Montrer et commenter la diapositive : *Estimation précise de la taille de l'utérus*

- Examen pelvien bimanuel
- Date des DR
- Autres signes de grossesse

Dire : Dans le cas de soins après avortement, c'est la taille de l'utérus et non l'âge gestationnel qui détermine si les soins d'avortement sont possibles, et il se peut que la taille de l'utérus soit inférieure à ce qu'indique la date du dernier cycle menstruel.

Montrer et commenter la diapositive : *Utilisation des deux méthodes d'évaluation*

Examen bimanuel + date des DR → Âge gestationnel

Dire : Les études montrent que l'association des deux méthodes d'estimation permet une estimation exacte de l'âge gestationnel. Même si ces deux méthodes sont habituellement suffisantes, une échographie peut être utilisée en vue de confirmer un âge gestationnel qui demeurerait incertain suite à l'anamnèse et à l'examen physique.

Demander aux participants de s'interroger sur les effets adverses potentiels d'une sous-estimation de l'âge gestationnel dans le cas de chacune des méthodes d'évacuation utérine, méthodes médicamenteuses et aspiration intra-utérine, en se référant à l'encadré de la section 2.0 du Manuel de référence comme ressource.

Expliquer que l'examen physique devrait débiter par une évaluation générale de l'état de santé de la patiente.

Montrer et commenter la diapositive : *État de santé général*

- Prendre et enregistrer les paramètres vitaux
- Prendre note de tout signe de faiblesse, de léthargie, d'anémie ou de malnutrition
- Palper l'abdomen à la recherche de sensibilité ou de masses

Dire : La prochaine étape consiste à réaliser un examen pelvien. De nombreuses femmes sont anxieuses à l'idée de se soumettre à un examen pelvien. Comment les prestataires de soins peuvent-ils aider la femme à se décontracter ?

- Les réponses incluent les éléments suivants : la rassurer, lui indiquer à l'avance ce à quoi s'attendre, lui demander si elle souhaite avoir un proche auprès d'elle. C'est particulièrement important s'il s'agit du premier examen pelvien auquel se soumet une femme, ce qui est souvent le cas des femmes très jeunes ou nullipares.
- Demander aux participants de se référer aux exemples de « paroles rassurantes » cités dans le module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus du Manuel de référence.
- Demander aux participants de lire ces exemples à haute voix et de les comparer aux réponses données par le groupe.

Montrer la diapositive : *Examen pelvien*

- Demander à la femme de vider sa vessie.
- L'aider à se placer en position gynécologique.
- Tenir compte de tous besoins physiques spécifiques.
- Veiller à respecter son intimité.

- Pratiquer un examen bimanuel et un examen au spéculum.

Dire : Pourquoi faut-il demander à la femme de vider sa vessie?

- Une vessie pleine peut rendre difficile l'évaluation de la taille de l'utérus et peut masquer certaines observations.

*Dire : Qu'entendons-nous par « veiller à respecter son intimité » ?
Que pouvons-nous faire?*

- Placer un drap, une serviette ou un morceau de tissu sur la zone pelvienne à tout moment, excepté lorsque vous procédez à l'examen.

Montrer la diapositive : *Position gynécologique*

Dire : Pouvez-vous signaler en quoi cette diapositive illustre la manière correcte de traiter une femme qui se trouve dans la position gynécologique ?

- Son intimité est garantie. Elle bénéficie d'un soutien émotionnel et physique. Elle semble être à l'aise.

Dire : Avant d'introduire le spéculum, examinez les organes génitaux externes, le vagin et le col de l'utérus. Notez la présence d'ulcères ou de signes d'infections sexuellement transmissibles (IST) sur les organes génitaux externes.

Montrer la diapositive : *Examen au spéculum*

- Introduire avec précaution un spéculum de taille appropriée.
- Vérifier s'il y a des saignements, des pertes, du pus ou des lésions.

Expliquer comment procéder si une suspicion d'infection est détectée.

- Effectuer, si possible, un prélèvement à des fins de culture.
- Les femmes qui présentent des signes ou des symptômes d'infection de l'appareil génital doivent être traitées immédiatement et l'évacuation utérine peut être réalisée sans attendre.
- Si des analyses sont effectuées pour confirmer une IST, l'évacuation utérine peut être réalisée avant le retour des résultats. Si le test est positif, la femme peut être traitée après l'évacuation utérine.

Dire : L'examen bimanuel peut être mené avant ou après l'examen au spéculum, en fonction de la préférence du prestataire de soins.

Montrer et commenter la diapositive : *Examen bimanuel*

- Évaluer la taille, la consistance et la position de l'utérus et des annexes.

- Il est possible qu'il s'agisse du premier examen bimanuel auquel se soumet la femme, particulièrement si elle est très jeune. Dans ce cas il convient de procéder avec d'autant plus de précaution et de douceur.
- Comparer la taille de l'utérus avec la durée de l'aménorrhée.

Montrer la diapositive : *Réaliser un examen bimanuel*

Dire : Si la taille de l'utérus est inférieure à ce à quoi vous vous attendez, quelle peuvent en être les raisons ?

- La femme n'est pas enceinte ; estimation inexacte de l'âge gestationnel ; possibilité d'une grossesse extra-utérine, d'un avortement spontané, d'une grossesse molaire ; variations individuelles normales ; avortement incomplet ou grossesse arrêtée.

Dire : Envisageons maintenant la situation inverse : si la taille de l'utérus est supérieure à ce à quoi vous vous attendez, quelles peuvent en être les explications possibles ?

- Estimation inexacte de l'âge gestationnel ; grossesse multiple ; anomalies utérines comme fibromes, utérus bicorne ; grossesse molaire ; variations individuelles normales.

Dire : Quelles sont les situations ou les troubles qui peuvent rendre difficile l'évaluation de la taille de l'utérus ?

- Fibromes ; utérus rétroversé ; obésité ; vessie pleine ; femme ne parvenant pas à décontracter son abdomen.
- Montrer la diapositive : Incertitude quant à la taille de l'utérus?
- Demander à un autre prestataire de soins de vérifier.
- Recourir à une échographie.

Dire : Pourquoi est-il important de déterminer la position de l'utérus avant de procéder à une aspiration intra-utérine ?

- Réponse : Le risque de perforation est supérieur en cas d'utérus antéversé, rétroversé ou latéralement déplacé.

Dire : Penchons-nous sur les feuilles de tableau pour vérifier que nous avons couvert tout ce qu'un prestataire de soins doit faire lorsqu'il réalise un examen physique.

- Se référer à la page de tableau intitulée « Examen physique ».
- Discuter pour savoir si chaque point signalé par les participants est nécessaire, ou non, au cours d'une

évaluation préalable à une procédure d'avortement.
Corriger et commenter les points signalés par les participants qui ne seraient pas pertinents.

- Indiquer aux participants si et en quoi les protocoles locaux diffèrent des directives de l'OMS.

Passer à la dernière page du tableau, « Prélèvements et demande d'analyses de laboratoire

- Corriger et expliquer les points signalés par les participants sur les analyses de laboratoire qui ne seraient pas pertinents.
- Indiquer aux participants si et en quoi les protocoles locaux diffèrent des directives de l'OMS.
- S'assurer que tous les points figurant sur la prochaine diapositive ont été cités sur la feuille de tableau.

Montrer et commenter : *Examens de laboratoire*

- Aucun examen de laboratoire n'est nécessaire de manière routinière
- L'anamnèse et l'examen suffisent habituellement
- Si vous avez un doute et n'êtes pas certain que la femme est enceinte, utiliser un test de grossesse ou une échographie, mais l'avortement peut tout de même être réalisé.
- Les taux d'hémoglobine et d'hématocrite sont optionnels mais peuvent être utiles dans les endroits où il y a une forte prévalence d'anémie.
- Immunisation Rh, uniquement en fonction des protocoles appliqués localement.

Dire : Ceci conclut notre discussion relative à l'ensemble des informations qu'il est nécessaire de réunir lors d'une évaluation clinique préalable à une procédure d'avortement.

Inviter les participants à poser des questions et y répondre.

4. Considérations spécifiques dont il faut tenir compte au cours de l'évaluation clinique

Dire : Nous venons de discuter les trois étapes d'une évaluation clinique préalable à des soins liés à l'avortement : anamnèse de la patiente, examen physique et analyses de laboratoire. Nous allons maintenant nous pencher sur d'autres questions.

Séparer les participants en trois groupes.

- Renvoyer les participants aux sections 5.0, 6.0 et 7.0 du Manuel de référence.

- Assigner l'une de ces sections à chacun des groupes.
- Demander à chaque groupe de choisir un « rapporteur » pour leur groupe avant de commencer.
- Demander aux participants de chaque groupe de lire et de résumer la section qui leur a été assignée.
- Ils ont pour consigne de sélectionner les quatre à cinq points les plus importants de la section.
- Ils peuvent prendre des notes sur une feuille de papier.
- Chaque groupe rendra compte de sa lecture une fois que tous les participants seront à nouveau réunis.

Après 10 minutes, demander au rapporteur du groupe auquel la section 5.0: Échographie et grossesse extra-utérine a été assignée, de donner le compte-rendu de lecture du groupe.

- S'assurer que les points suivants relatifs à l'échographie et à la grossesse extra-utérine ont bien été couverts :
 - L'échographie n'est pas nécessaire pour des soins d'avortement au cours du premier trimestre.
 - L'échographie peut être utilisée en cas de difficulté à établir l'âge gestationnel à l'aide de l'anamnèse et de l'examen, pour aider à détecter une grossesse extra-utérine et afin de vérifier l'avancement de l'avortement.
 - Un recours systématique à l'échographie risque d'augmenter le coût de la procédure et la probabilité d'effectuer des interventions inutiles.
 - Les méthodes d'évacuation utérine ne peuvent pas mettre un terme à une grossesse extra-utérine.
 - Il est important de reconnaître les symptômes d'une grossesse extra-utérine et de la traiter.
 - Les facteurs de risque d'une grossesse extra-utérine incluent, une grossesse extra-utérine antérieure, des antécédents de chirurgie tubaire, notamment une stérilisation, la présence d'un dispositif intra-utérin (DIU).

Demander au rapporteur du groupe auquel la section 6.0: *Infections de l'appareil génital* a été assignée, de donner le compte-rendu de lecture du groupe.

- S'assurer que les points suivants ont bien été couverts :
 - Administrer, si disponible, une antibiothérapie prophylactique au moment d'un avortement par aspiration intra-utérine afin de réduire les risques d'infection.

- Même si l'antibiothérapie n'est pas disponible, l'aspiration intra-utérine doit tout de même être pratiquée.
- L'antibiothérapie prophylactique n'est pas recommandée en cas d'avortement médicamenteux.
- Il est important de vérifier si les femmes souffrent d'une infection de l'appareil génital, et toute infection active doit être traitée immédiatement, la procédure d'avortement peut tout de même être pratiquée sans attendre.
- Renvoyer les participants à l'appendice A : Administration des antibiotiques du Manuel de référence en ce qui concerne les doses recommandées.

Demander au rapporteur du groupe auquel la section 7.0: *Considérations spécifiques dont il faut tenir compte lors de l'évaluation clinique* a été assignée, de donner le compte-rendu de lecture du groupe.

- S'assurer que les points suivants ont bien été couverts :
 - Faire tout particulièrement preuve de douceur et procéder avec précaution si vous examinez une très jeune femme ou une femme qui a subi des violences.
 - Les femmes qui ont subi des mutilations génitales féminines (MGF) peuvent nécessiter des soins spécialisés.
 - Evaluer les signes susceptibles d'indiquer que la femme a subi des violences : hématomes, brûlures, infections de l'appareil génital, etc. Des signes de cette nature peuvent indiquer la nécessité de discussions plus approfondies avec des prestataires de soins ou des conseillers spécialisés en vue de dépister des cas de violence et déterminer si une femme se trouve dans une situation dangereuse. Si c'est le cas, les prestataires de soins devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour aider la femme avant qu'elle ne quitte l'établissement médical. La femme devrait être orientée vers d'autres services existants avant de quitter l'établissement médical car il arrive fréquemment que ces femmes ne reviennent pas pour le rendez-vous de suivi.

SAA

- Renvoyer les participants à l'appendice A: *Considérations spécifiques relatives au consentement éclairé du Module : Consentement éclairé, information et counseling* du Manuel de référence pour davantage d'information.

5. Considérations dont il faut tenir compte dans le cas de soins après avortement

Dire : Comme mentionné plus tôt, l'évaluation clinique adaptée aux soins après avortement peut différer de ce qui est pratiqué lors d'un avortement provoqué.

Montrer et commenter la diapositive : Déterminer si des soins après avortement sont nécessaires

Si la femme se présente :

- Avec des saignements vaginaux et/ou
- Des douleurs ou des crampes abdominales basses
- Et qu'elle est enceinte

Dire : Devant quel type d'avortement pouvez-vous vous trouver?

Les réponses incluent : menace d'avortement, avortement spontané, avortement incomplet ou grossesse arrêtée, avortement sécurisé ou non sécurisé, avortement auto-provoqué, complications suite à des soins après un avortement antérieur.

Montrer et commenter la diapositive : *Déterminer si un traitement en urgence est nécessaire*

1. Pratiquer une évaluation rapide afin de détecter les signes de choc
2. Évaluer la probabilité de complications graves

Administer un traitement immédiat si l'état de la femme est instable

Dire : La femme peut se trouver dans un état instable du fait d'une hémorragie ou d'une infection, et le traitement doit être initié immédiatement. Le traitement peut comprendre une évacuation utérine immédiate. Dans ce type de cas, l'évaluation clinique a lieu en même temps que le traitement. Nous couvrirons plus en détail la manière de traiter les complications liées à l'avortement au cours du Module « Complications ».

Montrer et commenter la diapositive : *Recherche rapide des signes de choc*

Signes de choc

- Hypotension artérielle (pression systolique inférieure à 90 mm HG)
- Pouls rapide
- Pâleur et extrémités froides
- Retard du remplissage capillaire

- Vertige ou incapacité de se tenir debout
- Faible diurèse (< 30 ml par heure)
- Difficultés respiratoires
- Baisse de la conscience, léthargie, agitation, confusion

Dire : Le choc et les autres complications seront traités plus en détails dans le Module Complications.

Montrer et commenter : *La plupart des femmes qui se présentent pour des soins après avortement ...*

- Se trouvent dans un état cliniquement stable
- Présentent des saignements légers à modérés
- Sont en mesure :
 - De répondre aux questions du prestataire de soins en vue de l'anamnèse
 - De subir un examen physique
 - De subir des prélèvements si des analyses de laboratoire sont jugées nécessaires

Montrer et commenter la diapositive : *Une fois l'état de la femme stabilisé il faut déterminer...*

- Le type d'avortement
- S'il existe des complications, qui sans mettre la vie de la femme en danger, nécessitent d'être traitées.
- Quelles sont les différentes méthodes d'évacuation utérine possibles.

Dire : Si l'évacuation utérine a déjà été pratiquée afin de traiter la femme alors qu'elle se trouvait dans un état instable, les différentes méthodes d'avortement possibles auront déjà été déterminées.

Un état clinique non critique peut s'aggraver et mettre la vie de la femme en danger si le traitement est retardé.

Montrer et commenter la diapositive: *La gestion de l'avortement*

Dépend :

- Du type d'avortement
- De la taille de l'utérus
- Des possibilités médicales
- De la disponibilité en termes de compétences, d'équipement et de produits

- De la préférence de la femme

Demander aux participants de lire l'appendice C: Diagnostic et traitement des différents types d'avortement du Manuel de référence.

6. Jeux de rôle pour la pratique des compétences requises

Expliquer aux participants que l'activité suivante nécessitera la mise en pratique des informations discutées jusqu'ici.

- Séparer les participants en groupes de trois personnes.
- Distribuer à chacun des groupes une feuille Scénarios pour jeux de rôle accompagnée d'un exemplaire de la Liste de contrôle des compétences requises pour l'évaluation clinique.
- Sélectionner ou adapter à l'avance des scénarios appropriés à la situation des participants.
- Assigner une étude de cas à chacun des groupes.
- Demander aux groupes de suivre les consignes figurant sur la feuille qui leur a été distribuée.

Demander aux groupes d'indiquer lorsqu'ils ont terminé en leur accordant suffisamment de temps pour qu'ils puissent rendre compte de leurs discussions.

- Chaque groupe devrait présenter son scénario, ses conclusions, son diagnostic ainsi que les considérations dont il faut tenir compte dans la gestion du cas.
- Après le compte-rendu de chacun des groupes, demander à l'ensemble des participants s'ils sont d'accord avec l'analyse qui vient de leur être présentée.
- Utiliser la Grille d'interprétation des jeux de rôle pour animer la discussion.

7. Résumé et test

Demander aux participants de répéter les principaux points traités dans ce module. Utiliser les objectifs comme point de référence.

Dire : Vous reste-t-il encore des questions sur ce qui a été discuté au cours de ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissances.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissances.
- Ramasser les tests.
- Corriger le test à l'aide des réponses.
- Remercier les participants.

Bibliographie

- Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: Date de parution, octobre 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Task Force on Female Genital Cutting. (2007). *Female genital cutting: Clinical management of circumcised women*. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Barnhart, K. T. (2009). Ectopic Pregnancy. *The New England Journal of Medicine*, 361(4), 379–387.
- Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., von Mollendorf, C., von Bogaert, L.J. et Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG*, 114(5), 569–575.
- Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E. S., Schweikert, S. M., Tanenhaus, J., Barajas, A., Alpert, L. et Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG*, 118(1), 17–23.
- Castleman, L., Winikoff, B. et Blumenthal, P. (2009). Providing abortion in low resource settings. In M. E. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (2ème édition). (319-334). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Clark, W., Panton, T., Hann, L. et Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131–135.
- Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D. et Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245–250.
- Davis, A., et Easterling, T. (2009). Medical Evaluation and Management. In M. Paul, S. E. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield et M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended pregnancy and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- De Bruyn, M. (2003). *Violence, pregnancy and abortion: Issues of women's rights and public health* (2ème édition). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Fielding, S. L., Schaff, E. A. et Nam, N.-Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27–31.
- Heise, L., Ellsberg, M. et Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population Report, Series L*(11), 1–43.
- Ipas. (2009). *Uterine evacuation with manual vacuum aspiration (MVA): A training manual for conducting short courses*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K. et Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194–201. doi: 10.1016/j.contraception.2010.07.023

Løkeland, M., Iversen, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L. et Bjørge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 115(5), 962–968.

May, W., Gülmezoglu, A. M. et Ba-Thike, K. (2007). Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Obed, S. (2006). Diagnosis of unruptured ectopic pregnancy is still uncommon in Ghana. *Ghana Medical Journal*, 40(1), 3–7.

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement: guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge clinique des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Mesures de base contre les infections associées aux soins*. D'après http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. D'après : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Les Mutilations génitales féminines*, Fiche d'information n° 241. D'après : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>

Rubin, G. L., Cates, W., Gold, J., Roach, R. W. et Tyler, C. W. (1980). Fatal ectopic pregnancy after attempted legally induced abortion. *JAMA*, 244(15), 1705–1708.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W. et Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 19(10), 1098–1103.

Yao, M., et Tulandi, T. (1997). Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 67(3), 421–433.

Correction du test de connaissances

1. d
2. c
3. d
4. Vrai
5. Vrai
6. Vrai
7. Vrai
8. d
9. d
10. d

Test de connaissances : Compétences requises pour l'évaluation clinique

Entourer la réponse correcte.

1. Garantir le respect de l'intimité au cours d'une évaluation clinique nécessite :
 - a. Une salle séparée
 - b. Que personne ne soit en mesure d'entendre ou de voir le prestataire de soins et la femme
 - c. Rencontrer la femme seule, à moins qu'elle n'ait explicitement autorisé la présence d'autres personnes
 - d. Réponses B et C
2. Dans le cadre de la prestation de soins d'avortement, les analyses de laboratoire :
 - a. Ne sont pas nécessaires de manière routinière
 - b. Peuvent être utiles si elles sont disponibles
 - c. Réponses A et B
 - d. Ne devraient jamais être pratiquées
3. Au cours d'une évaluation clinique il est important de noter tous les troubles préalables parce que :
 - a. Ils peuvent exacerber ou provoquer des complications
 - b. Ils peuvent nécessiter le transfert de la patiente
 - c. Certains troubles préalables peuvent nécessiter des compétences et un équipement spécialisés
 - d. Toutes les réponses ci-dessus (a, b et c).
4. Vrai ou faux L'un des aspects de l'évaluation clinique sert à déterminer si la femme a été victime de violences.
5. Vrai ou faux Réussir à déterminer avec précision l'âge gestationnel est un facteur crucial dans la sélection de la méthode d'évacuation utérine et dans la prévention de complications potentielles.
6. Vrai ou faux L'examen physique préalable à une évacuation utérine comprend une évaluation de la santé générale de la femme et la pratique d'un examen physique.
7. Vrai ou faux Chaque fois que possible, une antibiothérapie prophylactique devraient être administrée au moment de l'aspiration utérine afin de réduire tout risque d'infection post-procédure.
8. L'échographie n'est pas obligatoire dans le cadre de soins d'avortement au cours du premier trimestre de grossesse, mais elle peut être utile pour :
 - a. Préciser avec exactitude l'âge gestationnel
 - b. Détecter une grossesse extra-utérine
 - c. Gérer certaines affections préalables

- d. Toutes les réponses ci-dessus
9. S'il y a suspicion d'IST au moment de l'évaluation clinique, le prestataire de soins doit :
- a. Réaliser, si possible, un prélèvement à des fins de culture bactériologique
 - b. Demander que des cultures répétées soient réalisées avant toute procédure afin de confirmer le type d'infection présente
 - c. Traiter une infection active indépendamment du type d'évacuation utérine pratiquée
 - d. Réponses A et C
10. Il est important de bien comprendre les signes et les symptômes d'une grossesse extra-utérine, parce que :
- a. Il peut s'avérer difficile d'écarter une possibilité de grossesse extra-utérine.
 - b. Les méthodes d'évacuation utérine ne peuvent pas traiter une grossesse extra-utérine.
 - c. Une femme avec une grossesse extra-utérine, peut ne pas présenter de symptômes.
 - d. Toutes les réponses ci-dessus.

Liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Anamnèse de la patiente | | | |
| Demander s'il y a eu des tests de grossesse ou des échographies et leurs résultats | | | |
| Demander s'il y a eu des saignements ou des saignements légers au cours de la grossesse | | | |
| Déterminer si la patiente est allergique à certaines substances | | | |
| Antécédents gynéco-obstétricaux : Naissances vivantes, fausses-couches, avortements, utilisation de moyens de contraception, grossesses extra-utérines, fibromes, infections et soins récents après avortement | | | |
| Demander quels sont les antécédents sexuels | | | |
| Demander quels médicaments/traitements ont été pris récemment, y compris le misoprostol ou des plantes médicinales | | | |
| Déterminer le statut sérologique (VIH) et la présence d'IST | | | |
| Demander quels sont les antécédents chirurgicaux | | | |
| Déterminer si la femme souffre d'une incapacité physique, ou cognitive ou de troubles mentaux | | | |
| Demander si la femme souffre d'autres troubles médicaux connus susceptibles de modifier la possibilité de pratiquer une évacuation intra-utérine ou un avortement médicamenteux | | | |
| Évaluer le risque de grossesse extra-utérine | | | |
| Référer ou transférer la patiente en cas de : hypertension, trouble épileptique, anémie, troubles de la coagulation, diabète, trouble cardiaque, asthme, suspicion de grossesse extra-utérine, sténose cervicale, abus de drogues ou d'alcool | | | |
| | | | |
| Pratiquer un examen physique | | | |
| <i>Évaluer l'état de santé général</i> | | | |
| Vérifier les paramètres vitaux | | | |
| Prendre note de l'état de santé général et de signes de faiblesse, de léthargie, d'anémie ou de malnutrition | | | |
| Palper l'abdomen à la recherche de masses ou de sensibilité | | | |
| | | | |
| Pratiquer un examen pelvien | | | |
| Demander à la femme de vider sa vessie avant de pratiquer l'examen pelvien | | | |
| Expliquer à la femme ce à quoi s'attendre et la rassurer | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Utiliser un drap ou une serviette afin de garantir le respect de l'intimité | | | |
| <i>Pratiquer un examen au speculum (peut être réalisé en même temps que la procédure d'AMIU)</i> | | | |
| Prendre note de la présence d'ulcères ou de signes d'IST sur les organes génitaux externes | | | |
| Introduire avec précaution un spéculum de taille appropriée et préalablement réchauffé | | | |
| Vérifier la quantité et la source de tout saignement vaginal | | | |
| Prendre note de la présence de pus, de pertes (leucorrhées), de lésions de l'orifice cervical | | | |
| Procéder à un prélèvement à des fins de culture si une infection est suspectée | | | |
| | | | |
| <i>Pratiquer un examen bimanuel (nécessaire en cas d'AMIU ou d'avortement médicamenteux)</i> | | | |
| Évaluer la taille, la consistance et la position de l'utérus et des annexes | | | |
| Comparer la taille de l'utérus avec la durée de l'aménorrhée | | | |
| Demander l'avis d'un autre praticien ou recourir à une échographie en cas de doute sur la taille de l'utérus | | | |
| | | | |
| Prescrire des analyses/tests de laboratoire | | | |
| Obtenir les analyses requises sans retarder la procédure d'évacuation utérine | | | |
| Administer le cas échéant des immunoglobulines anti-facteur rhésus conformément au protocole usuel au moment de l'aspiration intra-utérine ou de l'administration des médicaments pour un avortement médicamenteux | | | |
| | | | |
| Prendre toutes les mesures adéquates en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| Revoir les antécédents médicaux de la femme ainsi que les résultats de l'examen physique pour vérifier la possibilité d'une grossesse extra-utérine | | | |
| Recourir aux tests appropriés (comme le dosage β hCG) ou à l'échographie, si disponible, en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| Pratiquer une aspiration intra-utérine afin de confirmer la présence des produits gestationnels plutôt qu'un avortement médicamenteux s'il y a suspicion de grossesse extra-utérine | | | |

(Suite à la page 228)

Liste de contrôle des compétences requises pour une évaluation clinique

| Compétences (Suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Traiter ou transférer immédiatement si une grossesse extra-utérine est suspectée ou confirmée | | | |
| | | | |
| Traiter les IST | | | |
| Administrer, si disponible, une antibiothérapie prophylactique, à toutes les femmes avant une aspiration intra-utérine | | | |
| Pratiquer une aspiration intra-utérine même si l'antibiothérapie prophylactique n'est pas disponible | | | |
| Ne pas administrer d'antibiothérapie prophylactique en cas d'avortement médicamenteux | | | |
| Évaluer et traiter toute infection active indépendamment de la méthode d'évacuation utérine | | | |
| En cas d'infection avérée, prescrire une antibiothérapie à prendre après l'évacuation utérine | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins après avortement

| Compétences | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Décélérer un avortement comme diagnostic potentiel | | | |
| Réaliser une évaluation initiale rapide pour confirmer ou écarter un choc | | | |
| Stabiliser immédiatement l'état de la femme | | | |
| Identifier les causes du choc ou transférer la patiente | | | |
| | | | |
| Enregistrer les antécédents de la patiente | | | |
| Déterminer la date des DR (premier jour) | | | |
| Évaluer les signes et symptômes de grossesse | | | |
| Demander si des tests de grossesse ou des échographies ont été pratiqués et leurs résultats | | | |
| Déterminer la durée et la quantité des saignements ou des saignements légers | | | |
| Déterminer la durée et la sévérité des crampes ou des douleurs pelviennes | | | |
| Déterminer s'il y a des antécédents de fièvre, de frissons ou de douleur abdominale | | | |
| Déterminer si la patiente est allergique à certaines substances | | | |
| Demander quels médicaments ont été pris récemment, y compris misoprostol ou plantes médicinales | | | |
| Antécédents gynéco-obstétricaux : Naissance vivante, fausses-couches, avortements, utilisation de méthodes de contraception, grossesses extra-utérines, antécédents menstruels, fibromes, infections ou soins après avortement récents | | | |
| Demander quels sont les antécédents sexuels | | | |
| Déterminer le statut sérologique (VIH/sida) et la présence d'IST | | | |
| Demander quels sont les antécédents chirurgicaux | | | |
| Déterminer si la femme souffre d'une incapacité physique, ou cognitive ou de troubles mentaux | | | |
| Demander si la femme souffre d'autres troubles médicaux connus susceptibles de modifier la possibilité de pratiquer une aspiration intra-utérine ou un avortement médicamenteux | | | |
| Évaluer le risque de grossesse extra-utérine | | | |
| Référer ou transférer la patiente en cas de : hypertension, trouble épileptique, anémie, troubles de la coagulation, diabète, trouble cardiaque, asthme, suspicion de grossesse extra-utérine, sténose cervicale, abus de drogues ou d'alcool | | | |

(suite en pages 230 à 232)

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins après avortement

| Compétences (Suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Pratiquer un examen physique | | | |
| <i>Apprécier l'état de santé général</i> | | | |
| Vérifier les paramètres vitaux | | | |
| Prendre note de l'état de santé général et enregistrer les signes de faiblesses, de léthargie, d'anémie ou de malnutrition | | | |
| Palper l'abdomen à la recherche de masses ou de sensibilité | | | |
| | | | |
| Pratiquer un examen pelvien | | | |
| Demander à la femme de vider sa vessie avant de procéder à l'examen pelvien | | | |
| Expliquer à la femme ce à quoi s'attendre et la rassurer | | | |
| Utiliser un drap ou une serviette afin de garantir le respect de l'intimité | | | |
| | | | |
| Pratiquer un examen au spéculum | | | |
| Prendre note de la présence d'ulcères ou de signes d'IST sur les organes génitaux externes | | | |
| Introduire avec précaution un spéculum de taille appropriée et préalablement réchauffé | | | |
| Vérifier la quantité et la source de tout saignement vaginal | | | |
| Prendre note de la présence de pus, de pertes (leucorrhées) ou de lésions de l'orifice cervical | | | |
| Retirer avec précaution tout produit de conception visible à l'orifice cervical au moyen de forceps à anneaux | | | |
| Repérer toute trace de blessures traumatiques et retirer tout corps étranger | | | |
| Pratiquer un prélèvement à des fins de culture si une infection est suspectée | | | |
| | | | |
| Pratiquer un examen bimanuel | | | |
| Évaluer la taille, la consistance et la position de l'utérus et des annexes | | | |
| Prendre note de toute sensibilité utérine ou annexielle | | | |
| Comparer la taille de l'utérus avec la durée de l'aménorrhée | | | |
| Observer le degré d'ouverture ou de fermeture du col de l'utérus | | | |
| Demander l'avis d'un autre praticien ou recourir à l'échographie en cas de doute sur la taille de l'utérus | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour des soins après avortement

| Compétences (Suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Établir un diagnostic et élaborer une stratégie de traitement | | | |
| Déterminer le type et le stade de l'avortement | | | |
| Déceler et traiter les complications graves de l'avortement en cours | | | |
| Déterminer si une évacuation utérine est nécessaire | | | |
| Si une évacuation utérine est nécessaire, déterminer les différentes possibilités, aspiration intra-utérine ou par misoprostol. Indiquer à la femme les options disponibles et l'accompagner dans son choix. | | | |
| Obtenir de la femme un consentement volontaire et éclairé | | | |
| Élaborer un plan de prise en charge de la douleur et le mettre en place immédiatement | | | |
| | | | |
| Prescrire des analyses/tests de laboratoire | | | |
| Obtenir les analyses requises sans retarder la procédure d'évacuation utérine | | | |
| Administer le cas échéant des immunoglobulines anti-facteur rhésus conformément au protocole usuel au moment de l'aspiration intra-utérine ou de l'administration du misoprostol | | | |
| | | | |
| Prendre toutes les mesures adéquates en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| Revoir les antécédents médicaux de la femme ainsi que les résultats de l'examen physique pour vérifier la possibilité d'une grossesse extra-utérine | | | |
| Recourir aux tests appropriés (comme le dosage de β hCG) ou à l'échographie, si disponible, en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| En cas de suspicion de grossesse extra-utérine, pratiquer une aspiration intra-utérine afin de confirmer l'évacuation des produits gestationnels plutôt qu'un avortement médicamenteux | | | |
| Traiter ou transférer immédiatement la patiente en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| | | | |
| Traiter les IST | | | |
| Administer, si disponible, une antibiothérapie prophylactique, à toutes les femmes avant une aspiration intra-utérine. | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour des soins après avortement

| Compétences (Suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Pratiquer une aspiration intra-utérine même si l'antibiothérapie prophylactique n'est pas disponible | | | |
| Ne pas administrer d'antibiothérapie prophylactique en cas d'évacuation utérine par misoprostol | | | |
| Évaluer et traiter toute infection active indépendamment de la méthode d'évacuation utérine | | | |
| En cas d'infection avérée, prescrire un traitement antibiotique à prendre après l'évacuation utérine | | | |

Scénarios des jeux de rôle

Consignes :

- Un participant joue le rôle de la femme en s'inspirant du scénario fourni, un autre celui du prestataire de soins et le troisième de l'observateur.
- Le prestataire de soins simule l'évaluation clinique pendant que l'observateur évalue sa performance.
- À moins qu'un symptôme ou un trouble ne soit spécifiquement mentionné dans le scénario, le prestataire de soins peut considérer que la femme est en bonne santé. Si un examen est indiqué, le prestataire de soins doit mimer l'examen et poser les questions qui s'y réfèrent.
- L'observateur devra utiliser la Liste de contrôle des compétences requises pour l'évaluation clinique et évaluer si le prestataire a mené l'évaluation correctement et de manière exhaustive, en apportant à la patiente un soutien approprié tout au long de la procédure. À la fin du jeu de rôle, la personne qui a joué le rôle du prestataire de soins devra évaluer lui-même sa performance et les personnes jouant le rôle de la femme et de l'observateur devront lui donner un feedback en lui faisant des suggestions d'amélioration.
- Les trois personnes du groupe devront alors examiner ensemble les résultats de l'évaluation clinique en vue de déterminer un diagnostic probable et élaborer une stratégie de traitement.

Scénarios

- SAA** 1. Vous êtes Mina, une femme de 32 ans. La date de vos DR remonte à environ 10 semaines. Hier, vous avez pris un médicament que votre amie vous a donné pour « interrompre votre grossesse à la maison ». Depuis que vous avez pris ce médicament, vous avez constamment la nausée et vous n'arrêtez pas de vomir. Vous êtes bouleversée et la seule chose que vous voulez « c'est que l'avortement se termine au plus vite ».
- SAA** 2. Vous êtes Kim, une femme célibataire de 28 ans. Vous avez été traitée par ce prestataire de soins pour plusieurs IST au cours des dernières années. Vous avez un retard de plus de deux semaines dans votre cycle menstruel et vous pensez être enceinte, vous venez au centre de santé pour obtenir un avortement. Après avoir pratiqué un examen bimanuel, le prestataire de soins constate que la taille de votre utérus est inférieure à ce qu'il escomptait et détecte une masse potentielle sur l'annexe gauche. Juste avant de quitter la salle d'examen pour retourner à la salle d'attente, vous êtes prise d'une douleur soudaine et intense dans la partie basse de l'abdomen.
3. Vous êtes Vanna, une jeune fille extrêmement nerveuse de 12 ans. Vous êtes venue au centre de santé accompagnée de votre mère. Vous avez été référée au centre de santé par une salle d'urgence locale où vous avez été traitée suite à un viol il y a plusieurs semaines. Vous vous êtes rendue à la salle d'urgence une semaine après le viol et on vous a donné un contraceptif d'urgence. Vous avez des hématomes importants sur le bras gauche ainsi que des pertes vaginales purulentes et nauséabondes. Lors de l'examen pelvien, vous ressentez une douleur à la palpation de l'utérus et du col utérin.
- SAA** 4. Vous êtes Esther, une jeune fille de 16 ans très tendue qui vient au centre de santé accompagnée de son petit ami de 18 ans qui se montre très attentif et compatissant. Vous pensez que le premier jour de vos dernières règles remonte à peu près à sept semaines. Vous n'avez jamais eu de cycles irréguliers par le passé. De plus, vous avez les seins douloureux et vous avez des nausées. Vous avez entendu parler d'avortement médicamenteux et vous

vous demandez si vous pourriez en bénéficier. Vous voulez que votre petit ami assiste avec vous à l'entretien d'information et d'accompagnement. Avant de vous parler des options qui s'offrent à vous, le prestataire de soins décide de procéder à un examen physique afin de confirmer la grossesse. Le prestataire vous demande de vider votre vessie avant l'examen, mais vous n'y parvenez pas parce que vous êtes bien trop tendue. Pendant l'examen, le prestataire éprouve des difficultés à évaluer la taille de votre utérus : vous contractez votre abdomen, ce qui rend difficile d'évaluer l'âge gestationnel. Il n'y a pas d'échographie disponible dans ce centre de santé, mais il y a d'autres prestataires de soins sur place.

- SAA**
5. Vous êtes Margaret, vous avez 30 ans et vous avez 3 enfants. Votre dernier cycle menstruel date d'il y a six semaines. Vous êtes convaincue d'être enceinte parce que vous en connaissez les symptômes suite à vos autres grossesses. Vous ne voulez pas être enceinte à nouveau et vous souhaitez avoir un avortement médicamenteux parce que votre amie pense que c'est la méthode la plus facile et la plus sûre pour interrompre une grossesse. Lorsqu'on vous demande si vous avez des antécédents d'hémorragie, vous dites que non. Mais en parlant de la naissance de votre dernier enfant, vous vous souvenez cependant d'avoir reçu une transfusion sanguine et d'avoir entendu le prestataire de soins mentionner que vous aviez un problème de coagulation sanguine.
 6. Vous êtes Anna, une femme de 35 ans, vous êtes enceinte et vous ne voulez pas de cette grossesse. Il y a une semaine vous avez tenté en vain d'interrompre votre grossesse en vous insérant une racine dans le col de l'utérus. Ce matin, vous avez pris un médicament pour provoquer votre cycle menstruel, mais vous n'êtes pas sûre de ce que c'était. Votre col de l'utérus est ouvert, vous avez eu des saignements modérés et de fortes crampes, mais vous n'êtes pas certaine d'avoir évacué des produits de conception. Vous avez maintenant de la fièvre, des frissons, des douleurs abdominales et des pertes vaginales nauséabondes. Vous ne voulez pas d'autre enfant parce que votre mari vous frappe et qu'il considère que vous ne vous occupez pas de vos quatre enfants comme il le veut. Vous avez très peur, et vous êtes anxieuse à l'idée que votre mari découvre que vous êtes venue au centre de santé.
 7. (Vous jouez le rôle d'une mère et vous faites comme si votre fille était avec vous). Vous êtes Katherine, la mère de Monica, une jeune femme de 22 ans qui est avec vous mais c'est vous qui parlez et répondez à toutes les questions. Monica ne comprend pas qu'elle est enceinte et pourquoi elle se trouve avec sa mère au centre de santé. Monica souffre d'un handicap cognitif, et vous êtes son tuteur légal. Le col de l'utérus de Monica est légèrement ouvert, et elle a eu des saignements et des crampes modérées au cours des trois derniers jours mais elle n'est pas en mesure de dire si elle a évacué des produits de gestation. Monica ne veut pas dire comment elle s'est trouvée enceinte.
 8. Vous êtes Edna, une jeune fille de 14 ans qui arrive à la clinique avec un col de l'utérus fermé ; vous avez eu des crampes et des saignements modérés au cours des deux derniers jours. La taille de votre utérus correspond à la date de vos DR. Vous expliquez que votre petit ami qui est plus âgé que vous, et qui se trouve au centre de santé avec vous, veut que vous ayez cet enfant. Vous demandez au prestataire de soin de vous aider à mener cette grossesse à terme.

Grille d'interprétation des jeux de rôle

Mina

Quel est le diagnostic probable dans le cas de Mina?

- Avortement incomplet suite à une auto-administration de misoprostol.

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement de Mina ?

- Fournir counseling à Mina et pratiquer une évacuation utérine par aspiration intra-utérine dès que possible.
- Administrer une antibiothérapie de prophylaxie avant l'aspiration intra-utérine.
- Envisager la possibilité qu'une dilatation du col de l'utérus ne soit pas nécessaire.
- Informer et accompagner Mina dans le choix des options de prise en charge de la douleur.
- Discuter avec elle de la raison pour laquelle elle a eu recours au misoprostol et lui donner des informations exactes sur l'avortement médicamenteux.
- Fournir counseling sur la contraception et la disponibilité des différentes méthodes, et le cas échéant, orienter Mina vers les services appropriés.

Kim

Quel est le diagnostic probable dans le cas de Kim?

- Grossesse extra-utérine

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement de Kim?

- Déterminer en urgence s'il s'agit effectivement d'une grossesse extra-utérine est essentiel.
- Recourir à une échographie ou la référer pour faciliter le diagnostic d'une grossesse extra-utérine.
- Informer Kim de ce qui lui arrive et lui proposer des services d'accompagnement.
- Traiter ou la référer immédiatement si le traitement n'est pas disponible dans ce centre de santé.
- L'avortement médicamenteux n'est pas une option possible pour le traitement d'une grossesse extra-utérine.

Vanna

Quel est le diagnostic probable dans le cas de Vanna?

- Cervicite purulente aigüe et grossesse consécutive à un viol

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement de Vanna?

- Apporter des soins et un soutien adaptés à son âge.
- Accompanyer Vanna et déterminer si elle est enceinte et proposer le dépistage des IST y compris, si disponible, le dépistage du VIH.

- Si la grossesse est avérée et qu'elle n'est pas voulue, initier une antibiothérapie et pratiquer une évacuation utérine par aspiration intra-utérine ou par méthode médicamenteuse dès que la couverture antibiotique a été établie.
- Informer et accompagner sur la prise en charge de la douleur.
- Orienter Vanna vers des services destinés aux femmes ayant subi des violences sexuelles.
- L'orienter, si nécessaire, vers des soins complémentaires en matière d'IST et de VIH. Lui fournir counseling en matière de contraception si elle est sexuellement active.

Esther

Quel est le diagnostic probable dans le cas d'Esther?

- Grossesse

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement d'Esther?

- L'informer, elle et son petit ami, des options possibles en matière de grossesse et d'évacuation utérine, et notamment de l'avortement médicamenteux et les accompagner dans leur choix.
- Déterminer si elle est effectivement enceinte en :
 - Recourant à un test de grossesse.
 - Attendant qu'elle réussisse à vider sa vessie et en l'encourageant à se détendre.
 - Demandant à une personne de confiance de lui apporter un soutien adapté à son âge pendant l'examen afin qu'elle se détende.
 - Demandant à un autre prestataire de soins présent dans le centre de santé d'évaluer l'âge gestationnel.
- Informer et accompagner sur la prise en charge de la douleur.
- Veiller à ce que le couple reçoive counseling en matière de contraception, afin de déterminer les méthodes adaptées et orienter le couple vers d'autres services si nécessaire.

Margaret

Quel est le diagnostic probable dans le cas de Margaret?

- Grossesse avec possibilité d'un trouble hémorragique ou de la coagulation

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement de Margaret?

- Informer et accompagner dans le choix des méthodes d'interruption de grossesse disponibles, et notamment sur la possibilité de recourir à un avortement médicamenteux.
- Discuter de la possibilité d'une contre-indication pour l'avortement médicamenteux.
- Évaluer la possibilité d'une affection hémorragique.
 - Évaluer la gravité de son affection sur place, si les services de laboratoire à cet effet sont disponibles.
 - S'il n'est pas possible de pratiquer l'évaluation sur place, la référer vers un centre de santé en mesure de prendre son affection en charge.

- Information et accompagnement en matière de prise en charge de la douleur.
- Veiller à ce qu'elle reçoive counseling en matière de contraception et qu'elle soit orientée vers d'autres services appropriés.

Anna

Quel est le diagnostic probable dans le cas d'Anna?

- Avortement incomplet accompagné d'une infection, possibilité d'une blessure causée par un corps étranger et effets secondaires du misoprostol.

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement d'Anna?

- Offrir un soutien émotionnel accru du fait de l'état d'anxiété et de crainte.
- Administrer une antibiothérapie avant l'aspiration intra-utérine.
- Informer et accompagner Anna sur la prise en charge de la douleur.
- Pratiquer une aspiration intra-utérine, une dilatation moins importante sera peut-être suffisante.
- Réévaluer la blessure du col de l'utérus provoquée par un corps étranger au moment de la procédure.
- Administrer un vaccin anti-tétanos.
- Lui offrir un counseling destiné aux victimes de violence ou l'orienter pour qu'elle obtienne ce type d'accompagnement et discuter avec elle des moyens lui permettant de garantir sa propre sécurité.
- Lui fournir counseling en matière de contraception, l'aider à déterminer les méthodes adaptées.
- Informer sur l'utilisation correcte des médicaments destinés à provoquer un avortement médicamenteux.

Monica

Quel est le diagnostic probable dans le cas de Monica?

- Avortement incomplet

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement de Monica?

- Donner à Monica un soutien accru en tenant compte de son handicap ; impliquer sa mère dans tous les aspects des soins. Informer des options relatives à la grossesse et accompagner la prise de décision.
- Proposer un avortement médicamenteux ou une AMIU en fonction de la décision de la jeune femme et de sa mère.
- Si vous pratiquez une AMIU, administrer une antibiothérapie prophylactique.
- Fournir counseling sur les méthodes de prise en charge de la douleur.
- Fournir counseling en matière de contraception, l'aider à déterminer les méthodes souhaitées.

- Référer Monica pour des services de counseling plus approfondis, particulièrement en matière de sécurité.

Edna

Quel est le diagnostic probable dans le cas d'Edna?

- Menace de fausse-couche

Quels sont les considérations dont il faut tenir compte pour le traitement d'Edna?

- Proposer à Edna counseling adapté à son âge.
- Lui proposer un counseling destiné aux futures mères.
- Si les saignements se poursuivent, pratiquer une évaluation clinique plus approfondie.
- Proposer des informations et un accompagnement sur les options de prise en charge de la douleur.
- Donner à la jeune femme et à son compagnon des informations sur la contraception pour l'avenir.

Instruments d'Ipas pour AMIU



Instruments d'Ipas pour AMIU

Ce module propose des informations sur les caractéristiques, l'entretien et l'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® utilisés pour l'évacuation utérine.



Conditions préalables

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- ☐ Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- ☐ Décrire les méthodes d'évacuation utérine
- ☐ Décrire les procédures locales de traitement des instruments médicaux



Objectifs

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Identifier les différentes parties et les caractéristiques de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip
2. Décrire le traitement, le démontage et le remontage, la maintenance, le stockage et la manipulation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip



Matériel didactique

- ☐ Aspirateurs Ipas AMIU Plus, canules Ipas EasyGrip, lubrifiant et notice du produit : un ensemble complet pour le ou les formateurs et un ensemble complet par participant ou par centre
- ☐ Échantillons d'aspirateurs usés et de canules devant être remplacées
- ☐ Équipements de protection personnelle pour la démonstration de nettoyage : protection du visage, tablier, blouse, gants

- ❑ Panneau mural Traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip (dernière version) pour le centre où travaille chaque participant (à télécharger à l'adresse www.ipas.org ou à commander auprès de publications@ipas.org)
- ❑ Déclaration de décontamination d'Ipas
- ❑ Test de connaissances sur les instruments d'Ipas pour AMIU et réponses au test



Préparation préalable

- ❑ Rechercher le nom et les coordonnées de contact du distributeur local des instruments d'Ipas pour AMIU.
- ❑ Adapter ce module si les participants supervisent le traitement des instruments mais ne s'en chargent pas eux-mêmes. Envisager d'inviter le personnel responsable du traitement des instruments à assister à cette session.
- ❑ Identifier les protocoles locaux de traitement des instruments pour AMIU ainsi que les obstacles susceptibles d'être rencontrés.
- ❑ Faire des photocopies de la liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments et du test de connaissances.

Durée : 1.5 heures

Remarque à l'attention du formateur : Ce module ne décrit pas les aspirateurs à simple valve et à double valve ni les canules de Karman. Les formateurs peuvent se référer à l'annexe A : Comparaison des instruments d'Ipas du manuel de référence. Les étapes du traitement pour les aspirateurs à simple valve sont identiques à celles décrites pour l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Expliquer que ce module propose des informations sur les caractéristiques, l'entretien et l'utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip utilisés pour l'évacuation utérine.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

Dire : À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Identifier les différentes parties et les caractéristiques de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip
2. Décrire le traitement, le démontage et le remontage, la maintenance, le stockage et la manipulation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip

2. Caractéristiques et utilisation des instruments

Dire : Nous allons commencer par procéder à un examen approfondi des instruments.

Montrer et commenter la diapositive : *Aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip*

- Technologie appropriée centrée sur la femme
- Sûre et efficace pour les soins d'avortement
- Peut être utilisé dans des centres de santé décentralisés



Montrer la diapositive : *WomanCare Global*

Expliquer aux participants que l'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip sont désormais fabriqués et distribués dans le monde entier par WomanCare Global. WomanCare Global (WCG) est une association sans but lucratif qui travaille avec des partenaires dans le monde entier en vue d'améliorer la vie des femmes en donnant accès à des produits de santé génésique abordables et de qualité.

Utiliser l'aspirateur de démonstration et ses accessoires pour montrer aux participants les différentes pièces de l'instrument tout en leur présentant les diapositives ci-après.

Montrer et commenter la diapositive : *Pièces assemblées*

Montrer chacune des parties de l'aspirateur sur la diapositive à mesure qu'on les cite.

- Décrire chacune des pièces :
 - Piston avec poignée pour générer le vide
 - Boutons de la valve pour commander l'arrêt de l'aspiration

- Corps (cylindre) de 60 ml pour recevoir les produits de conception
- Collier de blocage avec clip de retenue pour empêcher le piston de sortir

Dire : L'aspirateur Ipas AMIU Plus génère la même puissance d'aspiration qu'un système d'aspiration électrique intra-utérine (AEIU)

Prendre en main les canules et en montrer chacune des caractéristiques à mesure qu'on les cite.

Montrer et commenter la diapositive : *À propos des canules*

- Même dimensions et ouvertures (orifices) que les canules de Karman
- Légèrement plus rigides
- Base fixée en permanence par des ailettes
- Les tailles 4, 5, 6, 7 et 8 mm ont deux ouvertures opposées
- Les tailles 9, 10 et 12 mm ont une seule ouverture plus large
- Les points à intervalles de 1 cm sur chaque canule indiquent l'emplacement de la lumière principale

Dire : Les canules Ipas EasyGrip sont dotées de bases permanentes qui jouent le rôle d'adaptateurs intégrés. Les canules se raccordent directement à l'aspirateur Ipas AMIU Plus sans adaptateur distinct.

Montrer et commenter la diapositive : *Choix de la canule*

- Dépends de la taille de l'utérus et du degré de dilatation :
 - Taille utérine de 4 à 6 semaines depuis la date des dernières règles : taille conseillée = 4 à 7 mm
 - Taille utérine de 7 à 9 semaines depuis la date des dernières règles : taille conseillée = 5 à 10 mm
 - Taille utérine de 9 à 12 semaines depuis la date des dernières règles : taille conseillée = 8 à 12 mm

Dire : Il est important d'utiliser une canule de taille adaptée à celle de l'utérus et au degré de dilatation cervicale obtenu. L'utilisation d'une canule trop petite risque d'aboutir à une rétention tissulaire ou à une perte d'aspiration.

Expliquer que WomanCare Global distribue également une canule de 3 mm pour la réalisation de biopsies endométriales.

Montrer et commenter la diapositive : *Indications des biopsies endométriales*

- Infertilité
- Saignements utérins anormaux
- Aménorrhée
- Dépistage des infections endométriales
- Dépistage des cancers de l'endomètre

Montrer et commenter la diapositive : *Canule de 3 mm*

- Deux ouvertures et une base à ailettes
- Nécessite un adaptateur pour utilisation avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus
- Stérilisée à l'oxyde d'éthylène (OE) après conditionnement
 - Stérile si l'emballage est intact
 - Durée de conservation de trois ans pour les canules emballées
- Dispositif à usage unique, à traiter comme un déchet infectieux

Dire : Au cours du reste de ce module, nous nous concentrerons sur les canules utilisées pour les procédures d'AMIU et non sur les canules de 3 mm.

Nous verrons comment démonter l'aspirateur Ipas AMIU Plus avec la canule fixée dessus.

Utiliser pour la démonstration un aspirateur entièrement assemblé avec une canule fixée dessus.

- Demander à un volontaire de venir démonter l'aspirateur.
- Décrire les étapes du démontage de l'instrument tout en les montrant sur la diapositive à mesure que le volontaire suit les instructions.

Montrer et commenter la diapositive : *Démontage de l'aspirateur*

- Retirer la canule en tournant sa base et en la tirant hors de la valve.
- Tirer sur le corps et le retirer de la valve.
- Enfoncer les pattes de libération du capuchon pour retirer le capuchon.
- Ouvrir la valve articulée en tirant sur le fermoir.

Montrer et commenter la diapositive : *Démontage de l'aspirateur (suite)*

- Retirer la pièce interne.
- Dégager le collier de blocage en le faisant glisser sous le clip de retenue ou le retirer complètement.
- Tirer entièrement le piston hors du corps.
- Déplacer le joint torique en le pinçant latéralement et en le faisant rouler jusqu'à l'encoche située juste au-dessous.

Montrer et commenter la diapositive : *Retrait du joint torique*

Insister sur le fait qu'il ne faut jamais utiliser un objet pointu pour retirer le joint torique car on risquerait de l'endommager.

Montrer et commenter la diapositive : *Pièces de l'aspirateur pour AMIU démontées*

Dire : Nous allons à présent voir comment assembler l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

Demander à un autre participant de montrer les étapes de l'assemblage de l'instrument en se servant de l'instrument qui vient d'être démonté.

- Lui demander de suivre les étapes décrites dans les diapositives suivantes.

Montrer et commenter la diapositive : *Montage de l'aspirateur Ipas AMIU Plus*

- Placer la pièce interne dans la valve en alignant les arêtes.
- Fermer la valve ; s'assurer qu'elle s'enclenche en place.
- Enclencher le capuchon sur l'extrémité de la valve.
- Pousser le corps bien droit dans la base de la valve.
- Placer le joint torique dans la rainure située près de l'extrémité du piston.

Montrer et commenter la diapositive : *Montage de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (suite)*

- Appliquer une goutte de lubrifiant sur le pourtour du joint torique avec les doigts.
- Replier les bras du piston et l'enfoncer bien droit dans le corps.
- Faire aller et venir le piston pour le lubrifier.
- Insérer les pattes du collier de blocage dans les trous du corps.

Montrer et commenter la diapositive : *Lors du montage de l'aspirateur*

- Insérer le piston bien droit dans le corps.
- Ne pas insérer le piston de travers.

Montrer et commenter la diapositive : *Étapes de la lubrification*

Dire : Il est important de n'utiliser qu'une goutte de lubrifiant parce qu'une lubrification excessive risque d'interférer avec la capacité d'aspiration. Un lubrifiant non stérile à base de silicone est joint dans l'emballage ; on peut également utiliser d'autres lubrifiants non à base de pétrole.

Remercier les participants pour leur assistance au cours de la démonstration.

Expliquer que la préparation de l'aspirateur en vue de son utilisation en générant le vide est désignée sous le terme de « charger » ou de « préparer » l'aspirateur.

Montrer et commenter la diapositive : *Génération du vide*

- Débuter l'opération avec les boutons de la vanne ouverts, le piston enfoncé à fond et le collier de blocage verrouillé en place.
- Fermer la valve en poussant les boutons vers le bas et vers l'avant jusqu'à ce qu'ils se bloquent.
- Tirer le piston vers l'arrière jusqu'à ce que les bras du piston prennent sur les grands côtés du corps.
- Veiller à ce que les deux bras soient dépliés et fixés sur les bords du corps.
- Si les bras du piston sont incorrectement positionnés, le piston risque de glisser en arrière dans le corps.

Dire : Ne jamais prendre l'aspirateur chargé par les bras du piston : cela peut entraîner la perte du vide ou l'éjection de son contenu.

Montrer et commenter la diapositive : *Contrôle du vide dans l'aspirateur*

- Charger l'aspirateur.
- Le laisser chargé pendant un certain temps.
- Enfoncer les boutons pour relâcher le vide.
- Une pénétration d'air indique que le vide a été conservé.

Montrer et commenter la diapositive : *Détermination de la cause de l'absence de maintien du vide*

- Vérifier que l'instrument a été correctement monté.
- Examiner le joint torique pour contrôler son positionnement correct et sa lubrification.
- Remplacer le joint torique s'il est endommagé.
- Contrôler l'absence de corps étranger.
- Vérifier que le corps est solidement fixé sur la valve.
- Charger et tester à nouveau l'aspirateur.
- Si le vide ne se maintient toujours pas, utiliser un autre aspirateur.

Attirer l'attention des participants sur le fait qu'une notice reprenant des informations sur le produit est jointe à chaque aspirateur Ipas AMIU Plus.

Dire : Vous allez à présent avoir la possibilité de vous entraîner au démontage, au montage et au chargement de l'instrument.

Donner un instrument complet avec ses accessoires à chaque participant.

- Leur laisser quelques minutes pour examiner et manipuler l'aspirateur et les canules.
- Parcourir la salle et guider les participants pour les aider à démonter, monter et charger correctement l'aspirateur.
- Leur demander de laisser leur instrument chargé et de ne pas relâcher le vide tant qu'on ne leur a pas demandé de le faire.

Montrer comment libérer les boutons de la valve.

- Demander à une personne à la fois de relâcher le vide dans son aspirateur.
- Veiller à ce que chacun ait correctement testé son aspirateur.
- Si l'on n'entend pas l'afflux d'air qui indique le relâchement du vide, déterminer ensemble la cause de l'absence de vide.

Dire : Nous allons à présent parler des usages prévus de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip tel que décrit dans la notice.

Montrer et commenter la diapositive : *Usages et indications de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip*

- Usage prévu et indications :
 - Destiné à l'aspiration ou à l'évacuation utérine

- Traitement d'un avortement incomplet avec une taille utérine inférieure ou égale à 12 semaines
- Avortement au cours du premier trimestre (également désigné dans certains pays sous le terme d'extraction menstruelle, de régulation menstruelle ou de mini-extraction)
- Biopsie endométriale
- Seule contre-indication : biopsie endométriale en cas de suspicion de grossesse

Montrer et commenter la diapositive : *Précautions lors d'une AMIU*

- Traiter tout problème grave éventuel.
- Déterminer la taille et la position de l'utérus.
- Des difficultés lors de la procédure peuvent survenir en cas de fibromes ou d'anomalies de l'utérus. Les femmes qui souffrent de troubles de la coagulation peuvent présenter des saignements excessifs après la procédure.

Montrer et commenter la diapositive : *Complications possibles*

- Réaction vagale
- Évacuation incomplète
- Lésion utérine et/ou cervicale
- Infection pelvienne
- Hématométrie aiguë

Dire : Ces complications peuvent survenir lors de toute procédure d'évacuation utérine. Lorsque la patiente est stabilisée, ne pas retarder la procédure.

Avez-vous des questions sur les indications et les précautions ?

- Répondre aux questions.

Dire : Pour commander ou recommander des instruments d'Ipas pour AMIU, contacter le distributeur local ou le service clientèle de WomanCare Global.

Montrer et commenter la diapositive : *Service clientèle de WomanCare Global*

Courriel : customerservice@womancareglobal.org

Site Internet : www.womancareglobal.org

Donner le nom et les coordonnées de contact du distributeur local.

Insister sur l'importance de toujours disposer d'un stock minimal pour avoir la garantie que des instruments seront disponibles chaque fois que l'on en aura besoin. Se référer à la section 4 du module Méthodes d'évacuation utérine : Approvisionnement à long terme en fournitures pour AMIU et avortement médicamenteux.

3. Entretien et traitement des instruments

Dire : Nous allons à présent parler de l'entretien des instruments d'Ipas.

Montrer et commenter la diapositive : *Entretien et traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus*

- Doit être traité par trempage, nettoyage et désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisation entre chaque patiente
- Ne doit pas être traité par désinfection de haut niveau ou stérile au moment de son utilisation (tout comme un spéculum)
- Doit être immergé dans un bain de décontamination le plus rapidement possible après usage pour éliminer plus facilement les tissus

Dire : L'aspirateur pour AMIU ne vient pas directement en contact avec le corps de la patiente. Par contre, lors de son utilisation, le corps de l'aspirateur se remplit de sang. Il existe un risque potentiel que des contaminants provenant d'une patiente précédente soient introduits chez une autre patiente si l'aspirateur pour AMIU n'est pas correctement traité (immergé, nettoyé et stérilisé ou traité par désinfection de haut niveau) après chaque utilisation. Par conséquent, après son nettoyage, l'aspirateur Ipas AMIU Plus doit être traité par désinfection de haut niveau ou stérilisé entre chaque patiente pour en éliminer les contaminants. Après ce traitement, l'aspirateur peut être rangé dans un conteneur propre. Nous reviendrons plus en détail sur ces points plus loin dans ce module.

Montrer et commenter la diapositive : *Nombre maximal d'utilisations de l'instrument*

- Variable en fonction de la manière dont il est utilisé et entretenu

Montrer et commenter la diapositive : *Le remplacement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus est nécessaire lorsque...*

- Le corps de l'aspirateur est craquelé ou devient cassant
- Des dépôts minéraux bloquent le déplacement du piston
- La valve est craquelée, pliée ou brisée
- Les boutons sont cassés

- Les bras du piston ne se verrouillent plus
- L'aspirateur ne parvient plus à maintenir le vide

Dire : Nous venons de passer en revue l'entretien de l'aspirateur, nous allons à présent parler de celui des canules.

Aux États-Unis et dans un certain nombre d'autres pays, les canules Ipas sont étiquetées comme étant à usage unique. Là où la réutilisation des instruments est autorisée par les réglementations locales, les canules Ipas EasyGrip sont des dispositifs réutilisables.

Montrer et commenter la diapositive : *Entretien et traitement des canules Ipas EasyGrip*

- Stérilisées à l'oxyde d'éthylène par le fabricant
- Doivent être stérilisées ou traitées par désinfection de haut niveau (DHN) avant leur réutilisation
- Après usage, les traiter le plus rapidement possible pour en faciliter le nettoyage

Montrer et commenter la diapositive : *Éliminer et remplacer la canule si...*

- Elle devient cassante
- Il n'est pas possible d'en éliminer les tissus lors du nettoyage
- Elle est craquelée, tordue ou pliée, en particulier à proximité de son ouverture

Faire passer les aspirateurs et canules usés comme exemples de dispositifs devant être remplacés.

- Demander aux participants d'expliquer pourquoi chacun d'entre eux doit être remplacé.

Dire : Examinons à présent les méthodes de traitement des instruments Ipas AMIU Plus. Le traitement des instruments a pour objectif de protéger les patientes et de nous protéger nous-mêmes. Un traitement adéquat des instruments empêche également la dissémination d'infections du centre de santé au reste de la communauté.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip*

- Réutilisables là où les réglementations autorisent la réutilisation des instruments
- Diverses options de traitement

Si les participants posent des questions sur les aspirateurs d'Ipas à double et à simple valve et les canules de Karman, les inviter à

se référer, à l'annexe A du module Instruments d'Ipas pour AMIU du manuel de référence : Comparaison des instruments d'Ipas.

Montrer et commenter la diapositive : *Précautions standards lors du traitement*

- Considérer que le sang et les fluides corporels sont toujours potentiellement infectieux
- Toujours porter des gants lorsque l'on manipule des fluides corporels, sauf la sueur
- Utiliser des équipements de protection personnelle lorsqu'une partie du corps risque d'être exposée à des fluides corporels : gants, blouse, protection du visage
- Se protéger des blessures par piqûre lors de la manipulation d'instruments pointus ou tranchants
- Se laver les mains immédiatement avant et après tout contact avec des éléments contaminés, même si l'on portait des gants

Montrer et commenter la diapositive : *Différence entre désinfectants et antiseptiques*

- Les désinfectants sont de puissants germicides utilisés pour nettoyer le matériel.
- Les antiseptiques sont des germicides peu puissants utilisés pour nettoyer le corps.

Montrer la diapositive : Les antiseptiques cutanés ne conviennent pas pour la désinfection des instruments

- | | |
|-------------|-------------|
| • Zephiran® | • Cetavlon® |
| • Savlon® | • Hibitane® |
| • Eusol® | • Lysol® |
| • PhisoHex® | • Phenol® |

Distribuer aux participants la liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments et leur laisser une minute pour la parcourir rapidement.

- Leur expliquer que, indépendamment du fait qu'ils soient ou non amenés à traiter eux-mêmes les instruments, ils doivent employer cette liste de contrôle pour contrôler le traitement des instruments.

Dire : À mesure que je vous présente les informations sur le traitement des instruments, je vous demanderai d'en suivre les étapes sur la liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments.

- Expliquer que, outre la manière adéquate de traiter les instruments pour AMIU, vous allez également discuter et identifier les erreurs de traitement susceptibles de se produire.

Montrer et commenter la diapositive : *Les quatre étapes du traitement des instruments*

1. Trempage de décontamination
2. Nettoyage
3. Stérilisation ou désinfection de haut niveau
4. Entreposage

Dire : La première étape est le trempage de décontamination.

Donner à chaque participant un exemplaire de la déclaration de décontamination. Leur laisser quelques minutes pour la lire. Leur demander s'ils ont des questions.

Montrer et commenter la diapositive : *Pourquoi immerger les instruments avant leur nettoyage ?*

- Cela facilite le nettoyage en maintenant les instruments humides
- L'utilisation d'une solution chlorée favorise la désinfection
- Élimine une partie des souillures

Les éléments ne sont pas encore suffisamment sûrs pour pouvoir les manipuler à mains nues.

Montrer et commenter la diapositive : *Étapes du trempage de décontamination*

- Remplir une bassine en plastique de solution.
- On peut utiliser une solution de chlore à 0,5%.
- Avec des gants, immerger totalement les instruments.
- Faire pénétrer la solution dans la canule et l'aspirateur.
- Laisser tremper les instruments jusqu'au moment de leur nettoyage.
- Porter des gants ou utiliser une pince pour retirer les instruments.

Dire : Quelles sont quelques-unes des erreurs possibles lors de la procédure de trempage ?

- Omettre de porter des gants ; ne pas immerger totalement les instruments ; laisser sécher les instruments.

Dire aux participants que les instructions de préparation d'une

solution de chlore à 0,5% pour le trempage des instruments figurent à l'annexe B du module Prévention des infections du manuel de référence.

Dire : Vous devez porter des équipements de protection personnelle lors de la manipulation des instruments après le trempage.

Montrer des équipements de protection personnelle à porter lors du nettoyage des instruments : protection du visage, gants, blouse, tablier.

- Demander à un volontaire de montrer l'utilisation de ces équipements de protection en les mettant tous pendant un court moment puis en les retirant à mesure que vous les citez.

Dire : Il est nécessaire de démonter l'instrument avant son nettoyage.

Demander à un volontaire de montrer comment se fait le démontage de l'instrument.

Dire : À présent que l'aspirateur est démonté, il est prêt à être nettoyé.

Montrer et commenter la diapositive : *Nettoyage*

- L'OMS dit qu'il s'agit de l'étape la plus importante pour garantir une décontamination finale adéquate des instruments.
- Nettoyer toutes les surfaces avec de l'eau tiède et un détergent.
- Utiliser une sonde ou un chiffon pour éliminer les souillures qui restent coincées.
- Nettoyer tous les orifices et l'intérieur du corps, de la valve et du piston.
- Utiliser une brosse douce, jamais un outil pointu ou tranchant.
- Éviter les éclaboussures.
- Poursuivre le nettoyage jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucune trace de sang ou de tissus visible, puis rincer.
- Laisser sécher les éléments.

Montrer et commenter la diapositive : *Nettoyer soigneusement les instruments*

Dire : Quelles sont quelques-unes des erreurs fréquentes lors du nettoyage ?

- Omettre le port d'équipements de protection personnelle ; ne pas nettoyer entièrement les instruments ; utiliser des antiseptiques au lieu d'un détergent.

Dire : Nous allons à présent aborder les options de traitement.

Montrer et commenter la diapositive : *Aspirateur Ipas AMIU Plus*

- Doit être traité par désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisation entre chaque patiente
- Cela empêche la transmission d'éventuels agents pathogènes transmissibles par le sang d'une patiente à l'autre en cas de problème au cours de la procédure, si le contenu de l'aspirateur vient en contact avec le corps de la patiente.
- Il n'est pas nécessaire que l'aspirateur soit encore DHN ou stérile avant la patiente suivante.

Montrer et commenter la diapositive : *Canules Ipas EasyGrip*

- Doivent être traitées par désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisation entre chaque patiente
- Doivent être DHN ou stériles au moment de leur utilisation

Montrer et commenter la diapositive : *Options de traitement usuelles : Aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip*

- Ébouillantage
- Glutaraldéhyde (Cidex)
- Solution de chlore à 0,5%
- Autoclave

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Ébouillantage (DHN)*

- Placer dans de l'eau à ébullition ; les éléments ne doivent pas être totalement immergés.
- Faire bouillir pendant vingt minutes.
- Retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.
- Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
- Laisser refroidir avant usage.

Montrer et commenter la diapositive : *Ébouillantage des instruments pour AMIU*

Dire : Quelles sont les erreurs que l'on peut commettre lors de l'ébouillantage des instruments ?

- Eau pas tout à fait à ébullition ; durée d'ébouillantage insuffisante.

Dire : Récemment, on a accordé beaucoup d'attention aux effets de substances dangereuses utilisées dans les institutions de soins de santé sur le personnel et l'environnement. Ces substances sont notamment le chlore et le glutaraldéhyde.

Montrer et commenter la diapositive : *Glutaraldéhyde et chlore*

- Les manipuler avec précaution car ce sont des produits dangereux.
- Prendre les précautions requises, par exemple utilisation d'équipements de protection personnelle.
- Se référer aux consignes de sécurité du fabricant pour une utilisation en toute sécurité.

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Glutaraldéhyde (stérilisation)*

- Immerger entièrement et veiller à ce que la solution recouvre les instruments.
- Laisser tremper conformément aux instructions du fabricant.
- Laisser tremper pendant 10 heures dans le cas du Cidex
- Retirer avec une pince ou des gants stériles.

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Glutaraldéhyde (stérilisation) (suite)*

- Rincer avec de l'eau stérile.
- Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
- Remplacer la solution lorsque sa durée de conservation est écoulée.

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Glutaraldéhyde (désinfection de haut niveau)*

- Immerger entièrement et veiller à ce que la solution recouvre les instruments.
- Laisser tremper conformément aux instructions du fabricant.
- Laisser tremper pendant 20 minutes dans le cas du Cidex.
- Retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Glutaraldéhyde (désinfection de haut niveau) (suite)*

- Rincer avec de l'eau stérile ou bouillie.
- Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.
- Remplacer la solution lorsque sa durée de conservation est écoulée.

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Solution de chlore à 0,5% (désinfection de haut niveau)*

- Utiliser un récipient en plastique (pas un récipient métallique).
- Immerger entièrement et veiller à ce que la solution recouvre les instruments.
- Laisser tremper pendant 20 minutes.
- Retirer avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles.
- Rincer avec de l'eau bouillie ou stérile.
- Sécher avec un linge stérile si on le souhaite.

Montrer et commenter la diapositive : *Immersion dans un désinfectant de haut niveau et rinçage*

Dire : Quelles sont les erreurs que l'on peut commettre lors de la stérilisation ou de la désinfection de haut niveau avec des produits chimiques ?

- Absence d'immersion ou de remplissage des éléments
- Obstruction de l'ouverture de la canule
- Instrument non démonté
- Solution périmée ou incorrectement préparée
- Durée incorrecte
- Absence de rinçage des instruments

Montrer et commenter la diapositive : *Option : Autoclave (stérilisation)*

- Emballer les éléments propres et démontés dans un papier ou un linge.
- Disposer les éléments de manière à ce que la vapeur puisse atteindre toutes les surfaces.
- Veiller à ce que les ouvertures des instruments ne soient pas obstruées et à ce que les différentes pièces ne soient pas en contact.
- Laisser refroidir avant usage.

Montrer la diapositive : *Emballage dans du papier*

Dire : Il est extrêmement important d'autoclaver correctement les instruments pour éviter de les endommager.

Montrer et commenter la diapositive : *Autoclave : précautions*

- Traiter pendant 30 minutes à 121°C (250°F) sous une pression de 106 kPa (15 lbs/in²).
- Veiller à ce que l'autoclave soit réglé sur ces paramètres.
- Ne pas utiliser d'autres paramètres de stérilisation et ne pas recourir à une stérilisation ultra-rapide des instruments.
- Des températures plus élevées risquent d'endommager les instruments.

Dire : Quelles sont les erreurs que l'on peut commettre lors de la stérilisation à l'autoclave des instruments pour AMIU ?

- Température, pression ou durée incorrecte
- Réglage de l'autoclave sur des paramètres plus élevés
- Éléments non emballés ou non correctement disposés pour que la vapeur puisse les atteindre
- Obstruction de l'ouverture de la canule
- Instrument incorrectement démonté

Montrer et commenter la diapositive : *Stockage des instruments pour AMIU*

- Idéalement, les canules doivent être retraitées quotidiennement si on les traite par ébullition ou par trempage.
- Entreposer les éléments même légèrement humides favorise la croissance microbienne.
- Ne placer qu'un petit nombre de canules dans chaque conteneur.
- Éviter de toucher l'extrémité des canules : les prendre par la base.

Dire : Remonter l'instrument et tester le vide avant utilisation ou entreposage.

Si l'on pratique une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, il est indispensable de veiller à la qualité du traitement des instruments afin de protéger les patientes, soi-même, ses collaborateurs et l'ensemble de la communauté contre la transmission d'infections.

Distribuer un nombre suffisant de photocopies du Panneau mural Traitement des aspirateurs *Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip* pour que chaque centre en reçoive un.

4. Résumé et test

Résumer et conclure le module.

- Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés dans ce module.
- Utiliser les objectifs comme référence.
- Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?
- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.
- Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L. et Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407–413. doi: 10.1016/j.contraception.2006.06.002

American Medical Women's Association. (1997). Module 7: Abortion *Fourth-year elective curriculum in reproductive health*. Alexandria, VA: American Medical Women's Association.

Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420–424.

Baird, T. L., Gringle, R. E. et Greenslade, F. C. (1995). *MVA in the treatment of incomplete abortion: Clinical and programmatic experience*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Bélanger, E., Melzack, R. et Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339–350.

Billings, D. L. et Benson, J. (2005). Postabortion care in Latin America: Policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy and Planning*, 20(3), 158–166. doi: 10.1093/heapol/czi020

Castleman, L. et Mann, C. (2009). *Manual vacuum aspiration (MVA) for uterine evacuation: Pain management* (2nd ed.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Castleman, L. et Blumenthal, P. (2009). *Spontaneous and induced abortion*. Philadelphia: American College of Physicians.

Dalton, V. K. et Castleman, L. (2002). Manual vacuum aspiration for treatment of early pregnancy loss. *Postgraduate Obstetrics & Gynecology*, 22(19), 1–6.

De Oliveira, G. S., Agarwal, D. et Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: A meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424–433. doi: 10.1213/ANE.0b013e3182334d68

Dean, G., Cardenas, L., Darney, P. et Goldberg, A. (2003). Acceptability of manual versus electric aspiration for first trimester abortion: A randomized trial. *Contraception*, 67(3), 201–206.

Goodman, S., Wolfe, M., Hufbauer, E., Flaxman, G., Jackson, E., Kaminski, A.,... Nelson-Munson, K. (2012). *Early Abortion Training Workbook* (4th ed.). San Francisco, CA: UCSF Bixby Center for Global Reproductive Health.

Hern, W. M. (1984). *Abortion Practice*. Philadelphia, Pa: Lippincott Company.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Johnson, B. R., Benson, J. et Hawkins, B. L. (1993). Diminuant l'utilisation des ressources et améliorant la qualité des soins grâce à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). *Progrès en Matière d'Avortement*, 2(2).

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D. et Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *Cochrane Database SystRev* (2), CD007207. doi: 10.1002/14651858.CD007207.pub2

Mahomed, K., Healy, J. et Tandon, S. (1994). A comparison of manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage in the management of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 46(1), 27–32.

- Margolis, A., Leonard, A. H. et Yordy, L. (1993). Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care*, 3(1).
- Murphy, E. (1997). *Client-provider interactions (CPI) in family planning services: Guidance from research and program experience*. Washington, DC: PATH.
- Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : Guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1995). *Complications de l'avortement: Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007a). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007b). Standard precautions in health care. D'après : http://www.who.int/csr/resources/publications/EPR_AM2_E7.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la population, UNICEF et Banque mondiale. (2006). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Paul, M., Lichtenberg, E. S., Borgatta, L., Grimes, D. A. et Stubblefield, P. G. (Eds.). (1999). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Planned Parenthood Federation of America. (2000). Manual of medical standards and guidelines. *Abortion, Section VII- A-1*. New York: PPFA.
- Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. et Dudley, S. (Eds.). (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.
- Rademakers, J. (1995). *Abortus in Nederland 1991–1992*. Utrecht: Stimezo Nederland.
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD006712. doi: 10.1002/14651858.CD006712.pub2
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81(5), 372–388. doi: 10.1016/j.contraception.2009.12.008
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H. et Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030–1037. doi: 10.1097/AOG.0b013e318250b13e

- Romero, I., Turok, D. et Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56–59. doi: 10.1016/j.contraception.2007.09.008
- Rutala, W. A. et Weber, D. J. (2010). An overview of disinfection and sterilization. In W. A. Rutala (Ed.), *Disinfection, sterilization and antisepsis: Principles, practices, current issues, new research, and new technologies*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology.
- Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K. et Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155–161. doi: 10.1016/j.contraception.2008.03.011
- Smith, G. M., Stubblefield, P. G., Chirchirillo, L. et McCarthy, M. J. (1979). Pain of first-trimester abortion: Its quantification and relations with other variables. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 133(5), 489–498.
- Stewart, F., Weitz, T., Wilcox, N. et Tracey, J. (2002). *Abortion provider training manual*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research and Policy.
- Suprpto, K. et Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 150(8), 1000–1001.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T.,...Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and mid-level providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965–1972. doi: 10.1016/s0140-6736(06)69742-0
- Wiebe, E., Podhradsky, L. et Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219–221.
- Wiebe, E. R. (1992). Comparison of the efficacy of different local anesthetics and techniques of local anesthesia in therapeutic abortions. *American Journal of Obstetrics Gynecology*, 167(1), 131–134.
- Wiebe, E. R. et Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 50(1), 41–46.
- Wiebe, E. R., Rawling, M. et Janssen, P. (1996). Comparison of 0.5% and 1.0% lidocaine for abortions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 55(1), 71–72.
- Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (Eds.). (1995). *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care*. United States of America: Postabortion Care Consortium.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W. et Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222–1225.
- Yellen, E. et Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4), 483–498.

Réponses au test de connaissances

1. b
2. d
3. a
4. c
5. d
6. c
7. c
8. b
9. d

Test de connaissances sur les instruments d'Ipas pour AMIU

Entourer la bonne réponse

1. Les aspirateurs Ipas AMIU Plus :
 - a. Sont à usage unique
 - b. Doivent être traités de manière complète, y compris par désinfection de haut niveau ou stérilisation, entre chaque patiente
 - c. Ne doivent pas être traités immédiatement
 - d. Sont dotés d'un corps de 100 ml
2. Le remplacement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus est nécessaire lorsque :
 - a. Le vide est maintenu
 - b. Le corps est transparent
 - c. Le joint torique est lubrifié
 - d. Les bras du piston ne se verrouillent plus
3. L'aspirateur Ipas AMIU Plus et les canules Ipas EasyGrip sont :
 - a. Destinés à l'aspiration ou à l'évacuation utérine
 - b. Indiqués pour le traitement d'un avortement incomplet avec une taille utérine de 18 semaines au maximum
 - c. Indiqués pour une biopsie endométriale en cas de suspicion de grossesse
 - d. Indiqués pour l'ablation de fibromes utérins
4. Laquelle des réactions suivantes n'est pas une complication possible d'une évacuation utérine, y compris par AMIU ?
 - a. Réaction vagale
 - b. Infection pelvienne
 - c. Maux de tête de type migraineux
 - d. Lésion utérine et/ou cervicale
5. Qu'est-ce qui n'est pas vrai concernant le trempage de décontamination ?
 - a. Élimine une partie des souillures
 - b. Facilite le nettoyage
 - c. L'utilisation d'une solution chlorée favorise la désinfection
 - d. Permet de manipuler les éléments à mains nues en toute sécurité

6. L'aspirateur Ipas AMIU Plus :
 - a. Peut être utilisé après nettoyage
 - b. Ne peut pas être stérilisé à l'autoclave ou bouilli
 - c. Doit être traité par désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisation entre chaque patiente
 - d. Ne peut en aucun cas être réutilisé
7. Les canules Ipas EasyGrip :
 - a. Peuvent être utilisées après nettoyage
 - b. Ne peuvent pas être stérilisés à l'autoclave ou bouillies
 - c. Doivent être traitées par désinfection de haut niveau (DHN) ou stérilisation avant leur introduction dans la cavité utérine stérile
 - d. Ne peuvent en aucun cas être réutilisées
8. Les instruments qui ont été bouillis ou immergés dans une solution chlorée ou dans du glutaraldéhyde :
 - a. Peuvent être entreposés pendant une semaine dans des conteneurs traités par désinfection de haut niveau ou stériles dotés de couvercles hermétiques
 - b. Doivent pour bien faire être retraités le lendemain
 - c. Peuvent être entreposés pendant une semaine si le conteneur n'a pas été ouvert
 - d. Peuvent être entreposés indéfiniment
9. Le monitoring de la qualité du traitement des instruments au sein d'un centre est :
 - a. de la seule responsabilité du membre du personnel en charge du traitement des instruments
 - b. facultatif : les membres du personnel savent déjà comment traiter les instruments
 - c. de la responsabilité du ministère de la santé
 - d. de la responsabilité de chaque prestataire d'AMIU vis-à-vis de ses patientes, de ses collaborateurs et de la communauté

Déclaration de décontamination d'Ipas

Dans le matériel de formation d'Ipas, la première étape du traitement des instruments est désignée sous le nom de trempage de décontamination. Les recommandations d'Ipas concernant cette étape constituent une transition vers des informations factuelles en accord avec la publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* et la deuxième édition de ce guide.

Un trempage des instruments avant leur nettoyage n'est pas nécessaire ; cependant, si les instruments ne sont pas nettoyés immédiatement après usage, il est important de les maintenir humides pour en faciliter le nettoyage. Ce n'est pas une erreur d'utiliser un bain de trempage chloré mais cela ne suffit pas pour pouvoir manipuler les instruments en toute sécurité sans gants.

On trouvera ci-après un résumé des recommandations, des informations de base relatives aux modifications et des références bibliographiques les confirmant.

Recommandation

Pour mettre en œuvre des services basés sur des données factuelles, les prestataires doivent insister sur les points suivants concernant le trempage des instruments contaminés :

- Il est indispensable d'utiliser systématiquement des équipements de protection personnelle lors du nettoyage d'instruments souillés.
- L'objectif de l'étape de trempage est de maintenir les instruments humides pour permettre un nettoyage efficace.
- Le trempage dans une solution chlorée ne rend pas les instruments sûrs ou plus sûrs pour que l'on puisse les manipuler à mains nues.
- Une durée de 10 minutes pour le trempage n'est pas requise.
- On peut employer n'importe quelle solution, y compris de l'eau du robinet ; on peut utiliser une solution de chlore à 0,5% si on le souhaite.

Comme l'utilisation de chlore est facultative, les responsables peuvent envisager de revoir la répartition des ressources de manière à fournir des équipements de protection personnelle tels que des gants et d'organiser une formation visant à modifier le comportement des membres du personnel.

Contexte

En réponse à la crainte de contamination par des maladies transmissibles par le sang telles que le VIH sur les lieux de travail, dans les années 1990, plusieurs groupes internationaux se sont mis à insister sur la nécessité d'une « étape de décontamination » consistant en un trempage de 10 minutes des instruments souillés dans une solution chlorée avant leur nettoyage afin de rendre leur manipulation « plus sûre ». Au fil des années, cette étape a été progressivement considérée comme absolument essentielle, ce qui a amené à supposer qu'un trempage dans une solution chlorée permet de manipuler les éléments à mains nues en toute sécurité et des rapports émanant du terrain se sont mis à indiquer que, suite à cela, les membres du personnel ne portaient plus d'équipements de protection personnelle lors du nettoyage des instruments.

L'OMS et d'autres organismes ont exprimé des inquiétudes et rappelé aux prestataires que « cette étape ne devait pas être considérée comme permettant de manipuler les instruments en toute sécurité » et que « le but de ce trempage est d'empêcher le séchage des résidus de matériel organique » (OMS, 1989).

L'effet d'une solution de chlore à 0,5% sur des instruments souillés par des protéines d'origine biologique a été décrit comme extrêmement variable. Des études démontrent que des micro-organismes dangereux, dont le VIH, survivent sur les instruments après trempage dans une solution diluée de chlore, et même que des matières organiques microscopiques sont susceptibles d'inactiver le chlore. Même si une solution de chlore à 0,5% est recommandée pour les surfaces de l'environnement, il est conseillé de *commencer* par nettoyer ces surfaces pour en éliminer la contamination biologique.

Un trempage des instruments dans une solution de chlore à 0,5% n'est pas repris dans les recommandations de 2003 ou de 2012 des directives de l'OMS pour l'avortement sécurisé ni dans les normes nationales de bonnes pratiques aux États-Unis. Les normes américaines proposent un trempage facultatif des instruments dans divers liquides, par exemple, solutions enzymatiques ou eau savonneuse, avant leur nettoyage. Cette étape est désignée sous le nom de prétrempage et sa principale raison d'être est de maintenir les instruments humides pour en faciliter le nettoyage. L'OMS recommande de nettoyer les instruments immédiatement après usage. L'étape de trempage n'est pas nécessaire si les instruments sont nettoyés immédiatement. Il est indispensable d'utiliser systématiquement des équipements de protection personnelle lors du nettoyage des instruments.

Bibliographie

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2013). *Perioperative Standards and Recommended Practices for Inpatient and Ambulatory Settings*. Denver, CO: AORN. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.aorn.org/RecommendedPractices/>

Floyd, Roger. (1994). HIV inactivation by bleach. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7(2):204–205.

Garza, Brenda W., D. Peter Drotman, Linda S. Martin, J. Stephen McDougal, Walter W. Bond, T. Stephen Jones. (1994). HIV-1 and bleach. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 7(2):169–170.

Organisation mondiale de la Santé. (2004). *Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Genève, Suisse : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. (deuxième édition). Genève, Suisse : OMS.

Organisation mondiale de la Santé. (1989). *Guide pour les méthodes de stérilisation et de désinfection efficaces contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)*. Genève, Suisse : OMS.

Rutala, W. A., Weber, D. J. (2010). An overview of disinfection and sterilization. In W. A. Rutala (Ed.), *Disinfection, Sterilization and Antisepsis: Principles, Practices, Current Issues, New Research, and New Technologies*. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology (APIC).

Rutala, W. A., Weber, D. J, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). *Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

Shapshank, Paul, Clyde B. McCoy, James E. Rivers, Dale D. Chitwood, Deborah C. Mash, Norman L. Weatherby, James A. Inciardi, Syed M. Shah et Barry S. Brown. (1993). Inactivation of human immune deficiency virus1 at short term intervals using undiluted bleach. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 6: 218–219.

Liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments

Aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| 1. Trempage de décontamination | | | |
| Remplissage d'un récipient avec la solution | | | |
| Port de gants et d'une protection du visage | | | |
| Transfert de la solution à l'intérieur de l'aspirateur et des canules | | | |
| Immersion des instruments pour AMIU | | | |
| Utilisation de gants ou d'une pince pour retirer les éléments | | | |
| 2. Nettoyage | | | |
| Port d'équipements de protection personnelle : gants, blouse, tablier, protection du visage | | | |
| Nettoyage de tous les instruments, élimination des tissus ou du sang, lavage de toutes les surfaces avec de l'eau chaude et un détergent si possible | | | |
| Rinçage de l'eau savonneuse à l'intérieur de la canule ; utilisation d'une sonde à embout ouaté, d'une brosse douce ou d'un chiffon doux pour éliminer délicatement les souillures | | | |
| Démontage de l'aspirateur | | | |
| Utilisation d'une petite brosse pour nettoyer les orifices et l'intérieur | | | |
| Nettoyage jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de souillures visibles lors d'un examen attentif | | | |
| Séchage avec un linge propre si on le souhaite | | | |
| Élimination de la canule s'il n'est pas possible d'éliminer la totalité des souillures | | | |
| 3. Désinfection de haut niveau ou stérilisation | | | |
| Méthode : Autoclave (stérilisation) | | | |
| Emballage des canules et de l'aspirateur démonté dans du papier ou un linge | | | |
| Disposition de manière à ce que la vapeur puisse atteindre toutes les surfaces et que les ouvertures ne soient pas obstruées | | | |
| Stérilisation à 121°C (250°F) pendant 30 minutes sous 106 kPa (15 lbs/in2) | | | |
| Refroidissement avant utilisation | | | |

(suite en pages 267 à 268)

Liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments

Aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| 3. Désinfection de haut niveau ou stérilisation (suite) | | | |
| Méthode : Glutaraldéhyde (stérilisation) | | | |
| Immersion des canules et de l'aspirateur de manière à ce qu'ils soient remplis de solution | | | |
| Trempage conformément aux instructions du fabricant (10 heures pour le Cidex) | | | |
| Retrait avec une pince ou des gants stériles | | | |
| Rinçage avec de l'eau stérile | | | |
| Remplacement de la solution toutes les deux semaines ou conformément aux instructions du fabricant | | | |
| Méthode : Glutaraldéhyde (désinfection de haut niveau) | | | |
| Immersion des instruments de manière à ce qu'ils soient remplis de solution | | | |
| Trempage conformément aux instructions du fabricant (20 minutes pour le Cidex) | | | |
| Retrait avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles | | | |
| Rinçage avec de l'eau stérile ou bouillie | | | |
| Méthode : Solution de chlore à 0,5% (désinfection de haut niveau) | | | |
| Immersion des instruments de manière à ce qu'ils soient remplis de solution | | | |
| Trempage pendant 20 minutes dans une solution de chlore à 0,5% | | | |
| Retrait avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles | | | |
| Rinçage avec de l'eau bouillie ou stérile | | | |
| Remplacement de la solution chlorée au moins une fois par jour | | | |
| Méthode : Ébouillantage (désinfection de haut niveau) | | | |
| Utilisation d'eau à ébullition | | | |
| Ébouillantage des canules et de l'aspirateur pendant 20 minutes | | | |
| Refroidissement avant le retrait | | | |
| Retrait avec des gants ou une pince traités par désinfection de haut niveau ou stériles | | | |
| Manipulation des canules par leur extrémité dépourvue d'ouverture | | | |

Liste de contrôle des compétences pour le traitement des instruments

Aspirateur Ipas AMIU Plus et canules Ipas EasyGrip

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| 4. Manipulation, entreposage, remontage | | | |
| Entreposage dans un récipient couvert, à l'abri des contaminants | | | |
| Traitement des instruments quotidiennement dans le cas d'un traitement chimique ou par ébullition | | | |
| Entreposage d'un petit nombre d'instruments dans chaque conteneur | | | |
| Utilisation d'une pince pour retirer les canules par leur extrémité dépourvue d'ouverture ; éviter de toucher le reste de la canule | | | |
| Remontage et test du maintien du vide par l'aspirateur | | | |

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus



But :

Ce module décrit les étapes d'une évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® dans le cadre de soins complets d'avortement centrés sur la femme.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- ☐ Décrire et soutenir les droits des femmes, y compris des jeunes femmes, à des soins d'avortement
- ☐ Dispenser des informations et counseling et obtenir le consentement éclairé de la patiente
- ☐ Dispenser counseling en matière de contraception et fournir une méthode contraceptive
- ☐ Expliquer les agents pathogènes transmissibles par le sang et les autres agents pathogènes et l'importance de recourir à des techniques de prévention des infections, notamment à une technique aseptique
- ☐ Procéder à une évaluation clinique pour des services d'avortement
- ☐ Décrire les différentes parties, les caractéristiques, le traitement, le démontage et le remontage, la maintenance, le stockage et la manipulation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip
- ☐ Expliquer la physiologie de base de la douleur et la manière de proposer et d'administrer de manière adéquate des analgésiques
- ☐ Décrire les signes d'une récupération normale et savoir comment résoudre les problèmes susceptibles de survenir après la procédure
- ☐ Expliquer les procédures de sortie du centre de soins et de suivi des patientes

- ❑ Diagnostiquer une poursuite de la grossesse, une rétention des produits de la conception, une infection et les autres complications possibles
- ❑ Évaluer les besoins et orienter les patientes vers d'autres services de santé sexuelle et génésique
- ❑ Expliquer en quoi les très jeunes femmes peuvent avoir des besoins différents dans le cadre de soins d'avortement

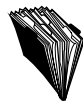
Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :



1. Décrire les différentes étapes d'une évacuation utérine par AMIU et résoudre les problèmes techniques
2. Expliquer en quoi le contrôle de la douleur est un élément essentiel d'une AMIU, aider les patientes à établir un programme de contrôle de la douleur et savoir utiliser les méthodes de contrôle de la douleur
3. Expliquer comment offrir des services contraceptifs lors d'une évacuation utérine et proposer d'orienter les patientes vers des structures appropriées si nécessaire
4. Expliquer le bilan post-opératoire et les procédures de suivi et de sortie du centre de soins
5. Décrire les types de soins que l'on peut proposer lors de la visite de suivi si cela est nécessaire ou si la patiente le souhaite
6. Offrir aux très jeunes femmes une assistance clinique et psychosociale appropriée dans le cadre des services d'avortement

Matériel didactique :



- ❑ Cas cliniques illustrant le programme de contrôle de la douleur et réponses correspondantes
- ❑ Conseils pour l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) (également disponible sur CD-ROM)
- ❑ Une table suffisamment grande et le matériel nécessaire pour la démonstration et les exercices pratiques (voir liste des fournitures pour une démonstration d'évacuation utérine et exercices pratiques de simulation à la fin de ce module), y compris des modèles pelviens, que l'on peut commander à l'adresse customerservice@womancareglobal.com
- ❑ Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

- ☐ Instruments Ipas AMIU Plus
- ☐ Séquence vidéo « Technique d'aspiration manuelle intra-utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip » (sur CD-ROM)
- ☐ Étapes d'une aspiration manuelle intra-utérine : panneau mural « Utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip » (dernière version) pour l'institution de chacun des participants
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires (pour les formations portant uniquement sur les soins après avortement, on utilisera la version spécifiquement centrée sur les soins après avortement, qui se trouve également à la fin de ce module)
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour les soins de suivi (pour les formations portant uniquement sur les soins après avortement, on utilisera la version spécifiquement centrée sur les soins après avortement, qui se trouve également à la fin de ce module)
- ☐ Test de connaissances et réponses au test

Préparation préalable :



- ☐ Se familiariser avec les médicaments disponibles sur place et avec les convictions et les pratiques locales en matière de contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine.
- ☐ Adapter si nécessaire les cas cliniques illustrant le programme de contrôle de la douleur de manière à refléter la situation locale.
- ☐ Adapter si nécessaire la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus de manière à y inclure les conditions et protocoles locaux.
- ☐ Se familiariser avec les protocoles et pratiques en matière de soins post-opératoires des centres locaux et adapter en conséquence cette partie du module.
- ☐ Déterminer si les participants pratiqueront eux-mêmes les soins post-opératoires ou superviseront d'autres prestataires de soins et adapter en conséquence cette partie. Les participants peuvent utiliser la liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires pour s'auto-évaluer ou pour évaluer d'autres prestataires de soins.
- ☐ Déterminer les pratiques actuelles en matière de soins de suivi des institutions où travaillent les participants,

y compris celles concernant le dépistage des éventuels problèmes de santé génésique et le renvoi des patientes pour des soins appropriés.

- ❑ Se familiariser avec les besoins cliniques et en termes de services des très jeunes femmes, qui peuvent être différents de ceux des femmes adultes.
- ❑ Faire des photocopies de la fiche de travail des cas cliniques, de la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, de la liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires et du test de connaissances.

Durée : 8 heures

Remarque à l'attention du formateur : Ce module ne décrit pas les aspirateurs à simple valve et à double valve ni les canules de Karman. Les formateurs désireux de les inclure peuvent contacter WomanCare Global à l'adresse customerservice@womancareglobal.org pour des informations supplémentaires sur ces instruments.

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module décrit les étapes d'une évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip dans le cadre de soins complets d'avortement centrés sur la femme.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

Dire : À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Décrire les différentes étapes d'une évacuation utérine par AMIU et résoudre les problèmes techniques
2. Expliquer en quoi le contrôle de la douleur est un élément essentiel d'une AMIU, aider les patientes à établir un programme de contrôle de la douleur et savoir utiliser les méthodes de contrôle de la douleur
3. Expliquer comment offrir des services contraceptifs lors de l'évacuation utérine et proposer un renvoi vers des structures appropriées si nécessaire
4. Expliquer le bilan post-opératoire et les procédures de suivi et de sortie du centre de soins

5. Décrire les types de soins que l'on peut proposer lors de la visite de suivi si cela est nécessaire ou si la patiente le souhaite
6. Offrir aux très jeunes femmes une assistance clinique et psychosociale appropriée dans le cadre des soins d'avortement

2. Préparation

Dire : Dans le précédent module, nous nous sommes familiarisés avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus. Nous allons à présent aborder la préparation en vue d'une procédure d'AMIU, le contrôle de la douleur et la procédure d'AMIU proprement dite.

Montrer et commenter la diapositive : *Avant une procédure d'AMIU*

- Dispenser des informations et counseling à la patiente et obtenir son consentement éclairé.
- Discuter de ses besoins en matière de contraception.
- Procéder à une évaluation clinique incluant un examen clinique.
- Aider la patiente à établir un programme de contrôle de la douleur.
- S'assurer que les aspirateurs Ipas AMIU Plus ont été préparés.

Dire : Nous avons déjà abordé ces compétences dans les précédents modules. Elles sont reprises ici à titre de rappel parce qu'elles constituent des éléments essentiels de la prestation de services d'AMIU.

3. Contrôle de la douleur

Dire : La prise en charge de la douleur et de l'anxiété de la patiente représente un élément essentiel de soins d'avortement de qualité.

Pour vous aider à manifester de l'empathie pour les patientes qui ont recours à des soins d'avortement, repensez à un moment particulier de votre vie où vous avez éprouvé de l'anxiété à la perspective d'une douleur imminente. Rappelez-vous ce qui vous venait à l'esprit et quels étaient vos sentiments lorsque vous anticipiez la douleur. Qu'est-ce qui aurait pu atténuer votre anxiété ? Si vous aviez pu avoir quelqu'un pour vous soutenir, qu'auriez-vous souhaité que cette personne dise ou fasse pour vous reconforter ?

- Sélectionner quelques réponses.

- Discuter de la manière dont le fait de se rappeler ses propres expériences peut nous aider à manifester de l'empathie face à l'anxiété des patientes à l'idée de la douleur et à la douleur qu'elles ressentent. Mettre en garde les participants contre la tentation de supposer que leurs propres expériences ou souhaits sont nécessairement ceux des patientes à qui ils dispensent des soins.

Montrer et commenter la diapositive : *Contrôle de la douleur lors d'une AMIU*

- Préconisé par l'OMS chez toutes les patientes qui subissent une évacuation utérine par n'importe quelle méthode
- Doit prendre en charge les facteurs physiques, ceux liés à la procédure et les facteurs psychosociaux associés à la douleur
- Minimise les risques associés à la procédure
- À déterminer par la patiente en accord avec le prestataire en fonction de ses besoins et de ses préférences personnels
- La réponse des patientes à la douleur est variable mais toutes doivent se voir proposer des options de contrôle de la douleur
- Les prestataires de soins ont tendance à sous-estimer systématiquement la douleur éprouvée par leurs patientes
- Les très jeunes femmes peuvent ressentir une douleur plus importante que les femmes plus âgées

Dire : Toutes les patientes qui ont recours à des soins d'avortement doivent se voir proposer un programme de contrôle de la douleur et en bénéficier immédiatement.

De quels facteurs particuliers faut-il tenir compte lorsque l'on aide une patiente à établir un programme personnalisé de contrôle de la douleur ?

Montrer et commenter la diapositive : *Facteurs physiques associés à une douleur plus importante lors d'une aspiration intra-utérine*

- Nulliparité
- Âge gestationnel plus avancé
- Dysménorrhée
- Jeune âge de la patiente

Montrer et commenter la diapositive : *Facteurs liés à la procédure associés à une douleur plus importante lors d'une aspiration intra-utérine*

- Dilatation cervicale

- Manipulation utérine
- Technique clinique

Montrer et commenter la diapositive : *Facteurs psychosociaux associés à une douleur plus importante lors d'une aspiration intra-utérine*

- Anxiété
- Dépression

Montrer et commenter la diapositive : *Prise en charge de la douleur associée à la dilatation cervicale*

- Anesthésie : bloc paracervical par la lidocaïne
- Analgésiques non stéroïdiens (ibuprofène ou naproxène)
- Sédation consciente

Montrer et commenter la diapositive : *Prise en charge de la douleur associée à la manipulation utérine*

- Technique opératoire douce
- Analgésiques non stéroïdiens (ibuprofène ou naproxène)
- Sédation consciente

Dire : Il faut savoir que la sédation consciente augmente le coût, la complexité et les risques potentiels d'une procédure d'avortement. La nécessité d'un monitoring plus attentif implique que l'institution investisse dans la formation et l'équipement pour pratiquer en toute sécurité la sédation consciente.

Quelles interventions pharmacologiques peut-on proposer pour atténuer l'anxiété ?

Montrer et commenter la diapositive : *Moyens pharmacologiques pour atténuer l'anxiété*

- Les anxiolytiques atténuent l'anxiété chez certaines patientes
- Les analgésiques non stéroïdiens soulagent la douleur, ce qui peut atténuer l'anxiété
- Sédation consciente

Montrer et commenter la diapositive : *Moment d'administration de médicaments oraux*

- Les médicaments doivent être le plus efficace au moment de la procédure

- Administrer les médicaments 30 à 45 minutes avant la procédure

Montrer et commenter la diapositive : *Prise en charge de la douleur associée à des facteurs psychosociaux*

Les mesures de soutien envisageables en plus des analgésiques sont notamment :

- Environnement calme
- Relations et communication respectueuses
- Présence d'une autre personne au cours de la procédure
- Soutien verbal et physique et réassurance
- Technique clinique douce
- Méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur telles qu'un coussin chauffant ou une bouteille remplie d'eau chaude
- Ces méthodes complètent les médicaments mais ne les remplacent pas

Dire : Les prestataires de soins peuvent prévoir la présence d'un membre du personnel de sexe féminin pour accompagner la patiente durant la procédure si celle-ci le souhaite. Cette personne peut demander si la patiente préfère le silence ou qu'on la distraie en lui parlant ou en lui commentant une visualisation dirigée. Elle peut proposer à la patiente de lui fournir des informations sur chaque étape. Le personnel du centre peut créer un environnement apaisant en démedicalisant autant que possible les salles de soins et en y mettant en place une ambiance musicale, un éclairage et un décor appropriés. La musique est efficace pour soulager la douleur lors d'une aspiration intra-utérine et peut également s'avérer utile lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Toutes ces techniques de contrôle de la douleur peuvent également atténuer une éventuelle douleur préexistante chez la patiente.

Demander aux participants de consulter l'annexe A : Approches pharmacologiques pour le contrôle de la douleur lors d'une AMIU du manuel de référence.

- Leur laisser une minute pour passer en revue le tableau.

Dire : Nous allons à présent dresser une liste des médicaments disponibles sur place et des pratiques usuelles.

- Demander aux participants de citer les anxiolytiques disponibles chez eux.

- Prendre note de leurs réponses à l'emplacement correspondant du tableau à feuilles mobiles.
- Demander aux participants de citer les médicaments disponibles chez eux pour un bloc paracervical.
 - Prendre note de leurs réponses à l'emplacement correspondant du tableau à feuilles mobiles.
- Demander aux participants de citer les anti-inflammatoires non stéroïdiens oraux ou les analgésiques narcotiques disponibles chez eux.
 - Prendre note de leurs réponses à l'emplacement correspondant du tableau à feuilles mobiles.
- Après avoir complété la liste, demander aux participants de décrire les mesures de soutien non pharmacologiques qui pourraient être adoptées au sein de leur institution pour soulager la douleur.
 - Prendre note de leurs réponses aux emplacements correspondants du tableau à feuilles mobiles.
- On obtient ainsi une liste complète des médicaments et des mesures de soutien non pharmacologiques disponibles localement pour le contrôle de la douleur lors d'une AMIU, que l'on utilisera pour l'activité d'étude de cas cliniques.

Montrer et commenter la diapositive : *Aider la patiente à établir un programme de contrôle de la douleur*

- Lui expliquer le type de douleur qu'elle est susceptible d'éprouver lors de l'évacuation utérine
- Discuter des options envisageables pour atténuer la douleur
- Décrire les médicaments disponibles, leurs effets et leurs effets indésirables potentiels
- Proposer des mesures de soutien pouvant être utilisées en plus des analgésiques
- Lui demander d'indiquer les mesures de soutien qu'elle préfère
- L'aider à décider d'un programme de contrôle de la douleur

Dire : Lors de l'élaboration d'un programme de contrôle de la douleur, c'est à la patiente de prendre les décisions. Le prestataire de soins ne doit pas imposer ses propres préférences mais proposer les médicaments et les mesures de soutien disponibles et aider la patiente à décider quelles sont ses préférences. Une patiente a le droit de refuser le recours à des analgésiques après avoir été informée des choix possibles.

Pour l'activité d'étude de cas cliniques qui suit, veiller à tenir compte de toutes les inquiétudes exprimées par la patiente lorsqu'on l'aide à élaborer son programme de contrôle de la douleur.

Demander aux participants de passer à l'activité d'étude de cas cliniques sur le programme de contrôle de la douleur.

- Répartir les participants en petits groupes.
- Distribuer les documents pour l'étude de cas cliniques sur le programme de contrôle de la douleur.
- Demander à chaque groupe de rédiger un programme de contrôle de la douleur qui réponde aux inquiétudes exprimées par la patiente dans chacun des cas cliniques. Chaque groupe doit élaborer un programme pour chaque cas.
 - Les groupes doivent utiliser la liste des médicaments et des mesures de soutien disponibles localement pour le contrôle de la douleur lors d'une AMIU que l'on vient d'établir.
 - Veiller à ce que les participants tiennent compte de l'éventuelle douleur préexistante, des besoins individuels de la patiente et des facteurs cités à la section 3.1 du manuel de référence.
- Demander à chaque groupe de faire un bref rapport sur l'un des cas cliniques et aux autres groupes de commenter uniquement si leurs réponses étaient différentes.
 - Corriger ou commenter les réponses si nécessaire en utilisant la liste des réponses.

Dire : Après avoir évalué la patiente, l'avoir aidée à établir un programme de contrôle de la douleur, avoir obtenu son consentement éclairé et lui avoir administré des analgésiques au moment approprié, le moment est venu de passer à la procédure d'évacuation utérine avec l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

4. Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Montrer et commenter la diapositive : *L'AMIU pour une évacuation utérine*

- Un grand nombre de femmes doivent recourir à une évacuation utérine à l'un ou l'autre moment de leur existence.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS) : L'aspiration intra-utérine constitue une méthode de choix.

Demander aux participants de commencer par regarder la séquence vidéo de formation « Technique d'aspiration manuelle intra-utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip » (sur CD-ROM), puis commenter chaque étape de la procédure.

Montrer la diapositive : *Étapes de la procédure d'AMIU*

1. Préparer les instruments.
2. Assister la patiente.
3. Procéder à la préparation antiseptique du col utérin.
4. Pratiquer un bloc paracervical.
5. Dilater le col de l'utérus.

Montrer la diapositive : *Étapes de la procédure d'AMIU (suite)*

1. Insérer la canule.
2. Aspirer le contenu de l'utérus.
3. Examiner les tissus.
4. Procéder aux éventuelles autres procédures concomitantes.
5. Effectuer les premières étapes post-opératoires, notamment le retraitement des instruments.

Distribuer à chaque participant un exemplaire du panneau mural « Utilisation de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip » (dernière version).

- Leur laisser une minute pour examiner ce panneau.

Montrer et commenter la diapositive : *Considérations relatives aux soins après avortement après une AMIU*

- Demeurer attentif à toute modification de l'état de la patiente tout au long de la procédure.

Dire : La prise en charge des soins après avortement peut nécessiter une intervention d'urgence et l'état de la patiente peut évoluer rapidement à n'importe quel moment au cours des soins. Toute modification du statut émotionnel ou physiologique de la patiente peut indiquer une complication.

Il y a un certain nombre de mesures générales à prendre lors d'une procédure d'AMIU. Leur séquence exacte peut varier quelque peu en fonction des conditions locales.

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 1 : Préparation des instruments*

Montrer et commenter la diapositive : *Générer le vide*

- S'assurer que le vide se maintient dans l'aspirateur.
- Avoir plusieurs aspirateurs à sa disposition.

Dire : Lors d'une procédure d'AMIU, avoir plusieurs aspirateurs à sa disposition en cas de problème technique ou de présence d'une quantité abondante de produits de la conception.

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 2 : Préparation de la patiente*

- S'assurer que des analgésiques ont été administrés en temps voulu.
- Administrer des antibiotiques.
- Demander à la patiente de vider sa vessie.
- L'aider à s'installer sur la table.
- Lui demander l'autorisation de commencer.
- Se laver les mains et mettre les barrières de protection appropriées.
- Procéder à un examen bimanuel.
- Choisir et insérer un spéculum.

Dire : Les recherches ont montré que l'administration systématique d'antibiotiques aux patientes qui subissent une AMIU diminue le risque d'infection.

Montrer et commenter la diapositive : *Administration d'antibiotiques avant la procédure*

- Administrer une antibiothérapie prophylactique à toutes les patientes.
- Traitement prophylactique : diminue le risque d'infection.
- Administrer des antibiotiques à titre thérapeutique aux patientes qui présentent des signes et symptômes d'infection.
- Se montrer attentif à une éventuelle réaction allergique.

Montrer et commenter la diapositive : *Porter des barrières de protection lors des procédures d'AMIU*

Montrer et commenter la diapositive : *Pratiquer un examen bimanuel*

Dire : La patiente doit vider sa vessie avant de s'installer sur la table car une vessie pleine rend l'examen pelvien difficile à pratiquer.

Pourquoi procéder à un examen bimanuel à ce stade ?

- Pour confirmer les observations antérieures relatives à la taille et à la position de l'utérus.

Montrer et commenter la diapositive : Étape 3 : Préparation antiseptique du col utérin

- Utiliser une technique sans contact.
- Utiliser des compresses antiseptiques pour nettoyer l'orifice du col et éventuellement les parois vaginales.
- Ne pas repasser sur les zones déjà nettoyées.

Montrer et commenter la diapositive : Préparation antiseptique du col

Dire : En quoi consiste la technique sans contact ?

- Manipuler les instruments de telle sorte que la partie qui pénétrera dans le milieu stérile de l'utérus n'entre en contact avec aucune autre surface, y compris les doigts gantés ou les parois vaginales.

Insister sur le fait que la technique sans contact est importante parce qu'une infection peut être provoquée par l'introduction dans l'utérus au cours de l'intervention de micro-organismes en provenance de la flore vaginale ou d'une autre origine. La technique sans contact doit être respectée pendant toute la durée de la procédure.

Dire : Pourquoi la préparation antiseptique du col de l'utérus est-elle importante ?

- Au cours de la procédure, des micro-organismes en provenance de l'intérieur et du pourtour du vagin sont très souvent amenés dans l'utérus via l'orifice cervical ou dans les tissus profonds du col via l'aiguille utilisée pour le bloc cervical et peuvent y provoquer une infection.

Dire : Pourquoi est-il important de ne pas repasser avec la compresse ?

- Repasser avec la compresse peut induire une contamination en amenant des micro-organismes des régions non encore nettoyées à celles déjà nettoyées.

Montrer et commenter la diapositive : Étape 4 : Réalisation d'un bloc paracervical

- Recommandé pour toutes les procédures d'AMIU.
- Généralement 10 à 20 ml de lidocaïne à 0,5-1,0% (toujours moins de 200 mg).
- Toujours aspirer légèrement (tirer le piston) avant l'injection pour éviter une injection intravasculaire.

Expliquer que la plupart des patientes ressentent une douleur lors de l'insertion de la canule au travers de l'orifice du col, ainsi que lorsque celui-ci se contracte après l'évacuation. Comme un bloc paracervical contribue à éviter la douleur et ne risque guère d'être nocif, il est conseillé de l'administrer à toutes les patientes qui subissent une évacuation utérine. Insister sur le fait que le bloc paracervical est sûr et aisé à pratiquer et peut être réalisé par des prestataires de soins de niveau intermédiaire.

Dire : Il est important d'aspirer avant d'injecter pour s'assurer que l'aiguille ne se trouve pas dans un vaisseau sanguin, ce qui pourrait occasionner de très graves problèmes.

Montrer et commenter la diapositive : *Administration d'un bloc paracervical*

- Commencer avec 20 ml de lidocaïne à 1% (tamponnée ou non).
- Injecter 2 ml d'anesthésique à l'endroit où sera placée la pince de Pozzi (à 12 heures).
- Mettre en place la pince de Pozzi.
- Appliquer une légère traction pour déplacer le col de l'utérus et exposer la zone de transition entre le tissu cervical et le tissu vaginal.
- Injecter les 18 ml restants, en quantité égale, sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures. Injecter de manière continue des régions superficielles vers les régions profondes, jusqu'à une profondeur de 3 cm, puis à nouveau vers les régions superficielles.
- Toujours aspirer (tirer le piston) avant d'injecter pour éviter d'injecter dans une veine.
- Attendre trois minutes avant de dilater le col de l'utérus.

Montrer et commenter la diapositive : *Bloc paracervical*

Indiquer aux participants qu'ils peuvent se référer à l'étape 4 de la section 4.1 du manuel de référence pour une illustration et des informations supplémentaires sur l'administration d'un bloc paracervical.

Dire : Après l'administration du bloc paracervical, attendre trois minutes, puis dilater le col de l'utérus si nécessaire.

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 5 : Dilatation du col de l'utérus*

- La dilatation est nécessaire dans la plupart des cas mais pas toujours.
- Les patientes qui ont présenté une fausse-couche ou

un avortement incomplet ne nécessitent parfois qu'une dilatation minime ou pas du tout de dilatation.

- La canule doit s'ajuster étroitement à l'orifice du col.
- Utiliser une technique opératoire douce.
- Utiliser progressivement des canules de plus en plus larges ou des dilateurs mécaniques.
- Au-delà de 12 à 14 semaines, on peut recourir en routine à la préparation cervicale par des osmotiques ou du misoprostol.

Dire : Une technique opératoire douce est importante lors de la dilatation pour éviter de créer une fausse route, une déchirure ou une perforation cervicale, d'autant plus que le tissu cervical est ramolli par la grossesse.

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 6 : Insertion de la canule*

- Appliquer une légère traction sur le col de l'utérus.
- Faire pivoter la canule tout en appliquant une légère pression.
- Insérer la canule juste au-delà de l'orifice interne du col.
- On peut également insérer lentement la canule jusqu'à ce qu'elle vienne en contact avec le fond de la cavité utérine, puis la retirer légèrement.

Montrer et commenter la diapositive : *Insérer la canule dans l'utérus*

Dire : On peut provoquer une déchirure cervicale si l'on exerce une trop forte traction sur le col. On peut provoquer une perforation utérine si l'on insère la canule trop profondément au travers de l'ouverture du col.

Montrer et commenter la diapositive : *Fixation de l'aspirateur*

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 7 : Aspiration du contenu de l'utérus*

- Fixer l'aspirateur chargé à la canule.
- Relâcher les boutons pour débiter l'aspiration.
- Faire pivoter délicatement la canule de 180 degrés dans les deux sens.
- Lui appliquer un léger mouvement de va-et-vient.
- Ne pas sortir l'ouverture de la canule au-delà de l'orifice externe du col.

Dire : Tout au long de la procédure, demeurer attentif aux signes susceptibles d'indiquer une perforation et interrompre immédiatement l'aspiration en pareil cas.

Montrer la diapositive : *Relâcher les boutons*

Montrer et commenter la diapositive : *Évacuation du contenu de l'utérus*

Dire : Pourquoi est-il important de ne pas sortir l'ouverture de la canule au-delà de l'orifice externe du col ?

- On risque une perte de vide, donc d'aspiration.

Dire : Bien qu'il soit nécessaire, quel est le risque associé à l'application d'un mouvement de va-et-vient ?

- Il existe un risque de perforation utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes indiquant que l'utérus est vide*

- Passage d'une mousse rouge ou rosée ne contenant plus de tissus au travers de la canule
- Sensation rugueuse lorsque la canule se déplace à la surface de l'utérus
- Contraction de l'utérus autour de la canule
- Augmentation des crampes ou de la douleur utérines

Montrer et commenter la diapositive : *Fin de la procédure*

- Presser les boutons vers le bas et vers l'avant pour fermer la valve, puis déconnecter la canule de l'aspirateur.
- OU retirer la canule et l'aspirateur de l'utérus sans presser les boutons.
- Garder les instruments prêts pour reprendre l'évacuation si nécessaire après l'examen des produits de la conception.

Montrer et commenter la diapositive : *Déconnecter précautionneusement la canule*

- Les canules Ipas EasyGrip s'ajustent solidement dans la valve de l'aspirateur.
- Se montrer attentif lorsque l'on déconnecte la canule de l'aspirateur.

Montrer la diapositive : *Détacher la canule de l'aspirateur*

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 8 : Examen des tissus*

- Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient.
- Y rechercher les produits de la conception : les villosités et

la couche déciduale doivent être visibles.

Montrer et commenter la diapositive : *Inspecter les tissus pour :*

- Quantité et présence de produits de la conception
- Évacuation complète
- Grossesse molaire

Montrer et commenter la diapositive : *Inspection détaillée des tissus*

Dire : Si l'observation visuelle n'est pas concluante, étirer les tissus, les immerger dans de l'eau ou du vinaigre et les examiner par transparence en les éclairant par le bas. Si nécessaire, les échantillons tissulaires peuvent également être transmis à un laboratoire d'anatomopathologie.

Si l'examen des produits de la conception indique la présence de moins de tissus qu'attendu ou si l'observation des tissus n'est pas concluante, qu'est-ce que cela peut indiquer ?

Montrer et commenter la diapositive : *Raisons possibles de l'absence de produits de conception visibles*

- Un avortement spontané a déjà eu lieu
- Les produits de conception se trouvent toujours dans la cavité utérine
- Grossesse extra-utérine
- Particularité morphologique de l'utérus ayant empêché l'évacuation

Montrer et commenter la diapositive : *Raisons possibles de la présence de moins de produits de conception qu'attendu*

- Évacuation incomplète : une réévacuation est nécessaire
- Estimation inexacte de l'âge gestationnel

Dire : La procédure d'AMIU est pratiquement terminée si l'examen des produits de conception s'avère satisfaisant.

Dans certains cas, les produits de conception peuvent ensuite être recueillis et transmis pour un examen anatomopathologique. Dans tous les cas, les produits de conception doivent être manipulés comme du matériel infectieux.

En cas de persistance d'un saignement important ou s'il constate d'autres problèmes, le prestataire doit intervenir en fonction des besoins. Nous verrons cela en détail dans le module intitulé « Complications ».

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 9 : Réalisation des éventuelles autres procédures concomitantes*

- Si le résultat de l'examen des produits de conception est satisfaisant :
 - Essuyer le col de l'utérus avec un tampon pour évaluer le saignement résiduel.
 - Pratiquer les éventuelles autres procédures concomitantes.

Dire : *Quelles sont les procédures concomitantes envisageables ?*

- Mise en place d'un DIU, mise en place d'un implant contraceptif, injection contraceptive ou stérilisation ; réparation d'une éventuelle déchirure cervicale.

Montrer et commenter la diapositive : *Étape 10 : Immédiatement après la procédure*

- Retraiter ou éliminer les instruments.
- Ôter les barrières de protection et se laver les mains.
- Dire à la patiente que la procédure est terminée.
- L'aider à trouver une position confortable.
- Veiller à ce que quelqu'un l'accompagne jusqu'en salle de réveil.
- Enregistrer les informations sur la procédure.

Dire : *Avant que nous ne passions à la démonstration, avez-vous des questions sur les étapes d'une procédure d'évacuation utérine ?*

- Répondre aux questions.

Remarque à l'attention du formateur : Se reporter au document « Conseils de formation à l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) » pour de conseils sur la préparation et la réalisation d'une démonstration et d'exercices pratiques efficaces sur des modèles pelviens. Les exercices pratiques sur modèle pelvien doivent simuler le mieux possible la pratique clinique, y compris la prévention des infections et les relations avec la patiente. Tous les participants doivent prouver leurs compétences par simulation sur un modèle pelvien avant de pratiquer des interventions sur de véritables patientes dans le cadre du stage clinique.

Faire une démonstration d'une procédure d'évacuation utérine sur modèle pelvien pour l'ensemble du groupe.

- Distribuer la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

- Demander à un volontaire de venir se placer à côté de vous et de lire à haute voix chacune des étapes de la liste de contrôle à mesure que vous en faites la démonstration.
- Demander à un autre volontaire de s'asseoir du côté tête de la table d'opération et de jouer le rôle de la patiente.
- Demander aux participants de suivre sur leur exemplaire de la liste de contrôle en même temps qu'ils regardent la démonstration.

Remarque à l'attention du formateur : Veiller à ce que la démonstration soit réaliste. À mesure que l'on réalise chacune des étapes de la procédure, appliquer les précautions standards et parler au volontaire jouant le rôle de la patiente comme si l'on s'adressait à une véritable patiente.

Dire : Avez-vous des questions à propos de la démonstration de la procédure ?

- Répondre aux questions et discuter des événements indésirables potentiels à mesure qu'ils seraient susceptibles de se produire.

Inverser les rôles : Demander au volontaire qui jouait le rôle de la patiente de faire la démonstration de la procédure pendant qu'on lit à haute voix la liste de contrôle. Demander au volontaire qui lisait la liste de contrôle de jouer le rôle de la patiente.

Expliquer aux participants qu'ils vont à présent s'entraîner à réaliser eux-mêmes la procédure.

- Répartir les participants en groupes de quatre.
- Chaque groupe va pratiquer la procédure simulée d'évacuation utérine sur un modèle pelvien.
- Au sein de chaque groupe, demander à un participant d'être le prestataire de soins et de réaliser la procédure pendant qu'un autre joue le rôle d'observateur et lit à haute voix la liste de contrôle. Un troisième participant devra jouer le rôle de la patiente et le quatrième celui de la personne qui l'assiste.
- À la fin de chaque démonstration, le prestataire devra commencer par décrire comment il a vécu cette expérience.
- Ensuite, l'assistant, la patiente et l'observateur donneront leurs impressions sur les choses qui ont été faites correctement et celles qui pourraient être améliorées.
- Les participants doivent intervertir les rôles jusqu'à ce que chacun ait eu l'occasion de réaliser la procédure, de l'observer en utilisant la liste de contrôle et de jouer les rôles de la patiente et de celui de la personne qui l'assiste.

- Pendant que les participants s'entraînent, faire le tour des modèles pelviens pour regarder, écouter, résoudre les éventuels problèmes, corriger la technique si nécessaire et veiller à ce que chacun joue bien les différents rôles.

Évaluer les performances de chacun des participants en utilisant la liste de contrôle lorsqu'ils disent avoir terminé.

- Les autres participants peuvent poursuivre l'exercice pendant l'évaluation.
- Tous les participants doivent avoir été jugés compétents lors de l'exercice pratique sur modèle pelvien avant de pouvoir réaliser la procédure sur de véritables patientes dans le cadre du stage clinique.
- Faire en sorte que les participants qui ne se sont pas montrés suffisamment compétents à ce stade puissent continuer à s'entraîner et être évalués à nouveau.

Avez-vous encore des questions sur la procédure ?

- Répondre aux questions.

Dire : Nous allons à présent aborder les problèmes techniques susceptibles de se produire au cours de la procédure.

- Avoir les instruments sous la main pour pouvoir expliquer ou montrer en réponse aux questions.
- Veiller à ce que les participants aient des instruments à leur disposition pour pouvoir s'entraîner.

Dire : Quelles sont les raisons pour lesquelles la puissance d'aspiration est susceptible de diminuer subitement au cours de la procédure ?

Montrer et commenter la diapositive : *Causes possibles d'une baisse de la puissance d'aspiration*

- L'aspirateur est plein.
- La canule a été reculée au-delà de l'orifice du col.
- La canule est obstruée.
- L'aspirateur n'a pas été correctement monté.

Dire : Que faire lorsque l'aspirateur est plein ?

Montrer et commenter la diapositive : *Lorsque l'aspirateur est plein*

- Fermer les boutons de la valve.
- Détacher la canule et la laisser dans l'orifice du col.
- Remplacer l'aspirateur.

- OU Vider l'aspirateur dans un récipient en pressant les boutons et en enfonçant le piston dans le cylindre.
- Rétablir le vide, fixer l'aspirateur à la canule et reprendre la procédure.

Dire : Que faire lorsque la canule a été accidentellement reculée au-delà de l'orifice du col ?

Montrer et commenter la diapositive : *Lorsque la canule a été reculée au-delà de l'orifice du col*

- Retirer la canule et l'aspirateur ; ne pas toucher les parois vaginales.
- Détacher et vider l'aspirateur.
- Rétablir le vide.
- Réintroduire la canule si elle n'a pas été contaminée.
- Si elle a été contaminée, insérer une autre canule stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.
- Reconnecter l'aspirateur à la canule, libérer le vide et reprendre la procédure.

Demander à un volontaire de faire la démonstration de ce qui précède pour le reste du groupe.

Dire : Que faire si la canule est obstruée ?

Montrer et commenter la diapositive : *Lorsque la canule est obstruée*

- Reculer la canule en direction de l'orifice externe du col, mais pas au-delà.
- OU Presser les boutons et retirer l'aspirateur et la canule de l'utérus en évitant de les contaminer.
- Retirer les tissus qui obstruent la canule à l'aide d'une pince stérile ou traitée par désinfection de haut niveau.
- Réintroduire la canule selon une technique sans contact.
- Y refixer l'aspirateur et poursuivre l'aspiration.

Dire : Ne jamais tenter de déboucher une canule en repoussant le piston dans le cylindre.

Demander à un volontaire de faire la démonstration de ce qui précède pour le reste du groupe.

Dire : Que faire en cas de perte de vide ?

Montrer et commenter la diapositive : *Si l'aspirateur ne maintient pas le vide*

- Remonter et retester l'aspirateur.

Avez-vous des questions sur les problèmes techniques susceptibles de survenir au cours de la procédure ?

- Répondre aux questions.

5. Soins post-opératoires

Dire : Lorsque la procédure d'AMIU est terminée, la patiente nécessite des soins post-opératoires de qualité.

Montrer et commenter la diapositive : *Soins post-opératoires*

- Soins dispensés après une évacuation utérine
- Traiter les éventuelles complications cliniques
- Informer la patiente sur son état et les soins personnels requis
- Lui fournir une méthode contraceptive si elle le souhaite
- Se terminent lorsque la patiente quitte le centre

Dire : En qualité de cliniciens, nous savons déjà comment dispenser des soins post-opératoires aux patientes de manière générale. De nombreux aspects des soins que requièrent les patientes ayant bénéficié de soins d'avortement sont identiques aux soins post-opératoires en général, ainsi que nous allons le voir au cours de ce module. Quelles situations particulières, cliniques ou psychologiques, peuvent être spécifiques aux patientes qui ont bénéficié de soins d'avortement ?

Les patientes peuvent éprouver toute une série de sentiments ; elles peuvent souffrir de douleur abdominale, présenter des lésions non détectées ou un saignement non visible par le prestataire.

Montrer et commenter la diapositive : *Éléments des soins post-opératoires*

- Suivi clinique
- Autres problèmes de santé physique
- Contrôle de la douleur
- Suivi et soutien psychologiques

Montrer et commenter la diapositive : *Éléments des soins post-opératoires (suite)*

- Counseling en matière de contraception et fourniture d'une méthode contraceptive
- Organisation des soins de suivi si la patiente le souhaite et renvoi éventuel

- Instructions pour le moment où la patiente quitte le centre

Distribuer la liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires.

- Demander aux participants de suivre sur la liste de contrôle les différents éléments des soins post-opératoires à mesure qu'ils sont abordés.

Montrer et commenter la diapositive : *Suivi clinique*

- Contrôler immédiatement les paramètres vitaux.
- Veiller à ce que la patiente puisse se reposer confortablement.
- Passer en revue sa fiche pour contrôler son état, ses antécédents médicaux, ses paramètres vitaux avant la procédure.
- S'assurer qu'elle se remet bien de la procédure et de l'administration de médicaments.
- Évaluer à au moins deux reprises le saignement et les crampes.

Montrer et commenter la diapositive : *Suivi clinique (suite)*

- Détecter et traiter les complications :
 - Détérioration clinique marquée
 - Vertiges, essoufflement, évanouissement
 - Saignement vaginal important
 - Douleur abdominale ou crampes abdominales sévères
 - Utérus augmenté de volume et sensible

Montrer la diapositive : *Détermination des paramètres vitaux*

Expliquer aux participants qu'il est possible d'évaluer les saignements et les crampes d'après la description qu'en fait la patiente ou d'après ses propres observations. Les crampes et les saignements doivent diminuer au fil du temps ; des crampes et des saignements importants sont anormaux.

Dire : Pourquoi est-il important d'évaluer le saignement, les crampes, la douleur et les paramètres vitaux à au moins deux reprises au cours de la période post-opératoire ?

- Réponse : Il est nécessaire de disposer d'une évaluation initiale puis d'une seconde évaluation pour déterminer s'il y a eu une évolution de l'état de la patiente, dans le sens d'une amélioration ou d'une détérioration.

Expliquer aux participants que l'importance de la douleur, des saignements et des crampes ne peut pas être mesurée exactement

de la même manière chez toutes les patientes. Même s'il existe des normes, les prestataires de soins doivent se montrer attentifs aux différences entre patientes.

Montrer et commenter la diapositive : *Contrôle de la douleur après la procédure*

- Évaluer le degré de douleur et la manière dont elle se manifeste.
- Proposer des solutions pour soulager la douleur :
 - analgésiques, AINS
- Administrer les analgésiques et contrôler leur administration.
- Manifester de l'empathie et proposer une aide non pharmacologique telle que des compresses chaudes en plus des analgésiques.
- Si la douleur augmente, cela nécessite de s'y montrer attentif.

Expliquer aux participants qu'une manière d'aider les patientes à évaluer l'importance de la douleur qu'elles éprouvent consiste à utiliser une échelle de douleur.

- Demander à la patiente de situer sa douleur par rapport à la pire douleur qu'elle ait jamais éprouvée dans sa vie, cela sur une échelle de 1 à 10 (1 correspondant à la situation la moins douloureuse et 10 à la pire douleur imaginable).
- Pour les patientes qui ont des difficultés à lire les chiffres, on peut tracer une ligne avec un visage souriant à une extrémité et un visage triste à l'autre extrémité et leur demander de situer leur douleur actuelle sur cette ligne.

Montrer et commenter la diapositive : *Autres problèmes de santé physique et génésique*

- Anémie : conseils en matière de nutrition, compléments alimentaires
- Immunoglobulines anti-facteur rhésus : les administrer conformément au protocole
- Infections des voies génitales, VIH, violence, infertilité, dépistage du cancer : conseiller, dispenser des soins et/ou orienter la patiente vers un service compétent

Montrer et commenter la diapositive : *Orienter la patiente vers un service compétent si nécessaire*

Dire : Nous nous sommes jusqu'à présent concentrés sur le suivi clinique. L'élément suivant des soins post-opératoires est le suivi

et le soutien psychologiques.

Montrer la fiche de travail de renvoi complétée dans le cadre du module « Consentement éclairé, information et counseling ». Demander aux participants de se souvenir d'un épisode de leur existence où ils ont été confrontés à une douleur psychologique et où quelqu'un les a aidés à se sentir mieux ou les a amenés à se sentir encore plus mal.

- Demander à un participant de raconter un souvenir positif et à un autre de raconter un souvenir négatif.
 - Qu'a dit ou fait la personne en question ? Comment vous a-t-elle amené à vous sentir mieux ou plus mal ?
- Discuter les commentaires.

Montrer et commenter la diapositive : *Suivi et soutien psychologiques*

- Évaluer et contrôler les sentiments que ressent la patiente.
- Répondre en faisant preuve de sensibilité à son état psychologique.
- Traiter la patiente avec gentillesse.
- Lui proposer counseling ou un renvoi vers des services compétents.

Montrer et commenter la diapositive : *Counseling post-opératoire en matière de contraception*

- Idéalement, le counseling doit être fourni avant la procédure.
- Si la patiente n'a pris aucune décision en matière de contraception, aborder à nouveau le sujet après la procédure, à un moment où elle est peut-être mieux à même de réfléchir à ses besoins en matière de contraception.
- Veiller à ce qu'elle bénéficie de counseling approprié et à ce qu'on lui fournisse la méthode contraceptive de son choix et qu'elle ait bien compris comment l'utiliser ou l'orienter vers des services compétents.
- Garder à l'esprit que certaines femmes peuvent souhaiter une autre grossesse.

Renvoyer les participants au module « Services contraceptifs » du manuel de référence pour de plus amples informations.

Montrer et commenter la diapositive : *Des soins de suivi sont-ils nécessaires ?*

- Superflus après une procédure d'AMIU classique.

- Fixer un rendez-vous si la patiente souhaite un suivi.
- Adapter le rendez-vous à la situation et aux besoins de la patiente.
- Obtenir son consentement pour la transmission de son dossier au prestataire en charge du suivi.

Dire : Dès que son état le permet, la patiente peut être autorisée à quitter le centre.

Montrer et commenter la diapositive : *La patiente est prête à quitter le centre*

- Ses paramètres vitaux sont normaux.
- Les saignements et les crampes ont diminué.
- Elle est éveillée, alerte et capable de marcher sans aide.
- Elle se sent prête à partir.

Expliquer aux participants qu'il est important d'informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre et de ce qu'elle peut faire au cours de la période de convalescence.

Montrer et commenter la diapositive : *Convalescence normale*

- Quelques jours de saignements comparables à des menstruations et de crampes
- Analgésiques, bains, compresses pour soulager les crampes
- Prochaines menstruations : après quatre à huit semaines
- Elle peut redevenir enceinte presque immédiatement
- Rapports sexuels, tampons lorsque les éventuelles complications ont été résolues

Montrer et commenter la diapositive : *Donner des instructions concernant les médicaments*

Dire : Quels autres médicaments peut-il être nécessaire d'administrer et d'expliquer ?

- Antibiotiques ou autres médicaments en fonction de l'état clinique de la patiente

Dire : La patiente doit être informée des choses auxquelles elle doit se montrer attentive et des situations où il est nécessaire de demander un avis médical, et on doit lui fournir un numéro de téléphone accessible 24 heures sur 24 pour des informations et un numéro de téléphone d'urgence le cas échéant.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes nécessitant un traitement médical immédiat*

- Fièvre, frissons, évanouissement, vomissements
- Saignements abondants
- Douleur intense

Montrer et commenter la diapositive : *Signes à surveiller s'ils persistent*

- Douleur abdominale ou distension abdominale
- Pertes vaginales anormales ou malodorantes
- Crampes ou saignements prolongés
- Retard de réapparition des menstruations (plus de huit semaines)
- Vertiges

Dire : Des instructions par écrit doivent être fournies aux patientes lors de leur sortie du centre car elles peuvent oublier certaines choses ou vouloir s'assurer par la suite qu'elles ont bien compris les explications.

Montrer et commenter la diapositive : *Avant de quitter le centre*

- La patiente a reçu counseling en matière de contraception et une méthode contraceptive si elle le souhaitait.
- Un rendez-vous a été fixé pour une visite de suivi ou le renvoi a été organisé si nécessaire ou si elle le souhaitait.
- On lui a remis une liste des services de counseling et des autres services disponibles dans le cadre du centre ou au sein de la communauté.

Dire : Il existe au sein de la communauté de multiples ressources vers lesquelles on peut orienter la patiente.

- Demander aux participants de réfléchir aux services disponibles au sein de leur communauté vers lesquels ils peuvent orienter leurs patientes.
- Inscrire toutes les réponses sur une feuille de tableau à feuilles mobiles.
- Grouper les réponses par catégorie (par exemple services de dépistage du cancer) ou par localisation géographique (par exemple à proximité de la ville).
- Si on le souhaite, on peut utiliser la liste de ressources pour le renvoi créée dans le cadre du module « Liens avec la communauté ».

Montrer et commenter la diapositive : *Proposer des méthodes contraceptives*

Expliquer aux participants que cette procédure de sortie est la procédure usuelle pour les patientes qui n'ont pas présenté de complications après des services d'avortement. Si une patiente a présenté des complications :

- Lui fournir des explications claires et factuelles sur la situation.
- La faire participer à la prise de décisions concernant son traitement.
- Elle peut nécessiter des instructions supplémentaires lors de sa sortie du centre.
- Insister sur l'importance d'une visite de suivi.

Expliquer que la liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires décrit toutes les étapes précédant la sortie du centre.

- Ils peuvent s'en servir pour développer des protocoles au sein de leur institution.
- Ils peuvent l'utiliser comme outil de monitoring à des fins d'assurance qualité.

Montrer et commenter la diapositive : *Programmer une visite de suivi si nécessaire*

6. Soins de suivi

Lire le scénario suivant :

Une femme de 26 ans se présente à votre centre après avoir bénéficié de services d'avortement quatre semaines auparavant. Elle souhaite être réapprovisionnée en pilules contraceptives. Elle mentionne une odeur inhabituelle en provenance de son vagin.

- Demander aux participants de faire des propositions quant aux soins les mieux adaptés pour cette patiente.
- Veiller à ce que les points suivants soient mentionnés :
 - Il est possible qu'elle souffre d'une infection qui pourrait engendrer des problèmes si elle n'est pas traitée.
 - Si on ne la réapprovisionne pas en contraceptifs, elle risque une grossesse non désirée.
- Discuter des obstacles à l'usage de contraceptifs pour les femmes qui nécessitent un réapprovisionnement mensuel. Existe-t-il des alternatives pour cette patiente ?
- Expliquer aux participants qu'ils n'ont décrit que quelques-uns des principes des soins de suivi.

Dire : Un suivi systématique n'est pas nécessaire. En cas de complications, la patiente doit revenir immédiatement au centre. Si elle souhaite des soins de suivi, une visite peut éventuellement être programmée une à deux semaines après une évacuation utérine par AMIU.

La plupart des patientes ne présentent pas de complications suite à la procédure d'évacuation utérine. Des complications peuvent se produire avant, pendant ou après la procédure. Les patientes qui présentent des problèmes aigus doivent demander immédiatement des soins auprès d'un centre compétent.

Montrer et commenter la diapositive : *Soins de suivi : Patientes ayant présenté des complications*

- S'assurer que les complications sont résolues.
- Stabiliser, traiter ou orienter vers des services compétents les patientes qui présentent des problèmes aigus.
- Expliquer en quoi consistent les complications et quelles peuvent en être les conséquences pour la patiente.

Bien que les services de suivi puissent varier en fonction des ressources de l'institution, il existe un certain nombre d'éléments de base qui doivent être inclus lors d'une visite de suivi.

Montrer et commenter la diapositive : *Éléments des soins de suivi*

1. Confirmer la réussite de l'évacuation utérine.
 - Demander à la patiente comment elle se sent, y compris en ce qui concerne les saignements et les éventuels symptômes de grossesse
 - Procéder à un examen clinique
 - Si nécessaire, référer la patiente pour une échographie
2. Stabiliser, traiter ou orienter vers des services compétents en cas de problèmes aigus ; s'assurer que les complications antérieures sont résolues.
3. Pratiquer une aspiration si l'évacuation utérine est incomplète.

Montrer et commenter la diapositive : *Éléments des soins de suivi (suite)*

4. Informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement.
5. Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire.
6. Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue.

7. Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de counseling le cas échéant.

7. Considérations particulières : Très jeunes femmes

Nous allons à présent passer en revue les considérations particulières applicables dans le cas de la dispense de soins d'avortement à de très jeunes femmes.

Montrer et commenter la diapositive : *Examen pelvien chez de très jeunes femmes*

- Il s'agit vraisemblablement pour la patiente de son premier examen pelvien.
- Même procédure que chez les femmes adultes mais en se montrant particulièrement attentif à :
 - Garantir l'intimité visuelle et sonore
 - Expliquer à chaque étape ce que l'on fait
 - Pratiquer l'examen délicatement et en douceur
 - Si on en dispose et si nécessaire, utiliser un spéculum de plus petite taille

Montrer et commenter la diapositive : *Au cours de la procédure d'AMIU : Très jeunes femmes*

- Elles peuvent tirer profit d'une préparation cervicale.
- Le col peut nécessiter une dilatation plus lente.
- Elles peuvent éprouver une douleur plus intense.

Dire : Une patiente nullipare est plus susceptible de présenter un col utérin étroit et nécessitera donc sans doute une dilatation plus progressive. Même si les patientes de tout âge nécessitent un contrôle de la douleur, la perception de la douleur et le recours à des analgésiques sont en moyenne plus importants chez les très jeunes femmes que chez les femmes plus âgées.

8. Résumé et test

Résumer et conclure le module.

- Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés dans ce module.
- Utiliser les objectifs comme référence.

Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.

Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

- Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N. R., Haas, J., Frenkel, Y. et Seidman, D. S. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility*, 97(3), 612–615. doi : 10.1016/j.fertnstert.2011.12.041
- Ashok, P. W., Penney, G. C., Flett, G. M. et Templeton, A. (1998). An effective regimen for early medical abortion: A report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10), 2962–2965.
- Bartley, J., Tong, S., Everington, D. et Baird, D. T. (2000). Parity is a major determinant of success rate in medical abortion: A retrospective analysis of 3161 consecutive cases of early medical abortion treated with reduced doses of mifepristone and vaginal gemeprost. *Contraception*, 62(6), 297–303.
- Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E. et Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208–2217. doi : 10.1056/NEJMoa1011600
- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T. et Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517–521.
- Billings, D. L. (2004). Misoprostol alone for early medical abortion in a Latin American clinic setting. *Reproductive Health Matters*, 12(24 supplément), 57–64.
- Blanchard, K., Winikoff, B. et Ellertson, C. (1999). Misoprostol used alone for the termination of early pregnancy. A review of the evidence. *Contraception*, 59(4), 209–217.
- Borgatta, L., Mullally, B., Vragovic, O., Gittinger, E. et Chen, A. (2004). Misoprostol as the primary agent for medical abortion in a low-income urban setting. *Contraception*, 70(2), 121–126.
- Bracken, H., Gliozheni, O., Kati, K., Manoku, N., Moisiu, R., Shannon, C., ... Winikoff, B. (2006). Mifepristone medical abortion in Albania: results from a pilot clinical research study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 11(1), 38–46.
- Bugalho, A., Mocumbi, S., Faúndes, A. et David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 61(1), 47–50.
- Callen, P. W. (2011). *Ultrasonography in obstetrics and gynecology*. Philadelphia, PA: Saunders, Elsevier.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R. et Sánchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329–333.
- Carbonell, J. L., Rodríguez, J., Velazco, A., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., ... Salvador, I. (2003). Oral and vaginal misoprostol 800 microg every 8 h for early abortion. *Contraception*, 67(6), 457–462.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R. et Sánchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35–40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., ... Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39–45.
- Creinin, M. D. (2003). Current medical abortion care. *Current Women's Health Report*, 3(6), 461–469.

- Creinin, M. D. et Aubény, E. (1999). Medical abortion in early pregnancy. In: M. E. Paul, S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes & P. G. Stubblefield (eds.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York: Churchill Livingstone.
- Creinin, M. D. et Danielsson, K. G. (2009). Medical abortion in early pregnancy. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Oxford, Royaume-Uni: Blackwell.
- Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A. et Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 103(5 Pt 1), 851–859.
- Creinin, M. D. et Shulman, T. (1997). Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion. *Contraception*, 56(3), 165–168.
- Davis, A., Westhoff, C et De Nonno, L. (2000). Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of American Medical Women's Association*, 55(3 Suppl), 141–144.
- Demetroulis, C., Saridogan, E., Kunde, D. et Naftalin, A. A. (2001). A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction*, 16(2), 365–369.
- Elul, B., Hajri, S., Ngoc, N. N., Ellertson, C., Slama, C. B., Pearlman, E. et Winikoff, B. (2001). Can women in less-developed countries use a simplified medical abortion regimen? *The Lancet*, 357(9266), 1402–1405.
- Faúndes, A., Fiala, C., Tang, O. S. et Velasco, A. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy up to 12 completed weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99 Suppl 2, S172–177.
- Federation, N. A. (2001). *Early options: A provider's guide to medical abortion*. Washington, DC: National Abortion Federation.
- Fiala, C., Winikoff, B., Helström, L., Hellborg, M. et Gemzell-Danielsson, K. (2004). Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*, 70(5), 387–392.
- Fielding, S. L., Schaff, E. A. et Nam, N.Y. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27–31.
- Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M. et Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(2), 389–394. doi : 10.1016/j.ajog.2003.08.024
- Goldberg, A. B., Greenberg, M. B. et Darney, P. D. (2001). Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 344(1), 38–47.
- Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M. et Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86(3), 337–346. doi : 10.1016/J.ijgo.2004.04.038
- Guengant, J.-P., Bangou, J., Elul, B. et Ellertson, C. (1999). Mifepristone-misoprostol medical abortion: Home administration of misoprostol in Guadeloupe. *Contraception*, 60(3), 167–172.
- Gynuity Health Projects. (2009). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: An introductory guidebook*. New York, NY: Gynuity Health Projects.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG*, 111(9), 996–1000.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9–13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327–332.

Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. et Templeton, A. (2005). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG*, 112(8), 1102–1108.

Harper, C., Winikoff, B., Ellertson, C. et Coyaji, K. (1998). Blood loss with mifepristone—misoprostol abortion: Measures from a trial in China, Cuba and India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 63(1), 39–49.

Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, 67(6), 463–465.

Honkanen, H., Piaggio, G., Herten, H., Bártfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., ... Wu, S.C. (2004). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*, 111(7), 715–725. doi : 10.1111/j.1471-0528.2004.00153.x

Ingham, R. et Lee, E. (2008). *Evaluation of Early Medical Abortion (EMA) pilot sites*. United Kingdom: Department of Health.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2009). *Conseils de formation à l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas et Venture Strategies Innovation. (2011). *Utilisation du misoprostol dans le cadre des soins après avortement : Boîte à outils pour la prestation de services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Jackson, E. et Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception*, 83(2), 116–126.

Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R. et Mishell, D. R. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy. *Human Reproduction*, 17(6), 1477–1482.

Jain, J. K., Meckstroth, K. R. et Mishell, D. R. (1999). Early pregnancy termination with intravaginally administered sodium chloride solution-moistened misoprostol tablets: Historical comparison with mifepristone and oral misoprostol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 181(6), 1386–1391.

Kruse, B., Poppema, S., Creinin, M. D. et Paul, M. (2000). Management of side effects and complications in medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 183(2 Suppl), S65–75.

Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L. et Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Systematic Review* (11), CD002855.

Lipscomb, G. H., Stovall, T. G. et Ling, F. W. (2000). Non-surgical treatment of ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 343(18), 1325–1329. doi : 10.1056/NEJM200011023431807

- Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. et Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1877–1880. doi : 10.1016/j.fertnstert.2008.01.084
- Mayo Clinic. (2012). Fetal development: The first trimester. D'après : <http://www.mayoclinic.com/health/prenatal-care/PR00112>
- Meckstroth, K. R., Whitaker, A. K., Bertisch, S., Goldberg, A. B. et Darney, P. D. (2006). Misoprostol administered by epithelial routes: Drug absorption and uterine response. *Obstetrics and Gynecology*, 108(3 Pt 1), 582–590.
- Muffley, P. E., Stitely, M. L. et Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(2), 321–325; discussion 325–326.
- Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C. et Dou, L. (2010). Medical treatments for incomplete miscarriage (less than 24 weeks). *Cochrane Database Systematic Review* (1), CD007223.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A. et Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone + misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83(5), 410–417.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T. et Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 87(2), 138–142. doi : 10.1016/J.ijgo.2004.07.015
- Ngoc, N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T. et Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10–14.
- Organisation mondiale de la Santé (1997). *Méthodes médicales pour mettre fin à une grossesse : Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. D'après : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/fr/
- Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Paul, M. (2007). Abortion. In: R. A. Hatcher, J. Trussell, A. L. Nelson, J. W. Cates, F. H. Stewart & D. Kowall (eds.), *Contraceptive Technology* (19e ed.). New York, NY: Ardent Media, Inc.
- Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J. et Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143–149.
- Planned Parenthood Federation of America (2002). *Medical abortion: Questions and answers*. New York, NY: Planned Parenthood Federation of America.
- Renner, R. M., Jensen, J. T., Nichols, M. D. et Edelman, A. (2009). Pain control in first trimester surgical abortion. *Cochrane Database Systematic Review* (2), CD006712.
- Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. (2003). *Instructions for use: Abortion induction with misoprostol (Cytotec®) in pregnancies up to 9 weeks LMP*. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects: Washington, DC.

- Rossi, B., Creinin, M. D. et Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313–317.
- Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G. et Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800 microg of vaginal misoprostol every 12 h. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10(4), 249–254.
- Schaff, E. A., DiCenzo, R. et Fielding, S. L. (2005). Comparison of misoprostol plasma concentrations following buccal and sublingual administration. *Contraception*, 71(1), 22–25.
- Schaff, E. A., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S., Franks, P., Gore, B. Z. et Poppema, S. (1999). Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion. *Contraception*, 59(1), 1–6.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S. et Fuller, L. (2000). Low-dose mifepristone followed by vaginal misoprostol at 48 hours for abortion up to 63 days. *Contraception*, 61(1), 41–46.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. et Westhoff, C. (2001). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol at one day after mifepristone for early medical abortion. *Contraception*, 64(2), 81–85.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L. et Westhoff, C. (2002). Randomized trial of oral versus vaginal misoprostol 2 days after mifepristone 200 mg for abortion up to 63 days of pregnancy. *Contraception*, 66(4), 247–250.
- Schaff, E. A., Fielding, S. L., Westhoff, C., Ellertson, C., Eisinger, S. H., Stadalius, L. S. et Fuller, L. (2000). Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 284(15), 1948–1953.
- Schaff, E. A., Stadalius, L. S., Eisinger, S. H. et Franks, P. (1997). Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44(4), 353–360.
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S. et Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233.
- Shulman, L. P., Lipscomb, G. H. et Ling, F. W. (1999). Management of abnormal pregnancies. In M. E. Paul, S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, & P. G. Stubblefield (eds.). *A clinician's guide to medical and surgical abortion*. New York : Churchill Livingstone.
- Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T. et Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, 79(3), 216–220. doi : 10.1016/j.contraception.2008.09.003
- Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early medical abortion: Issues for practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Suhonen, S., Heikinheimo, O., Tikka, M. et Haukkamaa, M. (2003). The learning curve is rapid in medical termination of pregnancy--first-year results from the Helsinki area. *Contraception*, 67(3), 223–227.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S. et Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83(4), 357–361.
- Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A. et Winikoff, B. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*, 88(1), 122–127.

- Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176–181.
- Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W. et Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21(1), 189–192. doi : 10.1093/humrep/dei303
- Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A. et Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75(3), 224–229.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sánchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Mari, J. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227–233.
- Von Hertzen, H., Honkanen, H., Piaggio, G., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., ... Wu, S.C. (2003). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *BJOG*, 110(9), 808–818.
- Von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., ... Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG*, 117(10), 1186–1196.
- Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., ... Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938–1946.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B. et Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225–229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R. et Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311–314.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ... Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics and Gynecology*, 120(5), 1070–1076.
- Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C. et Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine*, 353(8), 761–769. doi : 10.1056/NEJMoa044064

Réponses au test de connaissances

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus :

1. b
2. d
3. a
4. d
5. c

Soins post-opératoires :

1. c
2. b
3. c
4. a

Soins de suivi :

1. d
2. d
3. c
4. a
5. Faux
6. Vrai
7. Faux

Test de connaissances sur l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Procédure d'évacuation utérine

1. Laquelle des affirmations suivantes est fausse concernant la douleur et sa prise en charge lors d'une procédure d'évacuation utérine ?
 - a. L'OMS recommande que toutes les patientes se voient proposer systématiquement des analgésiques tant lors d'un avortement médicamenteux que lors d'un avortement chirurgical.
 - b. Des mesures non pharmacologiques et un environnement calme constituent des substituts adéquats aux analgésiques.
 - c. L'anxiété et/ou la dépression peuvent être associées à une douleur plus intense.
 - d. Le bloc paracervical est sûr et aisé à pratiquer et peut être réalisé par des prestataires de soins de niveau intermédiaire.
2. La technique sans contact signifie que :
 - a. Le prestataire ne doit pas toucher la patiente.
 - b. Si l'aspirateur n'est pas stérile, le prestataire peut déboucher la canule avec les doigts.
 - c. Les parois vaginales sont stériles et on ne peut pas les toucher.
 - d. L'extrémité de la canule ne peut pas entrer en contact avec quoi que ce soit qui n'est pas stérile.
3. Laquelle des propositions suivantes est une raison possible pour que les produits de conception ne soient pas visibles lors de l'examen visuel qui suit la procédure ?
 - a. Grossesse extra-utérine
 - b. Présence des villosités et de la couche déciduale
 - c. Estimation correcte de l'âge gestationnel
 - d. Produits de conception non évacués avant la procédure
4. Le risque déjà extrêmement faible de complications graves suite à un bloc paracervical peut être réduit par les mesures suivantes :
 - a. Injecter n'importe où dans le col utérin
 - b. Utiliser plus de 200 mg de lidocaïne
 - c. Administrer un bloc paracervical uniquement lorsque l'orifice du col est ouvert
 - d. Tirer le piston (aspirer) avant l'injection

5. Le risque de perforation utérine peut être minimisé par les précautions suivantes :
 - a. Insérer énergiquement une canule plus large jusqu'au fond de l'utérus
 - b. Avoir sous-estimé l'âge gestationnel
 - c. Utiliser une technique opératoire douce
 - d. Estimer la taille et la position de l'utérus en se basant sur le poids de la patiente

Soins post-opératoires :

1. Parmi les éléments suivants, lequel ne fait pas partie des soins post-opératoires ?
 - a. Suivi clinique
 - b. Contrôle de la douleur
 - c. Nécessité d'une méthode contraceptive
 - d. Suivi et soutien psychologiques
2. Lesquels des éléments suivants font partie du suivi clinique ?
 - a. Attendre 20 minutes avant de mesurer les paramètres vitaux
 - b. Examiner la fiche pour prendre connaissance de la situation et des antécédents
 - c. Veiller à ce que la patiente demeure en permanence physiquement active
 - d. La renvoyer vers une autre institution pour le suivi des complications
3. Lesquels des éléments suivants ne font pas partie du suivi et du soutien psychologiques ?
 - a. Évaluer l'état psychologique de la patiente
 - b. Manifester de l'empathie
 - c. Toucher fréquemment et délicatement la patiente sans se soucier de ses préférences
 - d. Proposer counseling et un renvoi
4. Un signe que la patiente est prête à quitter le centre est que :
 - a. Ses paramètres vitaux sont normaux.
 - b. Les saignements et les crampes ont augmenté.
 - c. Elle est toujours somnolente.
 - d. Son partenaire est prêt à l'emmener au-dehors.

Soins de suivi

1. Laquelle des propositions suivantes n'est pas exacte concernant les visites de suivi ?
 - a. Un suivi systématique n'est pas nécessaire.
 - b. En cas de complications, la patiente doit revenir immédiatement au centre.
 - c. Si elle souhaite des soins de suivi, une visite peut éventuellement être programmée une à deux semaines après un avortement.
 - d. Une visite de suivi doit être systématiquement programmée cinq à sept jours après la procédure.
2. Dans le cadre des soins d'avortement, une méthode contraceptive doit être proposée :
 - a. Aux femmes mariées
 - b. Aux femmes âgées de 18 ans et plus
 - c. Aux femmes qui ont déjà au moins trois enfants
 - d. À toutes les femmes
3. Un signe indiquant qu'une patiente nécessite des soins médicaux est :
 - a. L'utilisation d'analgésiques pour soulager la douleur
 - b. Un mal de gorge
 - c. Des saignements et des crampes prolongés
 - d. L'usage actuel d'une méthode contraceptive
4. Quel message important doit toujours inclure le counseling en matière de contraception ?
 - a. La patiente peut devenir enceinte presque immédiatement après une évacuation utérine.
 - b. La patiente ne peut pas devenir enceinte avant au moins quatre semaines après une évacuation utérine.
 - c. Les femmes qui bénéficient de soins d'avortement ne doivent pas essayer de redevenir immédiatement enceintes.
 - d. Les femmes qui bénéficient de soins d'avortement n'ont pas besoin d'une méthode contraceptive avant d'avoir présenté au moins trois cycles menstruels normaux.
5. Vrai ou faux ? La plupart des patientes présentent des complications après une procédure d'évacuation utérine.
6. Vrai ou faux ? L'OMS ne recommande pas systématiquement une visite de suivi après une évacuation utérine par AMIU sans complications.
7. Vrai ou faux ? Toutes les femmes qui bénéficient de soins d'avortement souhaitent éviter une future grossesse.

Cas cliniques illustrant le programme de prise en charge de la douleur

Instructions : Lire chacun des cas cliniques et élaborer un programme de contrôle de la douleur qui réponde aux inquiétudes de la patiente comme si elle était réellement présente. Tenir compte de toutes les craintes exprimées par la patiente et veiller à traiter chacune des trois sources de douleur. Décrire l'usage de méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques.

1. Shalini est âgée de 30 ans et a trois enfants. Elle ne présente aucun problème médical et se trouve au début d'une grossesse non désirée. Elle est un peu nerveuse à la perspective de la procédure d'AMIU parce qu'elle a entendu dire que celle-ci pouvait être douloureuse. Elle veut laisser le prestataire opérer tranquillement mais souhaiterait que quelqu'un vienne lui tenir la main. Elle ne veut pas se sentir somnolente après la procédure. Après en avoir discuté avec vous, elle opte pour le programme suivant :

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? _____

Anxiolytiques/sédatifs ? _____

Douleur lors de la dilatation cervicale : _____

Douleur lors de la manipulation utérine : _____

2. 1. Une petite déchirure cervicale est venue compliquer la précédente évacuation utérine d'Eva, qui avait été effectuée par un autre prestataire. Il s'agit d'une jeune femme célibataire de 19 ans en bonne santé. Elle est d'accord pour une réparation cervicale et une AMIU. Elle est extrêmement nerveuse. Après qu'on lui ait expliqué les risques, les avantages et les alternatives, elle souhaite recevoir le plus possible de sédatifs. Elle opte pour le programme de contrôle de la douleur suivant :

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? _____

Anxiolytiques/sédatifs ? _____

Douleur lors de la dilatation cervicale : _____

Douleur lors de la manipulation utérine : _____

3. Âgée de quinze ans, nullipare et par ailleurs en bonne santé, Nancy est confrontée à une grossesse non désirée et à une déchirure vaginale après avoir été victime d'un viol brutal dix semaines auparavant. Elle ne parvient pas à réprimer ses pleurs et se trouve dans un état de grande détresse psychologique. Elle refuse que quiconque touche ses organes génitaux. Elle accepte le programme suivant :

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? _____

Anxiolytiques/sédatifs ? _____

Douleur lors de la dilatation cervicale : _____

Douleur lors de la manipulation utérine : _____

Réponses aux cas cliniques illustrant le programme de contrôle de la douleur

Cas n° 1 : Shalini

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? Le prestataire pourra opérer tranquillement ; quelqu'un lui tiendra la main.

Anxiolytiques/sédatifs ? Elle ne veut pas se sentir somnolente et désire retourner rapidement chez elle, de sorte qu'on n'en utilisera pas.

Douleur lors de la dilatation cervicale : Bloc paracervical.

Douleur lors de la manipulation utérine : Analgésiques oraux, par exemple ibuprofène 45 minutes avant la procédure d'AMIU.

Cas n° 2 : Eva

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? Un assistant lui dispensera le type de soutien souhaité.

Anxiolytiques/sédatifs ? Envisager une sédation consciente si le centre en a la possibilité ou administrer un anxiolytique oral ou intraveineux, par exemple du diazépam, ou un sédatif ; envisager une dose un peu plus forte ou une dose supplémentaire si nécessaire ; surveiller attentivement la respiration.

Douleur lors de la dilatation cervicale : Bloc paracervical ; envisager de préparer le col avec du misoprostol ou d'administrer des lamineurs. Si l'on constate une sténose ou si la déchirure est importante, envisager d'augmenter la sédation.

Douleur lors de la manipulation utérine : Analgésiques oraux, par exemple ibuprofène 45 minutes avant la procédure d'AMIU.

Cas n° 3 : Nancy

Anxiété : Mesures de soutien souhaitées ? Un assistant lui dispensera le type de soutien souhaité.

Anxiolytiques/sédatifs ? Peut nécessiter une sédation consciente.

Douleur lors de la dilatation cervicale : Bloc paracervical.

Douleur lors de la manipulation utérine : Analgésiques oraux, par exemple ibuprofène 45 minutes avant la procédure d'AMIU.

Conseils de formation à l'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation clinique à l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)

La démonstration et les exercices pratiques sont des éléments essentiels de la formation à des procédures cliniques telles que l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU). La pratique simulée permet de revoir les informations importantes et les différentes étapes passées en revue lors de la partie didactique de la formation et améliore de manière significative leur mémorisation. Par ailleurs, la pratique sur un modèle pelvien aide les participants à se sentir plus à l'aise pour manipuler les instruments avant de réaliser la procédure chez une patiente. La démonstration et les exercices pratiques sur modèle pelvien doivent faire systématiquement partie de la formation à l'AMIU.



On peut utiliser des modèles pelviens dans un grand nombre de situations de formation ou d'orientation : par exemple, démonstration de procédures par le formateur (les participants ne pratiquant pas la procédure simulée), brefs cycles de formation visant à familiariser les participants avec la procédure mais sans stage clinique avec des patientes et formations axées sur les compétences incluant des stages cliniques. Cette page de conseils propose des informations de base sur l'utilisation de modèles pelviens pour une formation à l'AMIU axée sur les compétences. Les formateurs doivent renvoyer les participants au cours de formation d'Ipas (voir ressources) pour des informations plus détaillées sur la formation ; cette guidance peut également être adaptée à d'autres contextes.

Démonstration d'une procédure d'évacuation utérine et pratique simulée

L'utilisation de modèles pelviens dans le cadre de la formation vient généralement après la théorie et les contenus interactifs, lesquels peuvent couvrir des sujets tels que les méthodes d'évacuation utérine, les activités de counseling, la prévention des infections, l'évaluation clinique, la procédure d'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus, y compris les caractéristiques des instruments, leur entretien, leur utilisation et leur retraitement.

Le formateur réalise une démonstration de la procédure d'évacuation utérine sur modèle pelvien pour l'ensemble du groupe et permet ensuite aux participants de s'entraîner dans ces conditions de simulation. Il est important de simuler la procédure exactement comme les participants devront la réaliser dans le cadre de la pratique clinique réelle (notamment port de gants, utilisation de champs pour couvrir la patiente et respecter son intimité, etc.).

Démonstration et pratique simulée

Faire une démonstration d'une procédure d'évacuation utérine sur modèle pelvien pour l'ensemble du groupe.

- Distribuer à chacun des participants la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.
- Demander à un volontaire de venir se placer à côté de vous et de lire à haute voix chacune des étapes de la liste de contrôle à mesure que vous en faites la démonstration.
- Demander à un autre volontaire de s'asseoir du côté tête de la table d'opération et de jouer le rôle de la patiente.
- Demander aux participants de suivre sur leur exemplaire de la liste de contrôle en même temps qu'ils regardent la démonstration.

Remarque à l'attention du formateur : Au cours de cette démonstration, faire comme si la procédure se déroulait dans le cadre de la pratique clinique réelle. Pendant que l'on réalise la procédure, répondre aux questions, décrire les événements indésirables potentiels à mesure qu'ils sont susceptibles de se produire, respecter les précautions standards et parler au volontaire jouant le rôle de la patiente comme si l'on s'adressait à une véritable patiente au cours d'une procédure réelle.

Demander s'il y a des questions et répondre aux questions posées : Avez-vous des questions à propos de la démonstration de la procédure ?

Ensuite, inverser les rôles : Demander au volontaire qui jouait le rôle de la patiente de faire la démonstration de la procédure pendant qu'on lit à haute voix la liste de contrôle. Demander au volontaire qui lisait la liste de contrôle de jouer le rôle de la patiente.

Les participants vont à présent pratiquer eux-mêmes la procédure par petits groupes.

Répartir les participants en groupes de trois ou quatre.

- Chaque groupe va pratiquer la procédure simulée d'évacuation utérine sur un modèle pelvien.



Important

Toujours contrôler les modèles pelviens et l'ensemble du matériel utilisé afin de s'assurer que tous les composants sont présents et que l'ensemble est totalement fonctionnel.

Entreposer les modèles pelviens dans un endroit sec, à l'abri du rayonnement solaire direct et des températures trop élevées qui risqueraient de les faire fondre et de les déformer.



- Au sein de chaque groupe, demander à un participant d'être le prestataire de soins et de réaliser la procédure pendant qu'un autre joue le rôle d'observateur et lit à haute voix la liste de contrôle. Le troisième participant joue le rôle de la patiente et le quatrième celui de la personne chargée de l'assister.
- À la fin de chaque procédure, le prestataire devra commencer par décrire comment il a vécu cette expérience.
- Ensuite, l'assistant, la patiente et l'observateur donneront leurs impressions sur les choses qui ont été faites correctement et celles qui pourraient être améliorées.
- Les participants doivent intervertir les rôles jusqu'à ce que chacun ait eu l'occasion de réaliser la procédure, de l'observer en utilisant la liste de contrôle et de jouer les rôles de la patiente et celui de la personne qui l'assiste.
- Pendant que les participants s'entraînent, faire le tour des modèles pelviens pour regarder, écouter, résoudre les éventuels problèmes, corriger la technique si nécessaire et veiller à ce que chacun joue bien les différents rôles.

Remarque à l'attention du formateur : Il peut s'avérer utile de faire intervenir des formateurs supplémentaires car l'évaluation de la pratique simulée peut prendre pas mal de temps, en fonction du nombre de participants.

À la fin de la formation, évaluer les performances de chaque participant au moyen de la liste de contrôle.

- Les autres participants peuvent poursuivre l'exercice pendant l'évaluation.
- Tous les participants doivent avoir été jugés compétents lors de l'exercice pratique sur modèle pelvien avant de pouvoir réaliser la procédure sur de véritables patientes dans le cadre du stage clinique.
- Faire en sorte que les participants qui ne se sont pas montrés suffisamment compétents à ce stade puissent continuer à s'entraîner et être évalués à nouveau.

Pour terminer la démonstration et la pratique simulée, inviter les participants à poser des questions et répondre aux éventuelles questions en suspens : Avez-vous encore des questions sur la procédure ?

Commande de fournitures

Pour des informations sur la manière de commander des fournitures pour démonstration d'AMIU, contacter WomanCare Global à l'adresse customerservice@womancareglobal.org.

Fournitures pour la démonstration d'une procédure d'évacuation utérine et la pratique simulée

- Les participants peuvent se partager un pseudo-évier et une table (pour l'examen des tissus) pendant qu'ils s'entraînent sur des stations individuelles.
- Certains modèles pelviens ne peuvent recevoir que des canules d'un diamètre maximal de 6 mm et les plus petits dilateurs.

Chaque station doit disposer des éléments suivants :

- ☐ Modèle pelvien
- ☐ Drap pour couvrir le périnée du modèle afin de respecter son intimité
- ☐ Serviette de toilette ou autre morceau de tissu pour délimiter le champ opératoire
- ☐ Gants
- ☐ Spéculum
- ☐ Petit récipient métallique pour recevoir l'antiseptique
- ☐ Clamp à éponge pour la préparation du col de l'utérus et pour l'essuyer à la fin de la procédure
- ☐ Deux compresses de gaze pour la préparation du col de l'utérus et pour l'essuyer à la fin de la procédure
- ☐ Seringue hypodermique de 10 ml
- ☐ Aiguille hypodermique de 1,5 pouces (ou aiguille spinale)
- ☐ Pince de Pozzi
- ☐ Dilateurs (plusieurs petits à des fins de simulation)
- ☐ Canules de 6 mm
- ☐ Aspirateur
- ☐ Bassine de taille moyenne pour recevoir les produits de conception évacués

Pour la table d'examen des tissus :

- ☐ Lampe
- ☐ Plat en verre

Pour l'évier :

- ☐ Passoire

Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Élaboration d'un programme de contrôle de la douleur | | | |
| Adapter le contrôle de la douleur aux besoins de la patiente | | | |
| Discuter des sources de douleur, des options envisageables, des effets indésirables possibles | | | |
| Inclure une association de mesures de soutien et pharmacologiques | | | |
| Tenir compte de la situation médicale et psychologique de la patiente, des compétences du personnel, de la nature de la procédure et de la disponibilité des fournitures | | | |
| Préparation des instruments | | | |
| Contrôle du maintien du vide par l'aspirateur | | | |
| Disposer de plusieurs instruments | | | |
| Préparation de la patiente | | | |
| Administrar des analgésiques au moment voulu | | | |
| Administrar une antibiothérapie prophylactique à toutes les patientes et des antibiotiques à titre thérapeutique si nécessaire | | | |
| Demander à la patiente de vider sa vessie | | | |
| Lui demander quelles mesures de soutien elle souhaite et les lui fournir | | | |
| Lui demander son autorisation avant de commencer | | | |
| Mettre des barrières de protection personnelle et se laver les mains | | | |
| Procéder à un examen pelvien pour confirmer les observations faites lors de l'évaluation | | | |
| Réchauffer le spéculum et l'insérer délicatement | | | |
| Préparation antiseptique du col | | | |
| Respecter la technique sans contact | | | |
| Utiliser des éponges antiseptiques pour nettoyer l'orifice du col et éventuellement le vagin | | | |
| Administration du bloc paracervical | | | |
| Utiliser 20 ml de lidocaïne à 1% (moins de 200 mg de lidocaïne) | | | |
| Aspirer avant d'injecter 2 ml à l'emplacement de la pince de Pozzi | | | |
| Mettre en place la pince de Pozzi | | | |
| Appliquer une légère traction pour exposer la zone de transition entre les tissus | | | |

(suite en pages 317 à 319)

Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Aspirer avant d'injecter lentement les 18 ml restants en quantité égale sur tout le pourtour de la jonction cervico-vaginale, à 2, 4, 8 et 10 heures, jusqu'à 3 cm de profondeur | | | |
| Dilatation du col si nécessaire | | | |
| Dilater doucement le col de l'utérus jusqu'à ce que la canule s'y ajuste étroitement | | | |
| Insertion de la canule | | | |
| Appliquer une légère traction sur le col | | | |
| Faire pivoter la canule tout en la poussant doucement | | | |
| Insérer la canule dans l'utérus juste au-delà de l'orifice interne ou l'insérer jusqu'au fond de la cavité utérine, puis la retirer légèrement | | | |
| Aspiration du contenu de l'utérus | | | |
| Maintenir la pince de Pozzi et l'extrémité de la canule d'une main | | | |
| Fixer l'aspirateur chargé | | | |
| Relâcher les boutons pour débiter l'aspiration | | | |
| Faire pivoter la canule de 180 degrés dans les deux sens | | | |
| Lui appliquer un mouvement de va-et-vient | | | |
| Ne pas retirer l'extrémité au-delà de l'orifice du col | | | |
| Utiliser une technique opératoire douce | | | |
| Rassurer la patiente de manière positive, respectueuse et encourageante | | | |
| Arrêter lorsqu'une mousse rosée sans tissus traverse la canule, que l'on perçoit une sensation rugueuse, que l'utérus se contracte autour de la canule et que les crampes utérines augmentent | | | |
| Retirer l'instrument | | | |
| Être prêt à reprendre l'évacuation après l'examen des tissus si nécessaire | | | |
| Examen des tissus | | | |
| Vider l'aspirateur dans un récipient | | | |
| Y rechercher les produits de conception | | | |
| Évaluer la quantité en fonction de l'âge gestationnel | | | |
| Déterminer si la totalité des produits de conception ont été éliminés | | | |
| Réalisation des étapes finales de la procédure | | | |
| Essuyer le col pour évaluer le saignement | | | |
| Déterminer si un examen pelvien est conseillé | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Dire à la patiente que la procédure d'évacuation utérine est terminée | | | |
| Pratiquer les éventuelles autres procédures concomitantes (par exemple mise en place d'un DIU ou d'un implant, stérilisation ou réparation d'une déchirure cervicale) | | | |
| Si l'on met en place un DIU ou un implant, passer à la section correspondante de la liste de contrôle des compétences | | | |
| Pratique des soins post-opératoires | | | |
| Retirer les barrières de protection personnelle et se laver les mains | | | |
| S'assurer que quelqu'un accompagne la patiente jusqu'en salle de réveil | | | |
| Retraiter les instruments | | | |
| Résolution des problèmes techniques susceptibles de survenir | | | |

| Liste de contrôle des compétences requises pour la mise en place d'un DIU après une AMIU | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Maintenir la communication avec la patiente, continuer à lui assurer confidentialité et confort | | | |
| S'assurer que la patiente a bénéficié de counseling et a donné son consentement éclairé à la mise en place d'un DIU | | | |
| Si on a retiré le spéculum, le réinsérer et essuyer le col avec une solution antiseptique | | | |
| Sonder l'utérus | | | |
| Ouvrir stérilement l'emballage du DIU | | | |
| Préparer le DIU en fonction de la taille de l'utérus | | | |
| Insérer le DIU en recourant à une technique sans contact adéquate | | | |
| Couper les fils | | | |
| S'assurer que la patiente a reçu les informations concernant les soins ultérieurs | | | |

| Liste de contrôle des compétences requises pour la mise en place d'un implant contraceptif | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Maintenir la communication avec la patiente, continuer à lui assurer confidentialité et confort | | | |
| S'assurer que la patiente a bénéficié de counseling et a donné son consentement éclairé à la mise en place d'un implant contraceptif | | | |
| Installer confortablement la patiente de manière à dégager son avant-bras | | | |
| Marquer le site d'insertion, frotter le bras avec une solution antiseptique | | | |
| Injecter un anesthésique local au niveau du site d'insertion | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

| Liste de contrôle des compétences requises pour la mise en place d'un implant contraceptif (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Mettre correctement en place l'implant en recourant à une technique stérile | | | |
| Contrôler avec la patiente la mise en place correcte de l'implant | | | |
| Appliquer un pansement sur le bras | | | |
| Donner à la patiente des instructions sur les soins de la plaie et du pansement | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins post-opératoires

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Contrôle de l'état clinique de la patiente | | | |
| S'assurer que la patiente se repose confortablement | | | |
| Déterminer immédiatement ses paramètres vitaux | | | |
| Examiner sa fiche pour prendre connaissance de la situation et des antécédents | | | |
| Surveiller son état clinique, y compris ses paramètres vitaux | | | |
| Évaluer à au moins deux reprises le saignement et les crampes | | | |
| Poursuivre le traitement des problèmes éventuellement présents | | | |
| Évaluer et traiter les complications | | | |
| Contrôle de la douleur | | | |
| Évaluer l'intensité de la douleur | | | |
| Administer et contrôler les options souhaitées pour soulager la douleur | | | |
| Prise en charge des autres problèmes de santé physique | | | |
| Prendre en charge les autres besoins en termes de santé physique et orienter la patiente vers des services compétents si nécessaire pour : anémie, infections des voies génitales/VIH, cancer du col de l'utérus, violence, infertilité | | | |
| Administer des immunoglobulines anti-facteur rhésus conformément au protocole si nécessaire | | | |
| Suivi et soutien psychologiques | | | |
| Réagir avec sensibilité aux sentiments de la patiente | | | |

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Surveiller son état psychologique | | | |
| Lui dispenser des conseils et l'orienter vers des services compétents pour répondre à ses besoins en termes de santé psychologique | | | |
| Conseil en matière de contraception (si non dispensé avant la procédure) | | | |
| Déterminer le désir de grossesse ultérieure et les besoins en termes de reproduction | | | |
| Dispenser des conseils en matière de contraception, des informations sur les méthodes contraceptives et la manière de se les procurer | | | |
| S'assurer que la patiente sait comment utiliser la méthode contraceptive choisie et répondre à toutes ses questions | | | |
| Organisation des soins de suivi si nécessaire ou si la patiente le souhaite | | | |
| Organiser un rendez-vous pour une visite de suivi en fonction de l'état clinique et/ou des souhaits de la patiente | | | |
| Veiller à obtenir son consentement avant de transmettre son dossier à d'autres prestataires de soins | | | |
| Sortie du centre | | | |
| S'assurer que la patiente est suffisamment rétablie avant de l'autoriser à quitter le centre conformément au protocole en vigueur | | | |
| Lui fournir des instructions sur : la manière d'auto-évaluer son rétablissement normal ; la manière de soulager la douleur/le bon usage des médicaments ; les comportements susceptibles d'aggraver les problèmes ; quand et comment demander des soins en cas de complications ; les soins de suivi | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins de suivi

Rappel : Un suivi systématique n'est pas nécessaire après une évacuation utérine par AMIU. En cas de complications, la patiente doit revenir immédiatement au centre. Si elle souhaite des soins de suivi, une visite peut éventuellement être programmée une à deux semaines après un avortement. Si la patiente revient pour des soins de suivi, le prestataire doit être à même de démontrer les compétences suivantes :

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Confirmation de la réussite de l'évacuation utérine | | | |
| Demander à la patiente des informations sur son état de santé depuis la procédure, notamment l'intensité des saignements et si les symptômes de grossesse ont disparu ou non | | | |
| Procéder à un examen clinique <ul style="list-style-type: none"> • Paramètres vitaux • Évaluation de la taille, du tonus, de la sensibilité de l'utérus • Évaluation du caractère complet de l'évacuation, d'une éventuelle infection | | | |
| En cas de doute, procéder à une échographie ou référer la patiente à un service d'échographie pour rechercher la présence d'un sac gestationnel ou déceler une éventuelle poursuite de la grossesse | | | |
| Stabiliser ou traiter les éventuels problèmes aigus ou orienter la patiente vers des services compétents pour leur prise en charge et, le cas échéant, s'assurer que les complications antérieures ont été résolues | | | |
| Pratiquer une aspiration intra-utérine pour terminer la procédure en cas de poursuite de la grossesse | | | |
| Informar la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement | | | |
| Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire | | | |
| Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue | | | |
| Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de counseling le cas échéant | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins à dispenser après la procédure d'avortement

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Contrôle de l'état clinique de la patiente | | | |
| S'assurer que la patiente se repose confortablement | | | |
| Déterminer immédiatement ses paramètres vitaux | | | |
| Examiner sa fiche pour prendre connaissance de la situation et des antécédents | | | |
| Surveiller son état clinique, y compris ses paramètres vitaux | | | |
| Évaluer à au moins deux reprises le saignement et les crampes | | | |
| Poursuivre le traitement des problèmes éventuellement présents | | | |
| Évaluer et traiter les complications | | | |
| Contrôle de la douleur | | | |
| Évaluer l'intensité de la douleur | | | |
| Administer et contrôler les options souhaitées pour soulager la douleur | | | |
| Prise en charge des autres problèmes de santé physique | | | |
| Prendre en charge les autres besoins en termes de santé physique et orienter la patiente vers des services compétents si nécessaire pour : anémie, infections des voies génitales/VIH, cancer du col de l'utérus, violence, infertilité | | | |
| Administer des immunoglobulines anti-facteur rhésus conformément au protocole si nécessaire | | | |
| Administer un vaccin antitétanique ou renvoyer la patiente vers des services compétents en vue de son administration | | | |
| Suivi et soutien psychologiques | | | |
| Réagir avec sensibilité aux sentiments de la patiente | | | |
| Surveiller son état psychologique | | | |
| Lui dispenser counseling et l'orienter vers des services compétents pour répondre à ses besoins en termes de santé psychologique | | | |
| Counseling en matière de contraception (si non dispensé avant la procédure) | | | |
| Déterminer le désir de grossesse ultérieure et les besoins en termes de reproduction | | | |
| Dispenser counseling en matière de contraception, des informations sur les méthodes contraceptives et la manière de se les procurer | | | |
| S'assurer que la patiente sait comment utiliser la méthode contraceptive choisie et répondre à toutes ses questions | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins à dispenser après la procédure d'avortement

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Fourniture d'informations sur les risques liés à un avortement non sécurisé, les alternatives possibles et les options légales | | | |
| Organisation des soins de suivi si nécessaire ou si la patiente le souhaite | | | |
| Organiser un rendez-vous pour une visite de suivi en fonction de l'état clinique et/ou des souhaits de la patiente | | | |
| Veiller à obtenir son consentement avant de transmettre son dossier à d'autres prestataires de soins | | | |
| Sortie du centre | | | |
| S'assurer que la patiente est suffisamment rétablie avant de l'autoriser à quitter le centre conformément au protocole en vigueur | | | |
| Lui fournir des instructions sur : la manière d'auto-évaluer son rétablissement normal ; la manière de soulager la douleur/le bon usage des médicaments ; les comportements susceptibles d'aggraver les problèmes ; quand et comment demander des soins en cas de complications ; les soins de suivi | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour les soins de suivi après la procédure d'avortement

Rappel : Un suivi systématique n'est pas nécessaire après une évacuation utérine par AMIU sans complications. En cas de complications, la patiente doit revenir immédiatement au centre. Si elle souhaite des soins de suivi, une visite peut éventuellement être programmée une à deux semaines après la première visite de contrôle. Si la patiente revient pour des soins de suivi, le prestataire doit être à même de démontrer les compétences suivantes :

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Confirmation de la réussite de l'évacuation utérine | | | |
| Demander à la patiente des informations sur son état de santé depuis la procédure, notamment l'intensité des saignements et si les symptômes de grossesse ont disparu ou non | | | |
| Procéder à un examen clinique <ul style="list-style-type: none"> • Paramètres vitaux • Évaluation de la taille, du tonus, de la sensibilité de l'utérus • Évaluation du caractère complet de l'évacuation, d'une éventuelle infection | | | |
| En cas de doute, procéder à une échographie ou référer la patiente à un service d'échographie pour rechercher la présence d'un sac gestationnel ou déceler une éventuelle poursuite de la grossesse | | | |
| Stabiliser ou traiter les éventuels problèmes aigus ou orienter la patiente vers des services compétents pour leur prise en charge et, le cas échéant, s'assurer que les complications antérieures ont été résolues | | | |
| Pratiquer une aspiration intra-utérine pour terminer la procédure en cas d'avortement incomplet | | | |
| Informar la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement | | | |
| Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire | | | |
| Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue | | | |
| Orienter la patiente vers des services compétents pour d'autres services médicaux, gynécologiques ou de counseling le cas échéant | | | |

Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses



But :

Ce module traite des connaissances, attitudes et compétences que doivent avoir les prestataires de soins de santé pour fournir des méthodes médicamenteuses pour une évacuation utérine au cours du premier trimestre.



Conditions préalables

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- ☐ Décrire les droits de la femme dans le cadre de soins d'avortement
- ☐ Apporter la preuve de leur connaissance de l'anatomie et de la physiologie du système reproducteur féminin
- ☐ Montrer leurs compétences à recueillir des antécédents médicaux et à réaliser un examen clinique
- ☐ Évaluer avec précision l'âge gestationnel lors d'une grossesse débutante
- ☐ Décrire les signes d'alerte indiquant la possibilité d'une grossesse extra-utérine et pouvoir la diagnostiquer
- ☐ Dispenser des services d'aspiration intra-utérine ou orienter les patientes vers des services compétents pour ce type de services d'évacuation utérine
- ☐ Dispenser counseling en matière d'avortement et de contraception

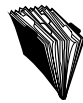


Objectifs

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Citer les exigences en termes d'éligibilité et les contre-indications à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

2. Citer les informations essentielles à fournir aux patientes qui bénéficient d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
3. Discuter des schémas d'administration pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en utilisant une association de mifépristone et de misoprostol ou le misoprostol seul
4. Expliquer les effets attendus, les effets indésirables et les complications possibles d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
5. Citer les approches efficaces de contrôle de la douleur et les schémas d'administration d'analgésiques lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
6. Décrire les soins post-opératoires et la visite de suivi après une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses



Matériel didactique

- ☐ Fiches des effets attendus et des effets indésirables
- ☐ Document expliquant le jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins complets d'avortement)
- ☐ Document expliquant le jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins après avortement)
- ☐ Liste(s) de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
- ☐ Accessoires divers pour les activités de mime (matériel de premier secours, accessoires, fournitures diverses)
- ☐ Sonnerie ou chronomètre
- ☐ Test de connaissances et réponses au test



Préparation préalable

- ☐ Réunir du matériel d'information, de formation et de communication, par exemple des brochures destinées aux patientes, pour permettre aux prestataires de soins de s'entraîner à fournir counseling aux patientes sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en utilisant des aides visuelles.
- ☐ Déterminer les schémas de traitement utilisés et les médicaments disponibles sur place et centrer le contenu de la formation sur ces schémas d'administration et ces médicaments.

- ❑ Se procurer et préparer les accessoires pour les activités de mime.
- ❑ Choisir la liste de contrôle appropriée en fonction des besoins et du contexte :
 - Liste de contrôle pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Mifépristone et misoprostol
 - Liste de contrôle pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses – Misoprostol seul
 - Liste de contrôle pour l'utilisation de misoprostol lors d'avortement incomplet
- ❑ Faire des copies des jeux de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, de la liste ou des listes de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses et du test de connaissances.
- ❑ Préparer les fiches des effets attendus et des effets indésirables.
- ❑ Passer en revue les politiques, normes et protocoles locaux pour pouvoir éventuellement adapter le module en conséquence.
- ❑ Si les centres où travaillent les participants envisagent d'utiliser des protocoles différents selon le lieu où est administré le misoprostol, à domicile ou au centre, le formateur peut ajouter l'activité (discussion sur le lieu d'administration du misoprostol) du module Activités supplémentaires qui se trouve sur le CD-ROM.

Durée : 6 heures 30 minutes

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module traite des connaissances, attitudes et compétences que doivent avoir les prestataires de soins de santé pour fournir des méthodes médicamenteuses pour une évacuation utérine au cours du premier trimestre.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

1. Citer les exigences en termes d'éligibilité et les contre-indications à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

2. Citer les informations essentielles à fournir aux patientes qui bénéficient d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
3. Discuter des schémas d'administration pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en utilisant une association de mifépristone et de misoprostol ou le misoprostol seul
4. Expliquer les effets attendus, les effets indésirables et les complications possibles d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
5. Citer les approches efficaces de contrôle de la douleur et les schémas d'administration d'analgésiques lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
6. Décrire les soins post-opératoires et la visite de suivi après une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Expliquer que ce module traitera de manière approfondie des compétences requises pour proposer une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Fournir les informations de base essentielles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en se référant à la section 1.0 du manuel de référence, notamment :

- Les médicaments utilisés pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses sont la mifépristone et le misoprostol.
- Les schémas de traitement recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sont soit une association de mifépristone et de misoprostol, soit le misoprostol seul si la mifépristone n'est pas disponible.
- On peut utiliser le misoprostol pour induire une évacuation utérine chez les patientes confrontées à un avortement incomplet ou à une grossesse arrêtée.
- Ce module se concentrera sur deux schémas de traitement : mifépristone et misoprostol et misoprostol seul.
- Des services de qualité requièrent un personnel correctement formé, la disponibilité des médicaments, des espaces privés au sein des centres de soins, la capacité de prendre en charge les complications ou d'orienter les patientes vers des services compétents en cas de complications et des services de contraception et de counseling.



Montrer et commenter la diapositive : *Mifépristone*

- Initialement développée et homologuée pour un usage clinique en France en 1988 (RU-486)

- Inhibe l'activité de la progestérone au niveau de l'utérus, ce qui entraîne le décollement des produits de la conception
- Ramollit le col de l'utérus et incite l'utérus à se contracter

Montrer et commenter la diapositive : *Misoprostol*

- Analogue des prostaglandines qui stimule les contractions utérines
- Bon marché, stable à température ambiante et aisément disponible dans un grand nombre de pays
- Aisément absorbé par différentes voies
- Fréquemment utilisé pour le traitement des ulcères gastriques
- Multiples usages obstétricaux et gynécologiques, notamment le traitement des avortements incomplets et de la grossesse arrêtée, l'induction de l'accouchement, la préparation du col et la prévention et le traitement des hémorragies postpartum

Montrer et commenter la diapositive : *Efficacité*

SAA

- L'association des deux médicaments est plus efficace que chacun d'entre eux utilisé seul.

SAA

- Le schéma de traitement combiné est efficace à plus de 95 pour cent lors de grossesse jusqu'à 13 semaines depuis la date des dernières règles

SAA

- Le misoprostol permet d'induire un avortement dans environ 85 pour cent des cas
- Le misoprostol lors d'avortement incomplet est efficace à plus de 90 pour cent jusqu'à une taille utérine de 13 semaines

Expliquer que l'administration de misoprostol par voies vaginale, sublinguale et buccale a été étudiée et est recommandée de préférence à une administration orale pour un avortement médicamenteux.

2. Préparation

SAA

Montrer et commenter la diapositive : *Préparation*

Dire : Nous allons commencer par examiner les étapes préalables à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Nous allons réfléchir ensemble pour dresser une liste de toutes les choses à faire avant de dispenser le médicament à la patiente.

Inscrire les réponses des participants sur une feuille de tableau à feuilles mobiles. Veiller à ce que les éléments de soins suivants soient cités.

Avant l'administration de tout médicament :

- Dispenser des informations et counseling et obtenir le consentement éclairé de la patiente
- Procéder à une évaluation clinique incluant un examen clinique
- Proposer counseling en matière de contraception et fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite de manière à répondre à ses besoins en matière de contraception

Dire : Nous avons déjà abordé ces thèmes dans les précédents modules. Ils sont repris ici à titre de rappel parce qu'ils constituent des éléments essentiels d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Nous allons à présent nous concentrer sur les informations essentielles qu'il est indispensable de fournir aux patientes avant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Montrer et commenter la diapositive : *Informations essentielles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses*

- Ce que la patiente est susceptible de ressentir
- Quels comprimés prendre, quand et comment les prendre
- Quand revenir pour un suivi si nécessaire
- Où et quand demander une assistance médicale en cas de problème

Montrer et commenter la diapositive : *Expliquer la procédure d'avortement médicamenteux*

- Saignements et crampes
- Moment de l'expulsion
- Ce que la patiente est susceptible de voir
- Élimination

Expliquer que les prestataires de soins doivent respecter tous les principes de base vus dans le module « Consentement éclairé, information et counseling ».

Expliquer et discuter avec les participants :

SAA

- Il est extrêmement important de prendre le temps de demander à la patiente de poser des questions, de répondre à toutes ses questions et de clarifier tout malentendu.

SAA

Dire : Chaque patiente doit être informée du faible risque d'échec d'un avortement médicamenteux.

SAA Montrer et commenter la diapositive : *Risque de poursuite de la grossesse*

- Faible risque que l'avortement médicamenteux échoue et que la grossesse se poursuive
- Très faible risque que le misoprostol induise des anomalies congénitales en cas de poursuite de la grossesse
- En cas d'échec de l'avortement médicamenteux, les patientes doivent accepter de subir une aspiration intra-utérine pour terminer l'avortement

Dire : Le risque de poursuite de la grossesse est de un à trois pour cent pour un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol et de quatre à huit pour cent pour un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul.

Citer les principaux points ci-après :

- Confirmer la décision de la patiente de recourir à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses après qu'elle ait été parfaitement informée.
- Si la patiente décide de ne pas subir une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, lui proposer une aspiration intra-utérine.

Demander aux participants s'ils ont des questions ou des commentaires sur les points abordés jusqu'à présent.

Montrer et commenter la diapositive : *Diagnostic de grossesse et détermination de l'âge gestationnel pour contrôler l'éligibilité*

- Confirmer que l'âge gestationnel n'est pas supérieur à treize semaines depuis la date des dernières règles.
- En cas d'avortement incomplet ou de grossesse arrêtée, s'assurer que la taille utérine est inférieure à 13 semaines ; la date des dernières règles est moins importante que la taille utérine dans le cadre des soins après avortement.
- Dater la grossesse par le biais des antécédents médicaux, d'un test de grossesse (si disponible) et d'un examen bimanuel.
- Le recours à une échographie pour dater la grossesse peut s'avérer utile mais n'est pas indispensable.

Montrer et commenter la diapositive : *Critères d'éligibilité supplémentaires pour l'utilisation du misoprostol lors d'avortement incomplet*

- Orifice cervical ouvert
- Saignements vaginaux ou antécédents de saignements vaginaux au cours de la grossesse actuelle

Dire : Pour offrir une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, il faut être à même d'exclure toute contre-indication et de déceler les signes et symptômes d'une grossesse extra-utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Contre-indications*

- Grossesse extra-utérine (confirmée ou suspectée)
- Allergie à la mifépristone, au misoprostol ou à une autre prostaglandine
- Insuffisance surrénalienne chronique (uniquement pour mifépristone et misoprostol)
- Porphyrisme héréditaire (uniquement pour mifépristone et misoprostol)
- Pour les soins après avortement : signes d'infection pelvienne et/ou de septicémie.
- Pour les soins après avortement : instabilité hémodynamique ou choc

Dire : Pourquoi une grossesse extra-utérine pose-t-elle un tel problème dans le cas d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?

La discussion doit reprendre les informations suivantes :

- Les patientes qui souhaitent recourir à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses viennent souvent se présenter en tout début de grossesse, à un moment où il demeure possible de diagnostiquer et de traiter une éventuelle grossesse extra-utérine.
- La mifépristone et/ou le misoprostol sont inefficaces pour le traitement d'une grossesse extra-utérine.
- Une grossesse extra-utérine peut aisément demeurer non détectée après une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses parce que les produits de conception ne sont généralement pas examinés par un clinicien pour confirmer le caractère complet de l'avortement comme c'est le cas après une procédure d'aspiration intra-utérine.
- Si l'on suspecte une grossesse extra-utérine mais que ce diagnostic n'est pas confirmé :
 - Procéder à une aspiration intra-utérine et examiner les tissus pour confirmer la terminaison d'une grossesse intra-utérine.
 - Si des services d'aspiration ne sont pas disponibles, orienter la patiente vers un service spécialisé pour une évaluation plus approfondie.

- Les patientes qui présentent des symptômes de rupture d'une grossesse extra-utérine doivent être traitées ou référées immédiatement car une telle situation représente une menace pour le pronostic vital.
- Renvoyer les participants à la section 5.0 du module « Évaluation clinique » du manuel de référence pour de plus amples informations sur les grossesses extra-utérines.

Montrer et commenter la diapositive : *Précautions*

- Présence d'un DIU. Envisager l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine. Si aucun signe de grossesse extra-utérine, retirer le DIU avant l'administration du premier médicament
- Problèmes de santé graves ou instables
- Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticoïdes (uniquement pour mifépristone avec misoprostol)

Veiller à aborder les points suivants :

- Les problèmes de santé à envisager sont notamment, cette liste n'étant pas limitative, des troubles hémorragiques, une pathologie cardiaque ou une anémie sévère. On ne dispose pas de données probantes sur l'utilisation de mifépristone ou de misoprostol chez des patientes souffrant d'un trouble hémorragique, d'une pathologie cardiaque, d'anémie sévère ou de problèmes de santé graves ou instables. La décision de recourir ou non à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses chez ces patientes dépendra des autres options de soins d'avortement sécurisé disponibles, des possibilités de renvoi et du jugement clinique du prestataire. Si on opte pour des méthodes médicamenteuses, celles-ci doivent être administrées sous étroite surveillance.
- Il n'existe aucun élément probant en ce qui concerne l'utilisation de la mifépristone chez les femmes dépendantes des corticostéroïdes. Les prestataires de soins doivent se fier à leur jugement clinique s'il n'existe aucune alternative pour une évacuation utérine en toute sécurité. Augmenter la dose de corticostéroïdes pendant trois ou quatre jours et surveiller très attentivement la patiente. Des problèmes tels que l'asthme insuffisamment contrôlé sont susceptibles de s'aggraver.

Dire : Avant de passer aux aspects cliniques d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, avez-vous des questions ?

- Répondre aux questions.

3. Schémas de traitement

Dire : Nous allons commencer par parler de l'association de mifépristone et de misoprostol.

Expliquer que :

SAA

- Il est démontré que la mifépristone en association avec le misoprostol est la méthode la plus efficace pour un avortement médicamenteux.
- Ce module se concentrera sur les schémas de traitement dont les études cliniques et les données probantes dans le cadre de la pratique clinique ont démontré qu'ils sont les plus efficaces et qui sont recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé.
- Lorsque l'on a diagnostiqué cliniquement que la patiente était éligible pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, qu'elle a reçu des informations détaillées et donné son consentement éclairé, le prestataire de soins peut choisir l'un des schémas de traitement possibles.
- Il n'existe qu'un seul schéma d'administration recommandé pour la mifépristone mais plusieurs variantes sont disponibles pour le misoprostol.

SAA

Montrer et commenter la diapositive : *Administration de mifépristone*

- Administrer 200 mg de mifépristone par voie orale.
- La plupart des femmes ne constatent aucun changement après la prise du comprimé.
- Certaines femmes (8 à 25 %) commencent à saigner avant d'avoir pris le comprimé suivant (le misoprostol).

Votre centre procède-t-il systématiquement à des analyses concernant le facteur rhésus ?

- Recueillir quelques réponses.

SAA

- Dire que si le protocole du centre prévoit l'administration d'immunoglobulines anti-rhésus aux patientes rhésus négatives, celles-ci doivent être administrées au moment de l'administration de mifépristone ou avant l'administration de misoprostol.

Renvoyer les participants à la sous-section « Administration de misoprostol » de la section 3.0 du manuel de référence lorsque l'on commente les diapositives suivantes.

SAA

Montrer et commenter la diapositive : *Administration de misoprostol pour un avortement médicamenteux*

- Il existe de multiples options en termes de voie d'administration, de dose et de moment d'administration.
- Les voies buccale, sublinguale ou vaginale sont les voies d'administration recommandées pour un avortement au cours du premier trimestre.
- Au-dessous de dix semaines depuis la date des dernières règles, le misoprostol peut être pris à domicile ou dans un centre de soins.
- Entre dix et treize semaines, la patiente doit se rendre au centre pour prendre le misoprostol et y rester jusqu'à ce que l'avortement soit terminé.
- Se conformer aux procédures du centre ou aux politiques nationales.
- Tenir compte de la sécurité de la patiente et des aspects pratiques.

Dire : Avec les schémas utilisant la mifépristone et le misoprostol avant neuf semaines de grossesse, le délai médian entre l'administration du misoprostol et l'expulsion est de trois heures pour les patientes qui ont pris le misoprostol par voie sublinguale et de quatre heures pour celles qui ont pris le misoprostol par voie vaginale. La voie buccale est associée à un délai similaire à celui de la voie vaginale.



Montrer et commenter la diapositive : *Protocole d'administration de misoprostol pour un avortement médicamenteux*

- Jusqu'à neuf semaines depuis la date des dernières règles : 24 à 48 heures après la mifépristone, une dose unique de 800 µg par voie buccale, sublinguale ou vaginale
- 9 à 10 semaines depuis la date des dernières règles : 24 à 48 heures après la mifépristone, une dose unique de 800 µg par voie buccale
- 10 à 13 semaines depuis la date des dernières règles : 36 à 48 heures après la mifépristone, 800 µg par voie vaginale suivis de 400 µg par voie vaginale ou sublinguale toutes les trois heures avec un maximum de cinq doses de misoprostol

Montrer et commenter la diapositive : *Instructions pour l'insertion vaginale*

- Vider la vessie.
- Se laver les mains et enfiler des gants propres.
- Insérer l'un après l'autre les comprimés de misoprostol.
- Pousser les comprimés profondément dans le vagin.

- Il est possible que les comprimés ne se dissolvent pas complètement.
- Si les comprimés ressortent après 30 minutes ou davantage, il n'est pas nécessaire de les réinsérer.
- Montrer et commenter la diapositive : Instructions pour l'administration buccale
- Placer deux comprimés entre la joue et la gencive de chaque côté (quatre au total).
- Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants.

Montrer et commenter la diapositive : *Instructions pour l'administration sublinguale*

- Placer quatre comprimés sous la langue.
- Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants.

La patiente peut mettre en place elle-même les comprimés si elle le souhaite.

Montrer la diapositive : *Fournir des instructions concernant l'utilisation des comprimés*

Montrer la diapositive : *Donner les instructions par écrit*

Passer à la discussion sur l'utilisation du misoprostol seul.

Dire : Nous avons examiné les schémas d'administration et les étapes de l'administration de mifépristone et de misoprostol. Dans certaines régions du monde, toutefois, la mifépristone n'est pas disponible ou est difficile à se procurer.

Discuter brièvement de la disponibilité de la mifépristone dans la région où travaillent les participants.

- Discuter du fait que, dans de nombreuses situations, la patiente s'auto-administre du misoprostol et vient ensuite se présenter à un centre de santé pour demander un traitement pour avortement incomplet.
 - Demander si cela se produit dans la région où travaillent les participants.

SAA

- Dire que le misoprostol est souvent utilisé seul pour un avortement médicamenteux là où la mifépristone n'est pas disponible. Le misoprostol est aisé à se procurer partout dans le monde alors que la mifépristone peut être coûteuse et inaccessible.

SAA

- Insister sur le fait que le misoprostol seul pour un avortement médicamenteux est moins efficace que le

schéma de traitement combiné ; il s'agit malgré tout d'une option importante là où la mifépristone ou d'autres méthodes ne sont pas disponibles.

- Dire que la plupart des problèmes déjà abordés dans le cas du schéma de traitement combiné sont également applicables à l'utilisation de misoprostol seul.

Montrer et commenter la diapositive : *Misoprostol seul pour un avortement médicamenteux*

- Efficacité : environ 85 % jusqu'à 13 semaines depuis la date des dernières règles
- Schéma d'administration actuellement recommandé :

| Dose | Voie | Moment |
|--|-------------|---|
| Misoprostol 800 µg (quatre comprimés à 200 µg) | Vaginale | Toutes les 3 à 12 heures avec un maximum de trois doses |
| Misoprostol 800 µg (quatre comprimés à 200 µg) | Sublinguale | Toutes les 3 heures avec un maximum de trois doses |

Dire : L'administration sublinguale est aussi efficace que l'administration vaginale jusqu'à neuf semaines mais est associée à un risque plus important d'effets indésirables. Il y a eu relativement peu d'études sur l'avortement par le misoprostol seul entre neuf et treize semaines. Une visite de suivi est recommandée après un avortement par le misoprostol seul.

Montrer et commenter la diapositive : *Misoprostol lors d'avortement incomplet*

| Dose | Voie | Moment |
|---|-------------|-------------|
| Misoprostol 600 µg (trois comprimés à 200 µg) | Orale | Dose unique |
| Misoprostol 400 µg (deux comprimés à 200 µg) | Sublinguale | Dose unique |

Efficacité : 91 à 99 % jusqu'à une taille utérine de 13 semaines

Montrer et commenter la diapositive : *Administration de misoprostol lors d'avortement incomplet*

- Les voies d'administration recommandées lors d'avortement incomplet sont les voies orale et sublinguale.
- Le misoprostol lors d'avortement incomplet peut être pris à domicile ou dans un centre de soins.

- Se conformer aux procédures du centre ou aux politiques nationales.
- Tenir compte de la sécurité de la patiente et des aspects pratiques.

Dire : Les deux voies d'administration du misoprostol sont associées à une sécurité et à une efficacité similaires. Le moment de l'expulsion est lié au délai écoulé entre l'avortement incomplet et l'administration de misoprostol.

Montrer et commenter la diapositive : *Protocole d'administration de misoprostol lors d'avortement incomplet*

- Administration orale de misoprostol : Avaler trois comprimés (600 µg).
- Administration sublinguale de misoprostol : Placer deux comprimés (400 µg) sous la langue. Après 30 minutes, avaler les éventuels fragments de comprimés restants.

Dire : Une visite de suivi systématique n'est généralement pas nécessaire après l'administration de misoprostol lors d'avortement incomplet.

4. Effets attendus, effets indésirables, contrôle de la douleur et complications

Dire : Nous allons à présent passer à une activité appelée « mime », au cours de laquelle vous allez jouer un rôle mais sans avoir le droit de parler. Imaginez, par exemple, comment vous pourriez communiquer avec quelqu'un alors que vous ne parlez pas la même langue.

Demander à cinq volontaires de « mimer » chacun l'un des effets attendus ou des effets indésirables d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Ils expliqueront ensuite plus en détail cet effet à l'ensemble du groupe.

- Donner à chacun des volontaires une fiche des effets attendus et des effets indésirables, en veillant à disposer de suffisamment d'exemplaires de cette fiche pour tous les participants. Laisser quelques minutes aux volontaires pour lire leur fiche.
- Leur distribuer divers accessoires à utiliser pour leur mime, par exemple équipement de bureau ou fournitures de premier secours.
- Demander à l'un des volontaires de commencer et de mimer l'effet. Lui demander d'utiliser exclusivement le langage corporel et de n'émettre aucun son.
 - Demander à l'ensemble du groupe de deviner quel était l'effet mimé.

- Le volontaire devra ensuite lire à haute voix les différents points de sa fiche d'effet.
- Après que l'effet ait été mimé et expliqué, demander s'il y a des questions et lancer une brève discussion avant de passer au volontaire suivant. Passer en revue les cinq effets.
- Résumer l'activité, notamment :
 - Les médicaments utilisés pour une évacuation utérine induisent un certain nombre d'effets qui se manifestent presque toujours pendant un temps assez court et sont relativement minimes, même s'ils peuvent ne pas sembler minimes pour la patiente qui y est confrontée. Un traitement n'est généralement pas nécessaire.
 - Les patientes doivent savoir à l'avance à quels effets elles doivent s'attendre et être capable d'établir une distinction entre les effets attendus et les signes indiquant des complications plus sérieuses.

Montrer et commenter la diapositive : *Effets attendus*

- Saignements
- Crampes

Montrer et commenter la diapositive : *Saignements*

- Généralement plus intenses que des règles normales et s'accompagnant de l'évacuation de caillots de sang
- Débutent généralement dans les trois heures qui suivent la prise du misoprostol
- Diminuent généralement après l'expulsion du produit de la grossesse
- Peuvent persister plusieurs semaines

Dire : Le nombre de jours de saignements et de saignements diffus est plus important après un avortement médicamenteux qu'après une AMIU mais la quantité de sang perdue n'est pas cliniquement différente.

Les patientes qui manifestent une inquiétude à l'idée de présenter des saignements abondants préféreront peut-être une aspiration intra-utérine.

Montrer la diapositive : *Crampes (graphique)*

Montrer et commenter la diapositive : *Crampes*

- Peuvent apparaître dans les trente minutes qui suivent la prise du misoprostol
- Le degré de douleur est extrêmement variable d'une femme

à l'autre et peut être plus important chez les très jeunes femmes

- Surviennent lors des contractions utérines et lors de l'expulsion du produit de la grossesse
- Diminuent après l'expulsion du produit de la grossesse

Dire : Nous allons à présent parler du contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Montrer et commenter la diapositive : *Douleur lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses*

- Il est important de traiter la douleur avant qu'elle ne devienne trop intense.
- La douleur débute habituellement quelques heures après la prise du misoprostol.
- Les crampes surviennent lors des contractions utérines et de l'expulsion des produits de conception.
- L'intensité de la douleur est extrêmement variable d'une femme à l'autre.
- La douleur diminue après la fin de l'évacuation utérine.
- Les très jeunes femmes et celles qui n'ont encore jamais été enceintes décrivent souvent davantage de douleur que les femmes plus âgées.

Montrer et commenter la diapositive : *Analgésiques*

- À prendre avant l'apparition des crampes
- On peut utiliser des analgésiques non narcotiques ou narcotiques :
 - Les AINS, par exemple l'ibuprofène sont recommandés
 - On peut également utiliser des narcotiques comme la codéine
 - Les AINS sont plus efficaces que le paracétamol
- Les AINS n'interfèrent pas avec l'activité du misoprostol

Dire : Le meilleur schéma d'administration d'analgésiques pour le contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses n'a pas été établi. Dans des travaux de recherche sur l'avortement médicamenteux, les AINS se sont avérés plus efficaces que le paracétamol.

Montrer et commenter la diapositive : *Méthodes supplémentaires de contrôle de la douleur*

- Soutien verbal
 - Informations sur ce à quoi s'attendre
 - Réconfort au cours du counseling et de la procédure
- Chauffer légèrement l'abdomen ou le bas du dos
 - Bouillotte d'eau chaude
 - Linges tièdes
- La musique peut s'avérer utile

Quels sont les médicaments disponibles sur place que l'on peut utiliser pour soulager la douleur lors d'une évacuation utérine ?

- Recueillir quelques réponses.

Faire remarquer que des AINS tels que l'ibuprofène sont plus efficaces que le paracétamol. Le paracétamol peut néanmoins permettre de diminuer la dose de narcotiques utilisée par la patiente lors d'un avortement médicamenteux. Renvoyer les participants à l'annexe A : Approches pharmacologiques de contrôle de la douleur lors d'une AMIU du module « Procédure d'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus » du manuel de référence pour des informations plus détaillées sur la posologie des analgésiques.

Dire : Avez-vous des questions sur les effets attendus et le contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?

- Répondre aux éventuelles questions.

Dire : Nous allons à présent passer en revue les effets indésirables potentiels d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Montrer et commenter la diapositive : *Effets indésirables potentiels*

- Nausées
- Vomissements
- Diarrhée
- Fièvre, bouffées de chaleur ou frissons
- Maux de tête
- Faiblesse
- Vertiges

Dire : Un grand nombre de ces effets peuvent être dus à la grossesse elle-même plutôt qu'aux médicaments. La majorité

des effets indésirables sont transitoires et ne nécessitent pas de traitement. Moyennant des informations préalables adéquates, la majorité des femmes sont à même de gérer sans grandes difficultés les effets indésirables.

Montrer et commenter la diapositive : *Fièvre en tant qu'effet indésirable*

Dire : La fièvre est un effet indésirable fréquent du misoprostol. Elle est généralement légère, disparaît spontanément et on peut la traiter par du paracétamol. Une fièvre survenant le lendemain de la prise du misoprostol peut indiquer une infection. Toute patiente qui présente de la fièvre le lendemain de la prise du misoprostol doit se rendre dans un centre de santé pour s'y faire examiner.

Avez-vous des questions sur les effets attendus et le contrôle de la douleur lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?

- Répondre aux éventuelles questions.

Dire : Expliquer qu'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, tout comme une aspiration intra-utérine, n'engendre que très rarement des complications. Néanmoins, des complications sont possibles.

Que doit savoir la patiente sur les complications possibles d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?

- Recueillir quelques réponses. Les réponses doivent inclure :
 - Les patientes doivent savoir quand et où demander de l'aide.
 - Les patientes qui présentent des complications doivent être informées clairement et honnêtement de leur situation et être impliquées dans la prise de décisions quant au traitement.

Montrer et commenter la diapositive : *Complications d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses*

- Une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses n'est associée qu'à peu de complications graves.
- Les rares complications sont notamment :
 - Avortement incomplet
 - Hémorragie
 - Infection

Dire : Nous aborderons la prise en charge de ces complications dans le module consacré aux complications parce que leur prise

en charge est identique qu'elles surviennent avec des méthodes médicamenteuses ou après une aspiration intra-utérine.

Avez-vous des questions sur les complications associées à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?

- Répondre aux éventuelles questions.

5. Instructions et soins avant et après que la patiente ait quitté le centre

Dire : Avant de quitter le centre, la patiente doit recevoir des instructions sur la manière dont se déroule habituellement une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, les médicaments à prendre, quand et comment les prendre, quand revenir pour une visite de suivi et où et quand demander une assistance médicale en cas de problème.

Expliquer les points suivants :

- La plupart des femmes qui ont été correctement informées sur la procédure connaîtront une évacuation utérine réussie et sans problèmes.
- Les prestataires de soins doivent utiliser un langage simple et, si possible, des dessins pour aider visuellement la patiente à bien comprendre comment utiliser les médicaments.
- Demander des suggestions sur les informations importantes que les patientes doivent connaître avant de quitter le centre.
 - Prendre note des réponses sur une feuille de tableau à feuilles mobiles.

Montrer et commenter la diapositive : *Ce que les patientes doivent savoir avant de quitter le centre*

- Schéma de traitement et efficacité
- Ce que la patiente est susceptible de ressentir
- Durée habituelle de la procédure
- Signes d'une évacuation utérine réussie
- Effets attendus, effets indésirables potentiels et complications possibles
- Signes d'alerte indiquant la nécessité de demander une assistance médicale
- Garantie d'accès à des soins d'urgence
- Besoins en matière de contraception

- Où et quand obtenir des soins de suivi si nécessaire

Dire : Une visite de suivi est recommandée après un avortement médicamenteux par le misoprostol seul.

Des informations détaillées sur ce à quoi la patiente doit s'attendre l'aideront à s'y préparer. Un réconfort et un soutien lors du counseling et de la procédure d'évacuation utérine, qu'ils soient assurés par le personnel médical ou par une personne à domicile, peuvent également s'avérer utiles.

Montrer la diapositive : *Fournir une méthode contraceptive*

Montrer et commenter la diapositive : *Signes d'alerte pendant ou après une évacuation utérine*

- Saignement excessif (saturation de plus de deux serviettes épaisses par heure pendant deux heures consécutives)
- Fièvre persistante : 38°C ou davantage à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol
- Pertes vaginales anormales ou malodorantes
- Douleur abdominale importante survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol
- Sensation de malaise important avec ou sans fièvre et nausées ou vomissements sévères survenant à n'importe quel moment après le jour de la prise du misoprostol
- Absence de saignements dans un délai de un à deux jours après la prise du misoprostol

Expliquer les points suivants :

- Les patientes qui présentent ces signes d'alerte doivent contacter le centre par téléphone ou s'y rendre.
- Une antibiothérapie systématique n'est pas nécessaire chez les patientes qui subissent une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses puisque l'on n'introduit pas d'instruments dans l'utérus. Les antibiotiques doivent être réservés à celles qui présentent des signes et symptômes d'une infection potentielle.

Dire : Avez-vous des questions sur ce dont nous avons discuté jusqu'à présent ?

- Répondre aux éventuelles questions.

Dire : Les prestataires de soins doivent inciter les patientes à contacter le centre où elles ont reçu la mifépristone et/ou le misoprostol plutôt que de s'adresser ailleurs en cas d'inquiétudes ou de problèmes. Le personnel médical de ce centre connaît bien les protocoles d'évacuation utérine et leurs effets indésirables en général et la situation particulière de la patiente.

Insister sur le fait que les patientes peuvent se montrer réticentes à l'idée de se rendre à nouveau là où elles ont reçu des soins en cas de problèmes.

Dire : Comment, en tant que prestataires de soins, pouvons-nous encourager les patientes à revenir dans notre centre en cas de problèmes ?

- Recueillir quelques réponses.
- Discuter de ce problème avec les participants. Insister sur le fait qu'il est important de :
 - Fournir counseling efficace avant et pendant la procédure d'évacuation utérine pour aider les patientes à se sentir plus à l'aise et à faire davantage confiance au personnel médical.
 - S'assurer que la patiente a bien compris les signes d'alerte et plus particulièrement comment contacter quelqu'un qui pourra lui venir en aide.
 - Veiller à ce que l'ensemble du personnel soit suffisamment familiarisé avec la procédure d'évacuation utérine, les effets attendus, les effets indésirables et les complications pour pouvoir soit répondre directement, soit rediriger la patiente vers le prestataire compétent sur place.
 - Rassurer la patiente en lui expliquant que le personnel est prêt à faire tout ce qui est en son pouvoir pour l'aider tout au long de la procédure. Insister sur le fait qu'elle doit revenir sur place en cas de problèmes parce que d'autres centres peuvent ne pas être suffisamment familiarisés avec l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses et ne pas très bien savoir comment gérer les effets et les symptômes.
 - S'adresser aux patientes de manière encourageante et en manifestant de l'empathie, en respectant l'ensemble des règles de communication et de counseling efficaces.

Consacrer davantage de temps aux très jeunes femmes si nécessaire, afin de leur expliquer la procédure et de les rassurer sur la sécurité et l'efficacité d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Dire : Nous allons à présent aborder les soins que nécessitent les patientes après qu'elles aient quitté le centre.

Demander aux participants quels sont les services téléphoniques disponibles là où ils travaillent.

- Souligner qu'un grand nombre d'inquiétudes et de problèmes potentiels peuvent être pris en charge par téléphone.

- Pour bien faire, un numéro de téléphone de contact accessible 24 heures sur 24 doit être disponible pour permettre aux patientes d'appeler en cas de problèmes ou d'inquiétudes. Demander aux participants si une permanence téléphonique 24 heures sur 24 est envisageable dans le centre où ils travaillent.
 - Discuter des réalités de la mise en place d'un tel système sur leur lieu de travail.
- En l'absence de permanence téléphonique, discuter des autres options envisageables pour obtenir de l'aide. Quelques idées peuvent être :
 - Des liens avec des membres du personnel de santé au sein de la communauté, des associations féminines et/ou d'autres dirigeants au sein de la communauté pour mettre en place un système de réponse au sein de la communauté.
 - Fournir aux patientes des informations écrites sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses auxquelles elles pourront se référer ultérieurement.
 - Fournir des informations sous forme d'illustrations pour celles qui ont des difficultés à lire.
 - Faire participer le partenaire ou une amie à la séance d'information, avec le consentement de la patiente, de telle sorte que cette personne puisse lui apporter une assistance si nécessaire au cours de la procédure d'évacuation utérine.

Dire : Il est important d'être préparé à traiter ou à orienter les patientes en cas de problèmes pour lesquels elles nécessitent une assistance.

Expliquer que :

- Bien que les effets indésirables persistants ou les complications graves soient rares, le personnel du centre doit être capable d'instaurer immédiatement un traitement et/ou d'orienter la patiente vers des services compétents.
- Si l'équipement requis pour pouvoir pratiquer une échographie n'est pas disponible sur place, un système de renvoi pour une éventuelle échographie doit être mis en place.
- Une aspiration intra-utérine doit être réalisable sur place ou via un système de renvoi en tant que méthode de secours en cas d'échec de l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.
- Répondre aux éventuelles questions.

Dire : Avez-vous des questions sur les instructions à fournir aux patientes avant ou après qu'elles aient quitté le centre ?

Nous allons à présent nous entraîner à pratiquer une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

SAA

- Distribuer la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses et le matériel d'information, de formation et de communication que les participants seront amenés à utiliser. Remarque à l'attention des formateurs : Utiliser la liste de contrôle correspondant au schéma de traitement que les participants seront amenés à utiliser : mifépristone et misoprostol ou misoprostol seul. Si la formation porte uniquement sur les soins après avortement, distribuer la liste de contrôle des compétences relative au traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet.
- Expliquer que ce document peut servir de guide pour l'apprentissage des étapes de la fourniture aux patientes d'explications sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Il offre également un moyen de contrôler et de superviser de manière positive les prestataires de soins au cours de leur apprentissage.

SAA

- Expliquer que la prochaine activité illustrera la fourniture d'informations sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.
- Demander à un volontaire de venir devant l'assemblée pour jouer le rôle d'une patiente ayant demandé à bénéficier d'un avortement médicamenteux pendant que vous-même jouerez le rôle du prestataire de soins pour faire une démonstration des compétences requises pour la transmission efficace d'informations et la fourniture de counseling.
- Expliquer au volontaire que vous avez déjà confirmé qu'elle est cliniquement éligible pour un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol, puisqu'elle est enceinte de huit semaines et ne présente pas de contre-indications. Remarque : On peut utiliser le misoprostol seul ou le misoprostol lors d'avortement incomplet pour ce jeu de rôles s'il s'agit des méthodes que les participants sont les plus susceptibles d'utiliser.
- Demander aux autres participants de regarder la démonstration et d'en suivre les étapes sur la liste de contrôle afin de vérifier que toutes les étapes ont été réalisées.
- Procéder à la démonstration pendant une dizaine de minutes en suivant toutes les étapes de la liste de contrôle.

- Demander s'il y a des questions sur la démonstration et sur la fourniture d'informations sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en général.
 - Répondre aux questions et animer une discussion sur les problèmes évoqués.

Dire : Nous allons à présent avoir l'occasion de mettre tout ceci en pratique.

Répartir les participants en groupes de trois.

- Expliquer qu'une personne va jouer le rôle du prestataire, une autre celui de la patiente et que la troisième servira d'observateur.
 - Signaler que chaque participant aura l'occasion de jouer chacun des trois rôles au cours de l'exercice.

Remettre un jeu de rôles différent à chaque groupe. Remarque à l'attention des formateurs : Si la formation porte uniquement sur les soins après avortement, utiliser les jeux de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses dans le cadre des soins après avortement.

- Laisser quelques minutes aux participants pour parcourir leur jeu de rôles et se répartir les rôles.
- Dire aux participants qu'ils ont 15 minutes pour le jeu de rôles.
- L'observateur doit utiliser la liste de contrôle pour noter ses observations et faire des commentaires lors de la discussion en groupe du jeu de rôles.
 - Dire aux groupes qu'ils disposeront de cinq minutes pour la discussion.
 - Leur rappeler éventuellement les règles sur la manière de fournir et recevoir des commentaires décrites dans le module « Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation » du manuel de référence.
- Demander aux participants d'intervertir les rôles de manière à ce qu'une personne différente joue les rôles de la patiente, du prestataire et de l'observateur.
- Poursuivre conformément aux instructions ci-dessous jusqu'à ce que les trois membres de chaque groupe aient chacun joué une fois les rôles du prestataire, de la patiente et de l'observateur.
- Réunir l'ensemble du groupe pour un résumé de l'exercice.

Dire : Qu'avez-vous ressenti de particulier lorsque vous jouiez le rôle du prestataire ?

- Recueillir quelques réponses et lancer une discussion.

Qu'avez-vous trouvé le plus difficile lorsque vous jouiez le rôle du prestataire ?

- Recueillir quelques réponses et lancer une discussion.
Quelques questions supplémentaires possibles sont :
Qu'avez-vous eu le plus de difficultés à expliquer ? À
quelles questions posées par la patiente avez-vous eu le
plus de mal à répondre ?

Demander à chacun d'inscrire dans son carnet de notes, à titre de rappel personnel, ce sur quoi ils souhaiteraient travailler pour améliorer leurs compétences en matière de counseling pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses au cours de ce cycle de formation et/ou ultérieurement.

6. Soins de suivi

SAA

Dire : Une visite de suivi systématique n'est pas nécessaire après un avortement médicamenteux par la mifépristone et le misoprostol. Cependant, si la patiente souhaite être rassurée après l'avortement, elle peut revenir environ deux semaines plus tard pour confirmer la réussite de la procédure ou pour bénéficier de services supplémentaires. Après un avortement médicamenteux par le misoprostol seul, la patiente doit revenir pour une visite de suivi dans les deux semaines qui suivent la prise du traitement.

Une visite de suivi systématique n'est généralement pas nécessaire après l'administration de misoprostol lors d'avortement incomplet.

Si la patiente est inquiète à propos des saignements persistants ou d'autres problèmes, elle peut revenir n'importe quand.

Montrer et commenter la diapositive : *Soins de suivi*

- Demander à la patiente comment s'est déroulée l'évacuation utérine.
- Déterminer si l'avortement est complet.
- Pratiquer une aspiration intra-utérine pour mettre fin à la procédure en cas de poursuite de la grossesse.
- Informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement.
- Passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire.
- Fournir une méthode contraceptive si la patiente le souhaite et ne l'a pas encore reçue.

Montrer et commenter la diapositive : *Évaluer le caractère complet de l'évacuation utérine*

- Demander à la patiente si elle a l'impression que l'avortement est terminé.
- Relever l'historique : quantité et durée du saignement, crampes, passage de caillots.
- Procéder à un examen clinique.
- En cas de doute sur le caractère complet de l'évacuation utérine, pratiquer une échographie ou proposer une aspiration intra-utérine

Montrer et commenter la diapositive : *Échec de l'évacuation utérine*

- En cas d'évacuation utérine incomplète, les options de traitement sont les suivantes :
 - Prise en charge attentiste, continuer à attendre l'expulsion des produits de conception
 - Nouvelle dose de misoprostol par voie vaginale
 - Aspiration intra-utérine

SAA

- Insister sur l'importance de discuter avec la patiente des options de traitement en cas de poursuite de la grossesse, d'échec de l'avortement ou d'avortement toujours incomplet.

Passons à présent en revue quelques scénarios sur les soins de suivi.

SAA

Remarque à l'attention des formateurs : Si la formation porte uniquement sur les soins après avortement, utiliser les diapositives des scénarios 1, 2 et 3 (soins après avortement). Se reporter aux scénarios en rapport avec les soins de suivi dans le cadre des soins après avortement à la fin de ce module pour les scénarios et les points à discuter.

Montrer et commenter la diapositive : *Scénario 1 (soins complets d'avortement)*

Une femme de 35 ans ayant deux enfants se présente au centre avec huit semaines d'aménorrhée et des saignements vaginaux peu abondants. Le test de grossesse est positif. Son utérus est plus petit qu'attendu. Elle opte pour un avortement médicamenteux et on lui donne 200 mg de mifépristone à prendre oralement et on lui remet 800 µg de misoprostol à administrer par voie vaginale chez elle le troisième jour. Elle revient quatre jours plus tard et dit n'avoir pratiquement pas présenté de saignements et souffrir de quelques douleurs abdominales.

Demander aux participants : Quels sont les soins supplémentaires éventuellement nécessaires ?

- Veiller à ce que les points suivants soient cités :
 - Un test de grossesse positif et un utérus non augmenté de volume doivent amener à envisager la possibilité d'une grossesse extra-utérine. Un examen supplémentaire par échographie est éventuellement nécessaire.
 - Une aspiration intra-utérine avec examen visuel des produits de la conception permettrait de confirmer le diagnostic de grossesse extra-utérine ou de mettre un terme à une grossesse intra-utérine.
 - L'avortement médicamenteux ne traite pas une grossesse extra-utérine.
 - En cas de grossesse extra-utérine confirmée ou suspectée, la patiente doit être traitée ou référée pour des soins immédiatement car cette situation représente une menace pour le pronostic vital.

Dire : Certaines femmes auront un avortement médicamenteux alors que l'on se trouve en présence d'une grossesse extra-utérine parce qu'une grossesse extra-utérine est souvent difficile à diagnostiquer.

Fournir une information supplémentaire : On constate la présence d'une masse annexielle suspecte du côté droit.

Dire : Que pensez-vous qu'il se passe et que feriez-vous ensuite ?

- Référer la patiente pour une échographie pour diagnostiquer une éventuelle grossesse extra-utérine.

Dire : L'échographie révèle une grossesse extra-utérine du côté droit. Comment traiter cette grossesse extra-utérine ?

- La patiente nécessite un traitement ou un renvoi immédiat pour ce problème qui représente une menace pour le pronostic vital.

Dire : L'absence de saignements après une tentative d'avortement médicamenteux est classique lors de grossesse extra-utérine. Une grossesse extra-utérine est une situation rare mais grave. Même si certaines femmes présentent des facteurs de risque de grossesse extra-utérine, la plupart des patientes confrontées à une grossesse extra-utérine n'en présentent aucun. Une grossesse extra-utérine se manifeste fréquemment par des saignements vaginaux diffus et une douleur abdominale unilatérale lorsque le volume de la grossesse extra-utérine devient suffisant (généralement environ huit semaines après la date des dernières règles). En raison de la discordance entre la date des dernières règles et la taille de l'utérus, une échographie aurait été utile lors de l'évaluation clinique initiale.

Montrer et commenter la diapositive : *Scénario 2 (soins complets d'avortement)*

Une jeune femme nullipare âgée de 19 ans se présente au centre. Elle a présenté des saignements importants pendant deux jours et ses dernières règles remontent à dix semaines mais la taille utérine correspond à une grossesse de sept semaines. Elle choisit de prendre du misoprostol pour un avortement incomplet et avale 600 µg de misoprostol. Quatre heures plus tard, elle appelle pour se plaindre de douleurs atroces. Elle ne dispose pas chez elle d'analgésiques soumis à prescription.

Dire : Que lui conseilleriez-vous de faire ?

- Veiller à ce que les points suivants soient cités :
 - Lui conseiller de prendre 600 à 800 mg d'ibuprofène oralement et d'essayer de placer une bouillotte remplie d'eau chaude ou des serviettes chaudes sur son ventre.
 - Lui expliquer qu'elle est probablement en train d'évacuer de gros fragments de tissus (certaines femmes ont un maximum de crampes au moment où ces tissus traversent le col de l'utérus).
 - La rassurer en lui disant qu'elle se sentira nettement mieux dès que ces tissus seront évacués ; ce processus survient généralement dans un délai de quatre à six heures après du misoprostol. Cela peut représenter une aide importante pour les patientes de mieux comprendre les raisons de leur inconfort de savoir que le pic de douleur indique très probablement la réussite de l'évacuation utérine.
 - Lui demander de rappeler si possible dans 30 à 60 minutes pour vous permettre de vous assurer qu'elle se sent mieux.

Dire : Deux heures plus tard, elle n'a toujours pas rappelé. Que feriez-vous ensuite ?

- La contacter par téléphone pour prendre de ses nouvelles.

Dire : Vous parvenez à la contacter par téléphone et elle vous dit qu'elle se sent beaucoup mieux après avoir évacué plusieurs gros caillots. Ses saignements ont diminué pour se limiter à de légers saignements et ses crampes sont minimales. Elle dit qu'elle souhaiterait revenir pour un rendez-vous de suivi.

Dire : Lorsque l'on fournit counseling aux patientes sur ce à quoi elles doivent s'attendre lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, il convient de parler des options de contrôle de la douleur. La patiente peut prendre de l'ibuprofène en même temps que le misoprostol ou lorsque les crampes apparaissent pour atténuer la douleur. On peut utiliser

en plus un narcotique tel que la codéine pour atténuer la gêne qui survient fréquemment quelques heures après la prise du misoprostol. Les autres méthodes que certaines patientes trouvent utiles pour atténuer la douleur sont notamment des coussins chauffants (bouillottes) et des massages.

Montrer et commenter la diapositive : *Scénario 3 (soins complets d'avortement)*

Une femme de 24 ans ayant deux enfants a subi précédemment un avortement. Elle se présente au centre après neuf semaines d'aménorrhée. Le test de grossesse est positif. À l'examen, son utérus est compatible avec une grossesse de neuf semaines. Elle opte pour un avortement médicamenteux et reçoit 200 mg de mifépristone oralement et 800 µg de misoprostol à insérer par voie vaginale le troisième jour. Elle revient six jours plus tard. Elle dit avoir évacué des caillots et avoir eu de fortes crampes peu après avoir inséré le misoprostol mais que ces derniers jours, elle n'a plus présenté que de légers saignements diffus. À l'examen, son utérus semble plus petit que lors de sa première visite. Vous lui dites que tout est terminé et qu'elle peut rentrer chez elle. Deux semaines plus tard, elle rappelle et se plaint de se sentir faible et fatiguée. En l'interrogeant plus en détail, elle dit continuer à présenter des saignements irréguliers, avec occasionnellement des saignements diffus mais assez souvent des saignements abondants intermittents « comparables à des règles abondantes ». Vous la faites revenir au centre ; elle est pâle et souffre d'étourdissements lorsqu'elle se met debout. À l'examen pelvien, vous constatez des saignements ressemblant à des menstruations normales ; son utérus n'est ni sensible ni augmenté de volume.

Dire : Que feriez-vous ?

- Demander des détails sur ce qui s'est passé, notamment comment elle se sent, l'importance des pertes de sang, son niveau d'activité physique, les autres médicaments qu'elle prend et les éventuelles maladies concomitantes. Procéder à un examen clinique.

Dire : À l'examen, elle souffre de troubles orthostatiques puisque son pouls s'accélère significativement lorsqu'elle se lève. À l'examen pelvien, vous constatez des saignements ressemblant à des menstruations normales ; son utérus n'est ni sensible ni augmenté de volume. Son taux d'hémoglobine est de 7,1. Comment prendriez-vous en charge cette situation ?

- Quelques-unes des réponses possibles sont :
 - les options de traitement sont une supplémentation liquidienne par perfusion de fluides ou une transfusion sanguine et/ou une supplémentation en fer.

- On envisagera sérieusement une aspiration intra-utérine pour éliminer les éventuels résidus de produits de la conception.
- Une échographie n'est que rarement utile en pareil cas.

Dire : Environ deux à quatre pour cent des femmes nécessitent une aspiration intra-utérine suite à des saignements persistants ou abondants jusqu'à quatre semaines après un avortement médicamenteux. Des antécédents de saignements persistants plus importants que des menstruations normales ou des saignements abondants aigus saturant plus d'une à deux serviettes épaisses par heure pendant plusieurs heures nécessitent une évaluation plus approfondie. Les symptômes de cette patiente, associés ici à un faible taux d'hémoglobine, sont inquiétants. Garder à l'esprit qu'une baisse du taux d'hémoglobine peut prendre un certain temps à se manifester et qu'un taux d'hémoglobine normal peut dès lors être faussement rassurant. La présence de débris et un endomètre épais après un avortement médicamenteux sont des observations normales à l'échographie. Les symptômes de la patiente nécessitent un traitement indépendamment des observations échographiques.

Avez-vous des questions sur les soins de suivi ?

- Répondre aux éventuelles questions.

7. Résumé et test

Demander aux participants de citer les principaux points de ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.

Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

- Abuabara, K., Blum, J. (éds 1ère édition) et Bracken, H. (éd. 2e édition). (2009). *Providing medical abortion in low-resource settings: An introductory guidebook* (2e éd.). New York: Gynuity Health Projects.
- Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83(4), 295–309. doi : 10.1016/j.contraception.2010.11.006
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. et Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41–44.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). *Report of the APA task force on mental health and abortion*. Washington DC: Author.
- Ashok, P. W., G. C. Penney, G. M. Flett et A. Templeton. (1998). An effective regimen for early medical abortion: A report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*, 13(10): 2962–2965.
- Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420–424.
- Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67–88. doi : 10.1097/GRF.0b013e31802f1233
- Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. et Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(1), 166–171. doi : <http://10.1097/AOG.0b013e3182755763>
- Committee on Gynecologic Practice. (2009). ACOG Committee Opinion No. 434: Induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 113(6), 1417–1418.
- Copeland, L. J., Jarrell, J. F. et Dodson, R. (2000). *Textbook of gynecology* (2nd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Creinin, M.D., Fox, M.C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E.A. et Meyn, L.E. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 103, 851–859.
- Creinin, M.D. et Gemzell-Danielsson, K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. In : Paul M, Lichtenberg E.S, Borgatta L., Grimes D.A., Stubblefield P.G., Creinin M.D. (eds.). *Management of unintended pregnancy and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care* (111–34). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure: Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105–113
- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16–20.
- Goldstone, P., Michelson, J. et Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal Australia*, 197(5), 282–286.
- Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project. (2003). *Consensus statement: Instructions for use—Abortion induction with misoprostol in pregnancies up to 9 weeks LMP*. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. Washington DC: Gynuity.

Gynuity Health Projects et Ipas. (2012). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: Training guide*. New York, NY and Chapel Hill, NC: Gynuity Health Projects and Ipas.

Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 129–135.

Ipas. (2009). *Évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : Manuel de formation pour des cycles de formation courts*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2013). *Guide de formation à l'avortement médicamenteux* (deuxième édition). K. L. Turner (éd.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence (*deuxième édition*). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Jackson E. et Kapp N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception*, 83(2), 116–126.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 533–537.

Lichtenberg, E. S. et Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care* (p. 224-251). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

Livshits, A., Machtinger, R., David, L.B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. et Seidman, D.S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1877–1880.

March, C. M. (2011). Asherman's syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(2), 83–94.doi : 10.1055/s-0031-1272470

National Cancer Institute. (2010). *Summary report: Early reproductive events and breast cancer workshop* (2nd ed.). National Cancer Institute

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (1995). *Complications des avortements : Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. (2e éd.). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Directives de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la prise en charge de l'hémorragie post-partum et de la rétention placentaire*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2011). *IMAI district clinician manual: Hospital care for adolescents and adults: guidelines for the management of common illnesses with limited resources* (Vol. 1). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012a). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012b). *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. et Dudley, S. (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Royal College of Obstetrics and Gynecology. (2011). *The care of women requesting induced abortion: Evidence-based guideline no. 7*. London: RCOG Press.

Schaff, E.A., Fielding, S.L., Westhoff, C., Ellertson, C., Eisinger, S.H., Stadalius, L.S. et Fuller, L. (2000). Vaginal misoprostol administered 1, 2, or 3 days after mifepristone for early medical abortion: A randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 284(15): 1948–1953.

Schaff, E.A., Stadalius, L.S., Eisinger, S.H. et Franks, P. (1997). Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU-486) for abortion. *Journal of Family Practice*, 44, 353–360.

Solter, C., Miller, S. et Gutierrez, M. (2000). Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) For Treatment of Incomplete Abortion. *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 81(1), 59–63.

Von Hertzen, H., Honaken, H., Piaggio, G., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., ... et Wu, S.C. (2003). WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 110(9): 808–818.

Réponses au test de connaissances

1. Vrai
2. Vrai
3. Faux
4. Vrai
5. Vrai
6. Faux
7. Vrai
8. Faux
9. c
10. b
11. d

Test de connaissances sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Entourer Vrai ou Faux.

1. Vrai ou faux ? La mifépristone en association avec le misoprostol est plus efficace que le misoprostol seul pour un avortement médicamenteux.
1. Vrai ou faux ? Le misoprostol par voie orale est une voie d'administration recommandée pour le traitement d'un avortement incomplet.
2. Vrai ou faux ? On ne peut pas utiliser de narcotiques pour traiter la douleur chez les femmes qui subissent une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.
3. Vrai ou faux ? Les complications d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses sont rares.
4. Vrai ou faux ? Une évacuation utérine est recommandée en cas de poursuite de la grossesse car il existe un faible risque d'anomalies congénitales après administration de misoprostol.
5. Vrai ou faux ? Les patientes doivent rester au centre pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses en toute sécurité.
6. Vrai ou faux ? Des saignements abondants sont normaux au cours d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.
7. Vrai ou faux ? Une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses est moins efficace chez les très jeunes femmes que chez les femmes plus âgées.

Entourer la bonne réponse.

8. Toutes les informations suivantes doivent être passées en revue avec la patiente avant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses sauf :
 - a. L'importance de terminer la procédure d'évacuation lorsqu'elle a commencé
 - b. Les informations de base sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
 - c. La nécessité d'obtenir le consentement du mari
 - d. Les effets attendus, les effets indésirables et les complications possibles
9. Lequel des symptômes suivants n'est pas un effet indésirable potentiel d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ?
 - a. Diarrhée
 - b. Sensation de picotements
 - c. Vomissements
 - d. Fièvre et/ou frissons

10. Tout ce qui suit doit être fourni à chaque patiente avant qu'elle ne quitte le centre sauf :
- a. Les signes d'alerte de complications et quand et où obtenir une assistance médicale
 - b. Des informations sur le fait qu'elle peut redevenir enceinte presque immédiatement
 - c. Une méthode contraceptive de son choix si elle le souhaite
 - d. Un rendez-vous pour une visite de suivi après un avortement par la mifépristone et le misoprostol

SAA

Fiches des effets attendus et des effets indésirables

Saignements vaginaux

- Débutent généralement dans les trois heures qui suivent la prise du misoprostol mais peuvent débuter après la prise de la mifépristone.
- Habituellement plus importants que des règles abondantes ; maximaux lors du passage du tissu fœtal.
- S'accompagnent souvent du passage de caillots de sang.
- Les saignements et les saignements diffus ont tendance à durer plus longtemps qu'après une aspiration intra-utérine.
- Les saignements peuvent persister pendant une durée moyenne de 14 jours.
- Certaines femmes peuvent même saigner encore plus longtemps.
- Les saignements excessifs sont peu fréquents et on peut habituellement les traiter avec succès par aspiration intra-utérine.
- Une transfusion sanguine n'est que très rarement nécessaire.
- Les prestataires de soins doivent disposer de protocoles clairement définis pour évaluer et traiter les saignements anormaux.
 - La saturation de moins de deux serviettes hygiéniques épaisses par heure après la prise du misoprostol avec un flux qui diminue au fil du temps est normale. La saturation de plus de deux à trois serviettes par heure pendant deux heures consécutives doit alerter le prestataire et l'inciter à suivre attentivement l'évolution de la patiente.
- Une hémorragie sévère ou des saignements abondants prolongés nécessitent une attention immédiate.

Crampes

- La plupart des patientes souffrent de crampes.
- L'intensité de la douleur dépend de facteurs individuels et culturels.
- Il est utile, au cours de la fourniture du counseling sur ce à quoi s'attendre, d'expliquer aux patientes comment traiter les crampes.
- Les prestataires de soins doivent fournir des analgésiques aux patientes avant une procédure d'évacuation utérine.
- Ils doivent faire usage de leur jugement clinique pour faire une distinction entre « douleur attendue » et douleur indiquant un problème potentiel.
- Toute douleur persistante nécessite une évaluation.
- De la douleur associée à d'autres symptômes évoquant la possibilité d'une grossesse extra-utérine nécessite une évaluation.
- Il est nécessaire de conseiller aux patientes de contacter le centre si la douleur associée aux saignements s'accompagne de fièvre persistante.

SAA *Effets indésirables gastro-intestinaux*

- Plus de la moitié des patientes présentent des effets indésirables gastro-intestinaux (nausées, vomissements et diarrhée) après l'administration de misoprostol.
- Ces effets indésirables sont généralement bénins et ont une durée limitée.
- On ne sait pas avec certitude si des antiémétiques et des antidiarrhéiques ont une quelconque utilité, mais on peut en prescrire si nécessaire.

Fièvre, bouffées de chaleur et frissons

- Une fièvre transitoire, des bouffées de chaleur ou des frissons peuvent accompagner une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Ces effets indésirables sont fréquents avec le misoprostol.
- Aucun traitement n'est nécessaire mais les patientes doivent être informées au préalable de la possibilité de ces effets indésirables. Si on le souhaite, on peut traiter la fièvre par des antipyrétiques.
- Bien qu'une infection après avortement soit rare suite à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, une fièvre persistante survenant le lendemain de la prise du misoprostol peut indiquer une infection et nécessite une évaluation.

Maux de tête ou vertiges

- Des maux de tête ou des vertiges sont des effets indésirables fréquents d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.
- On peut traiter les maux de tête par des analgésiques.
- De légers vertiges de courte durée peuvent être soignés par une bonne hydratation, du repos et en évitant de changer trop rapidement de position.
- Les patientes qui présentent des vertiges associés à des saignements abondants nécessitent une évaluation immédiate pour déceler une éventuelle perte de sang excessive.

Jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins complets d'avortement)

Patiente n° 1 : Une jeune fille de 20 ans, étudiante à l'université, sort depuis plusieurs mois avec un autre étudiant. Elle a commencé récemment à avoir des relations sexuelles avec lui. Ils utilisaient des préservatifs mais une fois, le préservatif s'est déchiré. Elle craignait d'être enceinte et s'est rendue au centre pour subir un test de grossesse, qui s'est avéré positif. Elle souhaite avorter parce qu'elle veut poursuivre ses études et qu'elle pense que son ami ne sera pas un partenaire à long terme. Elle vit dans une chambre d'étudiant appartenant à l'université et partage une salle de bains avec sa compagne de chambre. Cette dernière s'est montrée très compréhensive. Elle a accompagné l'étudiante au centre et l'attend à l'extérieur.

Patiente n° 2 : Une femme mariée âgée de 30 ans a constaté un retard de trois semaines de ses règles. Elle a deux enfants de moins de six ans et ne se sent pas capable de s'occuper d'un troisième enfant pour l'instant. Cependant, elle-même et son mari sont pratiquants et leur religion interdit l'avortement, aussi elle a très peur que son mari ou un autre membre de sa famille n'apprenne qu'elle a subi un avortement. Elle est bien décidée à subir un avortement et

à commencer ensuite à utiliser une méthode contraceptive que son mari devra ignorer parce qu'elle craint qu'il désapprouve le recours à la contraception.

Patiente n° 3 : Une femme de 33 ans souhaite désespérément devenir enceinte et a été ravie lorsque, deux semaines auparavant, elle n'a pas eu ses règles. Malheureusement, lorsqu'elle s'est rendue chez le médecin pour un test de grossesse, elle a également subi un test de dépistage du VIH et a appris qu'elle était séropositive pour le VIH. Elle s'inquiète de cette grossesse et craint que le fait de porter un enfant ait un impact négatif sur sa santé ; à côté de cela, elle est catastrophée à l'idée de ne pas donner naissance à ce bébé qu'elle désirait si ardemment. Elle n'a pas dit à son mari qu'elle était infectée par le VIH. Elle n'est pas certaine du statut de ce dernier vis-à-vis du VIH.

Patiente n° 4 : Une femme se présente au centre parce qu'elle a entendu dire que l'on y dispense des soins d'avortement médicamenteux. Elle a subi une procédure traumatisante d'avortement non sécurisé dix ans auparavant, alors que la législation était plus restrictive et qu'il lui était impossible d'avoir accès à des soins d'avortement sécurisé. Elle s'est jurée de ne jamais renouveler une expérience aussi atroce. Ses dernières règles datent d'il y a environ huit semaines et elle craint qu'il soit déjà trop tard pour pouvoir recourir à un avortement médicamenteux. Elle a peur des procédures médicales mais souhaite mettre un terme à cette grossesse parce qu'elle ne veut pas être mère.

Patiente n° 5 : Une femme de 25 ans vit avec son ami. Elle est enceinte et il s'est écoulé moins de huit semaines depuis la date de ses dernières règles. Elle s'est disputée avec son ami parce qu'elle voulait mettre un terme à cette grossesse accidentelle. Au cours de la discussion, il l'a battue, ce qui a provoqué des saignements vaginaux relativement importants. Elle s'est rendue au centre pour y recevoir un traitement et ne souhaite pas que l'on tente de stabiliser sa grossesse même si c'est possible. Son ami l'a suivie jusqu'au centre et veut discuter avec elle et avec le prestataire. La jeune femme a peur de lui.

Patiente n° 6 : Une femme mariée de 35 ans, mère de trois enfants, a effectué un test de grossesse à domicile qui a fourni un résultat positif. Elle veut avorter. Son mari ignore qu'elle est enceinte. Elle pense qu'il désapprouverait un avortement mais n'en a jamais discuté avec lui. Elle assume la charge de l'éducation des enfants, ainsi que les tâches ménagères et les travaux de la ferme. Son mari travaille de temps en temps à l'extérieur. Elle se sent fatiguée et déprimée face à cette grossesse.

Jeu de rôles sur l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses (soins après avortement)

Patiente n° 1 : Une femme de 35 ans confrontée à une grossesse non désirée croit avoir expulsé les produits de conception quelques jours auparavant mais souhaite en avoir la certitude. Son col est relativement dilaté et elle a présenté de légers saignements mais ceux-ci ont eu tendance à augmenter quelque peu ces quatre derniers jours. Elle a également des crampes depuis quatre jours et celles-ci augmentent aussi d'intensité. Une amie lui a fourni des médicaments pour l'aider à mettre un terme à sa grossesse, peut-être du misoprostol, qu'elle a pris ce matin. Elle est extrêmement anxieuse, elle a surtout peur que son mari se rende au centre.

Patiente n° 2 : Une jeune fille de 13 ans se présente au centre pour une grossesse accidentelle. Elle a présenté de légers saignements accompagnés de crampes modérées pendant environ une journée. Elle s'est rendue la veille chez la sage-femme traditionnelle du village, qui l'a aidée à essayer de mettre un terme à sa grossesse à l'aide d'un instrument chirurgical. À l'examen, on n'observe pas de pus ni aucun autre signe d'infection. Elle a très peur de ce qui pourrait lui arriver, de même que son petit ami, qui l'a accompagnée au centre. Son groupe de soutien, qui inclut sa famille et son petit ami, est extrêmement efficace. Son col est légèrement dilaté.

Patiente n° 3 : Une femme de 25 ans vit avec son ami. Elle est enceinte et il s'est écoulé moins de huit semaines depuis la date de ses dernières règles. Elle s'est disputée avec son ami à propos de cette grossesse accidentelle et, au cours de la discussion, il l'a battue, ce qui a provoqué des saignements vaginaux relativement importants. Elle s'est rendue au centre pour y recevoir un traitement et ne souhaite pas que l'on tente de stabiliser sa grossesse même si c'est possible. Son ami l'a suivie jusqu'au centre et veut discuter avec elle et avec le prestataire. La jeune femme a peur de lui.

Patiente n° 4 : Une femme de 24 ans se présente au centre avec des symptômes de fausse couche. Elle est extrêmement inquiète à l'idée de devoir subir un examen vaginal et dit avoir très peur des procédures médicales. Elle ne se souvient pas de la date de ses dernières règles.

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses—Mifépristone et misoprostol

Instructions : Déterminer si chacune des étapes s'est déroulée correctement et ajouter éventuellement des commentaires

| Première visite au centre | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Utiliser un langage non clinique et adapté à son âge | | | |
| Fournir si nécessaire des informations de base sur la conception, la grossesse et les options envisageables | | | |
| Confirmer avec la patiente qu'elle souhaite mettre un terme à sa grossesse et que sa décision est volontaire | | | |
| Déterminer de quel type de soutien elle dispose pour prendre sa décision | | | |
| Lui demander si quelqu'un l'a accompagnée et si elle souhaite que cette personne participe à la séance d'information et de counseling | | | |
| Déterminer si quelqu'un peut rester auprès d'elle au cours de la procédure d'avortement médicamenteux | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite au centre | | | |
| L'interroger sur ses éventuels problèmes médicaux et lui demander si elle est allergique à certains médicaments | | | |
| L'interroger sur son état de santé en général et sur ses antécédents en matière de santé génésique | | | |
| Déterminer son éligibilité médicale pour un avortement médicamenteux | | | |
| Si ce point est prévu en routine par les protocoles locaux, déterminer son statut en termes de facteur rhésus et lui administrer des immunoglobulines anti-facteur rhésus si elle est rhésus négative (si disponible et réalisable) | | | |

(suite en pages 364 à 367)

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Mifépristone et misoprostol

| | | | |
|---|------------|------------|---------------------|
| Si ce point est prévu en routine par les protocoles locaux, procéder avant l'avortement médicamenteux à un dosage de l'hémoglobine ou à une détermination de l'hématocrite si indiqué et si le matériel requis est disponible (<i>Remarque : Ce point peut faire partie des protocoles locaux mais est irréalisable ou n'est pas prévu en routine dans la majorité des centres</i>) | | | |
| Confirmer l'âge gestationnel par une évaluation clinique | | | |
| Lui expliquer quelles sont les méthodes d'avortement disponibles, en décrire les caractéristiques, l'efficacité et le calendrier/les visites nécessaires | | | |
| Lui demander son point de vue sur le choix entre l'avortement médicamenteux et l'AMIU et sur la méthode qui lui semble la mieux adaptée à sa situation | | | |
| Si elle opte pour un avortement médicamenteux, lui donner de plus amples informations sur cette méthode en utilisant des termes simples | | | |
| Première visite au centre (suite) | Oui | Non | Commentaires |
| Clarifier ses sentiments sur la possibilité de présenter des saignements abondants chez elle | | | |
| Lui expliquer comment prendre la mifépristone et le misoprostol | | | |
| Lui expliquer ce à quoi elle doit s'attendre après avoir pris les médicaments | | | |
| Lui expliquer comment prendre des analgésiques pour le contrôle de la douleur et lui suggérer d'autres méthodes pour soulager la douleur (par exemple une bouillotte d'eau chaude) | | | |
| S'assurer qu'elle a bien compris : <ul style="list-style-type: none"> • les effets normaux attendus et les effets indésirables et symptômes fréquents • les signes d'alerte indiquant la nécessité de retourner au centre | | | |
| | | | |
| | | | |
| Lui indiquer où s'adresser en cas de questions ou de problèmes lorsqu'elle est chez elle | | | |
| Lui fournir des informations de contact en cas de problème ou d'urgence | | | |
| Lui expliquer que, en cas d'échec de l'avortement médicamenteux, il sera nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour mettre un terme à sa grossesse | | | |
| L'inviter à poser des questions et répondre à ses questions | | | |
| Obtenir son consentement éclairé | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Mifépristone et misoprostol

| | | | |
|--|-----|-----|--------------|
| Discuter avec la patiente : <ul style="list-style-type: none"> des informations sur le retour de la fertilité, la sexualité et la contraception des méthodes contraceptives, si elle le souhaite, avec des instructions sur le moment auquel elle doit commencer à les utiliser | | | |
| La patiente a-t-elle avalé les comprimés de mifépristone ? | | | |
| Si elle a choisi comme méthode contraceptive une injection d'acétate de médroxyprogestérone, un implant contraceptif ou des contraceptifs hormonaux, lui fournir la méthode de son choix. Si elle a opté pour un DIU (dispositif intra utérin), lui dire de revenir dans une à deux semaines pour le mettre en place. Si elle a choisi une autre méthode, lui fournir la méthode de son choix avec les instructions correspondantes. | | | |
| Si la patiente souhaite prendre les comprimés de misoprostol chez elle et ne pas revenir les chercher, lui remettre les comprimés de misoprostol à prendre chez elle | | | |
| Lui dire qu'elle pourra bénéficier de soins de suivi si nécessaire ou si elle le souhaite | | | |
| Visite éventuelle pour la prise du misoprostol (si le misoprostol n'a pas été remis lors de la première visite pour être utilisé à domicile) | Oui | Non | Commentaires |
| Veiller à la confidentialité lors de la séance de counseling | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite de suivi au centre | | | |
| Lui remettre le misoprostol pour utilisation au centre ou pour le prendre chez elle (en fonction du protocole) | | | |
| Si la patiente quitte le centre avant d'avoir avorté : <ul style="list-style-type: none"> lui fournir des instructions orales et écrites concernant l'avortement à domicile lui fournir des médicaments (analgésiques) lui rappeler qu'elle pourra bénéficier de soins de suivi si nécessaire ou si elle le souhaite | | | |
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence sexuelle et familiale, dépistage du cancer et VIH | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Mifépristone et misoprostol

| | | | |
|--|-----|-----|--------------|
| Si elle a choisi comme méthode contraceptive une injection d'acétate de médroxyprogestérone, un implant contraceptif ou des contraceptifs hormonaux, lui fournir la méthode de son choix. Si elle a opté pour un DIU (dispositif intra utérin ou stérilet), lui dire de revenir dans une à deux semaines pour le mettre en place. Si elle a choisi une autre méthode, lui fournir la méthode de son choix avec les instructions correspondantes. | | | |
| Si la patiente avorte au centre : • on peut examiner les produits de conception pour confirmer l'expulsion | | | |
| Passer en revue les instructions concernant les soins de suivi | | | |
| Donner des informations sur les signes d'alerte indiquant la nécessité de revenir au centre ou de demander une assistance médicale | | | |
| Lui fournir des informations de contact en cas d'urgence | | | |
| Demander à la patiente si elle a d'autres questions | | | |
| Visite de suivi éventuelle (si nécessaire ou si la patiente le souhaite) | Oui | Non | Commentaires |
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite de suivi au centre | | | |
| Visite de suivi éventuelle (suite) | Oui | Non | Commentaires |
| Interroger la patiente sur le déroulement de la procédure d'avortement et lui demander si elle pense qu'elle n'est plus enceinte | | | |
| Évaluer le statut de l'avortement par : | | | |
| • relevé de l'historique de la procédure d'avortement (intensité et durée des saignements, effets indésirables, crampes) | | | |
| • interrogatoire sur les crampes et l'intensité du saignement actuellement | | | |
| • réalisation d'un examen clinique | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Mifépristone et misoprostol

| | | | |
|--|------------|------------|---------------------|
| <p>En cas de doute quant au fait que la patiente puisse toujours être enceinte, discuter des options possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • demander à un autre clinicien, éventuellement plus expérimenté, de procéder à un second examen de contrôle • demander à la patiente de revenir dans une semaine pour la réexaminer (si, à ce moment, sa grossesse ne risque pas d'être trop avancée pour pouvoir procéder à une aspiration intra-utérine si nécessaire) • procéder immédiatement à une aspiration intra-utérine | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>Administrer une seconde dose de 800 µg de misoprostol par voie vaginale et faire revenir la patiente pour une visite de suivi 7 à 14 jours plus tard (s'il n'est pas possible de procéder à une aspiration intra-utérine)</p> <ul style="list-style-type: none"> • pratiquer une échographie si l'équipement nécessaire est disponible | | | |
| <p>Si la patiente n'est plus enceinte, lui fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des informations sur la manière de contacter le centre en cas de questions ou de problèmes • des informations sur le retour de la fertilité et la contraception • une méthode contraceptive si elle le souhaite | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>En cas de saignement prolongé ou plus intense que la normale discuter des options de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prise en charge attentiste (en fonction de l'abondance des saignements) • aspiration intra-utérine • misoprostol : dans la pratique clinique, on administre parfois une seconde dose de misoprostol pour traiter les saignements anormaux, bien que l'on ne dispose d'aucune preuve de l'efficacité d'un tel traitement et que les effets indésirables soient fréquents. | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Visite de suivi éventuelle (suite) | Oui | Non | Commentaires |
| <p>Si la patiente est toujours enceinte, discuter des options possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aspiration intra-utérine (traitement standard recommandé) • nouvelle dose de 800 µg de misoprostol par voie vaginale avec suivi attentif (moins étudié ; ne constitue pas une recommandation de première ligne mais peut être envisagé en cas de difficulté à avoir accès à une aspiration intra-utérine) | | | |
| | | | |
| | | | |
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence sexuelle et familiale, dépistage du cancer et VIH | | | |
| Demander à la patiente si elle a d'autres questions | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Misoprostol seul

Instructions: Déterminer si chacune des étapes s'est déroulée correctement et ajouter éventuellement des commentaires.

| Première visite au centre | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Utiliser un langage non clinique et adapté à son âge | | | |
| Fournir si nécessaire des informations de base sur la conception, la grossesse et les options envisageables | | | |
| Confirmer avec la patiente qu'elle souhaite mettre un terme à sa grossesse et que sa décision est volontaire | | | |
| Déterminer de quel type de soutien elle dispose pour prendre sa décision | | | |
| Lui demander si quelqu'un l'a accompagnée et si elle souhaite que cette personne participe à la séance d'information et de counseling | | | |
| Déterminer si quelqu'un peut rester auprès d'elle au cours de la procédure d'avortement médicamenteux | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite au centre | | | |
| L'interroger sur ses éventuels problèmes médicaux et lui demander si elle est allergique à certains médicaments | | | |
| L'interroger sur son état de santé en général et sur ses antécédents en matière de santé génésique | | | |
| Déterminer son éligibilité médicale pour un avortement médicamenteux | | | |
| Si ce point est prévu en routine par les protocoles locaux, déterminer son statut en termes de facteur rhésus et lui administrer des immunoglobulines anti-facteur rhésus si elle est rhésus négative (si disponible et réalisable) | | | |
| Si ce point est prévu en routine par les protocoles locaux, procéder avant l'avortement médicamenteux à un dosage de l'hémoglobine ou à une détermination de l'hématocrite si indiqué et si le matériel requis est disponible (Remarque : ce point peut faire partie des protocoles locaux mais est irréalisable ou n'est pas prévu en routine dans la majorité des centres) | | | |
| Procéder à un examen bimanuel pour confirmer l'âge gestationnel | | | |
| Lui expliquer quelles sont les méthodes d'avortement disponibles, en décrire les caractéristiques, l'efficacité et le calendrier/les visites nécessaires | | | |
| Lui demander son point de vue sur les différentes options en matière d'avortement et sur la méthode qui est la mieux adaptée à sa situation | | | |

(suite en pages 370 à 372)

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Misoprostol seul

| Première visite au centre (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Si elle opte pour un avortement médicamenteux, lui donner de plus amples informations sur cette méthode en utilisant des termes simples | | | |
| Clarifier ses sentiments sur la possibilité de présenter des saignements abondants chez elle | | | |
| Lui expliquer comment prendre le misoprostol | | | |
| Lui expliquer ce à quoi elle doit s'attendre après avoir pris le misoprostol | | | |
| Lui expliquer comment prendre des analgésiques pour le contrôle de la douleur et lui suggérer d'autres méthodes pour soulager la douleur (par exemple une bouillotte d'eau chaude) | | | |
| S'assurer qu'elle a bien compris : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> les effets normaux attendus et les effets indésirables et symptômes fréquents les signes d'alerte indiquant la nécessité de retourner au centre | | | |
| Lui indiquer où s'adresser en cas de questions ou de problèmes lorsqu'elle est chez elle | | | |
| Lui fournir des informations de contact en cas de problème ou d'urgence | | | |
| Lui expliquer que, en cas d'échec de l'avortement médicamenteux, il sera nécessaire de prendre des mesures supplémentaires pour mettre un terme à sa grossesse | | | |
| L'inviter à poser des questions et répondre à ses questions | | | |
| Obtenir son consentement éclairé | | | |
| Discuter avec la patiente : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> des informations sur le retour de la fertilité, la sexualité et la contraception des méthodes contraceptives, si elle le souhaite, avec des instructions sur le moment auquel elle doit commencer à les utiliser. Si la patiente a choisi une injection d'acétate de médroxyprogestérone ou un implant contraceptif, on peut lui fournir cette méthode en même temps que le premier comprimé pour l'avortement médicamenteux. Si elle a opté pour une autre méthode hormonale, celle-ci peut lui être remise pour commencer à l'utiliser immédiatement. Si elle a opté pour un DIU (dispositif intra utérin ou stérilet), lui fixer rendez-vous pour une visite de suivi après une à deux semaines pour sa mise en place. Si elle a refusé la fourniture d'une méthode contraceptive, lui parler du retour rapide de la fertilité, généralement dans les deux semaines qui suivent | | | |
| Lui remettre le misoprostol pour utilisation au centre ou pour le prendre chez elle (en fonction du protocole) | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses — Misoprostol seul

| Première visite au centre (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence familiale, dépistage du cancer, VIH/sida | | | |
| L'informer que des soins de suivi sont recommandés | | | |
| Visite de suivi | Oui | Non | Commentaires |
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite de suivi au centre | | | |
| Interroger la patiente sur le déroulement de la procédure d'avortement et lui demander si elle pense qu'elle n'est plus enceinte | | | |
| Évaluer le statut de l'avortement par : | | | |
| • relevé de l'historique de la procédure d'avortement (intensité et durée des saignements, effets indésirables, crampes) | | | |
| • interrogatoire sur les crampes et l'intensité du saignement actuellement | | | |
| • réalisation d'un examen clinique | | | |
| En cas de doute quant au fait que la patiente puisse toujours être enceinte, discuter des options possibles : | | | |
| • demander à un autre clinicien, éventuellement plus expérimenté, de procéder à un second examen de contrôle | | | |
| • pratiquer une échographie si l'équipement nécessaire est disponible | | | |
| • demander à la patiente de revenir dans une semaine pour la réexaminer (si, à ce moment, sa grossesse ne risque pas d'être trop avancée pour pouvoir procéder à une aspiration intra-utérine si nécessaire) | | | |
| • procéder immédiatement à une aspiration intra-utérine | | | |
| Si la patiente n'est plus enceinte, lui fournir : | | | |
| • des informations sur la manière de contacter le centre en cas de questions ou de problèmes | | | |
| • des informations sur le retour de la fertilité et la contraception | | | |
| • une méthode contraceptive si elle le souhaite | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses—Misoprostol seul

| | | | |
|---|------------|------------|---------------------|
| <p>En cas de saignement prolongé ou plus intense que la normale discuter des options de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • prise en charge attentiste (en fonction de l'abondance des saignements) • aspiration intra-utérine • misoprostol : dans la pratique clinique, on administre parfois une seconde dose de misoprostol pour traiter les saignements anormaux, bien que l'on ne dispose d'aucune preuve de l'efficacité d'un tel traitement et que les effets indésirables soient fréquents. | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Si la patiente est toujours enceinte, en discuter avec elle et pratiquer l'aspiration intra-utérine recommandée en pareil cas (ou la renvoyer vers une autre institution pour cela) | | | |
| Visite de suivi (suite) | Oui | Non | Commentaires |
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence sexuelle et familiale, dépistage du cancer et VIH/sida | | | |
| Demander à la patiente si elle a d'autres questions | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour un traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet

| Première visite au centre | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Utiliser un langage non clinique et adapté à son âge | | | |
| Demander à la patiente la raison de sa visite | | | |
| Lui demander la date de ses dernières règles | | | |
| Déterminer si elle a présenté des saignements vaginaux (pendant combien de temps, intensité, moment) | | | |
| Demander à la patiente si elle pense avoir été ou être enceinte | | | |
| Lui demander si elle a évacué des caillots, des tissus ou a présenté des saignements comparables à des règles abondantes | | | |
| (en fonction des circonstances) : Demander à la patiente si elle a subi une procédure d'avortement, a utilisé des médicaments ou a introduit des objets dans son vagin ou son utérus pour mettre un terme à sa grossesse | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite au centre | | | |
| Lui demander si quelqu'un l'a accompagnée et si elle souhaite que cette personne participe à la séance d'information et de counseling | | | |
| L'interroger sur ses éventuels problèmes médicaux et lui demander si elle est allergique à certains médicaments | | | |
| L'interroger sur son état de santé en général et sur ses antécédents en matière de santé génésique | | | |
| Lui décrire les différentes méthodes d'évacuation utérine disponibles, leurs caractéristiques et leur efficacité | | | |
| Déterminer quelle est la méthode d'évacuation utérine la mieux adaptée à son cas | | | |
| Si elle opte pour le misoprostol, lui donner des informations plus détaillées sur cette méthode, en utilisant des termes simples (remarque : si elle opte pour une aspiration intra-utérine, se reporter à la liste de contrôle du module « Procédure d'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus » pour la suite des étapes d'information et de counseling) | | | |
| Déterminer son éligibilité médicale pour un traitement au misoprostol pour avortement incomplet | | | |
| Déterminer si quelqu'un peut rester auprès d'elle au cours de la procédure de prise du misoprostol | | | |

(suite en pages 374 à 375)

Liste de contrôle des compétences requises pour un traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet

| Première visite au centre (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|--|-----|-----|--------------|
| Élucider l'avis de la patiente sur la possibilité que l'évacuation ait lieu chez elle et lui demander de quelle assistance elle dispose à domicile | | | |
| S'assurer qu'elle a compris : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> les effets attendus et les effets indésirables et symptômes fréquents les signes d'alerte indiquant la nécessité de retourner au centre | | | |
| Procéder à un examen bimanuel pour confirmer la taille de l'utérus | | | |
| Lui expliquer comment prendre le misoprostol et à quoi elle doit s'attendre après l'avoir pris | | | |
| Lui expliquer comment prendre des analgésiques pour le contrôle de la douleur et lui suggérer d'autres méthodes pour soulager la douleur (par exemple une bouillotte d'eau chaude) | | | |
| Lui indiquer où s'adresser en cas de questions ou de problèmes lorsqu'elle est chez elle | | | |
| Lui fournir des informations de contact en cas de problème ou d'urgence | | | |
| Lui expliquer que, en cas d'échec de l'évacuation utérine par le misoprostol, il sera nécessaire de procéder à une aspiration intra-utérine pour mettre un terme à sa grossesse | | | |
| Demander à la patiente si elle a d'autres questions | | | |
| Obtenir son consentement éclairé | | | |
| Discuter avec la patiente : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> des informations sur le retour de la fertilité, la sexualité et la contraception des méthodes contraceptives, si elle le souhaite, avec des instructions sur le moment auquel elle doit commencer à les utiliser. Si la patiente a choisi une injection d'acétate de médroxyprogestérone ou un implant contraceptif, on peut lui fournir cette méthode en même temps que le misoprostol. Si elle a opté pour une autre méthode hormonale, celle-ci peut lui être remise pour commencer à l'utiliser immédiatement. Si elle a opté pour un DIU (dispositif-intra-utérin ou stérilet), lui fixer rendez-vous pour une visite de suivi après une à deux semaines pour sa mise en place. Si elle a refusé la fourniture d'une méthode contraceptive, lui parler du retour rapide de la fertilité, généralement dans les deux semaines qui suivent. | | | |
| Lui remettre le misoprostol pour utilisation au centre ou pour le prendre chez elle (en fonction du protocole) | | | |
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence familiale, dépistage du cancer, VIH/sida | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour un traitement au misoprostol lors d'avortement incomplet

| | | | |
|---|------------|------------|---------------------|
| Lui dire qu'elle pourra bénéficier de soins de suivi si nécessaire ou si elle le souhaite | | | |
| Visite de suivi éventuelle | Oui | Non | Commentaires |
| Veiller à la confidentialité au cours de la visite | | | |
| Saluer la patiente de manière amicale et respectueuse | | | |
| Lui expliquer à quoi elle doit s'attendre au cours de sa visite de suivi au centre | | | |
| Interroger la patiente sur le déroulement de la procédure d'avortement et lui demander si elle pense que l'avortement a eu lieu | | | |
| Évaluer le caractère complet de l'évacuation utérine par : | | | |
| • relevé de l'historique de la procédure (intensité et durée des saignements, effets indésirables, crampes) | | | |
| • réalisation d'un examen clinique | | | |
| • réalisation d'une échographie si l'équipement nécessaire est disponible en cas de doute sur le caractère complet de l'évacuation | | | |
| En cas de succès de l'administration de misoprostol pour avortement incomplet, fournir à la patiente : | | | |
| • des informations sur la manière de contacter le centre en cas de questions ou de problèmes | | | |
| • counseling en matière de contraception (si cela n'a pas été fait précédemment) | | | |
| • des informations sur le retour de la fertilité et la contraception | | | |
| • une méthode contraceptive si elle le souhaite | | | |
| En cas d'échec de l'administration de misoprostol pour avortement incomplet, discuter des options de traitement envisageables : prise en charge attentiste, administration d'une dose supplémentaire de misoprostol ou aspiration intra-utérine | | | |
| En cas de poursuite de la grossesse, expliquer la nécessité de recourir à une aspiration intra-utérine pour y mettre un terme | | | |
| S'assurer que la patiente a commencé à utiliser une méthode contraceptive si elle le souhaitait | | | |
| Lui fournir des informations et l'orienter vers une autre institution si nécessaire pour ses éventuels autres problèmes de santé génésique, notamment problèmes de violence familiale, dépistage du cancer, VIH/sida | | | |
| Demander à la patiente si elle a d'autres questions | | | |

Réponses aux scénarios sur les soins de suivi après avortement

Scénario n° 1 (soins après avortement)

Une jeune femme nullipare âgée de 19 ans se présente au centre. Elle a présenté des saignements importants pendant deux jours et ses dernières règles remontent à dix semaines mais la taille utérine correspond à une grossesse de sept semaines. Elle choisit de prendre du misoprostol pour un avortement incomplet et avale 600 µg de misoprostol. Quatre heures plus tard, elle appelle pour se plaindre de douleurs atroces. Elle ne dispose pas chez elle d'analgésiques soumis à prescription.

Demander aux participants : *Que lui conseilleriez-vous de faire ?*

- Lui conseiller de prendre 600 à 800 mg d'ibuprofène oralement et d'essayer de placer une bouillotte remplie d'eau chaude ou des serviettes chaudes sur son ventre.
- Lui expliquer qu'elle est probablement en train d'évacuer de gros fragments de tissus (certaines femmes ont un maximum de crampes au moment où ces tissus traversent le col de l'utérus).
- La rassurer en lui disant qu'elle se sentira nettement mieux dès que ces tissus seront évacués ; ce processus survient généralement dans un délai de quatre à six heures après du misoprostol. Cela peut représenter une aide importante pour les patientes de mieux comprendre les raisons de leur inconfort de savoir que le pic de douleur indique très probablement la réussite de l'évacuation utérine.
- Lui demander de rappeler si possible dans 30 à 60 minutes pour vous permettre de vous assurer qu'elle se sent mieux.

Dire aux participants : *Deux heures plus tard, elle n'a toujours pas rappelé. Que feriez-vous ensuite ?*

- La contacter par téléphone pour prendre de ses nouvelles.

Dire aux participants : *Vous parvenez à la contacter par téléphone et elle vous dit qu'elle se sent beaucoup mieux après avoir évacué plusieurs gros caillots. Ses saignements ont diminué pour se limiter à de légers saignements diffus et ses crampes sont minimales. Elle dit qu'elle souhaiterait revenir pour un rendez-vous de suivi.*

Discuter avec les participants : *Lorsque l'on fournit du counseling aux patientes sur ce à quoi elles doivent s'attendre lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, il convient de parler des options de contrôle de la douleur. La patiente peut prendre de l'ibuprofène en même temps que le misoprostol ou lorsque les crampes apparaissent pour atténuer la douleur. On peut utiliser en plus un narcotique tels que la codéine pour atténuer la gêne qui survient fréquemment quelques heures après la prise du misoprostol. Les autres méthodes que certaines patientes trouvent utiles pour atténuer la douleur sont notamment des coussins chauffants et des massages.*

Scénario n° 2 (soins après avortement)

Une jeune femme de 17 ans a reçu du misoprostol huit semaines après la date de ses dernières règles pour traiter un avortement incomplet qu'elle avait essayé de provoquer elle-même avec des plantes et des médicaments. Elle a demandé à revenir pour une visite de suivi et se présente donc pour cette visite aujourd'hui, deux semaines après la prise du misoprostol. Elle a présenté des saignements importants le jour de la prise du misoprostol et les saignements ont ensuite diminué régulièrement. Elle a repris ses activités normales le lendemain de la prise du misoprostol. Elle a la sensation de ne plus être enceinte mais se plaint de crampes intermittentes. À l'examen pelvien, la taille utérine correspond à un utérus non gravide et l'utérus n'est pas douloureux. Ses saignements

sont comparables à des règles peu abondantes. À l'examen du col utérin, on constate que celui-ci est ouvert et qu'il semble y avoir un caillot d'aspect caoutchouteux ou un fragment de tissus coincé dans l'ouverture.

Demander aux participants : *Quel est le diagnostic ?*

Les réponses possibles sont : Tissus emprisonnés au niveau de l'orifice du col.

Demander : *Comment traiteriez-vous ce problème ?*

Veiller à ce que les points suivants soient cités dans la discussion :

- Essayer de retirer les tissus du col de l'utérus à l'aide d'une pince circulaire ou de tout autre instrument similaire.
- Si les tissus se déchirent et que l'on ne parvient pas à les retirer, un massage utérin énergique peut contribuer à évacuer le caillot.
- Si le massage ne suffit pas à éliminer les tissus emprisonnés au niveau du col de l'utérus, on peut traiter la patiente par :
 - 1) administration d'une nouvelle dose de misoprostol pour ramollir le col de l'utérus et provoquer des contractions utérines qui expulseront le caillot ou
 - 2) aspiration intra-utérine. Ces deux traitements sont acceptables. Demander à la patiente lequel elle préfère.
- Si on lui administre une nouvelle dose de misoprostol, si les crampes disparaissent le lendemain de la prise du misoprostol et qu'elle se sent bien, il n'est pas nécessaire de la faire revenir pour des soins de suivi supplémentaires.

Autres points à mentionner : Occasionnellement, un gros caillot ou un fragment de tissus caoutchouteux peut rester coincé dans l'orifice du col. Cela peut s'avérer douloureux, parfois même très douloureux, et provoquer des crampes persistantes. Lors de la visite de suivi après deux semaines, les patientes ne présentent normalement plus de crampes.

Scénario n° 3 (soins après avortement)

Une jeune femme de 19 ans qui était enceinte d'environ sept semaines a essayé de se faire avorter toute seule. Elle se présente au centre pour obtenir une assistance parce qu'elle a présenté des saignements légers mais réguliers et qu'elle pense ne jamais avoir entièrement expulsé les produits de la grossesse. Elle était éligible pour recevoir un traitement au misoprostol pour avortement incomplet. Elle contacte le centre 12 jours après la prise des comprimés parce qu'elle continue à présenter des saignements vaginaux. Elle a eu de fortes crampes et des saignements importants le jour de la prise du misoprostol et les saignements ont ensuite diminué, avec quelques saignements diffus, mais elle s'inquiète parce qu'elle consomme à présent trois protections par jour. Ses saignements varient de règles légères à modérées mais ne saturent pas les protections. Les saignements augmentent légèrement et progressivement au fil du temps. Elle n'a ni étourdissements, ni vertiges.

Demander aux participants : *Quel est le diagnostic ?*

Les réponses possibles sont : Saignements prolongés

Demander : *Comment traiteriez-vous ce problème ?*

Veiller à ce que les points suivants soient cités dans la discussion :

- Rassurer la patiente en lui expliquant que les saignements variables qu'elle présente sont normaux dans le cadre de son traitement. Elle ne présente aucun signe d'hypovolémie. Dans la mesure où le schéma général de saignement diminue avec le temps, celui-ci est normal.
- Informer la patiente des trois options de prise en charge possibles en cas de saignements prolongés posant problème :
 - 1) Attendre et laisser évoluer la situation (en la rassurant).
 - 2) Prendre une seconde dose de misoprostol pour stimuler la contractilité utérine et expulser les éventuels tissus résiduels. Une seconde dose de misoprostol est souvent administrée dans ce but mais l'efficacité de ce traitement n'a cependant jamais été étudiée de manière spécifique. Si on lui administre une seconde dose de misoprostol pour ses saignements prolongés, il faudra la recontacter ou la revoir pour une évaluation après une semaine afin de déterminer si ses saignements ont diminué.
 - 3) Aspiration intra-utérine
- L'encourager à consommer des aliments riches en fer et lui fournir des comprimés de fer si on en dispose.

Autres points à mentionner : La plupart des cliniciens (et parfois les patientes elles-mêmes) s'inquiètent des saignements prolongés, surtout s'ils n'étaient pas attendus. La durée des saignements suite à l'administration de misoprostol pour traiter un avortement incomplet au cours du premier trimestre est variable mais ils peuvent persister jusqu'à 14 jours.

Complications : soins complets d'avortement

Remarque : Si l'on utilise le document Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, utiliser ce module. Le module Complications : soins après avortement reprend des informations plus détaillées sur les complications possibles.



But :

Ce module prépare les participants à identifier et à prendre en charge les complications susceptibles de survenir pendant ou après une aspiration intra-utérine ou une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme, qui incluent les soins après avortement
- ☐ Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- ☐ Décrire les méthodes d'évacuation utérine
- ☐ Mettre en œuvre des techniques de prévention des infections
- ☐ Procéder à une évaluation clinique complète
- ☐ Diagnostiquer et prendre en charge les situations gynécologiques représentant une menace pour le pronostic vital



Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Identifier les signes et symptômes et les causes de complications consécutives à un avortement
2. Identifier les étapes du diagnostic et du traitement des complications ou du renvoi de la patiente vers des services compétents
3. Décrire les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications
4. Expliquer comment tirer les leçons des événements indésirables



Matériel didactique :

- ☐ Scripts des sketches sur les événements indésirables graves
- ☐ Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins complets d'avortement
- ☐ Fiche de travail et réponses des cas cliniques – Complications : soins complets d'avortement
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins complets d'avortement)
- ☐ Test de connaissances et réponses au test



Préparation préalable :

- ☐ Se familiariser avec les procédures locales en matière de renvoi des patientes.
- ☐ Se familiariser avec les trois techniques d'analyse des causes fondamentales.
- ☐ Faire des copies des jeux de rôles des cas cliniques, des documents, de la fiche de travail et de la liste de contrôle des compétences.
- ☐ Faire des copies du test de connaissances.

Durée : 1 heure 45 minutes

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module prépare les participants à identifier et à prendre en charge les complications susceptibles de survenir pendant ou après une aspiration intra-utérine ou une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Dire : Nous allons tout d'abord examiner les types de complications, leurs signes et symptômes et leurs causes, après quoi nous aborderons les différentes étapes de leur prise en charge.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

1. Identifier les signes et symptômes et les causes de complications consécutives à un avortement
2. Identifier les étapes du diagnostic et du traitement des complications ou du renvoi de la patiente vers des services compétents

3. Décrire les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications
4. Expliquer comment tirer les leçons des événements indésirables

Dire : Ce module traite des complications susceptibles de survenir avant ou après une aspiration intra-utérine ou une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Le contrôle de la douleur est un élément essentiel de la prise en charge des complications.

Montrer la diapositive : *L'avortement est une procédure sûre*

« Lorsqu'il est réalisé par des prestataires de soins compétents en utilisant des techniques médicales et des médicaments adéquats et dans de bonnes conditions d'hygiène, l'avortement provoqué est une procédure médicale extrêmement sûre. » OMS, 2012

Dans la mesure où l'on utilise des méthodes efficaces, l'avortement est généralement sûr. Néanmoins, même les prestataires les plus compétents peuvent être confrontés à des complications associées à la procédure.

2. Types de complications

Montrer et commenter la diapositive : Types de complications

- Préexistantes
- Liées à la procédure
- Liées à la grossesse
- Veiller à ce que les points suivants soient abordés :
 - Les complications peuvent survenir isolément ou plusieurs complications peuvent se produire simultanément.
 - Les complications préexistantes sont celles que présente la patiente avant la procédure d'évacuation utérine.
 - Les complications liées à la procédure peuvent survenir au cours de l'évacuation utérine, pendant la période de convalescence ou ultérieurement et sont rares lorsque l'évacuation utérine est réalisée en recourant à des méthodes efficaces.
 - Les complications liées à la grossesse ou gynécologiques peuvent nécessiter une réflexion clinique et une prise en charge spécifiques.
 - Les pathologies liées à la grossesse peuvent être détectées lors de l'évaluation clinique ou ne devenir manifestes que pendant ou après l'évacuation utérine.

- Renvoyer les participants au module Évaluation clinique pour plus d'informations sur l'évaluation des complications préexistantes et liées à la grossesse.

Montrer et commenter la diapositive : *Fréquence des événements indésirables*

| Tableau 14A-1 : Événements indésirables | |
|---|-----------|
| Événements indésirables | Fréquence |
| Echec de l'avortement au cours du premier trimestre avec le misoprostol seul (nécessitant pour n'importe quelle raison une aspiration intra-utérine) | 15% |
| Echec de l'avortement au cours du premier trimestre avec l'association mifépristone + misoprostol (nécessitant pour n'importe quelle raison une aspiration intra-utérine) | 5% |
| Infection consécutive à un avortement médicamenteux au cours du premier trimestre | 0.3% |
| Tout événement indésirable après un avortement par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre | <1% |
| Événement indésirable grave après un avortement par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre | <0.1% |
| Avortement médicamenteux au cours du deuxième trimestre nécessitant une évacuation chirurgicale | 8% |
| Complications graves suite à un avortement médicamenteux au cours du deuxième trimestre | 1% |

- Discuter le tableau en faisant remarquer que des complications peuvent survenir mais qu'elles sont rares. Ces chiffres proviennent de séries de multiples cas cliniques dans des institutions expérimentées, de sorte que les taux de complications peuvent être plus importants dans des centres où les prestataires sont moins expérimentés ou qui traitent de moins grands nombres de cas.
 - Le taux d'échec d'avortements, à savoir nécessité de procéder à une aspiration intra-utérine pour une raison quelconque, notamment rétention des produits de conception, avortement incomplet, toujours en cours ou saignements excessifs, se situe aux alentours de quinze pour cent pour un avortement au cours du premier trimestre en utilisant le misoprostol seul. Le taux de poursuite de la grossesse est de l'ordre de cinq pour cent. Pour un avortement au cours du premier trimestre en utilisant l'association mifépristone+misoprostol et en respectant le schéma de traitement recommandé, le taux d'avortement manqué est quatre à cinq pour cent et le taux de poursuite de la grossesse est inférieur à un pour cent.

- Le taux d'infection consécutive à un avortement médicamenteux au cours du premier trimestre est de 0,3 pour cent.
- Pour tout événement indésirable après un avortement par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre, le taux est inférieur à un pour cent (8,46/1000).
- Le taux d'événements indésirables graves après un avortement par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre est inférieur à 0,1 pour cent (0,71/1000).
- Le taux d'avortements médicamenteux au cours du deuxième trimestre nécessitant une évacuation chirurgicale (pour n'importe quelle indication, par exemple rétention placentaire, saignements excessifs, absence d'évacuation des produits de la conception) est d'environ huit pour cent.
- Le taux de complications graves suite à un avortement médicamenteux au cours du deuxième trimestre (transfusion, hémorragie, laparotomie) est d'environ un pour cent.
- Le taux de complications graves suite à un avortement par dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre est d'environ deux pour cent.

Montrer et commenter la diapositive : *Fréquence de décès*

| Tableau 14A-2 : Fréquence de décès | |
|---|------------------------|
| Avortement par aspiration intra-utérine au cours du premier trimestre | 1/1, 000,000 (0.0001%) |
| Avortement médicamenteux au cours du premier trimestre | 1/100,000 (0.001%) |
| Dilatation et évacuation au cours du deuxième trimestre | 3.3/100,000 (0.0033%) |

Discuter le tableau en faisant remarquer que la fréquence de décès est extrêmement faible.

Montrer la diapositive : *Évaluation et traitement des complications*

Le prestataire doit :

- Procéder à une évaluation initiale et à une prise en charge rapides du choc si la patiente vient pour des soins après avortement
- Évaluer en permanence la patiente pour les complications

- Prendre en charge les complications en assurant le contrôle de la douleur, puis en dispensant un traitement immédiat ou en stabilisant la patiente en vue de son renvoi vers des structures compétentes

Dire : Nous allons à présent voir comment identifier et prendre en charge les complications.

3. Complications d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux

Dire : Plusieurs types de complications peuvent survenir occasionnellement tant lors d'une aspiration intra-utérine que d'un avortement médicamenteux, notamment avortement incomplet, infection, poursuite de la grossesse, hémorragie et grossesse extra-utérine.

Nous allons commencer par aborder l'avortement incomplet.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'un avortement incomplet : immédiats*

- Saignements vaginaux importants
- Évacuation de moins de tissus que la quantité attendue
- Parfois douleurs abdominales intenses

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'un avortement incomplet : tardifs*

- Sensibilité utérine
- Fièvre, douleur, infection
- Élévation du nombre de globules blancs

Demander au participant de décrire la cause du problème de cette patiente.

Montrer la diapositive : *Causes de ces signes et symptômes*

- Rétention des tissus de la grossesse après une évacuation utérine
- Infection utérine (endométrite), particulièrement probable en présence d'une infection des voies génitales
- Montrer et commenter la diapositive : *Traitement d'un avortement incomplet*
- Se traite habituellement par aspiration intra-utérine

- On peut administrer du misoprostol ou opter pour un traitement attentiste s'accompagnant d'une surveillance attentive
- Si la patiente présente des saignements abondants ou des signes et symptômes d'infection, procéder immédiatement à une aspiration intra-utérine
- Faire remarquer que le traitement d'un avortement incomplet est habituellement une aspiration intra-utérine, que la méthode initiale d'évacuation utérine ait été une aspiration intra-utérine ou une méthode médicamenteuse.

Dire : Une autre complication possible de l'aspiration intra-utérine ou des méthodes médicamenteuses est une infection.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'une infection utérine*

- Douleur pelvienne inférieure ou abdominale
- Saignements
- Fièvre et frissons
- Sensibilité utérine ou douleur au niveau du bas-ventre à la palpation
- Douleur lors de la mobilisation du col

Dire : Si une patiente présente des signes d'infection, que doit faire le prestataire ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : Instaurer une antibiothérapie puis pratiquer une aspiration intra-utérine ou répéter l'aspiration intra-utérine pour éliminer les tissus encore présents le cas échéant.

Dire : La prochaine complication que nous allons aborder est la poursuite de la grossesse. Celle-ci est rare après une évacuation utérine par aspiration intra-utérine ou par des méthodes médicamenteuses lorsque la procédure est réalisée par un prestataire formé à cet effet. Si l'un d'entre vous a déjà rencontré une patiente confrontée à une poursuite de la grossesse, pourrait-il nous en citer les signes et symptômes.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'une poursuite de la grossesse*

- Lors d'aspiration intra-utérine, quantité de produits de conception moindre qu'attendue
- Persistance des symptômes de grossesse
- Saignements vaginaux moins importants qu'attendus
- Augmentation de la taille de l'utérus après l'évacuation utérine

Demander aux participants de décrire la cause des signes et symptômes observés chez ces patientes.

Montrer la diapositive : *Poursuite de la grossesse*

- Également désignés sous le nom d'« échec de l'avortement »
- La grossesse se poursuit en raison de :
 - Évacuation utérine inefficace
 - Absence d'évacuation du sac gestationnel
 - Grossesse extra-utérine
- Un âge gestationnel peu avancé (moins de six semaines), le manque d'expérience de l'opérateur et des anomalies de l'utérus peuvent rendre plus difficile l'évacuation du sac gestationnel par aspiration intra-utérine

Dire : L'examen du produit de l'aspiration immédiatement après l'évacuation utérine permet de diminuer le risque d'échec de l'aspiration intra-utérine. L'aspiration intra-utérine est le traitement recommandé en cas de poursuite de la grossesse, bien qu'une seconde dose de misoprostol constitue une option lorsque l'aspiration intra-utérine n'est pas disponible et que la patiente a initialement subi un avortement médicamenteux utilisant la mifépristone et le misoprostol.

Examinons à présent l'hémorragie.

Montrer la diapositive : *Hémorragie*

- Rare après un avortement sécurisé
- Peut survenir en cas d'avortement incomplet, d'infection ou d'atonie utérine

Dire : L'atonie utérine est une cause d'hémorragie.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'atonie utérine*

- Saignements vaginaux abondants
- Utérus augmenté de volume, ramolli

Demander au participant de décrire les facteurs qui ont favorisé le problème rencontré chez cette patiente.

Montrer la diapositive : *Facteurs favorisant une atonie utérine*

- Faible tonus musculaire au niveau de l'utérus, insuffisant pour mettre fin aux saignements
- Plus fréquent chez les femmes multipares et en cas de grossesse plus avancée

Dire : Quelles sont quelques-unes de méthodes de traitement d'une hémorragie ?

- Les réponses doivent inclure : aspiration intra-utérine, supplémentation liquidienne et transfusion sanguine et administration d'oxygène ; on peut également administrer des utérotoniques ou pratiquer un tamponnement utérin ; lorsque la cause de l'hémorragie est une atonie utérine, un massage bimanuel de l'utérus peut s'avérer efficace.

Montrer la diapositive : *Étapes du traitement d'une hémorragie*

- Massage bimanuel
- Administration d'utérotoniques
- Aspiration utérine
- Tamponnement utérin
- Hystérectomie s'il s'avère impossible d'arrêter le saignement par d'autres mesures

Dire : Ce traitement doit avoir lieu étape par étape jusqu'à parvenir à contrôler le saignement. Le prestataire doit passer rapidement à l'étape suivante si le saignement n'est toujours pas contrôlé. L'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'en dernier recours.

Montrer et commenter la diapositive : *Utérotoniques pour contrôler le saignement ou assurer la stabilisation*

Après l'aspiration utérine :

- Méthylergonovine 0,2 mg par voie intramusculaire ou intracervicale, ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'hypertension
- Misoprostol 200 à 800 µg par voie orale, rectale ou sublinguale
- Ocytocine 20 unités dans 1 litre de fluide IV au rythme de 60 gouttes par minute
- Tamponnement intra-utérin

Ces traitements peuvent être administrés pour arrêter le saignement ou pour stabiliser la patiente en vue de son transfert après une aspiration intra-utérine ou une hémorragie post-partum. Ils peuvent également s'avérer efficaces après un avortement médicamenteux. On trouvera des informations plus détaillées sur la posologie et la méthode dans le manuel de référence.

Dire : Nous allons à présent parler des grossesses extra-utérines non diagnostiquées. Ici également, il ne s'agit pas d'une

complication de l'évacuation utérine, mais bien d'un problème qui était déjà présent avant celle-ci. Il convient d'évaluer les patientes pour une éventuelle grossesse extra-utérine avant une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ou par aspiration intra-utérine mais celle-ci demeure parfois non détectée. De quelle manière une grossesse extra-utérine complique-t-elle les soins d'avortement ?

Montrer la diapositive : *Grossesse extra-utérine*

- Généralement détectée lors de l'évaluation clinique
- Peut demeurer non diagnostiquée, même après une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses puisque, dans ce cas, les produits de conception ne sont pas examinés
- Les médicaments utilisés pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ne traitent pas une grossesse extra-utérine
- Situation représentant une menace pour le pronostic vital : transférer ou traiter immédiatement la patiente

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes possibles d'une grossesse extra-utérine*

Après une aspiration intra-utérine : absence de villosités ou de tissu décidual lors de l'examen des produits de conception

Après un avortement médicamenteux :

- Saignements vaginaux minimes
- Taille utérine inférieure à celle attendue
- Douleur ou crampes abdominales basses soudaines, intenses et persistantes s'accompagnant parfois de :
 - saignements vaginaux irréguliers ou saignements diffus
 - masse annexielle palpable
- Évanouissement, douleur à l'épaule, accélération de la pulsation cardiaque ou étourdissements (consécutifs à une hémorragie interne). Une hémorragie interne ne s'accompagne pas nécessairement de saignement vaginal.

Dire : La rupture d'une grossesse extra-utérine est une urgence gynécologique qui peut représenter une menace pour le pronostic vital et nécessite une intervention chirurgicale immédiate. Une patiente chez qui l'on suspecte une grossesse extra-utérine doit être traitée immédiatement ou être transférée le plus rapidement possible vers une institution capable de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement.

Nous allons à présent passer en revue les complications spécifiques d'une aspiration intra-utérine.

4. Complications d'une aspiration intra-utérine

Dire : Des lésions cervicales, utérines ou abdominales peuvent survenir au cours d'une procédure d'aspiration intra-utérine mais elles sont rares.

Veuillez parcourir les informations sur les lésions cervicales, utérines et abdominales dans le manuel de référence.

Quels sont les signes et symptômes de ce type de lésions au cours d'une procédure d'aspiration intra-utérine ?

- Recueillir quelques réponses, puis montrer la diapositive, en veillant à insister sur tout ce que les participants n'ont pas mentionné.

Montrer la diapositive : Signes et symptômes de lésions cervicales, utérines ou abdominales

Au cours de la procédure :

- Saignements vaginaux excessifs
- Douleur soudaine et excessive
- L'instrument s'insère plus profondément qu'attendu
- La puissance d'aspiration diminue
- Présence de graisse ou d'intestin dans le produit d'aspiration

SAA

Dire : Quels sont les signes et symptômes après la procédure ?

Montrer la diapositive : Signes et symptômes de lésions cervicales, utérines ou abdominales (suite)

Après la procédure :

- Douleur abdominale persistante
- Pulsation cardiaque accélérée
- Chute de la tension artérielle
- Sensibilité pelvienne
- Fièvre, élévation du nombre de globules blancs

Dire : Quelles peuvent être les causes de ce type de lésions ?

Montrer la diapositive : Causes des lésions cervicales, utérines ou abdominales

- Petites lacérations du col utérin occasionnées par la pince de Pozzi, par le dilatateur ou par les instruments ou

objets éventuellement introduits dans le vagin lors d'un avortement non sécurisé

- Perforation utérine provoquée par :
 - Application d'une force excessive lors de la dilatation (par exemple en cas de sténose du col utérin)
 - Position inhabituelle de l'utérus (par exemple rétroversion importante)
 - Taille réelle de l'utérus différente de celle attendue

Montrer la diapositive : *Traitement des lacérations cervicales ou vaginales*

- Assurer un contrôle adéquat de la douleur, installer la patiente dans une position adéquate et veiller à un bon éclairage.
- Appliquer une solution antiseptique au niveau du col de l'utérus et du vagin.
- Vérifier s'il n'y a pas plusieurs lacérations.
- Arrêter le saignement par l'une des mesures suivantes :
 - Placer une pince circulaire sur la déchirure
 - Appliquer du nitrate d'argent ou
 - Suturer par une suture continue avec du fil résorbable
- Réparer par laparotomie les éventuelles déchirures profondes ou suturer les lacérations qui continuent à saigner.
- On peut utiliser un tamponnement vaginal pour le traitement d'urgence du saignement.

Montrer la diapositive : *Traitement d'une perforation utérine*

Si :

- La perforation est survenue pendant l'aspiration
- La patiente est stable
- Il n'y a pas d'autres signes de lésion intra-abdominale et
- L'évacuation est terminée

On peut alors hospitaliser la patiente et la surveiller attentivement sur les signes et symptômes de lésion intra-abdominale ou d'hémorragie.

Dire : Cette approche n'est envisageable que si la perforation est survenue au cours de l'aspiration utérine et que le prestataire est certain qu'il n'y a pas d'autre lésion. Le traitement d'une

perforation utérine préexistante est abordé dans le module Complications : soins après avortement.

S'il est impossible de procéder à une laparotomie ou à une laparoscopie, transférer la patiente vers une institution de niveau supérieur.

Montrer la diapositive : *Complications associées aux médicaments*

Dire : Lors d'une aspiration intra-utérine, la patiente peut occasionnellement présenter des complications associées aux médicaments.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes de complications associées aux médicaments*

- Étourdissements
- Spasmes musculaires ou convulsions
- Perte de conscience
- Chute de la tension artérielle ou du pouls
- Dépression respiratoire

Demander au même participant de décrire la cause de la complication associée aux médicaments à laquelle il a été confronté.

Montrer la diapositive :

- Surdosage
- Injection intravasculaire
- Réaction d'hypersensibilité
- Anesthésie générale

Montrer la diapositive : *Traitement des complications associées aux médicaments*

- Antidotes
- Traiter la dépression respiratoire et cardiaque
- Stabiliser les convulsions

Dire : L'hématométrie est une autre complication de l'aspiration intra-utérine. Ce terme désigne l'accumulation de caillots de sang dans la cavité utérine.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'hématométrie*

- Utérus augmenté de volume, ferme et douloureux
- Pression pelvienne
- Crampes et douleur intenses
- Étourdissements
- Légère fièvre
- Saignements vaginaux peu importants

Dire : Une nouvelle évacuation par aspiration intra-utérine permet généralement de résoudre le problème.

Nous allons à présent parler des réactions vasovagales.

Expliquer qu'un évanouissement peut occasionnellement survenir lors d'une aspiration intra-utérine.

- Il s'agit d'une réaction vagale à la stimulation au cours de la procédure.
- Il dure habituellement une dizaine de secondes et ne nécessite aucune intervention.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes de réaction vasovagale*

- Évanouissement, perte de conscience
- Peau froide ou humide
- Étourdissements
- Nausées
- Chute modérée de la tension artérielle, du pouls

Demander au même participant de décrire la cause de la réaction vasovagale chez la patiente mentionnée.

Montrer la diapositive : *Cause des réactions vasovagales*

- Résultat de la stimulation du nerf vague au cours de l'aspiration intra-utérine.
- Expliquer qu'une réaction vagale n'est pas véritablement une complication mais plutôt un effet indésirable.
- Souligner qu'une réaction vagale survenant chez une patiente peut être extrêmement stressante si le personnel soignant ne comprend pas ce qui se passe.

Dire : Comment traiter une réaction vasovagale ?

- Veiller à ce que les points suivants soient cités : la plupart des symptômes disparaissent rapidement dès que la patiente reprend conscience et aucun traitement supplémentaire n'est nécessaire ; occasionnellement, il peut s'avérer nécessaire de faire respirer des sels à la patiente pour la ranimer ; dans de très rares cas, une injection d'atropine peut être nécessaire si la réaction se prolonge.

Remarque à l'attention du formateur : Un grand nombre de participants peuvent être perturbés face à une réaction vagale et la prendre à tort pour un problème plus grave. S'assurer que tous les participants ont compris qu'une réaction vagale n'est pas un choc et disparaît en général spontanément sans intervention. Une réaction vagale peut survenir lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux, d'une injection intramusculaire, d'une aspiration intra-utérine ou à la seule vue du sang. Il s'agit d'un évanouissement et elle disparaît spontanément, contrairement à une crise convulsive, laquelle peut nécessiter une intervention.

Dire : Comment décririez-vous le syndrome d'Asherman ?

Recueillir une ou deux réponses. Veiller à ce que les points suivants soient cités : une complication rare d'une aspiration intra-utérine lors de laquelle l'intérieur de l'utérus devient cicatriciel ; plus fréquemment associé à un curetage post-partum qu'à une aspiration utérine ; les signes et symptômes sont de l'aménorrhée, des crampes cycliques et une infertilité.

Demander s'il y a des questions sur l'une ou l'autre des complications d'une aspiration intra-utérine abordées jusqu'à présent.

5. Complications d'un avortement médicamenteux

Dire : Nous allons maintenant passer aux complications possibles d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.



Nous commencerons par parler de l'échec d'un avortement médicamenteux, qui est défini comme une situation nécessitant une intervention pour évacuer l'utérus suite à la poursuite de la grossesse ou à des symptômes intolérables tels qu'une hémorragie. En se basant sur le tableau des événements indésirables vu dans l'introduction de ce module, quel schéma de traitement recommandé est associé au taux d'échec le plus faible : mifépristone et misoprostol ou misoprostol seul ?

- La réponse doit être mifépristone et misoprostol

Quel est le taux d'échec pour chaque schéma de traitement ?

- Les réponses doivent être : quinze pour cent pour le

misoprostol seul, cinq pour cent pour l'association mifépristone et misoprostol.

- On notera que le misoprostol lors d'avortement incomplet échoue dans environ dix pour cent des cas.

Dire : Nous avons déjà parlé de la poursuite de la grossesse, qui est un type d'échec d'un avortement médicamenteux, dans la section consacrée aux complications possibles d'une aspiration intra-utérine ou d'un avortement médicamenteux. La grossesse se poursuit chez moins d'un pour cent des femmes qui ont utilisé la mifépristone et le misoprostol et chez environ quatre à six pour cent de celles qui ont utilisé le misoprostol seul jusqu'à neuf semaines de grossesse.

Une autre complication possible d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses est une douleur persistante.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant une douleur persistante de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Douleur persistante*

- Douleur intense qui persiste au-delà de quatre à six heures après la prise du misoprostol ou
- Douleur intense non soulagée par de l'ibuprofène et des narcotiques légers

Demander au même participant de décrire la cause de la douleur persistante chez la patiente mentionnée.

Montrer la diapositive : *Causes possibles de douleur persistante*

- Tissus de la grossesse emprisonnés au niveau de l'orifice cervical
- Grossesse extra-utérine
- Infection des voies génitales supérieures

Dire : Lorsque des tissus de la grossesse sont emprisonnés au niveau de l'orifice cervical, il est quelquefois possible de les saisir avec un instrument tel qu'une pince circulaire et de les retirer délicatement. Si toutes les causes citées ont été exclues, envisager une faible tolérance à la douleur et la prendre en charge en dispensant à la patiente counseling et réconfort et en lui administrant des analgésiques.

Nous allons à présent aborder les réactions allergiques à la mifépristone ou au misoprostol.

Montrer la diapositive : *Réactions allergiques*

- Les symptômes possibles sont un gonflement de mains ou pieds, des éruptions cutanées ou une respiration sifflante.

- Traiter de la manière usuelle, par exemple par un antihistaminique.
- Les réactions allergiques graves (très rares) nécessitent un traitement d'urgence.

Les patientes qui présentent un essoufflement soudain, un gonflement des voies respiratoires ou toute autre réaction grave ou inhabituelle nécessitent des soins d'urgence.

Expliquer que les patientes veulent souvent savoir quels sont les éventuels effets ou complications à long terme d'un avortement.

- Demander à quelques participants de donner des idées sur les effets ou complications à long terme d'un avortement.

Montrer la diapositive : *Un avortement n'est associé à aucun problème à long terme*

Les recherches ont démontré l'absence de relation entre avortement provoqué sécurisé au cours du premier trimestre et :

- cancer du sein
- infertilité ultérieure
- réactions psychologiques graves

6. Complications chez les patientes qui se présentent pour des soins après avortement

Remarque à l'attention des formateurs : On trouvera des informations plus détaillées sur les signes et symptômes et la prise en charge des complications après avortement dans le module Complications : soins après avortement.

Dire : Nous allons à présent passer en revue les complications susceptibles de se présenter chez les patientes qui se rendent dans un centre de santé pour des soins après avortement.

- Demander aux participants de consulter la présentation des complications chez les patientes qui se présentent pour des soins après avortement à la section 8.0 du document Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence et de lire les informations décrivant ces soins potentiellement urgents.
- Après cinq minutes, débiter la discussion sous forme de questions et réponses.

Dire : La majorité des femmes qui se présentent pour des soins après avortement nécessitent-elles des soins d'urgence ? Quels sont les signes et symptômes les plus probables chez ces patientes ? Quel est le traitement requis dans ce cas ?

- Veiller à ce que les participants comprennent que la plupart des femmes présentent des saignements légers à modérés et aucune complication et qu'une évacuation utérine peut être le seul traitement nécessaire.

Dire : Quelles sont les causes des complications que peuvent présenter les patientes dans le cadre des soins après avortement ?

Montrer la diapositive : *Causes de complications dans le cadre des soins après avortement*

- Lésion lors de la procédure d'avortement
- Évacuation utérine incomplète
- Infection

Dire : Comment gérer le consentement éclairé si la patiente nécessite des soins d'urgence ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : lorsqu'une patiente se trouve dans une situation d'urgence représentant une menace pour le pronostic vital, l'évaluation clinique approfondie et le consentement éclairé volontaire peuvent être repoussés jusqu'à ce que l'on ait pris les mesures nécessaires pour préserver sa vie.

Dire : Quelle est la première étape des soins à une patiente venant demander des soins après avortement ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : procéder à une évaluation initiale rapide et obtenir si possible son consentement éclairé volontaire.
- Faire remarquer qu'une évaluation clinique doit avoir lieu dès que le prestataire commence à traiter les complications.

Dire : Quelles complications graves les patientes peuvent-elles présenter ?

Montrer la diapositive : *Complications graves possibles*

- Choc
- Hémorragie
- Infection généralisée
- Lésion intra-abdominale

Dire : Un choc peut survenir chez n'importe quelle patiente à tout moment au cours des soins après avortement et nécessite une intervention immédiate.

Qu'est-ce qui représente généralement une part essentielle du traitement des patientes présentant des signes et symptômes d'infection pelvienne, d'infection généralisée ou d'hémorragie consécutive à un avortement incomplet ?

- La réponse doit être : une évacuation utérine immédiate, généralement par aspiration intra-utérine.

Demander s'il y a des questions sur les complications dans le cadre des soins après avortement. S'il y a des questions portant sur des points de détail, renvoyer au module Complications du document *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* d'Ipas, qui se trouve sur le CD-ROM.

7. Réponse aux urgences

Dire : Nous allons à présent aborder les plans d'urgence et le renvoi des patientes vers des structures adaptées.

Montrer et commenter la diapositive : *En cas d'urgence*

- L'évaluation approfondie et le consentement éclairé peuvent être repoussés jusqu'après le traitement indispensable pour sauver la vie de la patiente.

Demander aux participants si leurs centres disposent d'un plan d'urgence et, dans l'affirmative, en quoi il consiste.

- Les centres doivent avoir un plan de prise en charge des urgences incluant :
 - Service de garde téléphonique
 - Transfert
 - Transmission d'informations
 - Entraînement aux urgences
 - Fournitures
 - Contacts avec la communauté concernant le transfert, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications
- Demander aux participants de lire la section 9.0 consacrée à la réponse aux urgences du manuel de référence. Animer une brève discussion en groupe sur chacun des éléments d'un plan d'urgence et les idées des participants pour développer ou améliorer le plan d'urgence de leur centre.

Montrer la diapositive : *Service de garde téléphonique*

Une personne ayant des connaissances cliniques suffisantes doit être disponible 24 heures sur 24 pour :

- Répondre aux questions des patientes et les rassurer
- Dispenser des soins ou organiser le transfert

Expliquer aux participants que tous les centres ne doivent pas être à même de traiter toutes les complications susceptibles

de survenir. Stabiliser la patiente et la renvoyer vers une structure appropriée pour y recevoir un traitement est également acceptable. Les systèmes de transfert sont importants pour permettre aux centres de référer rapidement les patientes pour bénéficier de soins plus spécialisés si nécessaire.

- Discuter des caractéristiques d'un système de transfert adéquat.

Montrer la diapositive : *Qualités d'un système de transfert adéquat*

- Personnel et moyen de transport prêts 24 heures sur 24
- Plans et protocoles de renvoi existants au sein des centres et entre centres
- Transmission à l'hôpital vers lequel la patiente est transférée des informations sur son état et le traitement qui lui a été administré et retransmission par l'hôpital des informations sur les soins qui lui ont été dispensés

Demander aux participants de se reporter à l'annexe D du module Procédure d'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus du manuel de référence pour un exemple de formulaire de transfert.

Quelles sont les différences entre ce formulaire et celui utilisé par votre centre ?

- Discuter des réponses.
- Discuter des éléments importants d'un formulaire de transfert.
- Suggérer aux participants de modifier éventuellement le formulaire de transfert de leur centre pour y inclure ces éléments.

Montrer la diapositive : *Comment les communautés peuvent faciliter le transfert*

- Envisager toutes les ressources nécessaires pour fournir une assistance.
- Des voitures de police, les véhicules de communautés religieuses ou d'organismes divers et des taxis peuvent assurer le transport.
- Prévoir à l'avance.
- Des personnes de contact locales peuvent jouer le rôle d'intermédiaires pour le renvoi.

Montrer la diapositive : *Transport vers un centre médical*

Montrer la diapositive : *Transmission des informations*

Les prestataires de soins doivent appeler l'hôpital de référence pour l'informer des points suivants :

- La patiente est en route
- Pourquoi elle leur est envoyée
- Ses antécédents
- Les mesures qui ont été prises
- Son état actuel

Montrer la diapositive : *Entraînement aux urgences*

Le personnel du centre doit régulièrement revoir et pratiquer :

- Le traitement d'une hémorragie et d'un choc
- La mise en place d'une perfusion intraveineuse de fluides
- L'administration d'oxygène (si disponible)
- La réanimation cardiopulmonaire

Dire : Le personnel du centre doit savoir quel est son rôle et connaître les protocoles en cas d'urgence.

Montrer la diapositive : *Fournitures d'urgence*

- Les centres doivent disposer d'une trousse contenant les médicaments et fournitures d'urgence
- Vérifier chaque mois l'état des stocks et les dates de péremption

Dire : La trousse ou le chariot ne doivent être utilisés qu'en cas d'urgence, de manière à ce que les fournitures soient présentes lorsqu'une urgence se produit.

Montrer la diapositive : *Liens vers la communauté*

Les prestataires de soins et les centres peuvent travailler en collaboration avec des membres des communautés et des groupes pour :

- Identifier les signes et symptômes de complications consécutives à un avortement
- Savoir où et comment obtenir des soins d'urgence
- Éviter tout retard dans le transport des patientes vers des services de soins d'urgence
- Renvoyer les patientes vers des services d'urgence, assurer les soins de suivi et aiguiller les patientes vers d'autres services de santé génésique

Dire : Nous allons maintenant aborder brièvement les soins de

suivi après traitement pour des complications consécutives à un avortement.

8. Soins de suivi

Montrer et commenter la diapositive : *Soins après traitement pour des complications consécutives à un avortement.*

La patiente doit :

- Faire l'objet d'un suivi clinique
- Bénéficier d'un soutien psychologique
- Recevoir des informations orales et écrites sur :
 - son état de santé, y compris les altérations à long terme
 - les médicaments à prendre
 - les méthodes contraceptives
 - les soins de suivi
 - ce à quoi elle doit s'attendre et que faire si elle nécessite des soins d'urgence

Dire : Les informations sur son état de santé doivent inclure counseling sur les éventuelles altérations à long terme consécutives aux complications, telles qu'une hystérectomie ou la réparation d'une perforation intestinale.

Les informations imprimées peuvent être fournies sous forme de texte ou d'illustrations, en fonction des besoins.

Demander si les participants ont des questions sur les soins de suivi suite à des complications.

Dire : Nous allons maintenant parler du suivi des événements indésirables graves et de la manière de tirer les leçons de ce qui s'est produit.

9. Suivi des événements indésirables graves

Montrer la diapositive : *Événements indésirables*

- Complications que présente une patiente au cours du traitement et qui ne sont pas la conséquence du problème pour lequel elle est venue demander des soins
- On estime qu'un patient sur dix admis dans un établissement hospitalier pour quelque raison que ce soit est confronté à l'un ou l'autre événement indésirable
- Rares dans le cadre des services usuels d'avortement et de contraception

- Les événements indésirables graves peuvent provoquer des lésions représentant une menace pour le pronostic vital ou même la mort

Montrer la diapositive : *Types d'événements indésirables*

- Événement indésirable (EI)/complication – problème nécessitant une intervention ou une prise en charge allant au-delà de ce qui est normalement nécessaire pour une procédure ou une anesthésie
- Événement indésirable grave (EIG) – pouvant provoquer la mort, des lésions représentant une menace pour le pronostic vital, une détérioration permanente ou nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale pour éviter une détérioration permanente
- Quasi-incident – susceptible d'être dommageable au patient mais ne l'a pas été grâce à la chance, à la prévention ou à une atténuation

Lorsque l'on aborde chaque type d'événement indésirable, demander à un participant de résumer brièvement une situation vécue correspondante en rapport avec l'avortement.

Montrer la diapositive : *Exemples d'événements indésirables*

| Tableau 14A-3 : Exemples de complications/événements indésirables graves | |
|--|--|
| Aspiration intra-utérine | Avortement médicamenteux |
| Perforation traitée de manière conservatoire ou nécessitant une intervention chirurgicale | Aspiration non programmée (par exemple en raison de saignements abondants ou de douleur) |
| Complications liées à l'anesthésie nécessitant une hospitalisation ou entraînant des convulsions | Réactions vis-à-vis des médicaments nécessitant un traitement d'urgence |
| Saignement nécessitant une transfusion sanguine | Saignement nécessitant une transfusion sanguine |
| Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation | Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation |
| Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue | Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue |
| Poursuite de la grossesse | Poursuite de la grossesse |
| Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de la procédure | Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de l'avortement médicamenteux |
| Décès | Décès |

Montrer et commenter la diapositive : *Raisons de la survenue d'événements indésirables*

- Rarement dus à une seule personne ou à un événement unique
- Résultent généralement plutôt d'une combinaison de :
 - facteurs liés à la patiente
 - erreur humaine
 - erreur impliquant le centre

Demander aux participants de donner des exemples de facteurs liés à la patiente, d'erreur humaine et d'erreur impliquant le centre.

Recueillir quelques réponses. Veiller à ce que soient cités dans les facteurs liés à la patiente :

- Âge gestationnel avancé
- Obésité
- Anomalie anatomique de l'utérus
- Problèmes médicaux complexes

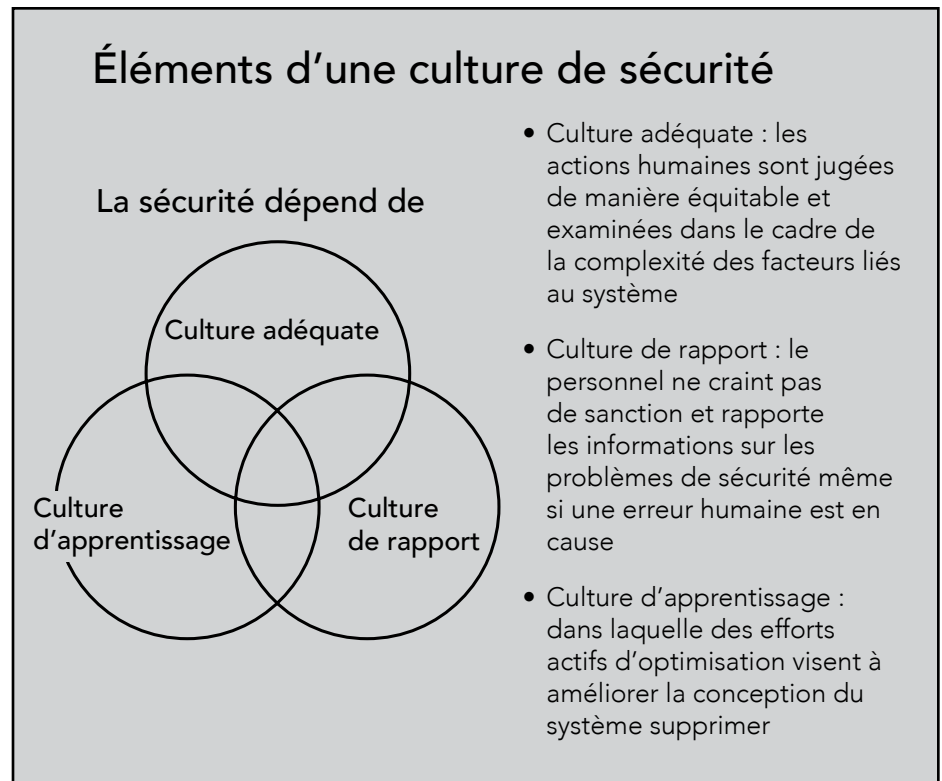
Les erreurs impliquant le centre sont notamment :

- Toute situation où le centre n'a pas veillé suffisamment à garantir la sécurité de la patiente
- Manque de médicaments et de fournitures appropriés

Nous allons à présent regarder deux sketches et discuter de la manière de mettre en place sur le lieu de travail une culture incitant à signaler les événements indésirables et à en tirer les leçons pour garantir la sécurité.

Demander à des participants de jouer les sketches sur les événements indésirables graves et, ensuite, discuter avec l'ensemble du groupe des différences entre une « culture de culpabilisation » et une « culture de sécurité » en rapport avec les événements indésirables graves.

Montrer la diapositive : *La sécurité dépend de*



- Culture adéquate : les actions humaines sont jugées de manière équitable et examinées dans le cadre de la complexité des facteurs liés au système
- Culture de rapport : le personnel ne craint pas de sanction et rapporte les informations sur les problèmes de sécurité même si une erreur humaine est en cause
- Culture d'apprentissage : dans laquelle des efforts actifs d'optimisation visent à améliorer la conception du système

Montrer la diapositive : *Rapport des événements indésirables*

Après que l'on ait soigné la patiente, l'événement doit être :

- Documenté – informations complètes dans le dossier médical de la patiente et dans le registre de l'institution
- Signalé – aux autorités locales conformément aux directives en vigueur
- Analysé – de manière à ce que l'expérience contribue à améliorer la qualité des soins

Il faut encourager une discussion ouverte entre toutes les personnes impliquées dans l'événement indésirable, à savoir les prestataires de soins, les autres membres du personnel de santé, les administrateurs, les patientes et leur famille (avec le consentement de la patiente). Lorsque des événements

indésirables surviennent, le personnel du centre peut en discuter avec la famille et les membres de la communauté afin d'éviter tout malentendu et même d'éventuelles craintes non fondées. Cela doit se faire dans le respect du droit des patientes à la confidentialité et au respect de la vie privée. L'objectif est de déterminer à quel niveau le système s'est montré inefficace et de l'améliorer pour éviter que le même événement indésirable se reproduise à l'avenir.

Montrer la diapositive : *Analyse des causes fondamentales*

L'analyse des causes fondamentales est une technique pour tirer les leçons des événements indésirables

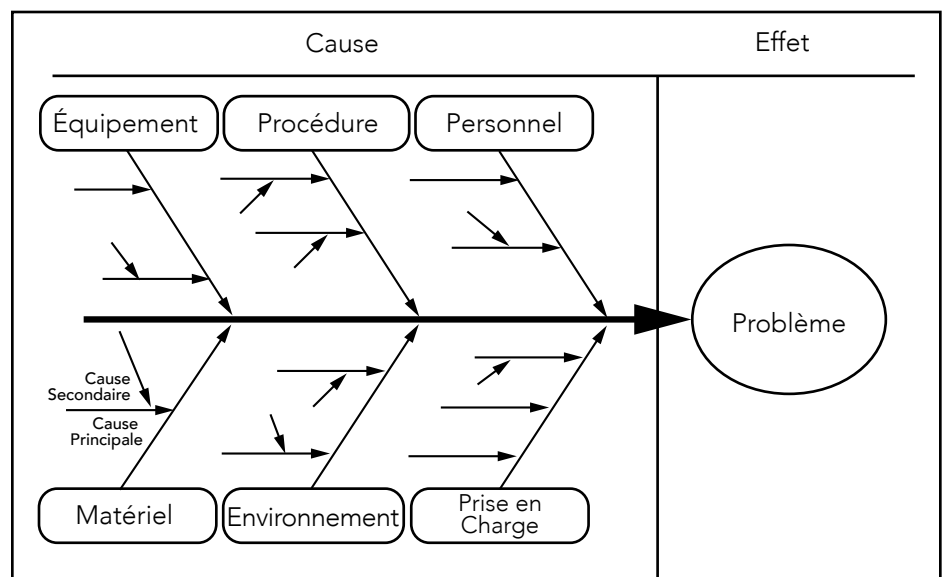
- Discussion en équipe avec tous les membres du personnel concernés
- Discussion non punitive menée dans un esprit d'apprentissage

Demander :

- Que s'est-il passé ?
- Pourquoi cela s'est-il produit ?
- Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ?

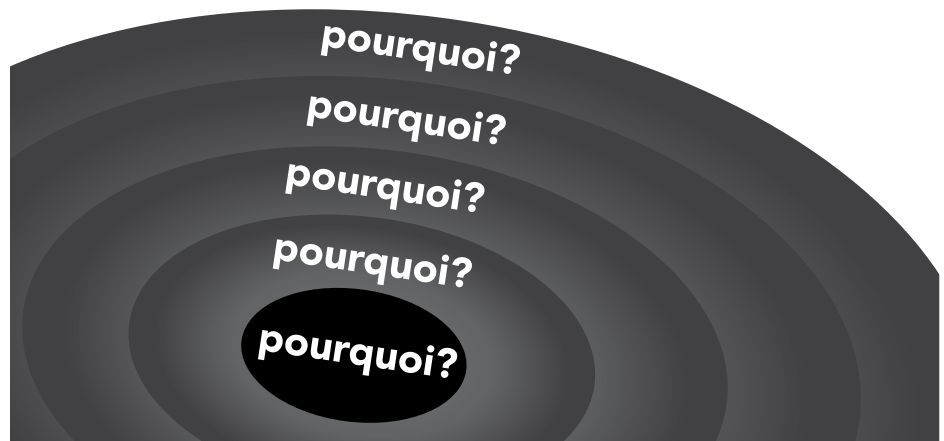
Il existe différentes techniques d'analyse des causes fondamentales. Les trois techniques que nous aborderons brièvement ici sont le diagramme en arêtes de poisson, les cinq pourquoi et l'analyse de l'arborescence du problème.

Montrer et commenter la diapositive : *Diagramme en arêtes de poisson*



- Inclure les points suivants dans la discussion :
 - Inscrire le problème dans une case à droite de la page.
 - Tracer une ligne horizontale à gauche du problème.
 - Décider des catégories de causes du problème. Quelques catégories de causes utiles dans un diagramme en arêtes de poisson classique sont le personnel, les procédures, l'équipement et le matériel, l'environnement et la prise en charge. Une autre manière d'aborder les catégories consiste à y réfléchir en termes de causes à chaque étape principale du processus.
 - Tracer des lignes en diagonale au-dessus et au-dessous de la ligne horizontale (ce sont les « arêtes ») et y inscrire les catégories choisies.
 - Générer une liste de causes pour chaque catégorie.
 - Indiquer les causes sur chaque arête en traçant des ramifications pour montrer les relations entre les causes.
 - Développer les causes en se demandant « Pourquoi ? » jusqu'à être parvenu à un niveau de détail suffisant, à savoir que la cause soit suffisamment spécifique pour qu'il soit possible de tester une modification et d'en mesurer les effets.

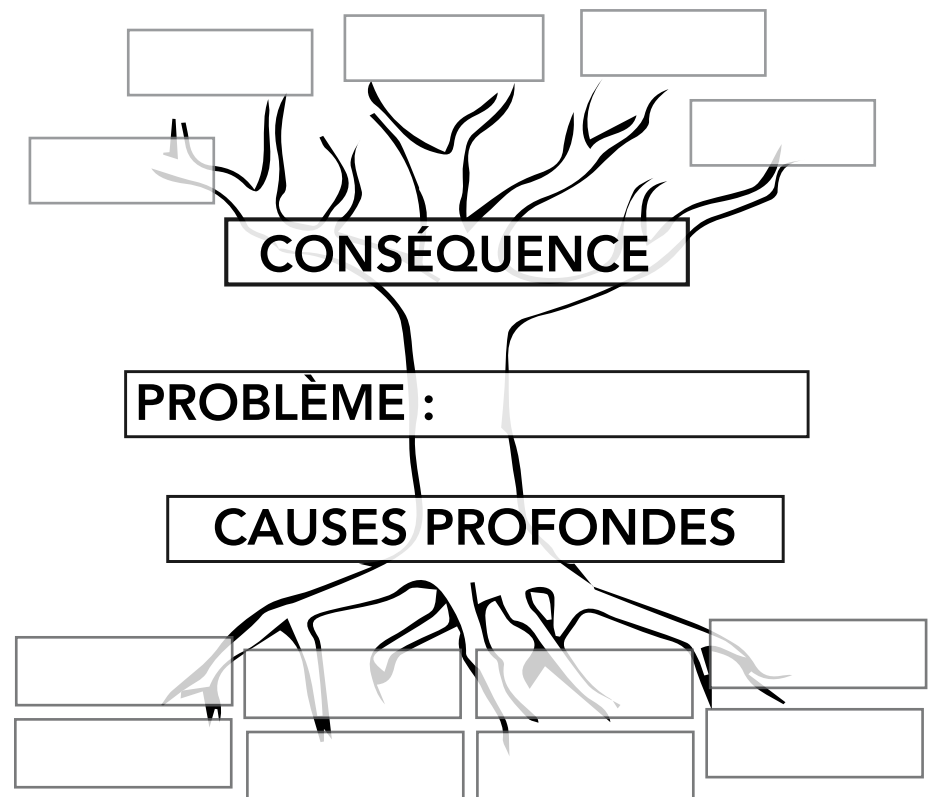
Montrer et commenter la diapositive : *Les cinq pourquoi*



- Inclure les points suivants dans la discussion :
 - En répétant à plusieurs reprises la question « Pourquoi ? » (cinq fois en moyenne), on peut éplucher une à une les différentes couches d'un problème comme on retire les pelures d'un oignon, ce qui peut mener à la cause fondamentale du problème.

- Veiller à éviter les hypothèses et les pièges logiques (erreurs de réflexion) susceptibles de nous égarer et continuer à creuser jusqu'à parvenir à la véritable cause fondamentale.
- Étapes de l'utilisation des cinq pourquoi :
 1. Inscrire le problème spécifique. Le fait de l'inscrire aide à formuler le problème et à le décrire avec précision. Cela aide également l'équipe à se concentrer sur le même problème
 2. Organiser un remue-méninges pour réfléchir à la raison pour laquelle le problème pourrait s'être posé. Quelques règles de base du remue-méninges sont notamment :
 - Toutes les idées sont acceptables ; tout jugement est exclu jusqu'à ce que l'on soit parvenu au terme du processus.
 - La liberté est la bienvenue : plus on ose s'exprimer librement, mieux c'est. L'humour favorise une réflexion constructive et aide à exprimer des idées originales.
 - À ce stade, c'est la quantité qui compte et non la qualité.
 - Continuer à bâtir sur les idées émises par les autres.
 - Chaque participant et chaque idée a la même valeur.
 1. Sélectionner la raison la plus probable du problème et l'inscrire.
 2. Si cela ne permet pas d'identifier la cause fondamentale du problème, demander à nouveau « Pourquoi ? » et noter cette réponse.
 3. Continuer à demander « Pourquoi ? » et à y répondre jusqu'à ce que toute l'équipe soit d'accord pour considérer que l'on a identifié la cause fondamentale du problème. Cela peut nécessiter plus ou moins que cinq « Pourquoi ? ».

Montrer et commenter la diapositive : *Analyse de l'arborescence du problème*



- Inclure les points suivants dans la discussion :
 - L'analyse de l'arborescence du problème se fera de préférence au sein d'un petit groupe de discussion dirigée de six à huit personnes environ en utilisant un tableau à feuilles mobiles ou des transparents et un rétroprojecteur.
 - La première étape consiste à discuter pour se mettre d'accord sur le problème à analyser. Ne pas s'inquiéter si cela semble être un vaste sujet parce que l'arborescence du problème contribuera à le subdiviser. Inscrire le problème au centre du tableau : il formera le tronc de l'arbre.
 - Le groupe devra ensuite identifier les causes du problème, que l'on dessine comme formant les racines, puis ses conséquences, qui deviendront les branches. Ces causes et conséquences peuvent être inscrites sur des feuilles adhésives de type post-it ou des fiches, individuellement ou par groupes de deux, de manière à pouvoir les organiser selon une logique de cause à effet.
 - Le cœur de l'exercice est la discussion, le débat et le dialogue suscités à mesure que l'on organise et réorganise les facteurs, qui donnent souvent naissance à des subdivisions des racines et des branches. Prendre

le temps de laisser les gens expliquer leurs sentiments et leur raisonnement et prendre note des idées et des points accessoires émis sur une autre feuille de tableau à feuilles mobiles en utilisant des titres tels que solutions, préoccupations et décisions.

- Discuter cet exemple d'analyse des causes fondamentales :
 - Pourquoi une perforation s'est-elle produite ? Le médecin a perforé l'utérus.
 - Pourquoi le médecin a-t-il perforé l'utérus ? Il a utilisé une canule trop petite.
 - Pourquoi a-t-il utilisé cette canule trop petite ? Toutes les canules plus grandes avaient été utilisées la veille et n'avaient pas été nettoyées et stérilisées.
 - Pourquoi les canules n'avaient-elles pas été nettoyées et stérilisées ? Le seul membre du personnel responsable du traitement des instruments et formé à cet effet était en congé pour raisons familiales.
 - Mesures pour éviter que cela ne se reproduise à l'avenir : former sur place d'autres membres du personnel au traitement des instruments et assigner la responsabilité du traitement des instruments par roulement entre ces différentes personnes.

Pour plus d'informations sur l'analyse des causes fondamentales, se reporter au module Ressources supplémentaires.

10. Jeux de rôles des cas cliniques illustrant le diagnostic et la prise en charge des complications

Dire : Nous avons discuté des signes et symptômes, des causes et de la prise en charge des complications possibles dans le cadre des soins d'avortement. Nous allons à présent mettre en pratique l'identification et le traitement de ces complications, soit en dispensant un traitement définitif, soit en aiguillant la patiente vers un centre de soins compétent.

Remarque à l'attention du formateur : Ne pas passer immédiatement à la diapositive suivante car celle-ci indique le diagnostic pour le cas clinique n° 1.

Donner les instructions pour l'activité, puis répartir les participants en petits groupes.

- Remettre à chaque groupe un exemplaire des scénarios pour le jeu de rôles des cas cliniques, de la fiche de travail et de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications.

- Attribuer un cas clinique à chaque groupe.
- Demander à chaque groupe de jouer son scénario, un participant jouant le rôle de la patiente et un autre celui du prestataire, et de poser un diagnostic pour les complications décrites dans le cas clinique qui lui a été attribué. Dans certains des cas cliniques, des informations supplémentaires sont fournies par une troisième personne à un moment donné au cours du scénario. La personne qui joue le rôle du prestataire doit expliquer au fur et à mesure ce qu'elle fait pour diagnostiquer et traiter la complication, par exemple « Je procède à un examen pelvien. » ou « J'applique du nitrate d'argent. ».
- Demander que, dans chaque groupe, une personne lise la partie correspondante de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications pour chacun des diagnostics posés afin de vérifier que le prestataire prendra les mesures nécessaires pour traiter la complication. Ils devront commenter ce qu'a fait le prestataire à la fin du jeu de rôles.
- Après chaque jeu de rôles, les participants doivent répondre aux questions de la fiche de travail sur l'identification des aspects du traitement d'urgence qui sont importants pour une prise en charge adéquate de cette complication, dire si un événement indésirable s'est produit et quelles mesures il serait possible d'adopter pour éviter un tel événement à l'avenir.
- Leur laisser 25 minutes pour cette activité.
- Demander aux groupes de choisir un rapporteur qui présentera à l'ensemble du groupe leur cas, le diagnostic et, le cas échéant, les mesures visant à éviter des événements indésirables similaires à l'avenir et le traitement d'urgence.
- Suggérer aux participants de se référer au manuel de référence si nécessaire.

Lorsque les 25 minutes sont écoulées, demander aux groupes d'entamer les rapports et la discussion.

- Utiliser la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications pour les réponses et la fiche de travail comme guide.
- En commençant par le premier cas clinique, le rapporteur de chaque groupe doit :
 - Lire à haute voix le cas clinique et le diagnostic.
 - Lire les réponses figurant sur la fiche de travail complétée par le groupe.

- Discuter des aspects du programme de réponse aux urgences susceptibles d'améliorer la prise en charge de cette complication.
- Identifier les éventuels événements indésirables et la manière d'éviter qu'ils se reproduisent.
- Demander au rapporteur du cas clinique n° 1 de faire son rapport à l'ensemble du groupe.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 1 : Traitement d'un avortement incomplet avec infection*

- Administrer une antibiothérapie à large spectre. La posologie et la voie d'administration dépendent de la gravité de l'infection.
- Évacuer ou réévacuer l'utérus.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 2 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 2 : Traitement de l'atonie utérine*

- Pratiquer un massage utérin
- Administrer des utérotoniques
- Effectuer une aspiration intra-utérine
- Intervention supplémentaire si nécessaire

Demander au rapporteur du cas clinique n° 3 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 3 : Traitement d'une hémorragie*

- Administrer des traitements de soutien si nécessaire (oxygène, fluides IV et/ou transfusion).
- Effectuer une aspiration intra-utérine.
- Si nécessaire, référer et faire transférer la patiente pour assurer son traitement.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 4 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 4 : Prise en charge d'une infection probablement due à la rétention de tissus dans l'utérus*

- Instaurer une antibiothérapie.
- Effectuer une aspiration intra-utérine en cas de signes ou symptômes de rétention de tissus.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 5 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 5 : Grossesse extra-utérine*

- En cas de suspicion de grossesse extra-utérine, traiter la patiente ou la transférer dès que possible vers un établissement hospitalier capable de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement.
- En cas de rupture d'une grossesse extra-utérine, procéder immédiatement à une intervention chirurgicale ou la faire effectuer de toute urgence dans un établissement hospitalier compétent.

Dire : Avez-vous des questions sur la prise en charge de l'une ou l'autre des complications qui ont été abordées ici ?

- Répondre aux questions et lancer la discussion.
- Remettre à chaque participant un exemplaire de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications.
 - Leur dire qu'ils peuvent l'utiliser pour s'entraîner à la prise en charge des complications.
 - Ils peuvent également l'utiliser pour développer au niveau de leur centre des protocoles de prise en charge des complications.

Dire : Quels soins de suivi doivent être proposés aux patientes ayant présenté des complications ?

- Les réponses doivent refléter la diapositive suivante.

Montrer la diapositive : Décrire les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications

- Soutien clinique et psychologique et surveillance de la patiente.
- Conseils sur sa situation et sur les médicaments, les méthodes contraceptives et le suivi.
- Conseils sur les éventuelles conséquences à long terme.
- Lui expliquer ce à quoi elle doit s'attendre et ce qu'elle doit faire ou ne pas faire en cas d'urgence.
- Lui proposer de lui fournir des informations écrites sur sa situation.

Expliquer aux participants que, pour améliorer leur capacité à prendre en charge efficacement ces complications, ils peuvent compléter cette formation par un apprentissage plus approfondi qui peut éventuellement leur être dispensé au niveau local. Les inciter à se reporter au document Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence d'Ipas pour des informations

plus détaillées sur la prise en charge des complications.

11. Résumé et test

Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés dans ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Remarque à l'attention du formateur : Si les participants ont beaucoup de questions, ils sont susceptibles de tirer profit d'une formation supplémentaire via le module Complications : soins après avortement.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.
- Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

- Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: date de publication: octobre 2010: directive SFP 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. et Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41–44.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: Author. D'après : <http://www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf>
- Atrash, H. K., Cheek, T. G. et Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 158(2), 420–424.
- Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67–88.
- Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. et Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(1), 166–171.
- Committee on Gynecologic Practice. (2009). ACOG Committee Opinion No. 434: Induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 113(6), 1417–1418.
- Copeland, L. J., Jarrell, J. F. et Dodson, R. (2000). *Textbook of gynecology* (second ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure: Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105–113.
- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*, 74(1), 16–20.
- Goldstone, P., Michelson, J. et Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal Australia*, 197(5), 282–286.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 129–135.
- Ipas. (2009). *Évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : Manuel de formation pour des cycles de formation courts*. Chapel Hill : Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 533–537.
- Lichtenberg, E. S. et Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (eds), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.

March, C. M. (2011). Asherman's syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(2), 83–94.

National Cancer Institute. (2010). *Summary report: Early reproductive events and breast cancer workshop*.

Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (1995). *Complications des avortements : Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prise en charge de l'hémorragie post-partum et de la rétention placentaire*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Policar, M. S., Pollack, A. E., Nicholas, C. et Dudley, S. (1999). *Principles of abortion care: A curriculum for physician assistants and advanced practice nurses*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Royal College of Obstetrics and Gynecology. (2011). *The care of women requesting induced abortion: Evidence-based guideline no. 7*. London: RCOG Press.

Solter, C., Miller, S. et Gutierrez, M. (2000). Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) For Treatment of Incomplete Abortion. *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Stewart, F. H., Wells, E. S., Flinn, S. K. et Weitz, T. A. (2001). *Early Medical Abortion: Issues for Practice*. San Francisco, California: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et al. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 81(1), 59–63.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938–1946.

Réponses au test de connaissances

1. a
2. d
3. d
4. c
5. c
6. d
7. a
8. b
9. a
10. d

Test de connaissances sur les complications

Entourer la bonne réponse.

1. Une procédure d'évacuation utérine entraîne des complications immédiates et à long terme lorsqu'elle est effectuée par un prestataire de soins formé à cet effet :
 - a. Rarement mais les complications possibles sont une infection et/ou une rétention des produits de conception
 - b. Assez souvent
 - c. Telles que cancer du sein et infertilité
 - d. b et c
2. La prise en charge des complications n'implique pas :
 - a. La capacité des membres du personnel à identifier une complication
 - b. La capacité des membres du personnel à traiter une complication
 - c. Le renvoi des patientes pour les situations qu'il est impossible de traiter complètement sur place
 - d. Le traitement complet sur place de toutes les complications susceptibles de survenir
3. Un avortement incomplet :
 - a. Se manifeste par des saignements vaginaux et de la douleur
 - b. Peut entraîner une infection
 - c. Peut être traité par aspiration intra-utérine
 - d. Tout ce qui précède
4. Une poursuite de la grossesse :
 - a. Doit être suspectée en cas d'absence de saignements vaginaux, de persistance des symptômes de grossesse et/ou d'augmentation de la taille de l'utérus après un avortement médicamenteux
 - b. On peut en diminuer le risque après une aspiration intra-utérine en examinant le produit d'aspiration immédiatement après la procédure
 - c. a et b
 - d. Est la conséquence d'une dilatation et curetage
5. Une pathologie qui apparaît lorsque l'utérus est incapable de se contracter pour mettre fin aux saignements est :
 - a. La coagulopathie intravasculaire disséminée
 - b. Le syndrome d'Asherman
 - c. L'atonie utérine
 - d. L'hématométrie

6. Les causes possibles de complications associées aux médicaments sont notamment :
 - a. Surdosage
 - b. Injection accidentelle dans un vaisseau sanguin
 - c. Hypersensibilité
 - d. Tout ce qui précède
7. Les complications possibles d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses sont notamment :
 - a. Saignements abondants et prolongés, poursuite de la grossesse
 - b. Maux de tête intenses, vertiges
 - c. Brefs épisodes d'évanouissement
 - d. Hématométrie
8. Une réaction vasovagale :
 - a. Est synonyme d'un choc physiologique
 - b. Disparaît en général spontanément et ne représente pas une menace pour le pronostic vital
 - c. Indique une perforation utérine
 - d. Doit être traitée chirurgicalement
9. Les centres doivent référer les patientes présentant des complications à une autre institution si :
 - a. Ils ne sont pas à même de les traiter complètement sur place
 - b. Elles n'ont pas les moyens de payer le centre
 - c. Elles présentent une forte fièvre
 - d. Elles présentent des lésions de l'utérus, du vagin ou de l'intestin
10. Les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications comprennent :
 - a. Un monitoring attentif
 - b. Des informations sur le suivi
 - c. Counseling sur les conséquences médicales et psychologiques
 - d. Tout ce qui précède

Sketches sur les événements indésirables graves

Demander à des participants de jouer les deux sketches ci-après et, ensuite, discuter avec l'ensemble du groupe des différences entre une « culture de culpabilisation » et une « culture de sécurité » en rapport avec les événements indésirables graves.

Cas clinique n° 1

Superviseur (parcourant la salle des yeux d'un air inquiet) : Que s'est-il passé ici ?

Membre du personnel (montrant le prestataire) : Il/Elle a provoqué une perforation !

Superviseur (sur un ton accusateur) : Pourquoi avez-vous perforé l'utérus de cette patiente ? Pourquoi n'avez-vous pas fait plus attention ? N'avez-vous donc rien appris lors de cette formation que nous vous avons fait suivre ? J'espère que vous n'avez pas encore rédigé de rapport sur cet incident. Cela nous ferait très mal voir lors de notre évaluation annuelle !

Prestataire : Et bien je me sens vraiment très mal à l'aise suite à ce qui s'est produit. J'ai fait exactement ce à quoi l'on m'avait formé...

Superviseur (interrompant brutalement le prestataire) : Je ne veux pas entendre vos excuses. Cela m'est égal... Vous êtes clairement incompetent. Tout ce qu'il nous reste à faire, c'est de vous muter dans une petite ville où nous n'aurons plus à nous soucier de vous.

Cas clinique n° 2

Superviseur (regardant le prestataire en face et s'exprimant sur un ton calme) : J'ai cru comprendre qu'il y avait eu une perforation utérine lors de votre procédure de ce matin. Comment va la patiente ?

Prestataire : Oui, c'est exact. Heureusement, cela semble être une perforation minime et la patiente va bien. Nous pensons que cela cicatrisera spontanément sans nécessiter d'intervention supplémentaire.

Superviseur : Je suis content de savoir que la patiente va mieux. Expliquez-moi ce qui s'est passé et ce qui pourrait avoir contribué à la perforation.

Prestataire : Et bien, j'avais déjà débuté la procédure lorsque je me suis rendu compte que j'aurais besoin d'une canule de plus grande taille. Lorsque j'ai demandé la taille au-dessus, mon assistant m'a dit que nous ne possédions qu'une seule canule de chaque taille et que, malheureusement, celle de la taille au-dessus avait déjà été utilisée et n'avait pas encore été nettoyée et désinfectée. J'ai donc dû continuer à utiliser la canule trop petite mais, bien entendu, j'ai dû effectuer beaucoup plus de passages pour terminer la procédure. J'ai fait de mon mieux pour être attentif mais, apparemment, je ne l'ai pas été suffisamment.

Superviseur : Je vois. Il me semble que ce type d'incident s'est déjà produit auparavant. On dirait qu'il peut y avoir de nombreuses causes à cet événement indésirable, notamment stock d'instrument, calendriers de retraitement, préparation avant la procédure, etc. Nous allons réunir toute l'équipe clinique et réfléchir ensemble à quelques idées qui pourraient contribuer à éviter que cela ne se reproduise. Nous allons également entamer la procédure de rapport pour votre centre.

Prestataire : Cela me semble une excellente idée. J'apprécie réellement votre soutien et la possibilité de réfléchir à des moyens pour nous permettre, à moi et à mon équipe, d'améliorer la qualité de nos services.

Mentor : Bien. Et après la réunion du personnel, j'aimerais discuter en privé avec vous de vos sentiments à propos de cet incident.

Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins complets d'avortement

Remarque : La personne qui joue le rôle du prestataire ne peut pas voir le scénario du cas clinique.

Cas clinique n° 1

Une jeune femme a subi une aspiration intra-utérine deux jours auparavant. Elle revient au centre parce qu'elle présente des saignements vaginaux abondants, une légère douleur abdominale et de la fièvre. L'infirmière se souvient que, lors de sa procédure d'AMIU, la quantité de tissus évacués lui a semblé moindre qu'attendue mais, sur le moment, elle n'a rien dit parce que le prestataire qui a réalisé l'AMIU semblait estimer que la procédure s'était déroulée sans problème. En outre, on ne procède pas systématiquement à un examen des tissus au sein de ce centre.

Cas clinique n° 2

Une femme relativement âgée ayant déjà quatre enfants est venue au centre pour une évacuation utérine à 11 semaines depuis la date de ses dernières règles. Immédiatement après la procédure d'aspiration intra-utérine, elle présente des saignements vaginaux abondants. À l'examen, son utérus est gros et mou.

Cas clinique n° 3

Une jeune femme qui a subi une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses est revenue d'urgence au centre quelques semaines plus tard. Elle a présenté des saignements abondants au cours de la semaine précédente. Aujourd'hui, les saignements sont anormalement abondants et elle se sent faible et a des vertiges. Elle ne se plaint ni de douleur ni de fièvre.

Cas clinique n° 4

Une semaine après avoir pris du misoprostol pour une évacuation utérine, une patiente revient au centre : elle se sent très mal, a de la fièvre, une douleur abdominale persistante et des saignements vaginaux. À l'examen, on constate que son utérus est sensible et qu'il n'y a pas de tissus visibles au niveau de l'orifice cervical.

Cas clinique n° 5

Une femme de 35 ans enceinte d'environ huit semaines selon la date de ses dernières règles a présenté des saignements diffus. L'examen pelvien a révélé un utérus rétroversé dont la taille correspond à environ six à huit semaines de grossesse et l'examen au spéculum montrait un col fermé avec absence de sang. Il n'y avait pas de sensibilité utérine ou pelvienne. Elle ne souhaitait pas poursuivre sa grossesse et est retournée chez elle avec des médicaments et des instructions pour un avortement médicamenteux. Elle revient au centre trois jours plus tard ; elle n'a présenté que de très légers saignements après la prise des médicaments, continue à avoir l'impression d'être enceinte et se plaint d'une douleur lancinante dans la partie inférieure gauche de l'abdomen qui ne ressemble pas à une douleur menstruelle. Sa tension artérielle, son pouls et sa température sont normaux. Le centre ne dispose pas d'un échographe.

Cas cliniques sur les complications : soins complets d'avortement

Instructions : Discuter le cas clinique qui vous a été attribué et répondre aux questions suivantes sur la fiche de travail :

1. Diagnostic

2. Étapes du traitement

3. Aspects importants du traitement d'urgence

4. S'agit-il d'un événement indésirable ?

5. S'il s'agit d'un événement indésirable :

a. Que s'est-il passé ?

b. Pourquoi cela s'est-il produit ?

c. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ?

Réponses aux cas cliniques sur les complications : soins complets d'avortement

Cas clinique n° 1

1. Informations sur le cas — Une jeune femme a subi une aspiration intra-utérine deux jours auparavant. Elle revient au centre parce qu'elle présente des saignements vaginaux abondants, une légère douleur abdominale et de la fièvre. L'infirmière se souvient que, lors de sa procédure d'AMIU, la quantité de tissus évacués lui a semblé moindre qu'attendue mais, sur le moment, elle n'a rien dit parce que le prestataire qui a réalisé l'AMIU semblait estimer que la procédure s'était déroulée sans problème. En outre, on ne procède pas systématiquement à un examen des tissus au sein de ce centre.
2. Diagnostic — Avortement incomplet avec infection
3. Étapes du traitement — Administrer une antibiothérapie à large spectre (la posologie et la voie d'administration dépendent de la gravité de l'infection). Ensuite, évacuer ou réévacuer l'utérus.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? — Oui
6. Dans l'affirmative...
 - a. Que s'est-il passé ? — La procédure a été incomplète, ce qui a entraîné une infection.
 - b. Pourquoi cela s'est-il produit ? — L'infirmière n'a pas exprimé ses inquiétudes et on n'a pas procédé à un examen des tissus, ce qui aurait permis de détecter le problème.
7. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ? — On pourrait discuter de ce cas et inviter tous les membres du personnel à exprimer immédiatement leurs inquiétudes concernant une procédure et le protocole du centre doit être revu de manière à garantir qu'un examen des tissus soit réalisé lors de chaque procédure, que l'équipement requis soit disponible et que tout le monde en soit informé et sache comment procéder.

Cas clinique n° 2

1. Informations sur le cas — Une femme relativement âgée ayant déjà quatre enfants est venue au centre pour une évacuation utérine à 11 semaines depuis la date de ses dernières règles. Immédiatement après la procédure d'aspiration intra-utérine, elle présente des saignements vaginaux abondants. À l'examen, son utérus est gros et mou.
2. Diagnostic — Atonie utérine
3. Étapes du traitement — Pratiquer un massage utérin. Administrer des utérotoniques. Effectuer une aspiration intra-utérine. Pratiquer une intervention supplémentaire (tamponnement intra-utérin ou hystérectomie) ou référer la patiente pour une telle intervention si nécessaire.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications

graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.

5. S'agit-il d'un événement indésirable ? — Non : rien dans la procédure n'a contribué à l'atonie utérine.

Cas clinique n° 3

1. Informations sur le cas — Une jeune femme qui a subi une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses est revenue d'urgence au centre quelques semaines plus tard. Elle a présenté des saignements abondants au cours de la semaine précédente. Aujourd'hui, les saignements sont anormalement abondants et elle se sent faible et a des vertiges. Elle ne se plaint ni de douleur ni de fièvre.
2. Diagnostic — Hémorragie
3. Étapes du traitement — Administrer des traitements de soutien si nécessaire (oxygène, fluides IV et/ou transfusion). Effectuer une aspiration intra-utérine. Si nécessaire, référer et faire transférer la patiente pour assurer son traitement.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? — Oui, puisqu'une « aspiration non programmée » après un avortement médicamenteux et des « saignements nécessitant une transfusion » sont considérés comme des complications.
6. Dans l'affirmative...
 - a. Que s'est-il passé ? — Le schéma d'avortement médicamenteux qui lui a été administré a échoué.
 - b. Pourquoi cela s'est-il produit ? — On ne le sait pas avec certitude mais l'avortement médicamenteux échoue chez un faible pourcentage de patientes. Il peut aussi y avoir eu une erreur de dosage ou dans les informations fournies à la patiente.
7. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ? — Le personnel pourrait revoir les informations fournies aux patientes après un avortement médicamenteux pour avoir la certitude que les directives sur les signes d'alerte et quand appeler le centre ou y retourner en cas d'inquiétudes ou de complications sont claires ; en outre, on pourrait discuter avec la patiente afin de mieux comprendre si d'autres obstacles liés au centre et aux services dispensés l'ont empêchée de revenir plus tôt et de tenter d'y remédier le cas échéant. Le personnel peut également s'assurer que le schéma de traitement utilisé est correct et que les médicaments pour l'avortement médicamenteux ne sont pas périmés et sont conservés dans les conditions recommandées.

Cas clinique n° 4

1. Informations sur le cas — Une semaine après avoir pris du misoprostol pour une évacuation utérine, une patiente revient au centre : elle se sent très mal, a de la fièvre, une douleur abdominale persistante et des saignements vaginaux. À l'examen, on constate que son utérus est sensible et qu'il n'y a pas de tissus visibles au niveau de l'orifice cervical.
2. Diagnostic — Prise en charge d'une infection probablement due à la rétention de tissus dans l'utérus
3. Étapes du traitement — Instaurer une antibiothérapie. Effectuer une aspiration intra-utérine en cas de signes ou symptômes de rétention de tissus.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? — Oui, puisqu'une aspiration non programmée a été nécessaire.
6. Dans l'affirmative
 - a. Que s'est-il passé ? — Le schéma d'avortement médicamenteux qui lui a été administré a échoué, d'où une rétention des tissus de la grossesse et une infection.
 - b. Pourquoi cela s'est-il produit ? — On ne le sait pas avec certitude mais l'avortement médicamenteux échoue chez un faible pourcentage de patientes. Il peut aussi y avoir eu une erreur de dosage ou dans les informations fournies à la patiente.
7. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ? — Le personnel pourrait revoir le schéma de traitement pour un avortement médicamenteux pour avoir la certitude qu'il est correctement administré et les informations données aux patientes pour s'assurer qu'elles sont compréhensibles. Cela peut être un événement non associé à une « erreur » ou à un obstacle ayant provoqué l'événement indésirable mais il peut être mis à profit comme une opportunité pour revoir les informations, les systèmes et les procédures afin d'avoir la certitude qu'ils sont tous optimaux.

Cas clinique n° 5

1. Informations sur le cas — Une femme de 35 ans enceinte d'environ huit semaines selon la date de ses dernières règles a présenté des saignements diffus. L'examen pelvien a révélé un utérus en rétroversion dont la taille correspond à environ six à huit semaines de grossesse et l'examen au spéculum montrait un col fermé avec absence de sang. Il n'y avait pas de sensibilité utérine ou pelvienne. Elle ne souhaitait pas poursuivre sa grossesse et est retournée chez elle avec des médicaments et des instructions pour un avortement médicamenteux. Elle revient au centre trois jours plus tard ; elle n'a présenté que de très légers saignements après la prise des médicaments, continue à avoir l'impression d'être enceinte et se plaint d'une douleur lancinante dans la partie inférieure gauche de l'abdomen qui ne ressemble pas à une douleur menstruelle. Sa tension artérielle, son pouls et sa température sont normaux. Le centre ne dispose pas d'un échographe.
2. Diagnostic — Grossesse extra-utérine

3. Étapes du traitement — En cas de suspicion de grossesse extra-utérine, traiter la patiente ou la transférer dès que possible vers un établissement hospitalier capable de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement. En cas de rupture d'une grossesse extra-utérine, procéder immédiatement à une intervention chirurgicale ou la faire effectuer de toute urgence dans un établissement hospitalier compétent.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? — Oui, une grossesse extra-utérine non identifiée lors d'un avortement médicamenteux est considérée comme un événement indésirable.
6. Dans l'affirmative...
 - a. Que s'est-il passé ? — Le prestataire n'a pas diagnostiqué une grossesse extra-utérine.
 - b. Pourquoi cela s'est-il produit ? — L'utérus en rétroversion de la patiente a rendu plus difficile l'évaluation de la taille utérine. Ceci, en plus de la faible discordance entre la date des dernières règles (huit semaines) et la taille utérine (six à huit semaines), devrait avoir engendré une certaine incertitude et incité à demander de l'aide pour le diagnostic.
7. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ? — Le protocole du centre pourrait être modifié de manière à prévoir une évaluation systématique par un autre prestataire et/ou par échographie (si disponible) dans tous les cas où l'on constate une telle incertitude.

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins complets d'avortement)

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Avortement incomplet ou infection | | | |
| Administrar des antibiotiques si nécessaire | | | |
| Procéder à une évacuation utérine si nécessaire | | | |
| | | | |
| Poursuite de la grossesse | | | |
| Procéder à une évacuation utérine par aspiration intra-utérine | | | |
| | | | |
| Hémorragie | | | |
| Administrar un traitement de soutien si nécessaire, par exemple oxygène, fluides IV et/ou transfusion sanguine | | | |
| Évaluer l'éventualité d'avortement incomplet, d'atonie utérine, de lacérations ou de perforation | | | |
| Dispenser un traitement approprié (voir ci-dessous) | | | |
| | | | |
| Atonie utérine | | | |
| Commencer par un massage bimanuel | | | |
| Administrar des utérotoniques | | | |
| Procéder à une aspiration utérine | | | |
| Procéder à un tamponnement intra-utérin | | | |
| Procéder à une hystérectomie ou référer la patiente pour une hystérectomie s'il s'avère impossible d'arrêter le saignement par d'autres mesures | | | |
| | | | |
| Grossesse extra-utérine | | | |
| Diagnostiquer et traiter ou référer la patiente en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| | | | |
| Lacérations cervicales ou vaginales | | | |
| Appliquer du nitrate d'argent ou appliquer une compression avec une pince circulaire en cas de lacérations minimales | | | |
| Suturer si nécessaire | | | |

(suite en pages 426 à 427)

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins complets d'avortement)

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Perforation utérine | | | |
| Hospitaliser et garder en observation si la perforation est survenue au cours de l'évacuation utérine, que la patiente est stable et qu'il n'y a pas d'autres lésions | | | |
| laparotomie ou laparoscopie pour diagnostiquer et traiter si la patiente est instable et/ou en présence de signes de lésion intra-abdominale | | | |
| Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication | | | |
| | | | |
| Complications associées aux médicaments | | | |
| Traiter si nécessaire en cas de réaction allergique ou de surdosage | | | |
| | | | |
| Hématométrie | | | |
| Procéder à une aspiration utérine | | | |
| | | | |
| Réaction vasovagale | | | |
| Traiter par une position adéquate | | | |
| Injection d'atropine si la réaction se prolonge | | | |
| | | | |
| Échec d'un avortement médicamenteux | | | |
| Procéder à une aspiration utérine si nécessaire | | | |
| | | | |
| Douleur persistante | | | |
| Procéder à une évaluation pour rétention des produits de conception, grossesse extra-utérine ou infection | | | |
| Éliminer les tissus emprisonnés au niveau de l'ouverture du col | | | |
| Proposer un contrôle adéquat de la douleur ou référer la patiente pour une évaluation plus approfondie | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins complets d'avortement)

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Soins après avortement | | | |
| Procéder à une évaluation initiale rapide pour les signes de choc | | | |
| Traiter le choc | | | |
| Procéder à une seconde évaluation (examen bimanuel et au spéculum) pour déterminer les causes sous-jacentes du choc, par exemple avortement incomplet, lacérations cervicales ou vaginales, perforation utérine, atonie utérine, infection ou infection généralisée | | | |
| Traiter les causes sous-jacentes du choc | | | |
| | | | |
| Réponse aux urgences | | | |
| Disposer d'un programme de réponses aux urgences 24 heures sur 24 | | | |
| Disposer d'un programme de prise en charge des complications | | | |
| Dispenser des soins de suivi adéquats | | | |
| Disposer d'un programme de monitoring et d'évaluation des événements indésirables | | | |

Complications : soins après avortement

Remarque : Si l'on utilise le document Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence ou que l'on effectue une formation portant sur le diagnostic et la prise en charge des complications préexistantes, utiliser ce module. Le module Complications : soins complets d'avortement contient des informations plus détaillées sur le diagnostic et la prise en charge des complications associées à une aspiration intra-utérine ou une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Si les participants utilisent le document Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence, leur distribuer des copies du module Complications du document Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence.



But :

Ce module prépare les participants à identifier et à prendre en charge les complications graves préexistantes chez les patientes qui nécessitent des soins après avortement.



Conditions préalables

Les participants doivent déjà être capables de :

- ☐ Décrire les principaux concepts des soins après avortement centrés sur la femme
- ☐ Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- ☐ Décrire les méthodes d'évacuation utérine
- ☐ Mettre en œuvre des techniques de prévention des infections
- ☐ Procéder à une évaluation clinique complète
- ☐ Diagnostiquer et prendre en charge les situations gynécologiques représentant une menace pour le pronostic vital

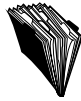


Objectifs :

À la fin de ce module, les participants devront être capables de :

1. Identifier les signes et symptômes de complications graves consécutives à un avortement
2. Identifier les signes et symptômes d'un choc et le prendre en charge de manière appropriée
3. Identifier les étapes du diagnostic et du traitement des complications ou du renvoi de la patiente vers des services compétents
4. Décrire les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications

5. Expliquer comment tirer les leçons des événements indésirables



Matériel didactique :

- ☐ Scripts des sketches sur les événements indésirables graves
- ☐ Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins après avortement
- ☐ Fiche de travail des cas cliniques – Complications : soins après avortement
- ☐ Réponses des cas cliniques – Complications : soins après avortement
- ☐ Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins après avortement)
- ☐ Test de connaissances et réponses au test



Préparation préalable :

- ☐ Se familiariser avec les procédures locales en matière de renvoi des patientes.
- ☐ Faire des copies des jeux de rôles des cas cliniques, des documents, de la fiche de travail et de la liste de contrôle des compétences.
- ☐ Faire des copies du test de connaissances.

Durée : 1 heure 45 minutes

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et introduire le module.

Montrer la diapositive : *But*

Ce module prépare les participants à identifier et à prendre en charge les complications graves préexistantes chez les patientes qui nécessitent des soins après avortement.

Dire : Nous allons tout d'abord examiner les signes et symptômes de complications graves et leurs causes, après quoi nous aborderons les différentes étapes de leur prise en charge.

Montrer la diapositive : *Objectifs*

1. Identifier les signes et symptômes de complications graves consécutives à un avortement
2. Identifier les signes et symptômes d'un choc et le prendre en charge de manière appropriée

3. Identifier les étapes du diagnostic et du traitement des complications ou du renvoi de la patiente vers des services compétents
4. Décrire les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications
5. Expliquer comment tirer les leçons des événements indésirables

Dire : Ce module traite des complications graves susceptibles de survenir avant ou après une évacuation utérine. Lorsqu'une patiente se présente pour des soins après avortement, il est essentiel d'évaluer immédiatement sa situation et son état de santé. Le contrôle de la douleur est un élément essentiel de la prise en charge des complications.

Montrer et commenter la diapositive : *Causes de complications dans le cadre des soins après avortement*

- Lésion consécutive à l'avortement
- Évacuation utérine incomplète
- Infection

Dire : Comment gérer le consentement éclairé si la patiente nécessite des soins d'urgence ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : lorsqu'une patiente se trouve dans une situation d'urgence représentant une menace pour le pronostic vital, l'évaluation clinique approfondie et le consentement éclairé volontaire peuvent être postposés jusqu'à ce que l'on ait pris les mesures nécessaires pour préserver sa vie.

Dire : Quelles complications graves les patientes peuvent-elles présenter ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : choc, hémorragie, infection généralisée et lésion intra-abdominale.

Montrer la diapositive : *Complications graves possibles*

- Choc
- Hémorragie
- Infection généralisée
- Lésion intra-abdominale

Dire : Un choc peut survenir chez n'importe quelle patiente à tout moment au cours des soins après avortement et nécessite une intervention immédiate.

2. Types de complications

Montrer et commenter la diapositive : *Types de complications*

- Préexistantes
- Liées à la procédure
- Liées à la grossesse
- Veiller à ce que les points suivants soient abordés :
 - Les complications peuvent survenir isolément ou plusieurs complications peuvent se produire simultanément.
 - Les complications préexistantes sont déjà présentes lorsque la patiente arrive au centre.
 - Les complications liées à la procédure surviennent au cours de l'évacuation utérine, pendant la période de convalescence ou ultérieurement et sont rares lorsque l'évacuation utérine est réalisée par un prestataire formé à cet effet.
 - Les complications liées à la grossesse ou gynécologiques peuvent nécessiter une réflexion clinique et une prise en charge spécifiques.
 - Les pathologies liées à la grossesse peuvent être détectées lors de l'évaluation clinique ou ne devenir manifestes que pendant ou après l'évacuation utérine.
 - La plupart des patientes qui se présentent pour des soins après avortement sont stables et ne nécessitent qu'une prise en charge de routine mais certaines peuvent se trouver en situation de détresse et nécessiter un traitement d'urgence.
- Renvoyer les participants au module Évaluation clinique pour plus d'informations sur l'évaluation des complications préexistantes et liées à la grossesse.

Montrer et commenter la diapositive : *Évaluation et prise en charge des complications.*

Le prestataire qui dispense des soins après avortement doit être à même de :

- Procéder à une évaluation initiale et à une prise en charge rapides du choc
- Évaluer en permanence la patiente pour les complications
- Prendre en charge les complications en assurant le contrôle de la douleur, puis en dispensant un traitement immédiat

ou en stabilisant la patiente en vue de son renvoi vers des structures compétentes

Dire : Quelle est la première étape des soins à une patiente venant demander des soins après avortement ?

- Veiller à ce que les réponses comprennent : procéder à une évaluation initiale rapide et obtenir si possible son consentement éclairé volontaire.
- Faire remarquer qu'une évaluation clinique doit avoir lieu dès que le prestataire commence à traiter les complications.

Dire : Nous allons à présent voir comment identifier et prendre en charge les complications.

3. Évaluation initiale rapide et traitement de l'état de choc

Dire : Identifier un état de choc est la première étape des soins à une patiente venue demander des soins après avortement ou dont on pense qu'elle nécessite ce type de soins. Bien que la plupart des patientes venue demander des soins après avortement soient des patientes ambulatoire qui ne nécessitent pas de soins d'urgence, certaines ont besoin d'un traitement d'urgence et un état de choc doit être traité immédiatement.

Pour diagnostiquer un état de choc, utiliser les signes suivants.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes d'un état de choc*

Chacun des membres du personnel du centre peut contrôler rapidement :

- les voies respiratoires
- la respiration
- la circulation sanguine
- l'état de conscience
- les convulsions (présence ou absence)

afin de déterminer si la patiente nécessite des soins d'urgence.

- Demander aux participants d'identifier quelques signes de choc.

Recueillir quelques réponses, puis montrer la diapositive.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes de choc*

- Hypotension artérielle (TAS < 90 mm Hg)
- Pouls rapide

- Pâleur ou extrémités froides
- Ralentissement du remplissage capillaire
- Vertiges ou incapacité à se tenir debout
- Faible débit urine (< 30 ml par heure)
- Difficultés respiratoires
- Altération de la conscience, léthargie, agitation, confusion

Dire : Un choc peut survenir à tout moment au cours des soins après avortement, particulièrement lorsque des lésions sous-jacentes n'ont pas été décelées lors de l'évaluation initiale. Lorsque le choc est stabilisé, il convient d'en déterminer la cause. Le choc chez les patientes qui reçoivent des soins après avortement est généralement hémorragique ou septique.

- Demander aux participants comment stabiliser une patiente en état de choc. (*Remarque à l'attention des formateurs : ce point n'est pas abordé de manière approfondie dans le document Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence mais bien dans Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence. Les participants peuvent se référer à d'autres formations cliniques pour trouver ces réponses*).
- Les réponses doivent inclure : s'assurer que les voies respiratoires sont dégagées ; surélever les jambes ; administrer de l'oxygène ; administrer des électrolytes en bolus rapide (lactate de Ringer ou sérum physiologique) ; administrer un litre supplémentaire si les paramètres vitaux demeurent anormaux ; transfuser si les paramètres vitaux demeurent instables ; maintenir la patiente au chaud ; mettre en place une sonde urinaire ; surveiller les apports liquidiens et les pertes liquidiennes, y compris la perte de sang qui se poursuit ; pratiquer des examens de laboratoire, notamment groupe sanguin et compatibilité, hématocrite et hémoglobine, hémocultures et analyses de chimie clinique si disponibles ; surveiller les paramètres vitaux et les enregistrer toutes les 15 minutes ; prévoir un transfert d'urgence s'il n'est pas possible de traiter la patiente sur place.

Montrer et commenter la diapositive : *Stabilisation d'un état de choc*

- S'assurer que les voies respiratoires sont dégagées : tourner la tête de côté pour éviter l'aspiration
- Surélever les jambes : pour favoriser le retour du sang vers le cœur

- Administrer de l'oxygène : cinq litres par minute au moyen d'un masque ou d'une canule nasale
- Administrer des électrolytes en bolus rapide (lactate de Ringer ou sérum physiologique) : un litre via un ou deux gros cathéters IV, puis réévaluer
- Administrer un litre supplémentaire : si les paramètres vitaux demeurent anormaux
- Transfuser : si les paramètres vitaux demeurent instables après deux litres de fluide IV

Montrer et commenter la diapositive : *Stabilisation d'un état de choc (suite)*

- Maintenir la patiente au chaud
- Mettre en place une sonde urinaire
- Surveiller les apports liquidiens et les pertes liquidiennes : y compris la perte de sang qui se poursuit
- Pratiquer des examens de laboratoire : groupe sanguin et compatibilité, hématocrite et hémoglobine, hémocultures et analyses de chimie clinique si disponibles
- Surveiller les paramètres vitaux et les enregistrer : toutes les 15 minutes
- Prévoir un transfert d'urgence s'il n'est pas possible de traiter la patiente sur place

Dire : Lorsque le choc est stabilisé, identifier et traiter immédiatement la cause sous-jacente. Nous allons à présent voir comment procéder pour cela.

4. Seconde évaluation pour déterminer les causes sous-jacentes du choc

Dire : Pour déterminer la cause sous-jacente du choc et identifier les autres complications, le prestataire doit ensuite procéder à une évaluation clinique plus complète mais urgente.

Montrer et commenter la diapositive : *Évaluation de la cause sous-jacente*

- Relever les antécédents
 - En interrogeant la patiente si elle est consciente, sinon auprès de la personne qui l'accompagne
 - Si possible, déterminer : l'âge gestationnel, le type de procédure d'avortement
- Pratiquer un examen clinique : paramètres vitaux, cœur, poumons, examen abdominal et pelvien

- Distension abdominale, rigidité, réaction de défense et phénomène de rebond
- Sources des saignements par examen au spéculum
- Taille et consistance de l'utérus, douleur lors de la mobilisation du col, sensibilité utérine lors de l'examen bimanuel

Montrer et commenter la diapositive : *Considérations concernant l'examen clinique*

- Examen pelvien
 - Positionnement et éclairage adéquats pour identifier et traiter les saignements
 - Préparer à portée de main tous les instruments ou anesthésiques qui pourraient être nécessaires
- Analgésiques pour les patientes qui ont mal ou sont susceptibles de nécessiter une intervention
- Examen au spéculum
 - Réparer les éventuelles lacérations lors de l'examen
 - Inspecter l'ouverture du col et éliminer avec une pince circulaire les éventuels produits de la conception visibles

Quelles sont les causes usuelles d'un choc chez les patientes qui reçoivent des soins après avortement ?

- Recueillir deux ou trois réponses. S'assurer que les participants savent qu'une hémorragie et une infection ou une infection généralisée sont les causes usuelles d'un choc chez les patientes qui reçoivent des soins après avortement

Montrer et commenter la diapositive : *Choc hémorragique*

Un choc hémorragique est la conséquence d'une perte de sang importante suite à :

- un avortement incomplet
- une atonie utérine ou
- des lacérations et/ou une perforation (lésion intra-abdominale)

Montrer et commenter la diapositive : *Choc septique*

Le choc septique est la conséquence finale d'une infection consécutive à :

- un avortement incomplet

- une infection intra-utérine ou
- une lésion intra-abdominale

Dire : Nous allons à présent voir comment identifier et traiter certaines complications spécifiques.

5. Diagnostic et traitement des complications spécifiques

Dire : Nous allons commencer par aborder l'avortement incomplet.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes et symptômes d'un avortement incomplet dans le cadre des soins après avortement*

- Orifice cervical ouvert avec produits de la conception visibles et/ou saignements abondants
- L'utérus peut être augmenté de volume, avec ou sans sensibilité

Dire : Après une évacuation utérine, une partie des tissus peuvent demeurer dans l'utérus. La rétention d'une quantité importante de tissus peut provoquer des saignements abondants et une infection si elle n'est pas traitée.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement d'un avortement incomplet*

- Traiter le choc si nécessaire.
- Veiller à un contrôle adéquat de la douleur.
- Administrer une antibiothérapie prophylactique ou thérapeutique si nécessaire.
- Procéder à une évacuation utérine par l'une des méthodes suivantes :
 - Aspiration intra-utérine si la patiente présente des signes ou symptômes d'infection, des saignements abondants ou est en état de choc
 - Misoprostol si pas de contre-indications
 - Monitoring attentif jusqu'à expulsion des produits résiduels si pas de contre-indications

Dire : Un contrôle adéquat de la douleur peut inclure un bloc paracervical et des analgésiques oralement ou par voie intraveineuse si nécessaire dans l'éventualité où une aspiration intra-utérine est indiquée. De faibles quantités de tissus résiduels peuvent s'évacuer spontanément sans intervention supplémentaire.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant des lacérations cervicales ou vaginales de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes et symptômes de lacérations cervicales ou vaginales dans le cadre des soins après avortement*

Symptômes :

- Saignements vaginaux
- Lacérations visibles à l'examen au spéculum

Demander au même participant de décrire le traitement administré à cette patiente.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement des lacérations*

- Veiller à un contrôle adéquat de la douleur de manière à pouvoir visualiser l'étendue de la lésion et la réparer si nécessaire.
- Pour les lacérations mineures :
 - Appliquer une pression sur la déchirure avec une pince circulaire.
 - Appliquer du nitrate d'argent.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement des lacérations (suite)*

- Pour les lacérations qui nécessitent une réparation par suture:
 - Appliquer un anesthésique local sur la zone à suturer ; une sédation peut éventuellement faciliter la réparation.
 - Veiller à un positionnement et à un éclairage adéquats.
 - Appliquer une solution antiseptique au niveau du col de l'utérus et du vagin.
 - Saisir délicatement le col de l'utérus avec une éponge ou une pince circulaire.
 - Examiner attentivement la totalité du col de l'utérus pour détecter d'éventuelles lacérations supplémentaires.
 - En partant de l'apex de la déchirure, fermer celle-ci avec une suture continue en fil résorbable.
 - Utiliser une pince circulaire pour amener délicatement l'apex vers le bas s'il est difficile de l'exposer.
 - Réparer par laparotomie toute déchirure qui s'étend en profondeur au-delà de la voûte vaginale ou qui continue à saigner après la suture.

- On peut utiliser un tamponnement vaginal pour le traitement d'urgence du saignement.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes et symptômes de perforation utérine dans le cadre des soins après avortement*

Symptômes :

- La patiente indique des antécédents d'avortement par instruments
- Abdomen distendu et/ou rigide avec phénomène de rebond et/ou réaction de défense
- Signes ou symptômes d'infection généralisée et/ou de choc

Au cours de la procédure d'aspiration :

- Les instruments pénètrent plus loin qu'attendu
- Présence de graisse ou d'intestin dans le produit d'aspiration
- La puissance d'aspiration diminue
- La patiente se plaint de douleur abdominale intense pendant ou après la procédure
- Augmentation brutale des saignements ou de la douleur

Dire : Une perforation utérine peut représenter une menace pour le pronostic vital et un traitement rapide est indiqué en raison du risque important d'infection et de dommages à d'autres organes abdominaux et pelviens (intestin, vessie et vaisseaux sanguins). Le saignement peut ne pas être manifeste à l'examen pelvien mais une hémorragie importante peut être masquée par le fait que le saignement est intra-abdominal.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement d'une perforation utérine dans le cadre des soins après avortement*

- Dans tous les cas, traiter le choc prise si nécessaire
- Si la perforation est survenue lors d'une aspiration effectuée au centre, que la patiente est stable, qu'il n'y a pas de signes de lésion intra-abdominale et que l'évacuation est terminée :
 - Hospitaliser la patiente et la garder en observation pour les signes et symptômes de lésion intra-abdominale ou d'hémorragie. Cette approche n'est envisageable que si la perforation est survenue au cours d'une aspiration utérine et que le prestataire est certain qu'il n'y a pas d'autre lésion.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement d'une perforation utérine dans le cadre des soins après avortement (suite)*

- Si la patiente est instable ou présente des signes de lésion intra-abdominale :
 - Laparotomie ou laparoscopie pour diagnostiquer et traiter ou
 - Stabiliser et transférer la patiente
- Si l'évacuation est incomplète :
 - Terminer l'évacuation par laparotomie ou laparoscopie et réparer les éventuelles lésions, puis examiner attentivement la cavité abdominale pour déceler d'éventuelles lésions ou
 - S'il n'est pas possible d'effectuer une laparotomie ou une laparoscopie, organiser le transfert vers un établissement hospitalier de niveau supérieur

Dire : S'il n'est pas possible de réparer l'utérus ou le col de l'utérus ou que l'on ne parvient pas à contrôler le saignement, une hystérectomie peut s'avérer nécessaire.

Nous allons à présent parler de l'atonie utérine.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant de l'atonie utérine de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer et commenter la diapositive : *Signes et symptômes d'atonie utérine*

- Utérus augmenté de volume, ramolli,
- Saignements abondants
- Peut être secondaire à un avortement incomplet

Dire : L'atonie utérine est une situation où l'utérus manque de tonus musculaire et ne parvient pas à mettre fin au saignement. Les patientes présentant une atonie saignent abondamment. Cette complication est plus fréquente chez les femmes qui ont déjà donné naissance à plusieurs enfants ou dont la grossesse est plus avancée. L'atonie peut être secondaire à un avortement incomplet ou à la présence de caillots de sang dans l'utérus (hématométrie).

Demander au même participant de décrire le traitement administré à cette patiente.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement de l'atonie utérine*

Ce traitement doit avoir lieu étape par étape et le prestataire doit passer rapidement à l'étape suivante si le saignement n'est toujours pas contrôlé :

- Massage bimanuel.

- Administration d'utérotoniques.
- Aspiration utérine.
- Tamponnement utérin.
- Hystérectomie uniquement s'il s'avère impossible d'arrêter le saignement par d'autres mesures.

Dire : Une hystérectomie ne doit être pratiquée qu'en dernier recours

Montrer et commenter la diapositive : Utérotoniques pour contrôler le saignement ou assurer la stabilisation

Après l'aspiration utérine :

- Méthylergonovine 0,2 mg par voie intramusculaire ou intracervicale, ne pas utiliser chez les patientes souffrant d'hypertension
- Misoprostol 200 à 800 µg par voie orale, rectale ou sublinguale
- Ocytocine 20 unités dans 1 litre de fluide IV au rythme de 60 gouttes par minute
- Tamponnement intra-utérin

Dire : On trouvera des informations plus détaillées sur la posologie et la méthode dans le manuel de référence.

Nous allons à présent parler de l'infection généralisée.

Une infection peut survenir après une procédure d'évacuation utérine si l'avortement a été incomplet, si l'on n'a pas respecté les mesures de prévention des infections ou si la patiente souffrait d'une infection pelvienne au moment de l'évacuation utérine. Une infection intra-utérine (également désignée sous le nom d'endométriose) peut évoluer vers une infection plus généralisée (septicémie ou choc septique) si elle demeure non traitée. Une patiente souffrant d'infection généralisée doit être hospitalisée.

Commençons par passer en revue les signes et symptômes d'une infection intra-utérine.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'une infection intra-utérine (endométrite)*

- Douleur pelvienne inférieure ou abdominale
- Fièvre et frissons
- Sensibilité utérine ou au niveau du bas-ventre à l'examen bimanuel
- Douleur lors de la mobilisation du col

- Pertes vaginales ou cervicales anormales ou malodorantes

Montrer la diapositive : *Diagnostic d'une infection généralisée*

Suspicion d'infection plus :

- Hypotension (TAS < 90 mmHg) plus
- Une ou plusieurs des signes suivants :
 - Pouls > 100 par minute
 - Fréquence respiratoire > 24 respirations par minute
 - Température anormale (< 36°C ou > 38°C)

Demander aux participants comment ils ont traité les patientes souffrant d'une infection généralisée.

Recueillir quelques réponses, puis montrer la diapositive en veillant à aborder tous les points cités sur la diapositive que les participants n'ont pas mentionnés.

Montrer et commenter la diapositive : *Traitement d'une infection généralisée*

- Traiter le choc si nécessaire
- Antibiotiques à large spectre par voie intraveineuse ou intramusculaire jusqu'à 48 heures après disparition de la fièvre
- Ensuite antibiotiques oraux avec une durée totale du traitement d'au moins sept jours
- Vaccination antitétanique et sérum antitétanique en cas d'avortement non sécurisé et si le statut en termes de vaccination antitétanique n'est pas connu
- En cas d'avortement incomplet : évacuation utérine immédiate
- En cas de suspicion de lésion intra-abdominale : laparotomie et réparation des lésions
- Chez les patientes qui ne répondent pas au traitement, une hystérectomie peut s'avérer nécessaire

Dire : Les antibiotiques à large spectre recommandés sont de l'ampicilline 2 g IV toutes les six heures, plus soit de la gentamicine 5 mg/kg poids corporel IV toutes les 24 heures, soit du métronidazole 500 mg IV toutes les huit heures.

L'hématométrie est une autre complication possible de l'aspiration intra-utérine. Ce terme désigne l'accumulation de caillots de sang dans la cavité utérine. En pareil cas, l'utérus ne parvient pas à se contracter normalement.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant cette complication de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes d'hématométrie*

- Utérus augmenté de volume, ferme et douloureux
- Pression pelvienne
- Crampes et douleur intenses
- Étourdissements
- Légère fièvre
- Saignements vaginaux peu importants

Dire : Une nouvelle évacuation par aspiration intra-utérine permet généralement de résoudre le problème.

Nous allons à présent parler des réactions vasovagales.

Expliquer qu'un évanouissement peut occasionnellement survenir lors d'une aspiration intra-utérine.

- Il s'agit d'une réaction vagale à la stimulation au cours de la procédure.
- Il dure habituellement une dizaine de secondes et ne nécessite aucune intervention.

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes de réaction vasovagale*

- Évanouissement, perte de conscience
- Peau froid ou humide
- Étourdissements
- Nausées
- Chute modérée de la tension artérielle, du pouls

Montrer la diapositive : *Cause des réactions vasovagales*

- Résultat de la stimulation du nerf vague au cours de l'aspiration intra-utérine

Dire : Une réaction vagale n'est pas véritablement une complication mais plutôt un effet indésirable. Une réaction vagale peut survenir lors de l'insertion d'un cathéter intraveineux, d'une injection intramusculaire, d'une aspiration intra-utérine ou à la seule vue du sang. Il s'agit d'un évanouissement et elle disparaît spontanément, contrairement à une crise convulsive, laquelle peut nécessiter une intervention.

- Souligner qu'une réaction vagale survenant chez une

patiente peut être extrêmement stressante si le personnel soignant ne comprend pas ce qui se passe.

Dire : Comment traiter une réaction vasovagale ?

- Veiller à ce que les points suivants soient cités :
 - La plupart des symptômes disparaissent rapidement dès que la patiente reprend conscience et aucun traitement supplémentaire n'est nécessaire.
 - Allonger la patiente et lui surélever les jambes.
 - On peut faire respirer des sels à la patiente pour la ranimer.
 - Dans de très rares cas, une injection d'atropine peut être nécessaire si la réaction se prolonge : 0,5 mg IV.

Remarque à l'attention du formateur : Un grand nombre de participants peuvent être perturbés face à une réaction vagale et la prendre à tort pour un problème plus grave. S'assurer que tous les participants ont compris qu'une réaction vagale n'est pas un choc et disparaît en général spontanément sans intervention.

Dire : Une autre complication possible est une douleur persistante après la prise du misoprostol.

Demander à un participant qui a traité une patiente présentant une douleur persistante après la prise du misoprostol de décrire les symptômes qu'il a pu observer.

Montrer et commenter la diapositive : *Douleur persistante*

- Douleur intense qui persiste au-delà de quatre à six heures après la prise du misoprostol ou
- Douleur intense non soulagée par de l'ibuprofène et des narcotiques légers

Demander au même participant de décrire la cause de la douleur persistante chez la patiente mentionnée.

Montrer et commenter la diapositive : *Causes possibles de douleur persistante*

- Tissus de la grossesse emprisonnés au niveau de l'orifice cervical
- Grossesse extra-utérine
- Infection des voies génitales supérieures

Dire : Lorsque des tissus de la grossesse sont emprisonnés au niveau de l'orifice cervical, il est quelquefois possible de le saisir avec un instrument tel qu'une pince circulaire et de le retirer délicatement. Pour les autres causes, traiter la cause

comme indiqué (traiter l'infection, diagnostiquer une éventuelle grossesse extra-utérine). Si toutes des causes citées ont été exclues, envisager une faible tolérance à la douleur et la prendre en charge en offrant à la patiente counseling, réconfort et contrôle de la douleur.

Nous allons à présent aborder les réactions allergiques à la mifépristone ou au misoprostol.

Montrer la diapositive : *Réactions allergiques*

- Les symptômes possibles sont un gonflement de mains ou pieds, des éruptions cutanées ou une respiration sifflante.
- Traiter de la manière usuelle, par exemple par un antihistaminique.
- Les réactions allergiques graves (très rares) nécessitent un traitement d'urgence.

Dire : Les patientes qui présentent un essoufflement soudain, un gonflement des voies respiratoires ou toute autre réaction grave ou inhabituelle nécessitent des soins d'urgence.

Nous allons à présent parler des grossesses extra-utérines non diagnostiquées. Il ne s'agit pas d'une complication de l'évacuation utérine, mais bien d'un problème qui était déjà présent avant celle-ci. Il est nécessaire d'évaluer les patientes pour une éventuelle grossesse extra-utérine lors de l'évaluation clinique et le prestataire doit suspecter une grossesse extra-utérine si la patiente présente des saignements persistants et de la douleur abdominale, même si elle a subi précédemment une procédure d'évacuation utérine.

Montrer et commenter la diapositive : *Grossesse extra-utérine*

- Généralement détectée lors de l'évaluation clinique
- Impossible à traiter par aspiration intra-utérine ou par des méthodes médicamenteuses
- Est une situation représentant une menace pour le pronostic vital : transférer ou traiter immédiatement la patiente

Montrer la diapositive : *Signes et symptômes possibles d'une grossesse extra-utérine*

- Saignements vaginaux et douleur pelvienne persistants
- Saignements vaginaux minimes après la prise des médicaments pour un avortement médicamenteux
- Taille utérine inférieure à celle attendue
- Douleur ou crampes abdominales basses soudaines,

intenses et persistantes

- Masse annexielle palpable
- Évanouissement, douleur à l'épaule, pulsation cardiaque rapide ou étourdissements

Dire : La douleur abdominale ou les crampes abdominales sont souvent initialement unilatérales, puis se généralisent.

L'évanouissement, la douleur à l'épaule, la pulsation cardiaque rapide ou les étourdissements peuvent être dus à une rupture de la grossesse ectopique s'accompagnant d'une hémorragie interne. Une hémorragie interne ne s'accompagne pas nécessairement de saignement vaginal.

La rupture d'une grossesse extra-utérine est une urgence gynécologique qui peut représenter une menace pour le pronostic vital et nécessite une intervention chirurgicale immédiate. Une patiente chez qui l'on suspecte une grossesse extra-utérine doit être traitée immédiatement ou être transférée le plus rapidement possible vers une institution capable de confirmer le diagnostic et d'instaurer un traitement.

6. Réponse aux urgences

Dire : Nous allons à présent aborder les plans d'urgence et le renvoi des patientes vers des structures adaptées.

Montrer et commenter la diapositive : *En cas d'urgence*

- L'évaluation approfondie et le consentement éclairé peuvent être repoussés jusqu'après le traitement indispensable pour sauver la vie de la patiente
- Les centres doivent avoir un plan de prise en charge des urgences incluant :
 - Service de garde téléphonique
 - Renvoi
 - Transmission d'informations
 - Entraînement aux urgences
 - Fournitures
 - Contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications
- Demander aux participants si leurs centres disposent d'un plan d'urgence et, dans l'affirmative, lesquelles de ces options il comprend. Demander aux participants de lire la section 9.0 consacrée à la réponse aux urgences du manuel de référence. Après cinq minutes, animer une discussion

de groupe sur l'utilité de chaque option. Demander aux participants d'inscrire dans leur carnet leurs idées pour développer ou améliorer le plan d'urgence de leur centre.

Montrer la diapositive : *Service de garde téléphonique*

Une personne ayant des connaissances cliniques suffisantes doit être disponible 24 heures sur 24 pour :

- Répondre aux questions des patientes et les rassurer
- Dispenser des soins ou organiser le renvoi

Expliquer aux participants que tous les centres qui proposent des soins d'avortement ne doivent pas être à même de traiter toutes les complications susceptibles de survenir. Stabiliser la patiente et la renvoyer vers une structure proche pour y recevoir un traitement est également acceptable. Dans une structure décentralisée, les systèmes de renvoi sont importants pour permettre aux centres de référer rapidement les patientes pour bénéficier de soins plus spécialisés si nécessaire.

- Discuter quelques caractéristiques d'un système de renvoi adéquat.

Montrer la diapositive : *Qualités d'un système de renvoi adéquat*

- Personnel et moyen de transport prêts 24 heures sur 24.
- Plans et protocoles de renvoi existants au sein des centres et entre centres.
- Transmission à l'hôpital vers lequel la patiente est transférée des informations sur son état et le traitement qui lui a été administré et retransmission par l'hôpital des informations sur les soins qui lui ont été dispensés.

Dire : Demander aux participants de se reporter à l'annexe D du module Procédure d'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus du manuel de référence pour un exemple de formulaire de renvoi.

Dire : Quelles sont les différences entre ce formulaire et celui utilisé par votre centre ?

- Discuter des réponses.
- Discuter des éléments importants d'un formulaire de renvoi.

Suggérer aux participants de modifier éventuellement le formulaire de renvoi de leur centre pour y inclure ces éléments.

Montrer la diapositive : *Comment les communautés peuvent faciliter le renvoi*

- Envisager toutes les ressources nécessaires pour fournir une assistance.

- Des voitures de police, les véhicules de communautés religieuses ou d'organismes divers et des taxis peuvent assurer le transport.
- Prévoir à l'avance.
- Des personnes de contact locales peuvent jouer le rôle d'intermédiaires pour le renvoi.

Montrer la diapositive : *Transport vers un centre médical*

Montrer la diapositive : *Transmission des informations*

Les prestataires de soins doivent appeler l'hôpital de référence pour l'informer des points suivants :

- La patiente est en route
- Pourquoi elle leur est envoyée
- Ses antécédents
- Les mesures qui ont été prises
- Son état actuel

Montrer la diapositive : *Entraînement aux urgences*

Le personnel du centre doit régulièrement revoir et pratiquer :

- Le traitement d'une hémorragie et d'un choc
- La mise en place d'une perfusion intraveineuse de fluides
- L'administration d'oxygène (si disponible)
- La réanimation cardiopulmonaire

Le personnel du centre doit savoir quel est son rôle et connaître les protocoles en cas d'urgence.

Montrer la diapositive : *Fournitures d'urgence*

- Les centres doivent disposer d'une mallette contenant l'ensemble des médicaments et fournitures d'urgence.
- Vérifier chaque mois l'état des stocks et les dates de péremption.

Dire : La mallette ou le chariot ne doivent être utilisés qu'en cas d'urgence, de manière à ce que les fournitures soient présentes lorsqu'une urgence se produit.

Montrer la diapositive : *Liens vers la communauté*

Les prestataires de soins et les centres peuvent travailler en collaboration avec des membres des communautés et des groupes pour :

- Identifier les signes et symptômes de complications consécutives à un avortement
- Savoir où et comment obtenir des soins d'urgence
- Éviter tout retard dans le transport des patientes vers des services de soins d'urgence
- Renvoyer les patientes vers des services d'urgence, assurer les soins de suivi et aiguiller les patientes vers d'autres services de santé génésique

Dire : Nous allons à présent aborder brièvement les soins de suivi après des complications consécutives à un avortement.

7. Soins de suivi

Montrer et commenter la diapositive : *Soins de suivi après le traitement de complications consécutives à un avortement*

La patiente doit :

- Faire l'objet d'un suivi clinique
- Bénéficier d'un soutien psychologique
- Recevoir des informations orales et écrites sur :
 - son état de santé, y compris les altérations à long terme
 - les médicaments à prendre
 - les méthodes contraceptives
 - les soins de suivi
 - ce à quoi elle doit s'attendre et que faire si elle nécessite des soins d'urgence

Dire : Les informations sur son état de santé doivent inclure counseling sur les éventuelles altérations à long terme consécutives aux complications, telles qu'une hystérectomie ou la réparation d'une perforation intestinale.

Les informations imprimées peuvent être fournies sous forme de texte ou d'illustrations, en fonction des besoins.

Montrer et commenter la diapositive : *Vaccination antitétanique après un avortement non sécurisé*

Si la patiente a subi un avortement non sécurisé et :

- Est vaccinée contre le tétanos, administrer une injection de rappel de vaccin antitétanique (0,5 ml d'anatoxine tétanique par voie intramusculaire)
- N'est pas vaccinée contre le tétanos :

- Administrer 1.500 unités de sérum antitétanique par voie intramusculaire et
- Administrer une injection de rappel de 0,5 ml d'anatoxine tétanique par voie intramusculaire quatre semaines plus tard

Demander si les participants ont des questions sur les soins de suivi suite à des complications.

Dire : Nous allons maintenant parler du suivi des événements indésirables graves et de la manière de tirer les leçons de ce qui s'est produit.

8. Suivi des événements indésirables graves

Montrer la diapositive : *Événements indésirables*

- Complications que présente une patiente au cours du traitement et qui ne sont pas la conséquence du problème pour lequel elle est venue demander des soins
- Un patient sur dix admis dans un établissement hospitalier pour quelque raison que ce soit est confronté à l'un ou l'autre événement indésirable
- Rares dans le cadre des soins d'avortement et de contraception usuels
- Les événements indésirables graves peuvent provoquer des lésions représentant une menace pour le pronostic vital ou même la mort

Dire : L'un d'entre vous a-t-il déjà été confronté à des événements indésirables graves ?

Dans l'affirmative, demander à l'un des participants de citer un exemple.

Montrer la diapositive : *Types d'événements indésirables*

- Événement indésirable (EI)/complication – problème nécessitant une intervention ou une prise en charge allant au-delà de ce qui est normalement nécessaire pour une procédure ou une anesthésie
- Événement indésirable grave (EIG) – pouvant provoquer la mort, des lésions représentant une menace pour le pronostic vital, une détérioration permanente ou nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale pour éviter une détérioration permanente
- Quasi-incident – susceptible d'être dommageable au patient mais ne l'a pas été grâce à la chance, à la prévention ou à une atténuation

- Lorsque l'on aborde chaque type d'événement indésirable, demander à un participant de résumer brièvement une situation vécue correspondante en rapport avec l'avortement

Montrer la diapositive : *Exemples d'événements indésirables*

| Tableau 14B-1 : Exemples de complications/événements indésirables graves | |
|--|--|
| Aspiration intra-utérine | Avortement médicamenteux |
| Perforation traitée de manière conservatoire ou nécessitant une intervention chirurgicale | Aspiration non programmée (par exemple en raison de saignements abondants ou de douleur) |
| Complications liées à l'anesthésie nécessitant une hospitalisation ou entraînant des convulsions | Réactions vis-à-vis des médicaments nécessitant un traitement d'urgence |
| Saignement nécessitant une transfusion sanguine | Saignement nécessitant une transfusion sanguine |
| Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation | Infection nécessitant une antibiothérapie intraveineuse et/ou une hospitalisation |
| Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue | Intervention de chirurgie intra-abdominale non prévue |
| Poursuite de la grossesse | Poursuite de la grossesse |
| Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de la procédure | Grossesse extra-utérine non diagnostiquée au moment de l'avortement médicamenteux |
| Décès | Décès |

Dire : On estime qu'un patient sur dix admis dans un établissement hospitalier pour quelque raison que ce soit est confronté à l'un ou l'autre événement indésirable.

Montrer et commenter la diapositive : *Raisons de la survenue d'événements indésirables*

- Rarement dus à une seule personne ou à un événement unique
- Résultent généralement plutôt d'une combinaison de :
 - facteurs liés à la patiente
 - erreur humaine
 - erreur impliquant le centre

Dire : Êtes-vous d'accord avec ces causes ? Pourquoi ou pourquoi pas ? Pouvez-vous citer des exemples de facteurs liés à la patiente et d'erreurs impliquant le centre ?

Recueillir quelques réponses. Veiller à ce que soient cités dans les facteurs liés à la patiente :

- Âge gestationnel avancé
- Obésité
- Anomalie anatomique de l'utérus
- Problèmes médicaux complexes

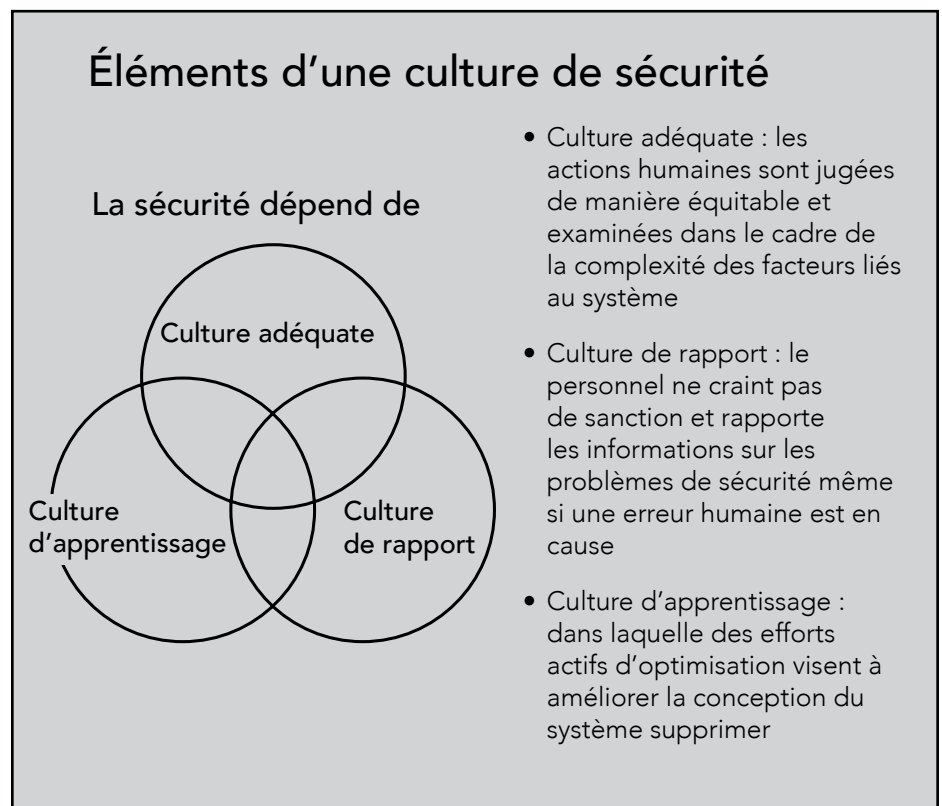
Les erreurs impliquant le centre sont notamment :

- Toute situation où le centre n'a pas veillé suffisamment à garantir la sécurité de la patiente
- Manque de médicaments et de fournitures appropriés par souci d'économie

Dire : Nous allons à présent regarder deux sketches et discuter de la manière de mettre en place sur le lieu de travail une culture incitant à signaler les événements indésirables et à en tirer les leçons pour garantir la sécurité.

Demander à des participants de jouer les sketches sur les événements indésirables graves et, ensuite, discuter avec l'ensemble du groupe des différences entre une « culture de culpabilisation » et une « culture de sécurité » en rapport avec les événements indésirables graves.

Montrer la diapositive : *La sécurité dépend de*



- Culture adéquate : les actions humaines sont jugées de manière équitable et examinées dans le cadre de la complexité des facteurs liés au système
- Culture de rapport : le personnel ne craint pas de sanction et rapporte les informations sur les problèmes de sécurité même si une erreur humaine est en cause
- Culture d'apprentissage : dans laquelle des efforts actifs d'optimisation visent à améliorer la conception du système

Montrer la diapositive : *Rapport des événements indésirables*

Après que l'on ait soigné la patiente, l'événement doit être :

- Documenté – informations complètes dans le dossier médical de la patiente et dans le registre de l'institution
- Signalé – aux autorités locales conformément aux directives en vigueur
- Analysé – de manière à ce que l'expérience contribue à améliorer la qualité des soins

Il faut encourager une discussion ouverte entre toutes les personnes impliquées dans l'événement indésirable, à savoir les prestataires de soins, leurs assistants, les administrateurs, les patientes et leur famille (le cas échéant). Lorsque des événements indésirables surviennent, le personnel du centre peut en discuter avec la famille et les membres de la communauté afin d'éviter tout malentendu et même d'éventuelles craintes non fondées, tout en respectant la vie privée de la patiente. L'objectif est de déterminer à quel niveau le système s'est montré inefficace et de l'améliorer pour éviter que le même événement indésirable se reproduise à l'avenir.

Montrer la diapositive : *Analyse des causes fondamentales*

L'analyse des causes fondamentales est une technique pour tirer les leçons des événements indésirables

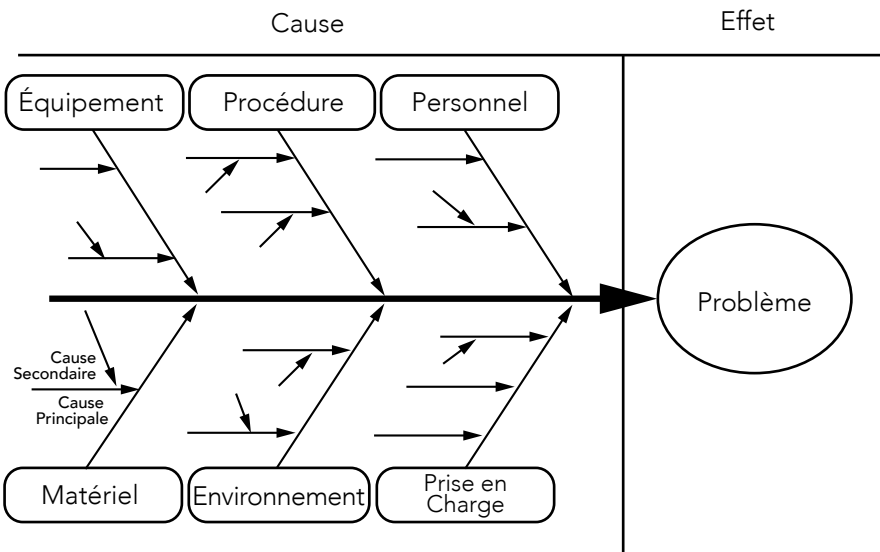
- Discussion en équipe avec tous les membres du personnel concernés
- Discussion non punitive menée dans un esprit d'apprentissage

Demander :

- Que s'est-il passé ?
- Pourquoi cela s'est-il produit ?
- Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ?

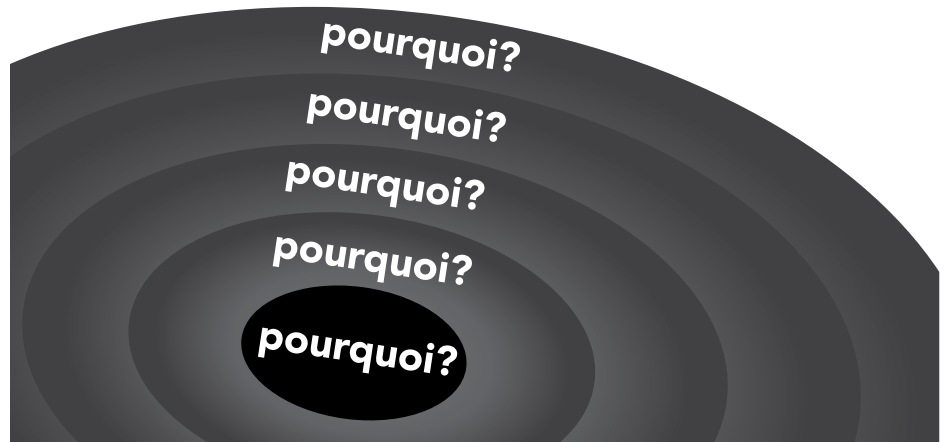
Il existe différentes techniques d'analyse des causes fondamentales. Les trois techniques que nous aborderons brièvement ici sont le diagramme en arêtes de poisson, les cinq pourquoi et l'analyse de l'arborescence du problème.

Montrer et commenter la diapositive :
Diagramme en arêtes de poisson



- Inclure les points suivants dans la discussion :
 - Inscrire le problème dans une case à droite de la page.
 - Tracer une ligne horizontale à gauche du problème.
 - Décider des catégories de causes du problème. Quelques catégories de causes utiles dans un diagramme en arêtes de poisson classique sont le personnel, les procédures, l'équipement et le matériel, l'environnement et la prise en charge. Une autre manière d'aborder les catégories consiste à y réfléchir en termes de causes à chaque étape principale du processus.
 - Tracer des lignes en diagonale au-dessus et au-dessous de la ligne horizontale (ce sont les « arêtes ») et y inscrire les catégories choisies.
 - Générer une liste de causes pour chaque catégorie.
 - Indiquer les causes sur chaque arête en traçant des ramifications pour montrer les relations entre les causes.
 - Développer les causes en se demandant « Pourquoi ? » jusqu'à être parvenu à un niveau de détail suffisant, à savoir que la cause soit suffisamment spécifique pour qu'il soit possible de tester une modification et d'en mesurer les effets.

Montrer et commenter la diapositive : *Les cinq pourquoi*



Inclure les points suivants dans la discussion :

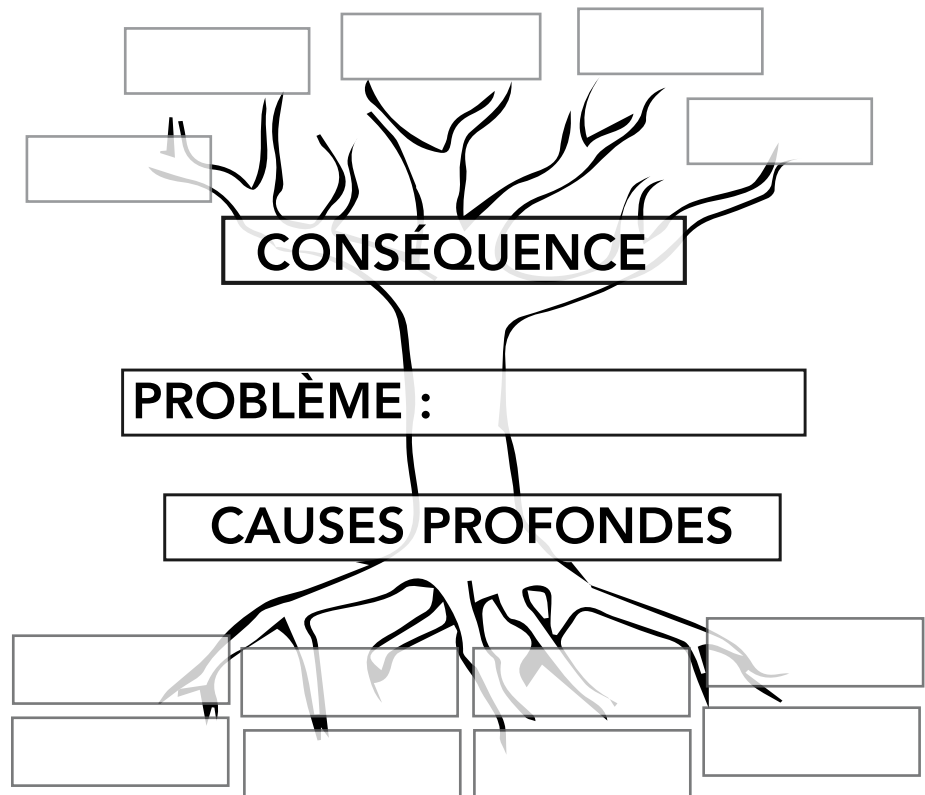
- En répétant à plusieurs reprises la question « Pourquoi ? » (cinq fois en moyenne), on peut éplucher une à une les différentes couches d'un problème comme on retire les pelures d'un oignon, ce qui peut mener à la cause fondamentale du problème.
- Veiller à éviter les hypothèses et les pièges logiques (erreurs de réflexion) susceptibles de nous égarer et continuer à creuser jusqu'à parvenir à la véritable cause fondamentale.

Étapes de l'utilisation des cinq pourquoi :

1. Inscrire le problème spécifique. Le fait de l'inscrire aide à formuler le problème et à le décrire avec précision. Cela aide également l'équipe à se concentrer sur le même problème.
2. Organiser un remue-ménages pour réfléchir à la raison pour laquelle le problème pourrait s'être posé. Quelques règles de base du remue-ménages sont notamment :
 - Toutes les idées sont acceptables ; tout jugement est exclu jusqu'à ce que l'on soit parvenu au terme du processus.
 - La liberté est la bienvenue : plus on ose s'exprimer librement, mieux c'est. L'humour favorise une réflexion constructive et aide à exprimer des idées originales
 - À ce stade, c'est la quantité qui compte et non la qualité
 - Continuer à bâtir sur les idées émises par les autres
 - Chaque participant et chaque idée a la même valeur
1. Sélectionner la raison la plus probable du problème et l'inscrire.

2. Si cela ne permet pas d'identifier la cause fondamentale du problème, demander à nouveau « Pourquoi ? » et noter cette réponse.
3. Continuer à demander « Pourquoi ? » et à y répondre jusqu'à ce que toute l'équipe soit d'accord pour considérer que l'on a identifié la cause fondamentale du problème. Cela peut nécessiter plus ou moins que cinq « Pourquoi ? ».

Montrer et commenter la diapositive : *Analyse de l'arborescence du problème*



- Inclure les points suivants dans la discussion :
 - L'analyse de l'arborescence du problème se fera de préférence au sein d'un petit groupe de discussion dirigée de six à huit personnes environ en utilisant un tableau à feuilles mobiles ou des transparents et un rétroprojecteur.
 - La première étape consiste à discuter pour se mettre d'accord sur le problème à analyser. Ne pas s'inquiéter si cela semble être un vaste sujet parce que l'arborescence du problème contribuera à le subdiviser. Inscrire le problème au centre du tableau : il formera le tronc de l'arbre.
 - Le groupe devra ensuite identifier les causes du problème, que l'on dessine comme formant les racines, puis ses conséquences, qui deviendront les branches.

Ces causes et conséquence peuvent être inscrites sur des feuilles adhésives de type post-it ou des fiches, individuellement ou par groupes de deux, de manière à pouvoir les organiser selon une logique de cause à effet.

- Le cœur de l'exercice est la discussion, le débat et le dialogue suscités à mesure que l'on organise et réorganise les facteurs, qui donnent souvent naissance à des subdivisions des racines et des branches. Prendre le temps de laisser les gens expliquer leurs sentiments et leur raisonnement et prendre note des idées et des points accessoires émis sur une autre feuille de tableau à feuilles mobiles en utilisant des titres tels que solutions, préoccupations et décisions.
- Utiliser cet exemple d'analyse des causes fondamentales :
 - Pourquoi une perforation s'est-elle produite ? Le médecin a perforé l'utérus.
 - Pourquoi le médecin a-t-il perforé l'utérus ? Il a utilisé une canule trop petite.
 - Pourquoi a-t-il utilisé cette canule trop petite ? Toutes les canules plus grandes avaient été utilisées la veille et n'avaient pas été nettoyées et stérilisées.
 - Pourquoi les canules n'avaient-elles pas été nettoyées et stérilisées ? Le seul membre du personnel responsable du traitement des instruments et formé à cet effet était en congé pour raisons familiales.
 - Mesures pour éviter que cela ne se reproduise à l'avenir : former sur place d'autres membres du personnel au traitement des instruments et assigner la responsabilité du traitement des instruments par roulement entre ces différentes personnes.

Pour plus d'informations sur l'analyse des causes fondamentales, se reporter au module Ressources supplémentaires.

9. Jeux de rôles des cas cliniques illustrant le diagnostic et la prise en charge des complications

Dire : Nous avons discuté des signes et symptômes, des causes et de la prise en charge des complications possibles dans le cadre des soins après avortement. Nous allons à présent mettre en pratique l'identification et la prise en charge de ces complications, soit en dispensant un traitement définitif, soit en aiguillant la patiente vers un centre de soins compétent.

Remarque à l'attention du formateur : Ne pas passer immédiatement à la diapositive suivante car celle-ci indique le

diagnostic pour le cas clinique n° 1.

Répartir les participants en petits groupes.

- Remettre à chaque groupe un exemplaire des scénarios pour le jeu de rôles des cas cliniques, de la fiche de travail et de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications.
- Attribuer un ou deux cas cliniques à chaque groupe.
- Demander à chaque groupe de jouer son scénario, un participant jouant le rôle de la patiente et un autre celui du prestataire, et de poser un diagnostic pour les complications décrites dans le ou les cas cliniques qui lui ont été attribués. Dans certains des cas cliniques, des informations supplémentaires sont fournies par une troisième personne à un moment donné au cours du scénario. La personne qui joue le rôle du prestataire doit expliquer au fur et à mesure ce qu'elle fait pour diagnostiquer et traiter la complication, par exemple « Je procède à un examen pelvien. » ou « J'applique du nitrate d'argent. ».
- Demander que, dans chaque groupe, une personne lise la partie correspondante de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications pour chacun des diagnostics posés afin de vérifier que le « prestataire » prend les mesures nécessaires pour traiter la complication.
- Après chaque jeu de rôles, les participants doivent utiliser la fiche de travail pour identifier les aspects du traitement d'urgence qui sont importants pour une prise en charge adéquate de cette complication, dire si un événement indésirable s'est produit et quelles mesures il serait possible d'adopter pour éviter un tel événement à l'avenir. Leur laisser 25 minutes pour cette activité.
- Demander aux groupes de choisir un rapporteur qui présentera à l'ensemble du groupe leur cas, le diagnostic et, le cas échéant, les mesures visant à éviter des événements indésirables similaires à l'avenir et à améliorer le traitement d'urgence.
- Demander aux participants d'utiliser le manuel de référence.

Lorsque les 25 minutes sont écoulées, entamer les rapports et la discussion.

- Utiliser la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications pour les réponses et la fiche de travail comme guide.

- En commençant par le premier cas clinique, le rapporteur de chaque groupe doit :
 - Lire à haute voix le cas clinique et le diagnostic.
 - Lire la fiche de travail des cas cliniques sur les complications complétée par le groupe.
 - Discuter des aspects du programme de réponse aux urgences susceptibles d'améliorer la prise en charge de cette complication.
 - Identifier les éventuels événements indésirables et la manière d'éviter qu'ils se reproduisent.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 1 de faire son rapport à l'ensemble du groupe.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 1 : Traitement d'un avortement incomplet associé à un choc*

- Stabiliser l'état de choc
- Poursuivre les antibiotiques à large spectre
- Transfuser ou préparer en vue d'un transfert immédiat vers une autre institution pour une transfusion

Demander au rapporteur du cas clinique n° 2 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 2 : Traitement d'une infection généralisée avec probablement des lésions utérines ou abdominales*

- Traiter le choc si nécessaire
- Instaurer un traitement par antibiotiques à large spectre
- Laparotomie pour réparer les éventuelles lésions utérines ou abdominales
- Évacuation utérine sous visualisation directe
- Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 3 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 3 : Traitement d'un avortement incomplet avec perforation probable*

- Hospitaliser et maintenir sous observation
- Intervention chirurgicale pour diagnostiquer et traiter si la patiente est instable et/ou en présence de signes de lésion intra-abdominale
- Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication

- Comme ce cas constitue un événement indésirable, examiner le cas conformément au protocole du centre.

Demander au rapporteur du cas clinique n° 4 de faire son rapport.

Montrer la diapositive : *Cas clinique n° 4 : Traitement de la douleur persistante consécutive à la présence de tissu emprisonné au niveau de l'ouverture du col*

- Saisir les tissus avec une pince circulaire et les retirer délicatement.

Dire : Avez-vous des questions sur le traitement de l'une ou l'autre des complications que nous avons abordées ?

- Répondre aux questions et lancer la discussion.
- Remettre à chaque participant un exemplaire de la liste de contrôle des compétences pour la prise en charge des complications.
 - Leur dire qu'ils peuvent l'utiliser pour s'entraîner à la prise en charge des patientes qui présentent des complications.
 - Ils peuvent également l'utiliser pour développer au niveau de leur centre des protocoles de prise en charge des patientes qui présentent des complications.

Dire : Quels soins de suivi doivent être proposés aux patientes ayant présenté des complications ?

- Les réponses doivent refléter la diapositive suivante.

Expliquer aux participants que, pour améliorer leur capacité à prendre en charge efficacement ces complications, ils peuvent compléter cette formation par un apprentissage plus approfondi qui peut éventuellement leur être dispensé au niveau local. Les inciter à se reporter au document *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* d'Ipas pour des informations plus détaillées sur la prise en charge des complications.

10. Résumé et test

Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés dans ce module. Utiliser les objectifs comme référence.

Avez-vous des questions sur ce qui a été vu dans ce module ?

- Répondre aux questions.

Distribuer le test de connaissance.

- Demander aux participants de répondre au test de connaissance.
- Ramasser les tests.
- Passer en revue les bonnes réponses en utilisant les réponses au test.
- Remercier les participants de leur participation.

Bibliographie

- Achilles, S. L. et Reeves, M. F. (2011). Prevention of infection after induced abortion: date de publication: octobre 2010: directive SFP 20102. *Contraception*, 83(4), 295–309.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S. H., Russo, N. F. et Wyatt, G. E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248(4951), 41–44.
- American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. (2008). Report of the APA task force on mental health and abortion. Washington, DC.
- Chen, B. A. et Creinin, M. D. (2007). Contemporary management of early pregnancy failure. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50(1), 67–88.
- Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M. et Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(1), 166–171.
- Copeland, L. J., Jarrell, J. F. et Dodson, R. (2000). *Textbook of gynecology*, (second ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pyram, H. C. (2001). Early pregnancy failure: Current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105–113.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H. M. et Burnhill, M. S. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics and Gynecology*, 76(1), 129–135.
- Ipas. (2009). *Évacuation utérine par aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) : Manuel de formation pour des cycles de formation courts*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition.). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A. et Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics and Gynecology*, 66(4), 533–537.
- Lichtenberg, E. S. et Grimes, D. A. (2009). Surgical complications: Prevention and management. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (eds), *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care* (p. 224–251). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- March, C. M. (2011). Asherman's syndrome. *Seminars in Reproductive Medicine*, 29(2), 83–94.
- National Cancer Institute. (2010). Summary report: *Early reproductive events and breast cancer workshop* (second ed.) D'après : <http://www.cancer.gov/cancertopics/causes/ere/workshopreport>.
- Committee on Gynecologic Practice. (2009, confirmé en 2011). ACOG Committee Opinion No. 434: Induced abortion and breast cancer risk. *Obstetrics and Gynecology*, 113(6), 1417–1418.
- Organisation mondiale de la Santé. (1994). *Prise en charge clinique des complications de l'avortement : guide pratique*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. (1995). *Complications des avortements : Directives techniques et questionnaires pour la prévention et le traitement*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : Guide destiné à la sage-femme et au médecin : Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement* (Second ed.). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2009). Directives de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prise en charge de l'hémorragie post-partum et de la rétention placentaire. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2011). *IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults: Guidelines for the management of common illnesses with limited resources* (Vol. 1). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012a). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2012b). Recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prévention et le traitement de l'hémorragie du post-partum. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Solter, C., Miller, S. et Gutierrez, M. (2000). Module 11: Manual Vacuum Aspiration (MVA) For Treatment of Incomplete Abortion. *Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Curriculum*. Watertown, MA: Pathfinder International.

Thonneau, P., Fougereyrollas, B., Ducot, B., Boubilley, D., Dif, J., Lalande, M. et Soulat, C. (1998). Complications of abortion performed under local anesthesia. *European Journal Obstetrics Gynecology Reproductive Biology*, 81(1), 59–63.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M. et Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938–1946.

Réponses au test de connaissances

1. b
2. d
3. d
4. a
5. c
6. d
7. c
8. b
9. a
10. d

Test de connaissances sur les complications

Entourer la bonne réponse.

1. La plupart des patientes qui viennent demander des soins après avortement :
 - a. Souffrent d'une perforation utérine
 - b. Sont stables
 - c. Sont en état de choc
 - d. a et c
2. La prise en charge des complications n'implique PAS :
 - a. La capacité des membres du personnel à identifier une complication
 - b. La capacité des membres du personnel à traiter une complication
 - c. Le renvoi des patientes pour les situations qu'il est impossible de traiter complètement sur place
 - d. Le traitement complet sur place de toutes les complications susceptibles de survenir
3. Un avortement incomplet :
 - a. Peut provoquer des saignements vaginaux et de la douleur
 - b. Peut entraîner une infection
 - c. Peut être traité par aspiration intra-utérine
 - d. Tout ce qui précède
4. La première étape du traitement d'une patiente qui présente des complications après un avortement consiste à :
 - a. Procéder à une évaluation initiale rapide pour les signes de choc
 - b. Rechercher les complications liées à la grossesse
 - c. Pratiquer un examen clinique
 - d. Obtenir son consentement éclairé volontaire
5. Une pathologie qui apparaît lorsque l'utérus est incapable de se contracter pour mettre fin aux saignements est :
 - a. La coagulopathie intravasculaire disséminée
 - b. Le syndrome d'Asherman
 - c. L'atonie utérine
 - d. L'hématométrie

6. Dans le cadre des soins après avortement, on doit suspecter une grossesse extra-utérine chez les patientes qui présentent les signes suivants :
 - a. Saignements persistants et douleur abdominale après une procédure d'évacuation utérine
 - b. Taille utérine inférieure à celle attendue
 - c. Saignements vaginaux minimes après la prise des médicaments pour un avortement médicamenteux
 - d. Tout ce qui précède
7. Les signes et symptômes d'une infection intra-utérine sont notamment :
 - a. Saignements abondants et prolongés
 - b. Maux de tête intenses, vertiges
 - c. Douleur lors de la mobilisation du col
 - d. Brefs épisodes d'évanouissement
8. Une réaction vasovagale :
 - a. Est synonyme d'un choc physiologique
 - b. Disparaît en général spontanément et ne représente pas une menace pour le pronostic vital
 - c. Indique une perforation utérine
 - d. Doit être traitée chirurgicalement
9. Les centres doivent référer les patientes présentant des complications à une autre institution si :
 - a. Ils ne sont pas à même de les traiter complètement sur place
 - b. Elles n'ont pas les moyens de payer le centre
 - c. Elles présentent une forte fièvre
 - d. Elles présentent des lésions de l'utérus, du vagin ou de l'intestin
10. Les soins de suivi pour les patientes ayant présenté des complications comprennent :
 - a. Un monitoring attentif
 - b. Des informations sur le suivi
 - c. Counseling sur les conséquences médicales et psychologiques
 - d. Tout ce qui précède

Sketches sur les événements indésirables graves

Demander à des participants de jouer les deux sketches ci-après et, ensuite, discuter avec l'ensemble du groupe des différences entre une « culture de culpabilisation » et une « culture de sécurité » en rapport avec les événements indésirables graves.

Cas clinique n° 1

Superviseur (parcourant la salle des yeux d'un air inquiet) : Que s'est-il passé ici ?

Membre du personnel (montrant le prestataire) : Il/Elle a provoqué une perforation !

Superviseur (sur un ton accusateur) : Pourquoi avez-vous perforé l'utérus de cette patiente ? Pourquoi n'avez-vous pas fait plus attention ? N'avez-vous donc rien appris lors de cette formation que nous vous avons fait suivre ? J'espère que vous n'avez pas encore rédigé de rapport sur cet incident. Cela nous ferait très mal voir lors de notre évaluation annuelle !

Prestataire : Et bien je me sens vraiment très mal à l'aise suite à ce qui s'est produit. J'ai fait exactement ce à quoi l'on m'avait formé...

Superviseur (interrompant brutalement le prestataire) : Je ne veux pas entendre vos excuses. Cela m'est égal... Vous êtes clairement incompetent. Tout ce qu'il nous reste à faire, c'est de vous muter dans une petite ville où nous n'aurons plus à nous soucier de vous.

Cas clinique n° 2

Superviseur (regardant le prestataire en face et s'exprimant sur un ton calme) : J'ai cru comprendre qu'il y avait eu une perforation utérine lors de votre procédure de ce matin. Comment va la patiente ?

Prestataire : Oui, c'est exact. Heureusement, cela semble être une perforation minime et la patiente va bien. Nous pensons que cela cicatrisera spontanément sans nécessiter d'intervention supplémentaire.

Superviseur : Je suis content de savoir que la patiente va mieux. Expliquez-moi ce qui s'est passé et ce qui pourrait avoir contribué à la perforation.

Prestataire : Et bien, j'avais déjà débuté la procédure lorsque je me suis rendu compte que j'aurais besoin d'une canule de plus grande taille. Lorsque j'ai demandé la taille au-dessus, mon assistant m'a dit que nous ne possédions qu'une seule canule de chaque taille et que, malheureusement, celle de la taille au-dessus avait déjà été utilisée et n'avait pas encore été nettoyée et désinfectée. J'ai donc dû continuer à utiliser la canule trop petite mais, bien entendu, j'ai dû effectuer beaucoup plus de passages pour terminer la procédure. J'ai fait de mon mieux pour être attentif mais, apparemment, je ne l'ai pas été suffisamment.

Superviseur : Je vois. Il me semble que ce type d'incident s'est déjà produit auparavant. On dirait qu'il peut y avoir de nombreuses causes à cet événement indésirable, notamment stock d'instrument, calendriers de retraitement, préparation avant la procédure, etc. Nous allons réunir toute l'équipe clinique et réfléchir ensemble à quelques idées qui pourraient contribuer à éviter que cela ne se reproduise. Nous allons également entamer la procédure de rapport pour votre centre.

Prestataire : Cela me semble une excellente idée. J'apprécie réellement votre soutien et la possibilité de réfléchir à des moyens pour nous permettre, à moi et à mon équipe, d'améliorer la qualité de nos services.

Mentor : Bien. Et après la réunion du personnel, j'aimerais discuter en privé avec vous de vos sentiments à propos de cet incident.

Scénarios des jeux de rôles des cas cliniques – Complications : soins après avortement

Remarque : La personne qui joue le rôle du prestataire ne peut pas voir le scénario du cas clinique.

Cas clinique n° 1 :

Une femme se présente au centre après avoir avorté chez elle à quatre mois de grossesse. Ses vêtements sont imbibés de sang, elle est pâle et extrêmement anxieuse. À l'examen, elle est fébrile et la taille de son utérus correspond à une grossesse de 12 semaines, avec un orifice cervical ouvert. On instaure des antibiotiques par voie intraveineuse et on procède à une AMIU pour avortement incomplet. Une heure après l'AMIU, elle continue à présenter des saignements, son pouls est rapide et elle est en hypotension. Elle semble être au plus mal.

Cas clinique n° 2

Une femme de 23 ans se présente dans un centre de santé rural avec des saignements vaginaux et de la fièvre. À l'examen, elle est très mal, avec une forte fièvre, 39°C, et la région abdominale inférieure est sensible avec phénomène de rebond et réaction de défense. Bien que la date de ses dernières règles remonte à 10 semaines, la taille de son utérus correspond à environ six semaines. Elle déclare également que, trois jours auparavant, elle s'est rendue chez une femme du village pour un avortement et que celle-ci a enfoncé quelque chose dans son utérus.

Cas clinique n° 3

Une femme de 26 ans qui dit avoir eu ses dernières règles huit semaines auparavant se présente avec des saignements vaginaux et de la fièvre. À l'examen, sa température est de 38,1°C. On constate la présence d'une quantité modérée de sang foncé dans le vagin ; l'utérus est légèrement sensible et sa taille correspond à huit semaines de grossesse. Il n'y a pas de masse annexielle et le col de l'utérus est ouvert. On diagnostique un avortement incomplet et on la traite par évacuation utérine par AMIU après instauration d'une antibiothérapie. Au cours de la procédure, la canule pénètre trop profondément sans rencontrer aucune résistance. La patiente se plaint de douleur abdominale intense après la procédure. Toutefois, ses paramètres vitaux sont stables et les saignements sont minimes.

Cas clinique n° 4

La patiente est une jeune femme de 17 ans à qui on a fourni du misoprostol dans ce même centre deux semaines auparavant pour traiter des saignements après un avortement provoqué à huit semaines au moyen de plantes. Elle revient aujourd'hui et se plaint de crampes intermittentes. Les saignements ont d'abord été abondants, comparables à des règles, mais à présent, il n'y a plus que de légers saignements diffus. En dehors de la douleur intermittente, elle se sent bien et a l'impression de ne plus être enceinte. L'examen pelvien montre un utérus de taille non enceinte et non sensible et la présence d'une faible quantité de sang foncé dans le vagin. Au niveau de l'orifice cervical, il semble y avoir un caillot caoutchouteux ou un fragment de tissu.

Réponses pour les études de cas concernant les complications (soins après avortement)

Cas clinique n° 1 :

1. Informations sur le cas — Une femme se présente au centre après avoir avorté chez elle à quatre mois de grossesse. Ses vêtements sont imbibés de sang, elle est pâle et extrêmement anxieuse. À l'examen, elle est fébrile et la taille de son utérus correspond à une grossesse de 12 semaines, avec un orifice cervical ouvert. On instaure des antibiotiques par voie intraveineuse et on procède à une AMIU d'urgence pour avortement incomplet. Une heure après l'AMIU, elle continue à présenter des saignements, son pouls est rapide et elle est en hypotension. Elle semble être au plus mal.
2. Diagnostic — Avortement incomplet et choc
3. Étapes du traitement — Stabiliser l'état de choc. Poursuivre les antibiotiques à large spectre. Transfuser ou préparer en vue d'un transfert immédiat vers une autre institution pour une transfusion.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? Non, les complications étaient préexistantes et n'ont pas été provoquées ou aggravées par quelque chose qui s'est produit au centre.

Cas clinique n° 2

1. Informations sur le cas — Une femme de 23 ans se présente dans un centre de santé rural avec des saignements vaginaux et de la fièvre. À l'examen, elle est très mal, avec une forte fièvre. Sa température est de 39°C et la région abdominale inférieure est sensible avec phénomène de rebond et réaction de défense. Bien que la date de ses dernières règles remonte à 10 semaines, la taille de son utérus correspond à environ six semaines. Elle déclare également que, trois jours auparavant, elle s'est rendue chez une femme du village pour un avortement et que celle-ci a enfoncé quelque chose dans son utérus.
2. Diagnostic — Infection généralisée, avec probablement des lésions utérines ou abdominales
3. Étapes du traitement — Traiter le choc si nécessaire. Instaurer un traitement par antibiotiques à large spectre. Laparotomie pour réparer les éventuelles lésions utérines ou abdominales. Évacuation utérine sous visualisation directe. Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? Non, les complications étaient préexistantes et n'ont pas été provoquées ou aggravées par quelque chose qui s'est produit au centre.

Cas clinique n° 3

1. Informations sur le cas — Une femme de 26 ans qui dit avoir eu ses dernières règles huit semaines auparavant se présente avec des saignements vaginaux et de la fièvre. On diagnostique un avortement incomplet et on la traite par AMIU. Au cours de la procédure, la canule pénètre trop profondément sans rencontrer aucune résistance. La patiente se plaint de douleur abdominale intense après la procédure. Toutefois, ses paramètres vitaux sont stables et les saignements sont minimes.
2. Diagnostic — Avortement incomplet avec probablement une perforation
3. Étapes du traitement — Hospitaliser et maintenir sous observation. Intervention chirurgicale pour diagnostiquer et traiter si la patiente est instable et/ou en présence de signes de lésion intra-abdominale. Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? Oui, puisque la perforation est survenue au cours d'une procédure réalisée au centre.
6. Dans l'affirmative...
 - a. Que s'est-il passé ? – Le prestataire a perforé l'utérus de la patiente lors d'une procédure d'AMIU.
 - b. Pourquoi cela s'est-il produit ? – Un grand nombre de facteurs doivent être envisagés. Le prestataire n'a peut-être pas pris suffisamment de temps lors de l'examen bimanuel pour contrôler la taille, la forme et la position de l'utérus. Il n'a peut-être pas utilisé la taille de canule adéquate ou celle-ci n'était pas disponible. La technique a peut-être été trop énergique. D'autres facteurs peuvent également avoir incité le prestataire à se dépêcher au cours de la procédure.
7. Que pourrait-on modifier pour éviter des événements similaires à l'avenir ? Cela dépend de l'analyse des causes fondamentales, mais quelques possibilités sont : Veiller à ce que les prestataires sachent comment pratiquer un examen bimanuel approfondi et comprennent l'importance de déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus et du col de l'utérus avant une procédure d'aspiration intra-utérine pour pouvoir la pratiquer en toute sécurité. Adapter le flux de travail du centre pour que les procédures puissent être effectuées sans se sentir pressé par le temps. Faire en sorte que les instruments appropriés soient toujours disponibles.

Cas clinique n° 4

1. Informations sur le cas — La patiente est une jeune femme de 17 ans à qui on a fourni du misoprostol dans ce même centre deux semaines auparavant pour traiter des saignements après un avortement provoqué à huit semaines au moyen de plantes. Elle revient aujourd'hui et se plaint de crampes intermittentes. Les saignements ont d'abord été abondants, comparables à des règles, mais à présent, il n'y a plus que de légers saignements diffus. En dehors de la douleur intermittente, elle sent bien. L'examen pelvien montre un utérus de taille non enceinte et non sensible et la présence d'une faible quantité de sang foncé dans le vagin. Au niveau de l'orifice cervical, il semble y avoir un caillot caoutchouteux ou un fragment de tissu.
2. Diagnostic — Douleur persistante consécutive à la présence de tissu emprisonné au niveau de l'ouverture du col
3. Étapes du traitement — Saisir les tissus avec une pince circulaire et les retirer délicatement.
4. Aspects importants du traitement d'urgence — Chaque centre doit passer en revue son programme de réponse aux urgences afin de se préparer à la prise en charge de complications graves. Les aspects à envisager sont notamment un service de garde téléphonique, des systèmes de renvoi incluant le transfert de la patiente, la transmission des informations, l'entraînement aux urgences, les fournitures et des contacts avec la communauté concernant le renvoi, le suivi et la discussion des questions sur la manière dont les centres prennent en charge les complications.
5. S'agit-il d'un événement indésirable ? Non, les complications étaient préexistantes et n'ont pas été provoquées ou aggravées par quelque chose qui s'est produit au centre.

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins après avortement)

| Compétence | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Procéder à une évaluation initiale rapide pour les signes de choc | | | |
| Demander de l'aide, activer les procédures d'urgence | | | |
| | | | |
| Instaurer un traitement initial du choc | | | |
| S'assurer que les voies respiratoires sont dégagées | | | |
| Tourner la tête sur le côté | | | |
| Surélever les jambes | | | |
| Administer de l'oxygène, cinq litres par minute au moyen d'un masque ou d'une canule nasale | | | |
| Insérer un ou deux gros cathéters IV, administrer un litre de solution d'électrolytes en bolus | | | |
| Transfuser si les paramètres vitaux demeurent instables | | | |
| Maintenir la patiente au chaud | | | |
| Mettre en place une sonde urinaire | | | |
| Surveiller les paramètres vitaux et les enregistrer toutes les 15 minutes | | | |
| Surveiller les apports liquidiens et les pertes liquidiennes | | | |
| Demander des examens de laboratoire | | | |
| Organiser un transfert d'urgence s'il n'est pas possible d'instaurer sur place un traitement adéquat | | | |
| | | | |
| Procéder à une seconde évaluation pour déterminer les causes sous-jacentes du choc | | | |
| Pratiquer un examen bimanuel et un examen au spéculum pour les signes et symptômes d'avortement incomplet, de lacérations cervicales ou vaginales, de perforation utérine, d'atonie utérine, d'infection ou d'infection généralisée | | | |
| | | | |
| Avortement incomplet | | | |
| Administer des antibiotiques si nécessaire | | | |
| Procéder à une évacuation utérine si nécessaire | | | |

(suite en pages 474 à 475)

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins après avortement)

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Lacérations cervicales ou vaginales | | | |
| Appliquer du nitrate d'argent ou appliquer une pression avec une pince circulaire en cas de lacérations minimes | | | |
| Suturer si nécessaire | | | |
| | | | |
| Perforation utérine | | | |
| Hospitaliser et garder en observation si la perforation est survenue au cours de l'évacuation utérine, que la patiente est stable et qu'il n'y a pas d'autres lésions | | | |
| Laparotomie ou laparoscopie pour diagnostiquer et traiter si la patiente est instable et/ou en présence de signes de lésion intra-abdominale | | | |
| Stabiliser et transférer si le centre n'est pas à même de traiter cette complication | | | |
| | | | |
| Atonie utérine | | | |
| Commencer par un massage bimanuel | | | |
| Administer des utérotoniques | | | |
| Procéder à une aspiration intra-utérine | | | |
| Procéder à un tamponnement intra-utérin | | | |
| Procéder à une hystérectomie ou référer la patiente pour une hystérectomie s'il s'avère impossible d'arrêter le saignement par d'autres mesures | | | |
| | | | |
| Infection ou infection généralisée | | | |
| Traiter le choc si nécessaire | | | |
| Instaurer un traitement par antibiotiques à large spectre | | | |
| Évacuation utérine ou traitement chirurgical si nécessaire | | | |
| | | | |
| Prise en charge des autres complications | | | |
| | | | |
| Hématométrie | | | |
| Procéder à une aspiration utérine | | | |

Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications (soins après avortement)

| Compétence (suite) | Oui | Non | Commentaires |
|---|-----|-----|--------------|
| Réaction vasovagale | | | |
| Traiter par une position adéquate | | | |
| Injection d'atropine si la réaction se prolonge | | | |
| | | | |
| Douleur persistante | | | |
| Procéder à une évaluation pour rétention des produits de conception, grossesse extra-utérine ou infection | | | |
| Éliminer les tissus emprisonnés au niveau de l'ouverture du col | | | |
| Proposer un contrôle adéquat de la douleur ou référer la patiente pour une évaluation plus approfondie | | | |
| | | | |
| Réactions allergiques | | | |
| Traiter si nécessaire en cas de réaction allergique | | | |
| | | | |
| Grossesse extra-utérine | | | |
| Diagnostiquer et traiter ou référer la patiente en cas de suspicion de grossesse extra-utérine | | | |
| | | | |
| Réponse aux urgences | | | |
| Disposer d'un programme de réponse aux urgences 24 heures sur 24 | | | |
| Disposer d'un programme de prise en charge des complications | | | |
| Dispenser des soins de suivi adéquats | | | |
| Disposer d'un programme de monitoring et d'évaluation des événements indésirables | | | |

Stage clinique



But :

Ce module propose un stage clinique visant à permettre aux participants d'acquérir les compétences requises pour dispenser des soins complets d'avortement centrés sur la femme, comprenant : soins après avortement : counseling et services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (y compris traitement des instruments Ipas AMIU Plus) ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; prise en charge des complications.



Conditions préalables :

Les participants doivent déjà être capables de :

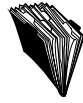
- Décrire les principaux concepts des soins complets d'avortement centrés sur la femme, y compris les soins après avortement
- Décrire les droits de la femme dans le cadre des soins d'avortement
- Lors des exercices de simulation, être capable de mettre efficacement en pratique les compétences requises pour dispenser des soins d'avortement centrés sur la femme décrites dans les différents modules du cours de formation : counseling ; services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (y compris traitement des instruments Ipas AMIU Plus) ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; facultatif : mise en place d'un DIU ou d'un implant après la procédure d'évacuation (si une formation correspondante a été dispensée) ; prise en charge des complications



Objectifs :

1. À la fin de ce module, les participants devront être capables de : Mettre efficacement en pratique les compétences requises pour dispenser des soins d'avortement centrés sur la femme : counseling ; services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (y compris traitement des instruments Ipas AMIU Plus) ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; prise en charge des complications

2. Identifier les domaines des compétences susmentionnées pour lesquels des exercices pratiques supplémentaires sont éventuellement nécessaires



Matériel didactique :

- ☐ Éléments de la liste des fournitures et équipements nécessaires pour le stage clinique
- ☐ Listes de contrôle des compétences de chaque module clinique
- ☐ Formulaire d'évaluation des compétences cliniques pour les soins d'avortement
- ☐ Formulaire d'évaluation de fin de la formation (figurant dans la section « Comment utiliser ce manuel »)
- ☐ Feuilles blanches pour l'activité de suivi de l'amélioration des compétences
- ☐ Feuilles de tableau à feuilles mobiles
- ☐ Dispositifs et/ou systèmes intra-utérins et implants contraceptifs à mettre en place après l'avortement au cours des exercices de simulation pour ceux qui y sont déjà formés.
- ☐ Certificats de participation et de compétence (sur le CD-ROM)

Préparation préalable :



Remarque à l'attention du formateur : Ce module doit éventuellement être adapté au contexte. Lors de son adaptation, il convient de tenir compte du temps nécessaire et disponible pour la formation pratique, de l'ordre des sujets, de la nécessité de disposer de formateurs supplémentaires, des révisions nécessaires au début de chaque sujet et des autres problèmes logistiques. Voir « Comment utiliser ce manuel » pour des informations plus détaillées.

- ☐ Veiller à ce que tous les participants soient parvenus à un niveau de compétence suffisant lors des exercices de simulation avant de prendre part au stage clinique.
- ☐ Obtenir l'accord des institutions où se déroulera la partie pratique de la formation.
- ☐ Programmer le déroulement du stage clinique.
- ☐ Réunir les formateurs et discuter de leur rôle en insistant sur l'importance du travail en équipe.
- ☐ Déterminer comment impliquer le personnel des institutions où se déroulera le stage clinique.

- ☐ Déterminer quel sera le rôle de chaque participant au cours du stage clinique.
- ☐ Déterminer comment former les équipes de participants et de formateurs.
- ☐ Prendre les dispositions nécessaires pour que les participants puissent assister ou prendre part aux soins dispensés aux patientes présentant des complications.
- ☐ Préparer et photocopier le matériel didactique (tableaux à feuilles mobiles, listes de contrôle, formulaires d'évaluation).
- ☐ Veiller à la disponibilité de l'équipement et du matériel nécessaires pour le stage clinique (voir liste des fournitures et équipements pour le stage clinique).
- ☐ Prévoir des activités alternatives pour occuper les moments où il n'y a pas suffisamment de véritables cas cliniques.
- ☐ Faire des photocopies des certificats de participation pour ceux qui effectuent le stage clinique et des certificats de compétence pour ceux qui sont parvenus à un niveau de compétence suffisant dans tous les domaines abordés.
- ☐ Passer en revue la liste des ressources de formation supplémentaires à la fin de ce module.
- ☐ Passer en revue la section Déroulement du stage clinique (ci-après).

Déroulement du stage clinique

Temps nécessaire

Le temps à consacrer au stage clinique peut être extrêmement variable en fonction de l'organisation du stage clinique, des besoins et des compétences des participants, du nombre de cas pris en charge par les institutions qui les accueillent et du temps disponible.

Forme

Ce module de stage clinique est divisé en différentes sessions par type de compétences. Le contenu de chaque session reflète le module portant le même nom dans la partie théorique de cette formation.

Chaque session débutera par une brève révision du contenu de la formation théorique sous la forme d'une mini-conférence faisant usage de tableaux à feuilles mobiles et d'un passage en revue de la liste ou des listes de contrôle correspondantes. Les participants doivent ensuite être clairement informés des détails de la session avant de gagner l'institution qui leur a été assignée. À la fin de

chaque session pratique, les participants se réuniront pour un débriefing et une discussion.

Organisation du stage clinique

- ❑ L'organisation du stage clinique dépendra des besoins des participants et des contraintes pratiques des institutions où il se déroule. Les formateurs doivent déterminer si le stage clinique peut se dérouler avec plusieurs participants et plusieurs formateurs en même temps au sein d'une même institution ou dans plusieurs institutions simultanément. On peut adopter une approche modulaire ou toute autre approche adaptée en répartissant les lieux, les moments, les participants, les formateurs et/ou les compétences.
- Envisager d'organiser le stage clinique de telle sorte que les participants mettent en pratique des compétences qui sont logiquement associées (par exemple counseling et services contraceptifs ou évacuation utérine et mise en place d'un DIU après une évacuation utérine).
- Mettre efficacement à profit le temps disponible. Par exemple, une partie des participants peuvent pratiquer les activités de counseling pendant la totalité de la première journée tandis que d'autres pratiquent l'évaluation clinique, après quoi on intervertit les groupes le lendemain. Entre-temps, les participants qui ne doivent se former qu'au traitement des instruments s'y entraîneront les deux jours. Une autre option est que les participants demeurent « appelables » pendant une semaine et réalisent leur stage clinique lorsque des patientes se présentent pour des soins.

On notera que la plupart des compétences sont identiques pour l'induction d'un avortement et les soins après avortement. Le stage clinique peut inclure le traitement de ces deux types de patientes.

- ❑ Programmer le stage clinique en tenant compte des besoins et de la situation des participants. Par exemple, l'organiser uniquement le matin ou pendant les week-ends ou sous forme de sessions plus courtes réparties sur une plus longue période de manière à ce que les participants consacrent un maximum de temps à la formation pratique.
- ❑ Si les participants sont répartis en plusieurs groupes ou si le stage se déroule dans différentes institutions, veiller à disposer de formateurs supplémentaires. Chaque participant doit être directement supervisé par un formateur.
- ❑ Utiliser les principes de formation des adultes et maintenir un environnement d'apprentissage positif.

Avant le stage clinique

- ❑ Identifier les moments où il y a le plus de chances que des patientes viennent se présenter pour des soins à l'institution où se déroule le stage clinique. Pour avoir la certitude qu'un nombre suffisant de patientes soient présentes aux moments prévus pour le stage clinique, demander éventuellement à d'autres centres locaux de renvoyer vers l'institution en question les patientes demandeuses de soins d'avortement durant la période de formation. Une autre option, pour permettre aux participants de pratiquer des procédures d'aspiration intra-utérine, consiste à fixer des rendez-vous aux patientes devant subir une biopsie endométriale pendant le stage clinique et de laisser les participants réaliser la procédure, puisque les compétences requises sont les mêmes que pour une évacuation utérine.
- ❑ S'assurer que les protocoles, l'équipement et le matériel de l'institution où se déroule le stage clinique correspondent aux compétences à acquérir. Décider comment gérer les éventuelles discordances.
 - Si nécessaire, adapter les activités de formation de manière à les faire correspondre aux pratiques de l'institution où se déroule le stage clinique ou prévoir des activités supplémentaires.
 - Déterminer où pourront avoir lieu les contrôles et les discussions de débriefing avant et après les activités pratiques. On peut utiliser pour cela une salle privée au sein de l'institution ou en-dehors de celle-ci.
- ❑ Déterminer comment garder le contact avec les participants qui sont parvenus au niveau de compétence voulu et avec ceux qui nécessitent davantage de pratique et comment organiser pour ces derniers un stage de formation supplémentaire.

Pendant le stage clinique

- Se référer au manuel de référence pour les activités de révision, de débriefing et de discussion avec les participants.
- Répartir les participants pour leur permettre de s'entraîner à réaliser des procédures en fonction de leur niveau de compétence.
- Attribuer un formateur à un petit groupe de participants pour qu'ils travaillent ensemble en formant des groupes de stagiaires. Réunir les participants les plus compétents avec ceux qui ont davantage de points faibles et leur

demander de s'entraider. Les participants qui ont atteint le niveau de compétence requis peuvent aider ceux qui n'y sont pas encore parvenus. Veiller à ce que les participants comprennent leur propre rôle, celui des autres participants et la manière de les aider.

- Limiter le nombre de participants et d'observateurs pour chaque procédure de manière à respecter l'intimité des patientes.
- Demander l'autorisation des patientes pour que les participants réalisent la procédure, en veillant à ce qu'elles comprennent bien que le formateur sera présent et qu'elles peuvent ne pas accepter sans pour autant qu'on leur refuse des soins.
- Toujours respecter le droit des patientes à la confidentialité et au respect de la vie privée, non seulement dans le cadre des soins proprement dits mais également lors de la discussion du cas avec les participants.
- Ne faire des commentaires pour corriger les participants en présence de la patiente que si l'erreur commise est susceptible de la mettre en danger ou de susciter des désagréments pour elle, cela afin de limiter les craintes de la patiente et la nervosité du participant.
- Suivre attentivement le stage clinique et veiller à ce que les autres formateurs suivent les protocoles convenus et utilisent les listes de contrôle pour résoudre les problèmes, de manière à avoir la certitude que les groupes de stagiaires travaillent correctement et que chaque participant ait l'opportunité de participer.
- Recueillir éventuellement les impressions des participants après chaque session via le formulaire d'évaluation de session qui se trouve à la section « Comment utiliser ce manuel ».
- Lorsqu'il n'y a pas d'opportunité de mettre en pratique les compétences acquises, utiliser ces temps morts pour des exercices pratiques supervisés sur modèle pelvien, des jeux de rôles, des études de cas cliniques et des activités de discussion.
- Utiliser le formulaire des compétences cliniques qui se trouve à la fin de ce module pour évaluer les participants et déterminer s'ils peuvent être certifiés comme compétents pour dispenser des soins d'avortement.

Après le stage clinique

- Distribuer le formulaire d'évaluation de fin de formation et demander aux participants de le compléter. On en trouvera un exemple à la section « Comment utiliser ce manuel ».

- Organiser un débriefing avec le personnel de l'institution et les autres formateurs sur ce qui a bien fonctionné et comment on pourrait améliorer le stage clinique. Remercier tout le monde de sa participation.
- Fournir à chaque participant des recommandations spécifiques pour mettre en pratique et améliorer ses compétences lorsqu'il sera de retour sur son lieu de travail.
- Le cas échéant, faire part au superviseur de son lieu de travail des commentaires sur les compétences de chaque participant.
- Organiser des visites de suivi chez les participants pour les soutenir dans leurs efforts en vue de mettre en pratique les compétences acquises et les aider à résoudre les éventuels problèmes rencontrés. Le suivi doit avoir lieu dès que possible après la formation, de préférence au cours du mois qui suit.
- Proposer des opportunités de cours de remise à niveau et d'échanges entre les participants sous forme de visites sur site.
- Demander aux participants ce qui leur semble le plus important pour la suite et comment vous pourriez les aider.

Durée : variable

1. Introduction

Saluer les participants. Se présenter et présenter les éventuels autres formateurs. Introduire le stage clinique.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Stage clinique : But

- Ce module propose un stage clinique visant à permettre aux participants d'acquérir les compétences cliniques requises pour dispenser des soins complets d'avortement centrés sur la femme, y compris des soins après avortement : counseling et services contraceptifs ; évaluation clinique ; évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus (y compris traitement des instruments Ipas AMIU Plus) ; évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses ; prise en charge des complications.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Stage clinique : Objectifs

- À la fin de ce module, les participants devront être capables de :
 1. Mettre efficacement en pratique les compétences requises pour dispenser des soins d'avortement centrés sur la femme

2. Identifier les domaines des compétences susmentionnées pour lesquels un entraînement supplémentaire est éventuellement nécessaire

Expliquer le processus d'acquisition des compétences.

- La compétence est la capacité du participant à réaliser correctement des actes médicaux en se conformant à des protocoles standardisés. Ces protocoles sont définis dans les listes de contrôle des compétences.
- Distribuer des photocopies des listes de contrôle des compétences pour chaque session.
 - Expliquer que tant les participants que les formateurs devront utiliser ces listes de contrôle.
 - Les participants utiliseront les listes de contrôle pour faire part de leurs commentaires à leurs condisciples, ainsi que pour améliorer leur propre perception des compétences requises.
 - Les formateurs s'en serviront pour mesurer les compétences des participants.
 - Chaque liste de contrôle des compétences devra être passée en revue avant le début de chaque session du stage clinique.

Dire : L'objectif de ce stage clinique est de vous permettre d'atteindre le niveau de compétence requis. Votre niveau de compétence global pour la réalisation de ces différents actes médicaux augmentera au fil du temps, à mesure que vous accumulerez davantage d'expérience.

Faire part aux participants des instructions générales pour le stage clinique.

- Leur expliquer que, au cours du stage clinique, ils auront l'occasion de mettre en pratique ce qu'ils ont appris grâce aux modules didactiques de la formation.
- Les informer de ce qu'ils devront procéder en se conformant aux listes de contrôle. Le formateur les regardera et prendra des notes si nécessaire.
- Leur expliquer qu'ils bénéficient ainsi d'une opportunité d'acquérir de nouvelles compétences et de pratiquer l'approche centrée sur la femme qui leur a été enseignée dans le cadre du cours.

Dire : L'un d'entre vous peut-il me citer quelques manières de se comporter en adoptant une approche « centrée sur la femme » lorsque l'on dispense des soins d'avortement ?

- Fournir counseling détaillé et veiller à obtenir le consentement éclairé de la patiente ; lui proposer de choisir entre différentes méthodes d'évacuation utérine et entre différents moyens contraceptifs ; écouter activement la patiente au cours de l'entrevue ; veiller au respect de l'intimité de la patiente en lui couvrant le corps autant que possible ; informer la patiente de ce que l'on fait à chaque étape des soins.

Décrire le calendrier du stage clinique et les activités assignées à chacun des participants.

- Si les participants sont répartis en groupes de stagiaires, leur expliquer comment travailleront ces groupes.
- Expliquer où et quand les formateurs feront part de leurs commentaires. Idéalement, les commentaires individuels doivent être transmis immédiatement après chaque mise en pratique des compétences.
- Rappeler aux participants qu'ils doivent respecter les règles de base lorsqu'ils font des commentaires.
- Passer en revue les règles de base figurant en page 89 du document *Formation efficace à la santé génésique : conception et déroulement de la formation – Manuel du formateur*.
- Expliquer aux participants que des activités alternatives sont prévues pour occuper les moments où il n'y a pas de possibilité de pratiquer des procédures.
- Visiter le site du stage clinique avec le groupe.
- Décrire les aspects de l'institution qui sont importants pour le stage clinique, par exemple organisation du personnel, emplacement des toilettes et des téléphones.

Avant de passer aux séances de mise en pratique des compétences, avez-vous encore des questions ou des inquiétudes ?

- Répondre aux éventuelles questions.
- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.

2. Consentement éclairé, information et counseling et Services contraceptifs

Dire : Revoyons rapidement les principaux concepts des modules Consentement éclairé, information et counseling et Services contraceptifs.

Quels sont les trois sujets de discussion à proposer à la patiente avant une évacuation utérine ?

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Avant une évacuation utérine...

- Discuter des options possibles concernant la grossesse en cours si la femme n'a pas encore pris sa décision et souhaite bénéficier de counseling.
- Obtenir son consentement éclairé volontaire.
- Expliquer les options possibles pour la procédure et répondre à ses éventuelles questions.

Dire : Quels sont les principaux rôles d'un conseiller dans le domaine des soins liés à l'avortement ?

Recueillir quelques réponses.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Principal rôle du conseiller dans le domaine des soins liés à l'avortement

- Demander et confirmer les sentiments de la femme.
- Prendre connaissance des conditions en rapport avec la grossesse qui ont des implications pour sa prise en charge clinique et l'orienter éventuellement vers d'autres services en cas de besoin.
- Aider la femme à voir clair dans ses pensées et sa prise de décision concernant sa grossesse, ses choix et sa santé sexuelle et génésique future.
- La laisser explorer ses propres sentiments face à l'avortement.
- Veiller à ce qu'elle reçoive des réponses appropriées à toutes ses questions et inquiétudes dans un langage compréhensible pour elle.
- L'orienter vers des services supplémentaires si nécessaire.
- L'aider à déterminer à qui elle pourrait s'adresser pour une assistance sociale si elle le souhaite.

Dire : Il existe de multiples techniques pour une communication efficace ; réfléchissons ensemble à quelques-unes d'entre elles.

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Techniques pour une communication efficace

- Inscrire les réponses des participants sur le tableau à feuilles mobiles.
- Veiller à ce que les réponses suivantes soient citées : demeurer attentif ; poser des questions ouvertes ; utiliser des termes encourageants ; utiliser des signes non verbaux pour manifester son intérêt pour ce qu'elle dit ; la laisser parler avant de donner des informations supplémentaires ;

s'assurer qu'elle comprend les informations fournies ;
utiliser un langage et des termes adaptés à son âge ;
pratiquer une écoute active.

Dire : Revoyons rapidement les principaux points en rapport avec la fourniture d'une méthode contraceptive en association avec les soins d'avortement.

De manière générale, une femme (y compris une jeune fille) peut utiliser n'importe quelle méthode contraceptive moderne immédiatement après une évacuation utérine si :

- Il n'y a pas de complications graves nécessitant un traitement ultérieur
- Elle a bénéficié de counseling adéquat et donné son consentement éclairé
- Le prestataire a passé en revue les précautions d'utilisation d'une méthode contraceptive donnée

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Considérations relatives à l'éligibilité médicale pour une méthode contraceptive

- Inscrire les réponses des participants sur le tableau à feuilles mobiles.

Se référer à la section 8.0 du manuel de référence pour s'assurer que tous les principaux points ont été cités.

Demander aux participants s'ils ont encore des inquiétudes ou des questions en rapport avec la pratique du counseling en matière d'avortement et des services contraceptifs.

- Animer une discussion sur les problèmes soulevés.
- Si les participants ne mentionnent aucun problème particulier, passer en revue les aspects essentiels susceptibles de leur poser problème.
- Revoir les listes de contrôle des modules Consentement éclairé, informations et counseling et Services contraceptifs.
- Faire remarquer que cette session fait usage de deux listes de contrôle des compétences : Consentement éclairé, information et counseling et Services contraceptifs.
- Laisser les participants poser des questions ou demander des explications supplémentaires.
- Faire part aux participants des instructions pour la partie du stage clinique consacrée au counseling et aux services contraceptifs.
- Expliquer en détail les aspects de cette session du stage clinique qui n'ont pas encore été passés en revue.

- Dire aux participants qu'ils auront l'opportunité de s'entraîner à fournir des informations et des conseils sur les options possibles concernant la grossesse et sur l'avortement, à obtenir le consentement éclairé de la patiente (si elle fait ce choix) et à dispenser du counseling en matière de services contraceptifs.
- Les informer des éventuels facteurs ou protocoles susceptibles d'influencer leur formation pratique.

Débuter le stage clinique : Consentement éclairé, information et counseling et Services contraceptifs

- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.

À la fin de cette partie du stage, aider les participants à mener une discussion de débriefing sur le counseling et les services contraceptifs.

Remarque à l'attention du formateur : Suivre les étapes ci-après pour le débriefing après une session de stage clinique.

- Demander aux participants ce qu'ils pensent de leur stage :
 - Qu'est-ce qui leur a semblé le plus facile ? Le plus difficile ?
 - Qu'est-ce qui les a surpris ?
 - Dans quels domaines se sont-ils montrés le plus compétents ?
 - Dans quels domaines doivent-ils principalement améliorer leurs compétences ?
 - Qu'ont-ils appris sur la dispense de soins appropriés aux très jeunes femmes ?
 - Qu'ont-ils appris sur la dispense de soins aux femmes en général ?
- Faire part de vos commentaires et de ceux des autres formateurs concernant le stage clinique.
- Demander aux participants d'évaluer la session ou de faire leurs propres commentaires à ce propos.
- Résumer les leçons acquises.
- Demander aux participants ce qu'ils considèrent comme les choses les plus importantes à faire pour continuer à améliorer leur maîtrise des compétences.
- Leur demander comment vous pourriez les y aider, soit dans le cadre de ce stage clinique, soit ultérieurement.

3. Évaluation clinique

Dire : Revoyons rapidement les principaux points abordés dans le module Évaluation clinique. Quels sont les points importants qu'un prestataire de soins doit envisager lorsqu'il évalue une patiente candidate à une évacuation utérine ?

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Évaluation d'une patiente pour des soins d'avortement

- Est-elle enceinte ?
- Quel est l'âge gestationnel ?
- Quelle est la taille de son utérus ?
- Existe-t-il des problèmes médicaux susceptibles d'affecter sa prise en charge ?
- A-t-elle des besoins particuliers ?

Dire : On obtient les réponses à ces questions lors de l'évaluation clinique. Passons en revue les éléments d'une évaluation clinique.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Évaluation clinique approfondie

- Antécédents de la patiente
- Examen clinique
- Prélèvement d'échantillons et demande d'éventuels examens de laboratoire, uniquement si nécessaire.

Se reporter au tableau à feuilles mobiles pour revoir les détails de l'évaluation clinique.

- Demander aux participants de consulter le module Évaluation clinique du manuel de référence.
- Les laisser poser des questions et demander des explications tout au long du passage en revue.
- Faire usage de son jugement pour déterminer quels sont les domaines à approfondir.

Demander aux participants les inquiétudes ou les questions qu'ils ont encore à propos de la pratique de l'évaluation clinique.

Passer en revue la liste de contrôle pour l'évaluation clinique.

- Laisser les participants poser des questions ou demander des explications supplémentaires.

Faire part aux participants des instructions pour la partie du stage clinique consacrée à l'évaluation clinique.

- Expliquer en détail les aspects de cette session qui n'ont pas encore été abordés.

- Les informer des éventuels facteurs ou protocoles susceptibles d'influencer leur formation pratique.
- Débuter le stage clinique : Évaluation clinique
- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.

À la fin de cette partie du stage, aider les participants à mener une discussion de débriefing sur l'évaluation clinique.

4. Traitement des instruments d'Ipas pour AMIU

Dire : Revoyons à présent rapidement quelques-uns des principaux aspects du traitement des instruments pour AMIU que nous avons appris dans le manuel de référence. Quelles techniques de précaution standards faut-il suivre pour le traitement des instruments ?

- Considérer que le sang et les fluides corporels de toute personne sont potentiellement infectieux : utiliser des barrières de protection personnelle telles qu'une blouse et un dispositif de protection du visage lorsque l'on risque d'être exposé à ces parties du corps ; se protéger contre les blessures occasionnées par des instruments pointus ou tranchants ; toujours porter des gants lorsque l'on manipule du sang ou d'autres fluides corporels ; se laver les mains immédiatement avant et après tout contact avec des éléments contaminés, même si l'on portait des gants.

Quelles sont les quatre étapes de base du traitement des aspirateurs Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip® ?

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Les quatre étapes du traitement des instruments Ipas AMIU Plus

- Inscrire les réponses des participants sur le tableau à feuilles mobiles.
- 1. Trempage de décontamination, 2. Nettoyage, 3. Stérilisation ou désinfection de haut niveau, 4. Entreposage

Dire : Quelles sont les options usuelles pour le traitement de l'aspirateur Ipas AMIU Plus et des canules Ipas EasyGrip ?

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Options de traitement des instruments Ipas AMIU Plus

- Inscrire les réponses des participants sur le tableau à feuilles mobiles.
- Stérilisation à l'autoclave à 121°C (250°F) sous une pression de 106 KPa (15 lbs/in²) ; glutaraldéhyde (Cidex) ; solution de chlore à 0,5% ; ébullition

Dire : Lors de la stérilisation à l'autoclave des instruments, pourquoi est-il important de respecter la température spécifiée ?

- Une température ou des paramètres de stérilisation différents risquent d'endommager les instruments.

Dire : Est-il nécessaire de stériliser ou de traiter par désinfection de haut niveau l'aspirateur ?

- Oui. L'aspirateur doit être stérilisé ou traité par désinfection de haut niveau après usage mais peut être entreposé propre jusqu'au moment de sa réutilisation.

Dire : Quel est le but du trempage de décontamination ?

- Après la procédure, tous les instruments réutilisables doivent demeurer humides jusqu'au moment de leur nettoyage. Immerger les instruments immédiatement après usage élimine une partie des contaminants et rend leur nettoyage plus facile en évitant que les contaminants ne sèchent dessus. Les immerger dans un désinfectant ne suffit toutefois pas à les rendre suffisamment sûrs pour pouvoir les manipuler à mains nues. Il est indispensable de porter des gants et un dispositif de protection du visage.

Passer en revue la liste de contrôle des compétences sur le traitement des instruments.

- Laisser les participants poser des questions ou demander des explications supplémentaires.
- Leur demander les inquiétudes ou les questions qu'ils ont encore à propos du traitement des instruments d'Ipas pour AMIU.
- Animer une discussion sur les problèmes soulevés.

5. Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Dire : Revoyons à présent rapidement quelques-uns des principaux points abordés dans le module Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus. Quels sont les facteurs à prendre en considération lors de l'élaboration d'un plan de contrôle de la douleur ?

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Contrôle de la douleur : Facteurs

- Inscrire les réponses des participants sur le tableau à feuilles mobiles.
- Veiller à ce que les réponses comprennent : les souhaits et les besoins de la patiente ; ses antécédents médicaux ; son état physique et psychologique ; son anxiété ; la nature de la procédure ; les ressources disponibles ; les protocoles de l'institution.

Dire : Un plan de contrôle de la douleur adéquat doit tenir compte des types d'analgésiques à utiliser pour l'évacuation utérine.

- Anxiolytiques contre l'anxiété
- Anesthésique : bloc paracervical à la lidocaïne
- Analgésiques non stéroïdiens (ibuprofène ou naproxène)
- Sédation consciente

Dire : Revoyons comment élaborer avec la patiente un plan de contrôle de la douleur :

- Expliquer la procédure.
- Discuter des options envisageables pour atténuer la douleur et de leurs effets indésirables potentiels.
- Lui demander quelles mesures de soutien elle souhaiterait : présence d'une compagnie, silence, distraction, informations, environnement et autres.
- On peut recourir en plus à des mesures non pharmacologiques mais celles-ci ne remplacent pas les analgésiques.
- Décider d'un plan de contrôle de la douleur.

En général, on peut atténuer la douleur par une association d'un soutien verbal, de médicaments oraux, d'un bloc paracervical, d'une technique clinique compétente et délicate et d'un environnement apaisant.

Informez les participants des protocoles de l'institution où se déroule le stage clinique en matière de contrôle de la douleur et des médicaments qui y sont disponibles.

Dire : Parlons à présent de la procédure d'AMIU proprement dite : Quels sont quelques points importants à garder à l'esprit au cours de la procédure d'AMIU ?

- Veiller à ce que les réponses suivantes soient citées dans la discussion : veiller à ce que l'aspirateur maintienne le vide ; se montrer attentif lorsque l'on fixe la canule à l'aspirateur ou qu'on la détache de celui-ci ; examiner les produits de conception après la procédure ; soutenir la patiente et préserver son intimité ; surveiller les éventuelles complications.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Étapes d'une procédure d'AMIU

1. Préparation des instruments.
2. Préparation de la patiente.

3. Préparation antiseptique du col utérin.
4. Bloc paracervical.
5. Dilatation du col de l'utérus.
6. Insertion de la canule.
7. Aspiration du contenu de l'utérus.
8. Examen des tissus.
9. Réalisation des éventuelles autres procédures concomitantes.
10. Réalisation des premières étapes post-opératoires, notamment le retraitement des instruments.

Dire : Revoyons rapidement quelques-uns des principaux éléments des soins post-opératoires. Quel type de monitoring clinique faut-il prévoir ?

- Contrôler les paramètres vitaux ; évaluer à au moins deux reprises les saignements et les crampes ; s'assurer que la patiente se repose confortablement ; s'assurer qu'elle se remet bien de la procédure et de l'administration de médicaments ; passer en revue sa fiche pour contrôler son état, ses antécédents médicaux et ses paramètres vitaux avant la procédure.

Dire : Quels symptômes post-opératoires doivent vous inciter à évaluer la patiente de manière plus approfondie ?

- Détérioration clinique marquée ; vertiges, essoufflement, évanouissement ; saignements vaginaux importants ; douleur abdominale intense ou crampes sévères.

Discuter brièvement des protocoles de l'institution où se déroule le stage clinique en matière de contrôle de la douleur, de fourniture d'antibiotiques et en ce qui concerne les autres aspects des soins postopératoires.

- Passer en revue les possibilités qu'offre l'institution où se déroule le stage clinique pour la prise d'un rendez-vous de suivi si la patiente le souhaite.

Animer une brève discussion de rappel sur le suivi de l'état psychologique de la patiente, la nécessité de lui offrir un soutien et counseling en matière de contraception après la procédure.

Demander aux participants de consulter le module Soins postopératoires du manuel de référence.

- Demander à un participant de lire à haute voix les instructions à donner à la patiente lorsqu'elle quitte le centre et la liste des signes d'alerte qu'elle devra surveiller après avoir quitté le centre.

Demander aux participants s'ils ont encore des inquiétudes ou des questions en rapport avec la pratique des soins post-opératoires.

- Animer une discussion sur les problèmes soulevés.
- S'ils ne mentionnent aucun problème particulier, passer en revue les aspects essentiels susceptibles de leur poser problème.

Dire : Revoyons rapidement quelques-uns des principaux éléments des soins de suivi. Quel est le but des soins de suivi ?

- S'assurer que l'évacuation utérine est terminée après un avortement induit par le misoprostol seul ; assurer un suivi pour les éventuelles inquiétudes, complications, services contraceptifs et problèmes psychologiques ; dispenser des soins préventifs et orienter la patiente vers un centre compétent pour d'autres services si nécessaire.
- Il n'y a pas de véritable besoin médical pour une visite de suivi systématique après une évacuation utérine non compliquée, sauf dans le cas d'un avortement médicamenteux utilisant le misoprostol seul (mais pas du traitement d'un avortement incomplet par le misoprostol). Néanmoins, toutes les patientes doivent être informées de ce que des services supplémentaires sont disponibles si nécessaire ou si elles le souhaitent.

Étiqueter un tableau à feuilles mobiles : Éléments des soins de suivi

- Demander aux participants de citer les éléments d'une visite de suivi.
- Inscrire leurs réponses sur le tableau à feuilles mobiles.
- Éléments cliniques : passer en revue le dossier médical ; demander à la patiente des informations sur son état de santé depuis la procédure ; évaluer son état physique ; passer en revue les résultats des éventuelles analyses de laboratoire ; stabiliser ou traiter les éventuels problèmes aigus ou orienter la patiente vers des services compétents pour leur prise en charge et, le cas échéant, s'assurer que les complications antérieures ont été résolues ; répéter l'aspiration intra-utérine en cas d'évacuation incomplète.
- Informations et renvoi : informer la patiente de ce à quoi elle doit s'attendre après la fin ou la poursuite du traitement, lui demander quels sont ses besoins en matière de contraception, déterminer ses autres besoins sociaux, l'orienter vers un centre compétent pour d'autres services le cas échéant.

Un grand nombre de participants ont déjà une certaine expérience des éléments des soins de suivi en rapport avec l'examen clinique

mais sont peut-être nettement moins expérimentés pour ce qui concerne la fourniture d'informations et le transfert vers d'autres services. Ils doivent garder ce point à l'esprit lors du stage clinique.

Passer en revue la liste de contrôle des compétences requises pour une évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

- Laisser les participants poser des questions ou demander des explications supplémentaires.
- Leur demander les inquiétudes ou les questions qu'ils ont encore à propos de la procédure d'AMIU.
- Animer une discussion sur les problèmes soulevés.

Faire part aux participants des instructions pour la partie du stage clinique consacrée à l'évacuation utérine par AMIU.

- Expliquer en détail les aspects de cette partie du stage clinique qui n'ont pas encore été passés en revue.
- Expliquer le protocole à suivre en cas d'événement indésirable.
- Rappeler aux participants de tenir compte des éléments psychologiques des soins.
- Les informer des éventuels facteurs ou protocoles en vigueur au sein de l'institution susceptibles d'influencer leur formation pratique.
- Discuter des protocoles et options de transfert de l'institution où se déroule le stage clinique.
- Discuter des protocoles de l'institution où se déroule le stage clinique pour le traitement des instruments en mentionnant les éventuelles différences avec les protocoles enseignés au cours de ce programme de formation.
 - Veiller à ce qu'ils aient l'opportunité de pratiquer la ou les méthodes de traitement des instruments utilisées au sein de leur centre.
- Si le stage se déroule dans des endroits différents pour les différents éléments de cette section, expliquer aux participants où ils doivent se rendre dans chaque cas.

Débuter le stage clinique : Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.
- Idéalement, un formateur doit effectuer la première procédure d'AMIU pendant que les participants le regardent. Cela peut toutefois s'avérer irréalisable en pratique en fonction du nombre d'observateurs autorisés

et du nombre de cas traités au sein de l'institution où se déroule le stage clinique.

- Informer les participants qu'ils devront s'entraîner au traitement des instruments au sein de l'institution où se déroule le stage clinique même si cette tâche ne leur est habituellement pas dévolue sur leur propre lieu de travail. Les compétences ainsi acquises pourront être mises à profit ultérieurement pour superviser les personnes en charge du traitement des instruments.
- Les participants peuvent travailler en équipe avec les membres du personnel de l'institution qui se chargent généralement du traitement des instruments ou avec un formateur ayant l'habitude du traitement des instruments.

À la fin de cette partie du stage, animer une discussion de débriefing sur l'évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus.

Stage clinique : Mise en place d'un DIU, pour les participants qui ont été précédemment formés à cette procédure

Quels sont les critères d'éligibilité pour la mise en place d'un DIU après une aspiration utérine ?

- Une femme est éligible pour la mise en place d'un DIU si elle a subi une aspiration utérine sans complications. On ne peut pas mettre en place un DIU après un avortement septique. Elle est éligible pour la mise en place d'un DIU si elle a reçu des informations sur cette méthode contraceptive et l'a choisie.
- Passer en revue les sections relatives à la mise en place d'un DIU après une AMIU de la liste de contrôle des compétences pour les services contraceptifs.

6. Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Dire : Revoyons à présent rapidement quelques-uns des principaux points abordés dans le module Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses. Quels sont les critères d'éligibilité pour une évacuation utérine par la mifépristone et le misoprostol ou par le misoprostol seul ?

- Grossesse confirmée de 13 semaines au maximum depuis la date des dernières règles
- Pour le traitement d'un avortement incomplet : taille utérine inférieure ou égale à 13 semaines, canal cervical ouvert et saignements vaginaux ou antécédents de saignements vaginaux au cours de la grossesse actuelle

Dire : Examinons quelques-unes des contre-indications à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Contre-indications à une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

- Grossesse extra-utérine (confirmée ou suspectée)
- Allergie à la mifépristone, au misoprostol, aux prostaglandines
- Insuffisance surrénalienne chronique (uniquement pour mifépristone et misoprostol)
- Porphyrie héréditaire (uniquement pour mifépristone et misoprostol)
- Lors d'avortement incomplet : signes d'infection pelvienne ou d'infection généralisée, instabilité hémodynamique ou choc

Montrer le tableau à feuilles mobiles : Précautions lors d'une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

- Présence d'un DIU : évaluer la possibilité d'une grossesse extra-utérine ; sinon, retirer le DIU
- Asthme sévère non contrôlé ou traitement à long terme par des corticoïdes (uniquement pour mifépristone et misoprostol)
- Problèmes de santé graves ou instables
- Lors d'avortement incomplet : taille utérine supérieure à 13 semaines

Passer en revue la liste de contrôle des compétences requises pour l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

- Laisser les participants poser des questions ou demander des explications tout au long du passage en revue.

Demander aux participants les inquiétudes ou les questions qu'ils ont encore à propos de la pratique de l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

- Animer une discussion sur les problèmes soulevés.

Faire part aux participants des instructions pour la partie du stage clinique consacrée à l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

- Expliquer en détail les aspects de cette partie du stage clinique qui n'ont pas encore été passés en revue.
- Expliquer le protocole en cas d'événement indésirable.

- Leur rappeler de fournir des informations complètes à la patiente.
- Les informer des éventuels facteurs ou protocoles en vigueur au sein de l'institution où se déroule le stage clinique susceptibles d'influencer leur formation pratique.
- Discuter des protocoles et options de transfert de l'institution où se déroule le stage clinique.
- Débuter le stage clinique : Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.
- Idéalement, un formateur doit effectuer la première procédure d'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses pendant que les participants le regardent. Cela peut toutefois s'avérer irréalisable en pratique en fonction du nombre d'observateurs autorisés et du nombre de cas traités au sein de l'institution où se déroule le stage clinique.
- Les participants doivent s'entraîner à l'administration initiale et au suivi ou à la confirmation de l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

À la fin de cette partie du stage, animer une discussion de débriefing avec les participants.

7. Complications

Remarque à l'attention du formateur : Si l'institution où se déroule le stage clinique traite des patientes présentant des complications après un avortement, prendre les dispositions nécessaires pour que les participants puissent assister (par exemple par groupes de deux) à la prise en charge de ces complications. Il peut même être approprié que certains participants, en fonction de leur niveau de compétence et des protocoles de l'institution, puissent réellement prendre part aux soins dispensés à la patiente. Le stage clinique ne doit en aucun cas interférer avec le traitement de la patiente mais il est possible de tirer profit de la situation comme représentant une opportunité d'apprentissage.

Revoir les types de complications les plus fréquents et leur prise en charge.

- Cette révision devra vraisemblablement être adaptée selon que la formation porte principalement sur des soins complets d'avortement ou sur les soins après avortement et en fonction des méthodes d'évacuation disponibles sur place.

Passer en revue la liste de contrôle pour la prise en charge des complications.

- Ce passage en revue de la liste de contrôle devra vraisemblablement être adapté en fonction des circonstances.
- Demander aux participants les inquiétudes qu'ils ont encore à propos de la pratique de la prise en charge des complications.
- Faire part aux participants des instructions pour la partie du stage clinique consacrée aux complications.
- Qu'ils soient amenés à examiner une patiente présentant des complications ou soient présents uniquement en tant qu'observateurs, les participants doivent être supervisés en utilisant les listes de contrôle, exactement comme lors des autres sessions.
- Expliquer en détail les aspects de cette partie du stage clinique qui n'ont pas encore été passés en revue.
- Les informer des éventuels facteurs ou protocoles en vigueur au sein de l'institution susceptibles d'influencer leur formation pratique.

Débuter le stage clinique : Prise en charge des complications

Remarque à l'attention du formateur : Il est possible qu'aucune complication ne se produise au cours du stage clinique. Si tel est le cas, faire en sorte que les participants aient l'occasion de s'entraîner par le biais des jeux de rôles sur le diagnostic et le traitement de complications.

- Envoyer les participants vers le lieu qui leur est assigné.

À la fin de cette partie du stage, aider les participants à mener une discussion de débriefing sur la prise en charge des complications.

8. Résumé et évaluation

Organiser une séance de débriefing après le stage clinique.

- Demander aux participants quels sont les principaux points qui ont été abordés au cours du stage clinique. Utiliser les objectifs comme référence.
- Demander aux participants s'ils ont des commentaires sur la manière dont s'est déroulé le stage clinique.
- Leur demander de compléter le formulaire d'évaluation de fin de formation et ramasser les formulaires.
- Demander aux participants ce qui s'est bien passé et ce qui s'est moins bien passé au cours du stage clinique.

- En se référant aux évaluations des différentes sessions ou aux autres commentaires des participants, remue-ménages, réfléchir ensemble à des idées en vue d'améliorer le stage clinique à l'avenir.

Donner des instructions pour l'activité de suivi de l'amélioration des compétences.

- Remettre une feuille blanche à chaque participant.
- Demander aux participants de déchirer la feuille en deux moitiés.
- Leur demander d'écrire sur une moitié de la feuille leur nom et trois domaines de compétence spécifiques qu'ils souhaiteraient améliorer et de recopier ensuite ces mêmes informations sur l'autre moitié.
- Ils devront ensuite vous remettre une moitié et conserver l'autre. Leur expliquer que la demi-feuille qu'ils conservent constitue un aide-mémoire ou un petit « plan d'action » sur les domaines de compétence qu'ils aimeraient améliorer et pour lesquels ils souhaiteraient bénéficier d'une formation supplémentaire ou d'une supervision au cours des prochains mois.

Après un à deux mois, renvoyer l'autre moitié à chaque participant avec une note pour leur demander comment ils progressent.

Demander aux participants ce qui leur semble le plus important pour la suite et comment vous pourriez les aider.

Remercier les participants de leur participation et leur expliquer comment vous contacter pour des informations supplémentaires ou une assistance.

Organiser la cérémonie de clôture.

- À la fin d'un cycle complet de formation, on organise souvent une cérémonie pour distribuer les certificats et remercier les participants, les membres du personnel et les formateurs. Organiser la cérémonie de clôture conformément aux pratiques locales.
- Remettre les certificats de participation et de compétence.

Bibliographie

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber, eds. Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber, eds. Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Fournitures et équipements pour le stage clinique

Consentement éclairé, informations, counseling et Services contraceptifs

- ☐ Espace privé
- ☐ Échantillons des méthodes contraceptives disponibles, notamment dispositif/système intra-utérin et implants
- ☐ Brochures, matériel éducatif (pour les femmes adultes et les jeunes filles)
- ☐ Formulaires de transfert et registre
- ☐ Formulaires de consentement
- ☐ Modèles anatomiques, y compris modèles de bras pour s'entraîner à la mise en place d'implants contraceptifs

Évaluation clinique

- ☐ Horloge
- ☐ Brassard de mesure de la tension artérielle
- ☐ Thermomètre
- ☐ Stéthoscope
- ☐ Spéculum
- ☐ Table gynécologique avec étriers
- ☐ Gants
- ☐ Lampe
- ☐ Champ pour recouvrir le périnée
- ☐ Fournitures de laboratoire
- ☐ Antibiotiques
- ☐ Analgésiques

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

- ☐ Barrières de protection personnelle (gants, protection du visage, blouse)
- ☐ Évier, savon, serviettes
- ☐ Lampe
- ☐ Spéculum
- ☐ Pince de Pozzi
- ☐ Betadine®, récipient, clamp avec gaze
- ☐ Seringue de 10 ml, aiguille 23G x 1,5"

- ☐ Xylocaine à 1,0% ou à 0,5%
- ☐ Analgésiques
- ☐ Dilatateurs cervicaux ou misoprostol
- ☐ Aspirateur Ipas AMIU Plus
- ☐ Canules Ipas EasyGrip
- ☐ Récipient pour recueillir les produits de conception, lampe, plat en verre, passoire
- ☐ Seau avec liquide de trempage
- ☐ Modèle pelvien (pour les exercices pratiques)
- ☐ DIU pour s'entraîner à la mise en place d'un DIU après l'évacuation utérine

Soins post-opératoires

- ☐ Horloge
- ☐ Brassard de mesure de la tension artérielle
- ☐ Stéthoscope
- ☐ Thermomètre
- ☐ Échantillons de méthodes contraceptives
- ☐ Formulaires de transfert et registre

Soins de suivi

- ☐ Horloge
- ☐ Brassard de mesure de la tension artérielle
- ☐ Stéthoscope
- ☐ Thermomètre
- ☐ Gants
- ☐ Spéculum
- ☐ Lampe
- ☐ Champ pour recouvrir le périnée
- ☐ Échantillons de méthodes contraceptives
- ☐ Formulaires de transfert et registre

Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

- ☐ Fournitures précédemment citées pour le counseling et les services contraceptifs et l'évaluation clinique
- ☐ Salle d'attente privée

- ☐ Eau potable et gobelets
- ☐ Instructions et/ou document d'information pour les patientes
- ☐ Analgésiques
- ☐ Mifépristone et misoprostol, ou misoprostol seul, selon la méthode enseignée
- ☐ Médicaments contre les effets indésirables (par exemple contre les nausées)
- ☐ Équipement et médicaments pour faire face aux urgences
- ☐ Serviettes hygiéniques
- ☐ Toilettes
- ☐ (facultatif) Échographe et accessoires
- ☐ (facultatif) Tests urinaires pour le dosage de la β -hCG et récipients pour la collecte des urines

Complications

- ☐ Couverture
- ☐ Horloge
- ☐ Brassard de mesure de la tension artérielle
- ☐ Stéthoscope
- ☐ Thermomètre
- ☐ Bonbonne d'oxygène
- ☐ Gants
- ☐ Fluides IV/trousse de perfusion
- ☐ Antibiotiques
- ☐ Analgésiques
- ☐ Utérotoniques

Remarque : Des toilettes doivent être aisément accessibles à toutes les patientes qui bénéficient de soins d'avortement.

Évaluation des compétences cliniques pour les soins d'avortement

Instructions : Ceci est une liste de contrôle des compétences essentielles décrites tout au long du cours de formation à la prestation de services en rapport avec l'avortement. Elle est brève et peut être utilisée pour évaluer le niveau de compétence du participant dans le domaine des soins d'avortement en vue de la certification après la formation. Le formateur évalue les compétences de chaque participant en se basant sur l'observation directe de la dispense par le participant de soins d'avortement, y compris aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et/ou évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

La certification pour la prestation de services d'AMIU nécessite que le participant ait apporté la preuve de ses compétences pour tous les éléments de la première partie. La certification pour la prestation de services d'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses nécessite que le participant ait apporté la preuve de ses compétences pour tous les éléments de la deuxième partie. Si un participant ne se montre pas compétent pour la première ou la deuxième partie ou qu'on n'a pas pu de regarder faire, se reporter à la troisième partie, qui permet de faire des recommandations sur la manière d'améliorer ses compétences pour parvenir au niveau requis.

Cocher la case correspondant à chaque étape pour laquelle le participant a démontré ses compétences. Après avoir complété le formulaire, discuter des résultats avec le participant.

I. Compétences cliniques pour l'AMIU

- ☐ 1. Établissement d'une communication avec la patiente en l'aidant à se sentir à l'aise, respect de son intimité
- ☐ 2. Évaluation de l'état de santé de la patiente : antécédents médicaux, y compris date des dernières règles ; examen clinique ; prélèvement d'échantillons et demande d'éventuels examens de laboratoire, uniquement si nécessaire
- ☐ 3. Dispense du counseling ou confirmation que la patiente a bénéficié du counseling et obtention de son consentement éclairé
- ☐ 4. Dispense du counseling en matière de contraception ou confirmation que la patiente a bénéficié du counseling en matière de contraception et fourniture à celle-ci de la méthode de son choix
- ☐ 5. Évaluation des besoins en matière de contrôle de la douleur et administration d'un traitement analgésique adéquat en fonction de la situation et des souhaits de la patiente
- ☐ 6. Administration d'une antibiothérapie prophylactique
- ☐ 7. Utilisation de mesures de prévention des infections : lavage des mains, gants, protection du visage
- ☐ 8. Évaluation de la taille et de la position de l'utérus
- ☐ 9. Identification d'une éventuelle infection des voies génitales et administration ou prescription d'une antibiothérapie thérapeutique si nécessaire
- ☐ 10. Vérification de ce que les canules ont été traitées par désinfection de haut niveau ou stérilisées, rincées et sont prêtes à l'emploi
- ☐ 11. Préparation de l'aspirateur et contrôle de l'aspiration

- ☐ 12. Choix de la canule en fonction de la taille de l'utérus et détermination de la nécessité d'une dilatation préalable ; inspection de la canule et de l'aspirateur
- ☐ 13. Nettoyage du col de l'utérus et éventuellement du vagin avec une solution antiseptique
- ☐ 14. Administration d'un bloc paracervical et des autres médicaments éventuellement nécessaires
- ☐ 15. Dilatation du col, insertion de la canule et fixation de l'aspirateur
- ☐ 16. Utilisation d'une technique sans contact
- ☐ 17. Déplacement efficace de la canule pour vider l'utérus
- ☐ 18. Arrêt de l'évacuation en présence de signes indiquant qu'elle est terminée
- ☐ 19. Examen du produit d'aspiration pour confirmer la fin de l'aspiration et contrôler qu'il est compatible avec l'âge gestationnel
- ☐ 20. Réalisation des éventuelles procédures concomitantes telles que mise en place d'un DIU, mise en place d'un implant contraceptif, injection contraceptive ou stérilisation ; réparation d'une éventuelle déchirure cervicale
- ☐ 21. Contrôle du bon déroulement des soins post-opératoires ; surveillance de l'état clinique de la patiente
- ☐ 22. Contrôle de ce que la patiente a bénéficié de counseling en matière de contraception et a reçu la méthode de son choix le cas échéant
- ☐ 23. Organisation de transferts si nécessaire
- ☐ 24. Organisation des soins de suivi si la patiente le souhaite

II. Compétences cliniques pour une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

- ☐ 1. Établissement d'une communication avec la patiente en l'aidant à se sentir à l'aise, respect de son intimité
- ☐ 2. Évaluation de l'état de santé de la patiente : antécédents médicaux, date des dernières règles, taille utérine, état psychologique
- ☐ 3. Dispense du counseling ou confirmation que la patiente a bénéficié de counseling et obtention de son consentement éclairé
- ☐ 4. Fourniture d'informations détaillées sur les effets attendus, les effets indésirables, les signes d'alerte, les visites requises et les protocoles en cas d'échec de la procédure
- ☐ 5. Explication de tous les aspects du schéma d'administration de la mifépristone et/ou du misoprostol, y compris le contrôle de la douleur
- ☐ 6. Fourniture d'informations de contact d'urgence si la patiente a des questions ou nécessite des soins
- ☐ 7. Vérification de ce que l'on a répondu à toutes les questions de la patiente

- ☐ 8. Confirmation que la patiente a bénéficié de counseling en matière de contraception et qu'on lui a fourni la méthode de son choix le cas échéant. L'utilisation de la pilule contraceptive, d'un dispositif transdermique, d'un anneau, d'un implant contraceptif ou d'une injection contraceptive peut débuter lors de la visite au centre
- ☐ 9. Discussion avec la patiente des signes d'alerte et des signes de réussite de l'évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses
- ☐ 10. Programmation d'une visite de suivi si la patiente le souhaite ou si on a utilisé le misoprostol seul pour l'avortement médicamenteux
- ☐ 11. Dans le cas de l'évaluation d'une patiente qui revient pour des soins de suivi après une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses, confirmation du caractère complet de l'évacuation utérine ou dispense de soins supplémentaires ou transfert de la patiente si nécessaire

(EN CAPITALES)

Évaluateur

Participant

Nom _____

Nom _____

Titre _____

Titre _____

Date _____

Date _____

Signature _____

Signature _____

Nom de l'institution _____

III. Recommandations

Pour les domaines de compétence qui n'ont pas été évalués ou pour lesquels le participant n'est pas parvenu au niveau de compétence requis, proposer des recommandations pour l'inciter à s'améliorer. Par exemple : « doit continuer à s'entraîner sous supervision » ou « répéter la formation clinique ».

Domaine

Recommandation

Commentaires

Ajouter d'éventuels commentaires sur la capacité du participant à pratiquer une AMIU ou une évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses.

Ressources supplémentaires

Présentation et principes directeurs

Mises à jour et cours en ligne d'Ipas dans les domaines de la formation clinique et de la prestation de services

Clinical Updates in Reproductive Health propose des recommandations et des protocoles cliniques récents basés sur des données factuelles. Disponible sur le site Internet d'Ipas à l'adresse www.ipas.org/clinical_updates.

Ipas Université (IpasU) propose gratuitement aux professionnels de la santé reproductive des cours de formation en ligne à la demande sur les soins d'avortement sécurisé et les soins après avortement. Ces cours peuvent être utilisés comme guide pour une auto-formation ou en tant que composante en ligne d'un modèle de formation mixte. Les formateurs peuvent également utiliser les séquences vidéo ou d'autres matériels didactiques intégrés dans le cadre de leurs cours de formation. Pour le catalogue des cours IpasUniversity, consulter le site www.ipas.org ; pour s'inscrire et prendre des cours, accéder à la page www.IpasU.org.

Safe Abortion Matters (Sujets en rapport avec l'avortement sécurisé) est une lettre d'information mensuelle proposant à toutes les personnes intéressées par la santé reproductive partout dans le monde des résultats de recherches et des mises à jour dans des domaines techniques, en particulier des informations sur les formations d'Ipas, des recommandations cliniques, les résultats d'études de recherche les plus récents (y compris des liens vers des articles publiés dans des revues avec comité de lecture) et bien d'autres précieuses informations. On peut s'y abonner en ligne à l'adresse : www.ipas.org/newsletters.

Alan Guttmacher Institute. (2013). Guttmacher Institute: Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education. Accessible via : <http://www.guttmacher.org/>

Alan Guttmacher Institute et Organisation mondiale de la Santé (2012). *Facts on Induced Abortion Worldwide*. New York, NY: Alan Guttmacher Institute.

Burns, A. A., Ronnie Lovich, Jane Maxwell et Katharine Shapiro (2012). *Where Women Have No Doctor*. Berkeley, CA: The Hesperian Foundation.

Center for Reproductive Law and Policy website. Accessible via : <http://reproductiverights.org/>

Center for Study of Adolescents, Pacific Institute for Women's Health et ACE Communications. *The great betrayal* [cassette vidéo] : CSA PIWH ACE Communications.

Cook, R. J. et Dickens, B. M. (2000). *Considerations for formulating reproductive health laws, second edition*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Cook, R. J., Dickens, B. M. et Fathalla, M. F. (2003). *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Corbett, M. R. et Turner, K. L. (2003). Essential elements of postabortion care: origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106–111.

Creinin, M. D., Schwartz, J. L., Guido, R. S. et Pymar, H. C. (2001). Early pregnancy failure—current management concepts. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 56(2), 105–113.

Family Care International. (2001). *Advancing commitments: Sexual and reproductive health presentation Tools*. New York, NY: Family Care International (FCI).

Family Health International. (1999). Client-provider interaction: *Family planning counseling. Contraceptive Technology and Reproductive Health Series*. Accessible via : <http://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/Modules/CPI/s1pg1.htm>

Grimes, D. A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F. E. et Shah, I. H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908–1919.

Hall, J. A., Roter, D. L. et Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657–675.

Hord, C. E. (2002). *Making safe abortion accessible: A practical guide for advocates*. Chapel Hill, NC: Ipas.

International Planned Parenthood Federation. (1996). *The IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights*. Londres, Royaume-Uni: International Planned Parenthood Federation.

Ipas. (2016). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2016). *Soins après avortement centrés sur la femme : Manuel de référence* (deuxième édition). K. L. Turner et A. Huber (eds). Chapel Hill, NC: Ipas.

Johns Hopkins University Population Communication Services, Program for Appropriate Technology in Health et Zambia Information Services. (1997). Put yourself in her shoes [cassette vidéo] : JHU/PCS, PATH et Zambia Information Services.

John, J. (1991). Improving quality through patient-provider communication. *Journal of Health Care Marketing*, 11(4), 51–60.

Hyman, A., Kumar, A. (2004). Defining a model for woman-centered comprehensive abortion care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 86(3), 409–410.

Leonard, A. H. et Winkler, J. (1991). A quality of care framework for abortion care. *Advances in Abortion Care*, 1(1).

Paulson, S., Gisbert, M. E. et Quiton, M. (2000). Rethinking differences and rights in sexual and reproductive health: A training manual for health-care providers. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

Postabortion Care (PAC) Consortium. (2013). Accessible via : <http://www.pac-consortium.org/>. Le site Internet de Postabortion Care Consortium propose de nombreux articles, outils et autres ressources utiles sur les soins après avortement.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Nations Unies. (1994, 5-13 septembre 1994). *Programme d'action de la Conférence Internationale des Nations Unies sur la Population et le Développement*. Publication présentée lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement, Le Caire, Égypte.

Nations Unies. (1995). *Programme d'action de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes*. Publication présentée lors de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes, Pékin, Chine.

Nations Unies. (1999). *Rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt et unième session extraordinaire de l'Assemblée générale incluant les principales mesures proposées pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. (A/S-21/5/Add.1). New York, NY: Nations Unies.

Assemblée Générale des Nations Unies. (2000). *Déclaration du Millénaire des Nations Unies*. (55/2). New York, NY: Nations Unies.

Secrétariat général des Nations Unies. (2010). *Global strategy for women's and children's health*. Genève, Suisse : Nations Unies.

USAID Postabortion Care Working Group. *PAC Global Resources*. <http://postabortioncare.org/>

Varkey, S. J., Fonn, S. et Ketlhapile, M. (2001). *Health workers for choice: Working to improve quality of abortion services*. Johannesburg, South Africa: Women's Health Project, University of Witwatersrand.

Varkey, S. J., Ketlhapile, M. et Fonn, S. (2001). *Communities for choice: Abortion services workshop manual*. Johannesburg, South Africa: Women's Health Project.

Winkler, J. et Gringle, R. E. (1999). *Postabortion family planning: A two-day training curriculum guide for improving counseling and services*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé* (deuxième édition). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction. Cours de formation pour des gestionnaires de programmes de santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Yellen, E. et Davis, G. C. (2001). Patient satisfaction in ambulatory surgery. *Association of Operating Room Nurses (AORN) Journal*, 74(4), 483–498.

Droits reproductifs

Cook, R., Dickens, B.M. et Fathalla, M.F. (2003). *Reproductive health and human rights: Integrating medicine, ethics, and law* (pp. 372–377). Oxford, UK: Oxford University Press.

Turner, K. L., Borjesson, E., Huber, A. et Mulligan, C. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Hands On for Mothers and Babies. (2012). *Why Did Mrs X Die, Retold*. Dorchester, UK: Hands On for Mothers and Babies. Accessible via : <http://www.figo.org/news/why-did-mrs-x-die-retold-launched-figo-world-congress-2012-0010519>

Organisation mondiale de la Santé. (2001). *Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction. Cours de formation pour des gestionnaires de programmes de santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Liens avec la communauté

Pour de plus amples informations sur l'engagement de la communauté et ses liens avec les soins complets d'avortement, y compris avec les soins après avortement, veuillez contacter le service Community Access d'Ipas à l'adresse cx@ipas.org.

Cohen, L., Baer, N. et Satterwhite, P. (2002). Developing effective coalitions: An eight step guide. In M. E. Wurzbach (Ed.), *Community health education and promotion: A guide to program design and evaluation* (second ed.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers Inc.

de Souza Briggs, X. (2003). *Community problem-solving: Strategy for a changing world*. D'après : <http://www.community-problem-solving.net/GMS/?pageId=216&parentPageId=1>

Health Communications Partnership. *How to mobilize communities for health and social change*. Accessible via : <http://www.jhuccp.org/node/1256>

IRH/Pathfinder International/Save the Children. (2013). *The Gender Roles, Equality, and Transformations (GREAT) ScalableToolkit*. Entebbe, Uganda. Accessible via : <http://irh.org/resource-library/great-scalable-toolkit/>

Kretzmann, J. P. et McKnight, J. L. (1993). *Building communities from the inside out: A path towards finding and mobilizing community assets*. Chicago, IL: ACTA Publications.

Mchombu, K. (2004). *Sharing knowledge for community development and transformation: A handbook*. Ottawa, ON: Oxfam Canada.

Pathfinder International. (2013). *Straight to the Point Capacity Building Tools*. Watertown, MA: Pathfinder International. Accessible via : <http://www.pathfinder.org/publications-tools/publication-series/Straight-to-the-Point-Capacity-Building-Tools.html>

Prevention Institute. (2002). *Developing Effective Coalitions: An Eight Step Guide*. Oakland, CA: Prevention Institute. Accessible via : http://www.preventioninstitute.org/index.php?option=com_jlibrary&view=article&id=104&Itemid=127

Prevention Institute. 2011. *Collaboration Multiplier*. Oakland, CA: Prevention Institute. Accessible via : http://www.preventioninstitute.org/index.php?option=com_jlibrary&view=article&id=44&Itemid=127

Samuels, B., Ashan, N. et Garcia, J. (1995). *Know your community: A step-by-step guide to community needs and resource assessment*. Chicago, IL: Family Resource Coalition.

U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health et National Cancer Institute. (1989). *Making health communication programs work: A planner's guide*. (89-1493). Accessible via : http://www.cancer.gov/cancertopics/cancerlibrary/pinkbook/Pink_Book.pdf

Welbourn, A. et Bollinger, A. (1995). *Stepping Stones: A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*. Accessible via : <http://www.steppingstonesfeedback.org/index.php/page/Home/gb>

Winer, M. et Ray, K. (1994). *Collaboration handbook: Creating, sustaining, and enjoying the journey*. St. Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation.

Méthodes d'évacuation utérine

Ipas. (2011). *Guidance proposée par Ipas concernant les fournitures requises pour l'avortement médicamenteux*. Chapel Hill, NC: Ipas. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/What-We-Do/Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive-Abortion-Care/Medical-Abortion--MA-/Medical-Abortion--MA--Supply-Guidance.aspx>

Ipas. (2008). *MVA calculator*. Chapel Hill, NC: Ipas. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/What-WeDo/Comprehensive-Abortion-Care/Elements-of-Comprehensive-Abortion-Care/MVA/MVA-Calculator.aspx>

Ipas. (2008). *MVA sustainable supply workbook*. Chapel Hill, NC: Ipas. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/MVA-sustainable-supply-workbook.aspx>

Ipas. (2008). *Constitution du stock d'équipements pour AMIU des institutions en fonction du nombre de cas*. Chapel Hill, NC: Ipas. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/Resources/Ipas%20Publications/Stocking-facilities-with-MVA-equipment-according-to-caseload.aspx>

John Snow, Inc./DELIVER en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé. (2003). *Guidelines for the Storage of Essential Medicines and Other Health Commodities*. Arlington, VA: John Snow, Inc./ DELIVER, for the U.S. Agency for International Development. Accessible via : http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/guidelines/GuidStorEsse_Pock.pdf

Monitoring visant à améliorer la qualité des services

Balkhy, H. H., Memish, Z. A. et Almuneeef, M. A. (2003). Effect of intensive surveillance on cesarean-section wound infection rate in a Saudi Arabian hospital. *American Journal of Infection Control*, 31(5), 288-290.

EngenderHealth. (2003). *COPE® Handbook: A process for improving quality in health services, revised edition*. New York, NY: EngenderHealth.

Ipas. (2010). *Safe Abortion Care Toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas. Accessible via : <http://www.ipas.org/en/resources/ipas%20publications/safe-abortion-care--sac--toolkit--cd-.aspx>

Consentement éclairé, information et counseling

EngenderHealth. 2003. *Counseling the postabortion client: A training curriculum*. New York, EngenderHealth. <http://www.engenderhealth.org/pubs/maternal/pac-counseling.php>

Rinehart, Ward, Sharon Rudy and Megan Drennan. (1998). GATHER guide to counseling. *Population reports*, Series J, No. 48. Baltimore, MD: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program. Accessible via : <http://archive.k4health.org/toolkits/INFO-publications/gather-guide-counseling>

Turner, K. L. et Page, K. C. (2008). *Transformation des attitudes face à l'avortement : boîte à outils de clarification des valeurs pour une audience internationale*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Turner, Katherine L., Evelina Borjesson, Amanda Huber, Cansas Mulligan. (2011). *Abortion care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

OMS et ONUSIDA. (2007). *Guide du conseil et du dépistage du vih à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*. Genève, Suisse : OMS. Accessible via : <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc/en/index.html>

Services de contraception

American Medical Women's Association. (1997). *Fourth-year curriculum in reproductive health, module 6: Contraception*. Alexandria, VA: American Medical Women's Association.

The Center for Reproductive Law and Policy. (2000). *Speak EC: What every woman needs to know about emergency contraception*. Produced by Barbara Becker and Susan Wynn. 11 minutes. Cassette vidéo.

Consortium for Emergency Contraception. (1996). *Using emergency contraceptive pills (ECPs): A prototype ECP training curriculum*. Research Triangle Park, NC: Consortium for Emergency Contraception.

Consortium for Emergency Contraception. (1996). *Usa de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): Entrenamiento sobre PAE*. Research Triangle Park, NC: Consortium for Emergency Contraception.

Contraceptive Choice Project. *Long-Acting Reversible Contraception (LARC) FIRST Resource Center*. St. Louis, MO: Washington University in St. Louis. Accessible via : www.larcfirst.com

Farrell, Betty, Cathy Solter et Douglas Huber. (2000). *Emergency contraceptive pills, module 5*. Watertown, MA: Pathfinder International.

FIGO, Population Council et Reproductive Health Supplies Coalition. (2012). *Bellagio Consensus: Recommendations for Action to Increase Access to Highly Effective, Long-Acting, Reversible Contraception*. New York, NY: The Population Council. Accessible via : http://www.popcouncil.org/mediacenter/newsreleases/2012_BellagioRecommendations.asp

Kumar, J., L. Bakamjian, H. Connor et S. Harris. (2013). *Voluntary Family Planning Programs that Respect, Protect, and Fulfill Human Rights: A Systematic Review of Tools*. Washington, DC: Futures Group et EngenderHealth.

Pathfinder International. (2013). *Cue cards for counseling adolescents on contraception*. Watertown, MA: Pathfinder International. Accessible via : <http://www.pathfinder.org/publications-tools/cue-cards-for-counseling-adolescents-on-contraception.html>

Turner, Katherine L., Evelina Borjesson, Amanda Huber, Cansas Mulligan. 2011. *Abortion Care for young women: A training toolkit*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. (4e éd). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Prévention des infections

Association of Operating Room Nurses (AORN). (2010). Aseptic technique, vidéo. Denver, AORN. Accessible via : http://www.aorn.org/CustomApps/ISGStdRender/Default.aspx?opt=ProductDetail&Product_code=10751/7501

Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Appendix B: Management of occupational blood exposures. *Morbidity and mortality weekly report*, 50(RR11): 45–46. Accessible via : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a3.htm>

EngenderHealth. (2011). *Infection prevention: A reference booklet for health care providers*, 2nd edition. New York, NY: EngenderHealth. Accessible via : <http://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/ip/ip-ref-eng-new.pdf>

Siegel, Jane D, Emily Rhinehart, Marguerite Jackson, Linda Chiarello. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Accessible via : <http://www.cdc.gov/hicpac/2007IP/2007isolationPrecautions.html>

Tietjen, Linda, Débora Bossemeyer et Noel MacIntosh. (2003). *Infection prevention: Guidelines for healthcare facilities with limited resources*. Baltimore, MD: JHPIEGO. Accessible via : <http://www.jhpiego.org/en/node/448>

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2009). *Recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins*. Genève, Suisse : OMS. Accessible via : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2012). *Un soin propre est un soin plus sûr*. Genève, Suisse : OMS. Accessible via : <http://www.who.int/gpsc/en/>

Évaluation clinique

National Abortion Federation. (2005). *Clinical training curriculum in abortion practice*, 2nd edition. Washington, DC: National Abortion Federation.

Évacuation utérine à l'aide de l'aspirateur Ipas AMIU Plus

Toute question spécifique sur les instruments Ipas pour AMIU peut être adressée par écrit à customerservice@womancareglobal.org.

Évacuation utérine par des méthodes médicamenteuses

Gynuity Health Projects et Ipas. (2012). *Misoprostol for treatment of incomplete abortion: Training guide*. New York, NY et Chapel Hill, NC: Gynuity Health Projects et Ipas.

Site Internet de Gynuity Health Projects : <http://www.gynuity.org>

Un ensemble d'informations sur l'avortement médicamenteux et d'autres ressources peuvent être téléchargées depuis le site Internet d'International Consortium for Medical Abortion (ICMA) : <http://www.medicalabortionconsortium.org>

Ipas. (2013). *Guide de formation à l'avortement médicamenteux* (deuxième édition). K. L. Turner (éd.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas. (2013). *Guide de formation à l'avortement médicamenteux à l'usage des formateurs* (deuxième édition). K. L. Turner (éd.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Complications

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - Patient Safety Network. (2012). *Patient Safety Primers: Root Cause Analysis*. Rockville, MD: AHRQ. Accessible via : <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=10>

American Medical Women's Association. (1997). *Fourth-year elective curriculum in reproductive health, module 4: Sexually transmitted diseases*. Alexandria, VA: American Medical Women's Association.

Buffington, S.T., Beck, D.R. et P.A. Clark. (2008). *Life-saving skills manual for midwives, module 7: Infections*. Silver Spring, MD: American College of Nurse Midwives.

Institute for Healthcare Improvement. (2004). *Cause and Effect Diagram*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement. Accessible via : http://nciph.sph.unc.edu/mlc/presentations/perf_imp/CauseandEffect1.pdf

National Abortion Federation. (2005). *Clinical training curriculum in abortion practice*, 2nd edition. Washington, DC: National Abortion Federation.

NHS Institute for Innovation and Improvement. (2008). *Quality and Service Improvement Tools: Root Cause Analysis Using Five Whys*. Londres, Royaume-Uni: NHS. Accessible via : http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/identifying_problems_-_root_cause_analysis_using5_whys.html

Paul, M., F. H. Stewart, T. A. Weitz, N. Wilcox et J. M. Tracey. (2003). *Early abortion training workbook*. San Francisco, CA: UCSF Center for Reproductive Health Research & Policy.

Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Learning from error: Patient safety workshop* (vidéo et fascicule). Accessible via : http://www.who.int/patientsafety/education/vincristine_download/en/index.html

Stage clinique

Intrah et JHPIEGO. (2002). *Transfer of learning: A guide for strengthening the performance of health care workers*. Chapel Hill, NC et Baltimore, MD: Intrah/SENSIBILISÉ II et JHPIEGO.

JHPIEGO. (2001). *Advanced training skills: Course notebook for trainers*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Schaefer, L., R. Sullivan, A. Blouse, J. Smith et E. Lowry. (2000). *Advanced training skills for reproductive health professionals*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Sullivan, Rick et Lynne Gaffkin. (1997). *Instructional design skills for reproductive health professionals*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Sullivan, R., R. Magarick, G. Bergthold, A. Blouse et N. McIntosh. (1995). *Clinical training skills for reproductive health professionals*. Baltimore, MD: JHPIEGO.

Wegs, C., Katherine T. et Randall-David, B. (2003). *Effective training in reproductive health: Course design and delivery. Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.

Werner, David et Bill Bower. (2001). *Helping health workers learn*. Palo Alto, CA: Hesperian Foundation.

