

FORMATION CLINIQUE
en SANTÉ de la
REPRODUCTION *pour les*
SITUATIONS *d'URGENCE*

Planification familiale



GUIDE DU
FORMATEUR

RAISE

Reproductive
Health Access,
Information
and Services
in Emergencies

REMERCIEMENTS

L'initiative Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies (RAISE) a développé un kit de matériel pédagogique en planification familiale pour former les prestataires œuvrant en situations d'urgence. Ceci est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes clés sans lesquelles la réalisation de ces guides n'aurait pas été possible. RAISE souhaiterait exprimer ses remerciements aux nombreux professionnels compétents qui ont préparé cette trousse, notamment : Dr. Fred Akonde, Dr. Grace Kodindo, Pamela Ochieng, Louise Lee-Jones, Emma Simpson, Dr. Kathleen Mitchell et l'équipe de développement médical de Marie Stopes International.

Les personnes qui ont travaillé aux versions antérieures du présent guide méritent également nos profonds remerciements, notamment celles qui travaillent à Jhpiego, au Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), au gouvernement du Kenya, au ministère de la Santé, à l'Université de Nairobi et à l'hôpital national Kenyatta.

RAISE Initiative. *Planification familiale : Guide du formateur. Formation clinique en santé de la reproduction pour les situations d'urgence.* L'initiative Reproductive Health Access Information and Services in Emergencies. Londres, Nairobi et New York, 2009.

Conception et production : Green Communication Design inc. www.greencom.ca

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	3
INTRODUCTION	4
INTRODUCTION AU COURS DE FORMATION	5
APERÇU	5
APPROCHE D'APPRENTISSAGE	5
Apprendre pour maîtriser	5
Modélisation du comportement	6
Formation axée sur la compétence	6
Techniques de formation humanistes	6
MÉTHODES PÉDAGOGIQUES	7
Exposés illustrés	7
Activités en groupe	7
Études de cas	7
Fiches d'apprentissage et listes de vérification	7
COMPOSANTES DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE EN PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	10
UTILISATION DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE EN PF POUR FORMER LES PRESTATAIRES EN SITUATIONS D'URGENCE	10
CONCEPTION DU COURS	10
ÉVALUATION	11
SCHÉMA DU COURS	12
Description du cours	12
Objectifs du cours	12
Objectifs d'apprentissage du participant	12
Méthodes de formation et d'apprentissage	12
Matériel pédagogique	12
Matériel de référence	12
Critères de sélection des participants	12
Taille souhaitable de la classe	13
Durée du cours	13
Calendrier du cours	14
LIGNES DIRECTRICES AUX PARTICIPANTS POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE	16
Responsabilités des participants	16
Responsabilités de l'équipe	16
Documentation des activités	16
QUESTIONNAIRES SUR LES CONNAISSANCES	17
QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE	18
QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE – CLÉ DES RÉPONSES	21
MATRICE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DU COURS DE PLANIFICATION FAMILIALE	24
SÉANCES DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : FICHES D'APPRENTISSAGE ET LISTES DE VÉRIFICATION	27
1 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE	27
1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE	28
1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE	31
2 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : ANAMNÈSE	33
2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE	34
2. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE	37
3 SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : EXAMEN PHYSIQUE	39
3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE	40
3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXAMEN PHYSIQUE	43

TABLE DES MATIÈRES (suite)

4	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : PRÉSERVATIFS MASCULINS ET FÉMININS	45
	4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PRÉSERVATIF MASCULINS ET FÉMININS.....	46
	4. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES PRÉSERVATIF MASCULINS ET FÉMININS	48
5	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS	49
	5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS	50
	5. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS	52
6	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : PILULES PROGESTATIVES	53
	6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PILULES PROGESTATIVES	54
	6. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES PILULES PROGESTATIVES	56
7	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS	57
	7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS	58
	7. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS.....	60
8	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : IMPLANT CONTRACEPTIF	61
	8a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF	62
	8a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF	65
	8b. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF	67
	8b. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF	69
9	SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (DIU)	71
	9a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN DIU	72
	9a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN DIU	75
	9b. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE RETRAIT D'UN DIU	77
	9b. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE RETRAIT D'UN DIU	78
	ÉTUDES DE CAS	79
	ÉTUDE DE CAS 1	79
	ÉTUDE DE CAS 2	80
	ÉTUDE DE CAS 3	81
	ÉTUDE DE CAS 4	82
	CONSEILS AUX FORMATEURS	83
	ÊTRE UN FORMATEUR CLINICIEN EFFICACE.....	83
	CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE	83
	TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT	84
	CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE POSITIF	84
	PRÉPARATION À LA FORMATION	84
	COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT	85
	UTILISATION DE COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES	87
	RÉALISER DES ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE	88
	FAIRE DES EXPOSÉS INTERACTIFS	88
	ANIMER LES DISCUSSIONS EN GROUPE	90
	ANIMER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES	91
	ANIMER LES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES	91
	LA DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE	92
	ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES.....	93
	GESTION DE LA PRATIQUE CLINIQUE.....	94
	INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC LES CLIENTES	95
	AMÉNAGEMENT D'OCCASIONS D'APPRENTISSAGE	95
	RÉUNIONS PRÉ ET POST-PRATIQUE CLINIQUE.....	97
	LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR	97
	LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR	98
	GUIDE DE RÉFÉRENCE	101

ACRONYMES

ACV	Accident cardiovasculaire	IEC	Information, éducation et communication
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	IST	Infection sexuellement transmissible
ARV	Antirétroviral	LNG	Lévonorgestrel
CCI	Communication et counselling interpersonnels	LT	Ligature des trompes
CCV	Contraception chirurgicale volontaire	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	MGF	Mutilation génitale féminine
CDV	Conseil et dépistage volontaire	NET-EN	Noristerat et syngestral
CIC	Contraceptif injectable combiné	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CIPS	Contraceptif injectable à progestatif seul	PCU	Pilule contraceptive d'urgence
COC	Contraceptif oral combiné	PF	Planification familiale
CPI	Cardiopathie ischémique	PI	Prévention des infections
CPN	Consultation prénatale	PITC	Conseil et dépistage à l'initiative du soignant
CU	Contraception d'urgence	PP	Pilule progestative
DHN	Désinfection de haut niveau	PPS	Point de prestation de services
DIU	Dispositif intra-utérin	SAA	Soins après avortement
DMPA	Depo-Provera, Depo, Megestron et Petogen	SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
EP	Embolie pulmonaire	SMI	Santé maternelle et infantile
EPI	Équipement de protection individuelle	SPP	Soins post-partum
FAC	Formation axée sur les compétences	SR	Santé de la reproduction
hCG	Gonadotrophine chorionique humaine	TARV	Thérapie antirétrovirale
IAR	Infection de l'appareil reproducteur	TVP	Thrombose veineuse profonde
IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

C'est à la Conférence de 1994 sur la population et le développement qu'a été officiellement reconnu le droit des personnes déplacées à la santé de la reproduction (SR). Depuis, la prestation de services de SR a progressé, mais des lacunes importantes demeurent au niveau des services, de la capacité institutionnelle, de la politique et du financement. Il est prouvé que la majorité des milieux affectés par les conflits manquent d'accès aux soins obstétricaux d'urgence, aux méthodes de planification familiale, aux soins pour les survivantes de la violence basée sur le genre et à la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST).

L'un des grands obstacles à la prestation de services complets de SR est le manque de prestataires compétents. C'est pour s'attaquer à ce problème que RAISE a préparé un programme complet de formation, y compris des centres de formation et des manuels de formation. Les équipes de formation clinique offrent une formation théorique et pratique aux prestataires de service de SR dans les centres de formation, ainsi que la supervision des participants en milieu de travail et une assistance technique sur place. L'équipe de formation de RAISE fournit une formation clinique aux personnels des agences humanitaires et des ministères de la Santé dans divers milieux affectés par les conflits et veut ainsi améliorer la qualité des soins dans les services de SR en situations de conflit.

Les ressources de la série de formation clinique en santé de la reproduction en situations d'urgence reposent sur la documentation existante et ont été mises à jour et adaptées aux situations d'urgence. Tous les manuels ont été préalablement mis à l'essai au centre de formation de RAISE à la maternité Eastleigh à Nairobi. Nombre des procédures et des protocoles sont les mêmes que dans les situations non urgentes. Toutefois, dans certains cas, il est nécessaire d'adapter un protocole pour se rendre compte des difficultés particulières qu'on peut rencontrer dans les situations d'urgence.

Le kit de matériel pédagogique en planification familiale (PF) se compose de documents et d'une pratique clinique supervisée. Les documents sont :

- **guide du formateur et manuel de référence (pour le formateur)**
- **guide du participant et manuel de référence (pour le participant à la formation)**

Note du traducteur :

Pour alléger le présent document et en faciliter la lecture, nous avons utilisé le féminin « cliente » puisque, dans la grande majorité des cas, la personne visée est une femme. Si le sens s'y prête, « cliente » peut signifier « client » ou « clients ».

INTRODUCTION *au* COURS *de* FORMATION

APERÇU

Le cours de formation clinique sera réalisé d'une manière différente des cours de formation traditionnels. Tout d'abord, il repose sur l'hypothèse que les personnes participent aux cours de formation pour les raisons suivantes :

- elles sont intéressées par le sujet;
- elles souhaitent améliorer leurs connaissances ou compétences et, par là, leur performance professionnelle;
- elles désirent participer activement aux activités du cours.

Pour toutes ces raisons, tout le matériel de ce cours se concentre sur le participant. Par exemple, le contenu du cours et les activités visent à favoriser l'apprentissage et on s'attend à ce que le participant s'engage activement dans tous les aspects de cet apprentissage.

De plus, dans ce cours de formation, le formateur clinicien et le participant utilisent un kit analogue de matériel pédagogique. Le formateur clinicien, en raison de sa formation et de son expérience antérieures, travaille avec les participants en qualité d'expert en la matière et guide les activités d'apprentissage. En outre, le formateur clinicien aide à créer un contexte d'apprentissage où chacun se sent à l'aise et encourage les activités aidant le participant à acquérir des connaissances, attitudes et compétences nouvelles.

Enfin, l'approche pédagogique utilisée dans le cours met en exergue l'importance de l'utilisation efficace par rapport aux coûts des ressources et l'application de technologies pédagogiques pertinentes, y compris les techniques de formation humanistes. Celles-ci utilisent notamment des modèles anatomiques, afin de minimiser le risque pour les clientes et de faciliter l'apprentissage.

APPROCHE D'APPRENTISSAGE

Apprendre pour maîtriser

L'approche à l'apprentissage par la maîtrise suppose que tous les participants peuvent maîtriser (apprendre) les connaissances, attitudes ou compétences requises à condition que le temps accordé soit suffisant et que l'on utilise des méthodes d'apprentissage appropriées. L'objectif de l'apprentissage pour maîtriser est que tous les participants (100 %) « maîtrisent » les connaissances et compétences sur lesquelles l'apprentissage repose.

Cette approche est abondamment utilisée dans la formation en cours d'emploi, où le nombre de participants, qui peut se composer de cliniciens exerçants, est souvent faible. Les principes de l'apprentissage pour maîtriser peuvent s'appliquer à l'enseignement antérieur à l'emploi, mais le fait que le nombre de participants soit plus élevé pose certaines difficultés.

Même si certains participants peuvent acquérir immédiatement des connaissances ou techniques nouvelles, d'autres peuvent avoir besoin de plus de temps ou d'autres méthodes d'apprentissage avant de pouvoir maîtriser l'acquis. Il faut reconnaître que non seulement les gens absorbent-ils à des rythmes différents un nouveau contenu mais, selon la personne, l'apprentissage se fait de différentes manières—par le biais de moyens écrits, oraux ou visuels. Les stratégies pédagogiques efficaces, par exemple l'apprentissage pour maîtriser, tiennent compte de ces différences et ont recours à toute une gamme de méthodes de formation.

L'approche d'apprentissage pour maîtriser permet également aux participants une expérience d'apprentissage autodirigée. À cette fin, le formateur devient animateur et, de cette façon, on modifie le concept des examens et la façon dont les résultats des examens sont utilisés. De plus, la philosophie qui sous-tend l'approche d'apprentissage pour maîtriser est l'évaluation continue, où le formateur informe périodiquement les participants sur leur avancement dans l'apprentissage de nouvelles connaissances et compétences.

Dans l'approche d'apprentissage par la maîtrise, l'évaluation de l'apprentissage répond aux caractéristiques suivantes :

- axée sur la compétence, ce qui signifie que l'évaluation est liée aux objectifs d'apprentissage et met l'accent sur l'acquisition des compétences essentielles et des concepts d'attitude nécessaires pour effectuer une tâche, et non simplement sur l'acquisition de nouvelles connaissances;
- dynamique, parce qu'elle permet aux participants de recevoir un feedback continu leur montrant s'ils sont bien en train d'atteindre les objectifs du cours;
- moins stressante parce que, dès le départ, les participants, tant individuellement qu'en tant que groupe, savent ce qu'ils doivent apprendre, où trouver l'information et ils ont amplement l'occasion de discuter avec le formateur.

L'apprentissage par la maîtrise se fonde sur les principes de la formation des adultes. Donc, l'apprentissage est participatif, pertinent et pratique. Il part de ce que le participant connaît ou fait déjà et lui offre des occasions de mettre en pratique ses compétences. Voici les grandes caractéristiques de l'apprentissage pour maîtriser :

- modélisation du comportement
- axé sur la maîtrise des compétences
- techniques d'apprentissage humanistes.

Modélisation du comportement

Selon la théorie de l'apprentissage social, dans des conditions idéales, une personne apprend le plus rapidement et le plus efficacement lorsqu'elle observe quelqu'un d'autre exécuter (modéliser) une compétence ou une activité. Pour que la modélisation réussisse, le formateur doit faire une démonstration claire de la compétence ou de l'activité afin que les participants aient une image nette de la performance qu'on attend d'eux. La modélisation du comportement ou apprentissage par l'observation se déroule en trois étapes. Dans la première, soit l'acquisition de la compétence, le participant voit d'autres personnes exécuter la procédure et acquiert une image mentale des étapes nécessaires. Lorsque l'image mentale est acquise, le participant essaie d'exécuter la procédure, habituellement sous supervision. Ensuite, le participant s'exerce jusqu'à ce qu'il maîtrise la compétence et puisse l'exécuter avec confiance. L'étape finale, soit la maîtrise parfaite de la compétence, s'acquière grâce à la pratique répétée.

Acquisition de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (au besoin) pour exécuter la compétence ou l'activité requise, mais a besoin d'aide .
Maîtrise de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (au besoin) et peut exécuter la compétence ou l'activité demandée
Maîtrise parfaite de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (au besoin) et exécute efficacement la compétence ou l'activité requise

Formation axée sur la compétence

La formation axée sur la compétence (FAC) est en fait l'apprentissage par l'action. Elle se concentre sur les connaissances, attitudes et compétences particulières nécessaires pour exécuter la procédure ou l'activité. On insiste non simplement sur les connaissances acquises, mais aussi sur la façon dont le participant exécute la procédure (c.-à-d. combinaison de connaissances, d'attitudes et, surtout, de compétences). On évalue objectivement la compétence dans la nouvelle technique ou activité en évaluant la performance globale.

Pour réussir la FAC, la compétence ou l'activité clinique à enseigner doit être divisée en ses étapes essentielles. Chaque étape est ensuite analysée afin de préciser la façon la plus efficace et la moins risquée de l'exécuter et de l'apprendre. Le processus s'appelle standardisation. Un volet essentiel de la FAC est l'encadrement, où le formateur en classe ou formateur clinicien explique d'abord la technique ou l'activité et en fait ensuite la démonstration à l'aide d'un modèle anatomique ou autre auxiliaire de formation, par exemple une vidéo. Après la démonstration de la procédure et la discussion, le formateur devient ensuite observateur et interagit avec les participants pour les guider dans l'apprentissage de la compétence ou de l'activité, il surveille leur progrès et les aide à surmonter les problèmes. Le processus d'encadrement permet de veiller à ce que le participant reçoive un feed-back concernant sa performance :

- avant la pratique – le formateur et les participants se rencontrent brièvement avant chaque séance de pratique pour analyser la compétence/l'activité, notamment les étapes/tâches sur lesquelles on insistera pendant la séance;
- pendant la pratique – le formateur observe, encadre et fournit un feed-back au participant tandis que celui-ci exécute les étapes/tâches mentionnées dans la fiche d'apprentissage;
- après la pratique – immédiatement après la pratique, le formateur utilise la fiche d'apprentissage afin de discuter des points forts dans la performance du participant et d'offrir des propositions spécifiques d'amélioration.

Techniques de formation humanistes

Le recours à des techniques humanistes favorise aussi un meilleur apprentissage clinique. L'un des principaux volets de la formation humaniste est le recours à divers aides d'apprentissage, notamment des modèles anatomiques qui simulent étroitement le corps humain. Au départ, travailler à l'aide de modèles, plutôt qu'avec des clientes, permet aux participants d'apprendre et de mettre en pratique des nouvelles compétences dans un contexte

de simulation. Cela réduit le stress des participants et le risque et l'inconfort pour la cliente. Ainsi, le recours actif à des mannequins (approche humaniste) est un facteur important pour améliorer la qualité de la formation clinique et, en définitive, la prestation des services. Avant que le participant n'exécute une procédure clinique avec une cliente, deux activités d'apprentissage doivent intervenir :

- le formateur clinicien doit faire la démonstration des compétences requises et des interactions clientes plusieurs fois à l'aide d'un mannequin, de jeux de rôles ou de simulations;

- guidé par le formateur, le participant doit s'exercer aux compétences demandées et aux interactions avec la cliente à l'aide du mannequin, de jeux de rôles ou de simulations et d'instruments réels dans un contexte qui ressemble autant que possible à la situation réelle.

Ce n'est que lorsque la compétence est maîtrisée que les participants devraient avoir leur premier contact avec une cliente. Cela constitue souvent un défi dans un milieu pédagogique pré-service, s'il y a un grand nombre de participants. Avant qu'un participant n'offre des services à une cliente, il est important qu'il fasse la démonstration de sa compétence dans la technique à l'aide de modèles, de jeux de rôles ou de simulations, surtout pour les compétences essentielles. Lorsque l'apprentissage pour maîtriser, qui repose sur les principes d'apprentissage des adultes et la modélisation des comportements, est intégré à la FAC, il en résulte une méthode puissante et extrêmement efficace de prestation de la formation clinique. Et lorsqu'y sont intégrées les techniques de formation humaniste, qui font appel à des modèles anatomiques et autres aides d'apprentissage, le temps de formation et les coûts peuvent diminuer considérablement.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Le kit de matériel pédagogique comprend diverses méthodes de formation qui complètent l'approche d'apprentissage décrite à la section précédente. Nous donnons ci-après une description de chacune des méthodes d'apprentissage.

Exposés illustrés

L'exposé est utilisé pour présenter l'information sur des thèmes spécifiques. Pendant ces exposés, le formateur doit poser des questions aux participants et les encourager aussi à en poser n'importe quand au cours de l'exposé. Une autre stratégie qui favorise l'interaction est de s'arrêter à certains points pendant l'exposé afin de discuter de questions et de renseignements d'une importance particulière.

Activités en groupe

Les activités en groupe offrent aux participants la possibilité d'interagir les uns avec les autres et d'apprendre ensemble. Les principales activités en groupe portent sur trois thèmes importants : prises de décisions cliniques, communications interpersonnelles et prévention des infections (PI). Les activités en groupe associées à ces thèmes sont importantes parce que c'est sur elles que repose l'acquisition des compétences nécessaires pour les prises de décisions cliniques, les communications interpersonnelles et la prévention des infections. Toutes ces compétences sont essentielles pour la prestation de services de planification familiale (PF).

Études de cas

Le kit de matériel pédagogique comprend également des études de cas dont l'objet est d'aider les participants à perfectionner et à mettre en pratique les compétences ou aptitudes nécessaires à la prise de décisions cliniques. Les études de cas peuvent être faites en petits groupes ou individuellement, en classe, sur le site clinique ou comme devoir à faire à domicile. Les études de cas suivent un cadre de prise de décisions cliniques. Chaque étude de cas comporte une clé où figurent les réponses attendues. Le formateur doit bien connaître ces réponses avant de présenter les études de cas aux participants. Même si les clés contiennent les réponses « probables », les participants peuvent, au cours de la discussion, fournir d'autres réponses qui peuvent être tout aussi acceptables.

Fiches d'apprentissage et listes de vérification

Les fiches d'apprentissage et listes de vérification utilisés du présent cours sont conçus pour aider les participants à offrir les méthodes de PF à court et à long termes. Il n'y a pas de séance de pratiques des compétences concernant la contraception chirurgicale volontaire, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et la planification familiale naturelle. Consulter le guide de référence pour plus de précisions sur ces méthodes. Le guide du participant contient les fiches d'apprentissage, tandis que le guide du formateur contient à la fois les fiches d'apprentissage et les listes de vérification. Il y a sept fiches d'apprentissage et autant listes de vérification :

1. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : counselling en planification familiale
2. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : anamnèse
3. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : examen physique
4. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : préservatifs masculins et féminins
5. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : contraceptifs oraux combinés
6. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : pilule progestative
7. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : contraceptifs injectables à progestatifs seuls
- 8a. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : insertion d'implant contraceptif
- 8b. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : retrait d'implant contraceptif
- 9a. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : insertion du dispositif intra-utérin (DIU)
- 9b. Fiche d'apprentissage et liste de vérification : retrait du dispositif intra-utérin (DIU)

Dans chaque fiche d'apprentissage, on précise les étapes ou tâches que le prestataire doit exécuter pour la procédure en question. Ces tâches correspondent à l'information présentée dans les chapitres pertinents des ressources documentaires. Ainsi, il est plus facile aux participants de passer en revue l'information essentielle.

On ne s'attend pas que le participant exécute la totalité des étapes ou tâches correctement la première fois qu'il s'y exerce. L'objet des fiches d'apprentissage est plutôt :

- d'aider le participant à apprendre les étapes correctes dans l'ordre dans lequel elles doivent être exécutées (acquisition de la compétence);
- de mesurer l'apprentissage progressif par petites étapes alors que le participant gagne en confiance et compétence (maîtrise de la compétence).

Avant d'utiliser les fiches d'apprentissage pour la PF, le formateur clinicien doit examiner chaque procédure avec les participants à l'aide des documents d'apprentissage pertinents. De plus, les participants pourront observer chaque procédure pendant les séances de démonstration avec le modèle approprié et/ou observer l'activité exécutée en clinique avec une cliente. L'usage constant des fiches d'apprentissage et listes de vérification dans le cadre des exercices pratiques permet à chaque participant de suivre ses progrès et de préciser les aspects à améliorer.

De plus, les fiches d'apprentissage sont conçues pour faciliter la communication (encadrement et feed-back) entre le participant et le formateur clinicien. Dans l'utilisation des fiches d'apprentissage, il est important que le participant et le formateur clinicien travaillent ensemble en équipe. Ainsi, avant que le participant n'essaie pour la première fois une compétence ou une activité, le formateur clinicien doit brièvement en récapituler les étapes et discuter du résultat prévu. Le formateur doit demander au participant s'il se sent assez à l'aise pour continuer. De plus, immédiatement après la fin de la compétence ou de l'activité, le formateur clinicien doit faire une brève synthèse avec le participant afin de fournir un feed-back positif concernant les progrès du participant et de préciser les domaines (connaissances, attitudes ou pratiques) où une amélioration s'impose dans les séances d'exercices pratiques ultérieures.

Utilisation des fiches d'apprentissages

Les fiches d'apprentissage des méthodes de PF sont conçues pour être utilisés avant tout au cours des premières phases de l'apprentissage (c.-à-d. acquisition des compétences) lorsque le participant s'exerce avec des modèles.

Au départ, le participant peut utiliser les fiches d'apprentissage et suivre les étapes tandis que le formateur clinicien fait la démonstration des procédures à l'aide de modèles ou exécute des jeux de rôles pour conseiller une femme. Plus tard, pendant les séances

d'exercice en classe, le participant s'en sert comme guide des étapes lorsqu'il exécute la technique à l'aide de modèles ou conseille une « cliente » volontaire.

Puisque les fiches d'apprentissage servent à faciliter l'acquisition des compétences, il est important que les notes (le score) soient établies aussi soigneusement et objectivement que possible. La performance du participant à chaque étape est évaluée comme sur une échelle de trois points :

Besoin d'amélioration	Étape ou tâche non exécutée correctement ou non dans la séquence correcte (au besoin) ou omise.
Exécution avec compétence	Étape ou tâche exécutée correctement dans la séquence correcte (au besoin), mais le participant ne progresse pas efficacement d'une étape à l'autre.
Exécution maîtrisée	Étape ou tâche exécutée efficacement et précisément dans la séquence correcte (au besoin).

Pratique à l'aide des listes de vérification

Les listes de vérification des méthodes de PF reposent sur l'information fournie dans les fiches d'apprentissage. À mesure que le participant progresse dans le cours et acquiert de l'expérience, la dépendance des fiches d'apprentissage détaillées diminue et il peut utiliser à leur place les listes de vérification. Ces listes ne portent que sur les principales étapes de l'ensemble de la procédure et peuvent servir au participant lorsqu'il fournit des services en situation clinique, de façon à noter sa propre performance. Les listes de vérification que le participant utilise pour les exercices pratiques sont les mêmes que celles que le formateur clinicien utilisera pour évaluer la performance du participant à la fin du cours. Voici une description du barème de notation :

Satisfaisant	Exécute l'étape ou la tâche selon la procédure normalisée ou les lignes directrices
Insatisfaisant	Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche selon la procédure normalisée ou les lignes directrices
Non observé	Étape ou tâche non exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Séances de pratique des compétences

Les séances de pratique des compétences offrent aux participants l'occasion d'observer et de pratiquer les compétences cliniques, habituellement dans un environnement simulé. L'aperçu de chaque séance de pratique des compétences comprend l'objet de la séance en question, les instructions au formateur et les ressources nécessaires pour mener la séance de pratique, par exemple modèles, fournitures, équipement, fiches d'apprentissage et listes de vérification.

Avant toute séance de pratique des compétences, le formateur doit récapituler la séance et s'assurer qu'il maîtrise parfaitement la compétence ou l'activité pertinente. Le formateur doit aussi s'assurer que les ressources nécessaires sont disponibles et qu'un site approprié a été réservé. Même si le site idéal pour les séances de pratique des compétences pourrait être un centre pédagogique ou un laboratoire clinique, on peut aussi utiliser une salle de classe pourvu que les modèles et autres ressources de la séance puissent être mis en place adéquatement pour la démonstration et la pratique.

La première étape d'une séance de pratique des compétences exige que les participants examinent la fiche d'apprentissage pertinent, qui présente les étapes ou tâches, en séquence (au besoin), nécessaires pour exécuter une compétence ou activité de façon normalisée. Les fiches d'apprentissage sont conçues pour aider à apprendre les étapes appropriées et leur ordre d'exécution (acquisition de la compétence) et mesurer l'apprentissage progressif par petites étapes à mesure que le participant acquiert de la confiance et des compétences (maîtrise de la compétence).

Ensuite, le formateur doit faire plusieurs démonstrations des étapes/tâches, plusieurs fois si nécessaire, de la compétence ou de l'activité visée et ensuite, demander aux participants de travailler en pair ou en petits groupes pour pratiquer les étapes/tâches et observer mutuellement leur performance à l'aide de la fiche d'apprentissage pertinent. Le formateur doit être disponible tout au long de la séance pour observer la performance des participants et les guider. Les participants devraient pouvoir exécuter la totalité des étapes/tâches de la fiche d'apprentissage avant que le formateur n'évalue la maîtrise de la compétence en environnement simulé à l'aide de la liste de vérification pertinente.

Ensuite, les participants devraient entreprendre des exercices pratiques supervisés au site clinique avant que le formateur n'évalue, avec la même liste de vérification, la maîtrise de la compétence avec les clientes. Le temps nécessaire à la pratique et à l'atteinte de la compétence peut varier de quelques heures à quelques semaines ou mois, selon la complexité de la compétence, les aptitudes individuelles des participants et l'accès à l'équipement et aux modèles appropriés. Par conséquent, il faudra habituellement de nombreuses séances d'exercices pratiques pour maîtriser la compétence avant de passer à la pratique clinique.

COMPOSANTES du KIT de MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE en PLANIFICATION FAMILIALE (FP)

UTILISATION DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE EN PF POUR FORMER LES PRESTATAIRES DE SERVICES EN SITUATIONS D'URGENCE

Dans la conception des documents de formation du présent cours, nous avons consacré une attention particulière à les rendre « conviviaux » et voulu offrir aux participants et au formateur clinicien responsable du cours la plus vaste latitude possible pour adapter la formation aux besoins (collectifs et individuels) des participants. Ainsi, au début de chaque cours, on fait une évaluation préalable des connaissances de chaque participant et les résultats servent conjointement aux participants et au formateur avancé ou maître formateur à adapter le contenu du cours selon les besoins afin que la formation soit axée sur l'acquisition de compétences et renseignements nouveaux.

Une autre caractéristique a trait à l'utilisation du matériel de référence et des guides. Le manuel de référence est conçu pour donner la totalité des renseignements essentiels nécessaires à la tenue logique du cours. Puisqu'il sert de « manuel » aux participants et de « source de référence » au formateur, il n'est plus besoin de feuillets spéciaux ou de documents supplémentaires. De plus, puisque le manuel ne contient que des renseignements correspondant aux buts et objectifs du cours, il devient partie intégrante des exercices en classe, par exemple pour donner un exposé illustré ou fournir de l'information dans le but de régler un problème.

Par ailleurs, le **guide du participant** a une double fonction. D'abord et avant tout, c'est la carte routière guidant le participant dans chaque phase du cours. Il comprend le plan et le calendrier des cours et tous les imprimés supplémentaires (questionnaire préalable au cours, matrice d'évaluation individuelle et collective, études de cas, protocoles, fiches d'apprentissage et évaluation du cours) nécessaires pendant le cours.

Le **guide du formateur** contient le même matériel que le guide du participant, et en plus, les documents destinés au formateur, soit le schéma du cours, la clé aux réponses au questionnaire préalable, le questionnaire de mi-étape et sa clé aux réponses et les listes de vérification sur la maîtrise des compétences.

Conformément à la philosophie de formation sur laquelle le cours repose, toutes les activités de formation se tiendront en mode interactif et participatif.

À cette fin, le rôle du formateur doit constamment changer tout au long du cours. Ainsi, le formateur agit à titre d'instructeur lorsqu'il fait une démonstration en classe, d'animateur lorsqu'il tient des discussions en petits groupes ou fait des jeux de rôles et d'encadreur lorsqu'il aide les participants à pratiquer une procédure. Enfin, lorsqu'il évalue objectivement la performance, le formateur agit à titre d'évaluateur.

En bref, l'approche FAC utilisée ici intègre un certain nombre de caractéristiques clés.

- Premièrement, elle repose sur les principes d'apprentissage des adultes, ce qui signifie qu'elle est interactive, pertinente et pratique. De plus, elle exige du formateur de faciliter l'expérience d'apprentissage plutôt que d'agir dans le rôle plus classique d'instructeur ou de conférencier.
- Deuxièmement, elle repose sur l'utilisation d'une modélisation comportementale afin de faciliter l'apprentissage de façon normalisée de l'exécution d'une compétence ou activité.
- Troisièmement, elle est axée sur les compétences, ce qui signifie que l'évaluation repose sur la mesure dans laquelle le participant parvient à bien exécuter la procédure ou l'activité, et non simplement sur une quantification de l'apprentissage.
- Quatrièmement, dans la mesure du possible, elle repose fortement sur le recours à des modèles anatomiques et autres aides de formation (c.-à-d. qu'elle est humaniste), de façon à permettre aux participants de s'exercer encore et encore à exécuter de façon normalisée la compétence ou l'activité avant de travailler avec les clientes. Ainsi, lorsque le formateur évalue la performance des participants à l'aide d'une liste de vérification, chaque participant devrait être à même d'exécuter chaque aptitude ou activité de façon compétente.

C'est le critère de mesure ultime de la formation.

CONCEPTION DU COURS

Le cours repose sur les connaissances antérieures de chaque participant et tire parti de sa forte motivation à exécuter les tâches d'apprentissage dans un minimum de temps. La formation insiste sur « faire » et non simplement « savoir » et l'évaluation de la performance est axée sur la compétence.

Voici les caractéristiques propres à ce cours :

- le matin du premier jour, les participants prouvent leurs connaissances en PF en remplissant le questionnaire préalable;
- les séances en classe et en clinique se concentrent sur les aspects clés de la PF;
- le progrès dans l'apprentissage axé sur les connaissances est mesuré pendant le cours à l'aide d'une évaluation écrite normalisée (questionnaire de mi-étape);
- la formation aux compétences cliniques repose sur l'expérience antérieure du participant en matière de PF. Pour nombre de compétences, les participants s'exercent d'abord avec des modèles anatomiques, en utilisant les fiches d'apprentissage détaillant la liste des étapes clés dans l'exécution des compétences/procédures de planification familiale. De cette façon, ils acquièrent plus rapidement les compétences normalisées;
- le progrès dans l'apprentissage des nouvelles compétences est documenté à l'aide des fiches d'apprentissage des compétences cliniques;
- le formateur clinicien utilise les listes de vérification axée sur la maîtrise de la compétence afin d'évaluer la performance de chaque participant;
- la prise de décisions cliniques est acquise et évaluée au moyen d'études de cas et d'exercices de simulation et au cours de la pratique des compétences cliniques avec les clientes;
- les aptitudes interpersonnelles appropriées sont acquises par la modélisation des comportements, les jeux de rôles et l'évaluation au cours de la pratique clinique avec les clientes.

La réussite du cours repose sur la maîtrise des connaissances et compétences et sur une performance globalement satisfaisant dans la prestation de soins aux clientes PF.

ÉVALUATION

Le cours de formation clinique est conçu pour former des prestataires de soins de santé (c.-à-d. médecins, sages-femmes et/ou infirmières-accoucheuses) qualifiés pour fournir des services de PF en tant que membres de l'équipe dans les structure sanitaires et hôpitaux. La qualification est une déclaration de l'institution de formation attestant que le participant a satisfait aux exigences du cours sur les plans de la connaissance, des compétences et de la pratique. La qualification n'implique pas la certification. Seule une organisation ou agence autorisée peut certifier le personnel. La qualification repose sur les résultats du participant dans trois domaines :

- connaissances : une note d'au moins 85 % au questionnaire de mi-stage;

- Compétences: exécution satisfaisante des compétences cliniques pour la planification familiale;
- pratique : capacité établie de fournir les conseils pour la planification familiale et les méthodes d'après la recevabilité médicale pour l'utilisation et le choix de la cliente.

Le participant et le formateur partagent la responsabilité de la qualification du participant. Voici, brièvement, les méthodes d'évaluation utilisées pendant le cours :

- Questionnaire de mi-stage - Les connaissances seront évaluées à la fin de la première semaine du cours. Une note de 85 % ou plus indique une maîtrise, des connaissances de la matière présentée au cours des séances en classe. Si le participant obtient moins 85 % à la première tentative, le formateur clinicien doit examiner les résultats avec lui individuellement et le guider pour qu'il se serve du manuel de référence pour acquérir l'information nécessaire. Les participants obtenant moins de 85 % peuvent subir à nouveau le questionnaire de mi-stage n'importe quand au cours de la durée restante du cours.
- Compétences cliniques - L'évaluation des compétences cliniques interviendra dans trois contextes : 1) au cours des deux premières semaines du cours, avec des modèles en environnement simulé; 2) avec les clientes au site de formation clinique et 3) pendant le stage autodirigé de six semaines à trois mois, au moment de la visite d'encadrement à la structure sanitaire du participant. Dans chaque cadre, le formateur clinicien utilisera les listes de vérification des compétences pour évaluer chaque participant tandis que ce dernier exécute les compétences et procédures nécessaires pour fournir la planification familiale et interagir avec les clientes. Les études de cas serviront à évaluer les aptitudes de résolution des problèmes et de prise de décisions. L'évaluation des compétences de communication interpersonnelle de chaque participant peut intervenir à n'importe quel point pendant cette période, par l'observation des participants au cours des jeux de rôles.
- Les participants doivent devenir compétents dans l'exécution des étapes/tâches d'une compétence ou procédure en environnement simulé avant de passer aux exercices pratiques supervisés au site clinique. Il est souhaitable que les compétences/procédures comprises au cours de formation soient toutes acquises et évaluées de cette manière, mais il se peut que cela ne soit pas possible si le nombre de clientes PF n'est pas suffisant. De la sorte, la pratique et l'évaluation de la compétence par l'exécution de la compétence doivent se dérouler dans un environnement de simulation.

- Pratique des compétences cliniques - Il incombe au formateur clinicien d'observer la performance générale de chaque participant dans la prestation des services de PF pendant le cours en groupe et le stage autodirigé. Il doit notamment observer l'attitude des participants, qui est un aspect essentiel de la prestation de services de qualité, à l'égard des clientes cherchant une méthode de planification familiale et des autres membres de l'équipe de PF. De cette manière, le formateur clinicien évalue dans quelle mesure le participant utilise ce qu'il a appris. Une évaluation supplémentaire intervient au cours du stage autodirigé de six semaines à trois mois (voir plus loin) et elle est importante pour diverses raisons. Tout d'abord, elle offre au participant, non seulement un feedback direct sur sa performance, mais aussi la possibilité de discuter de tout problème ou de toute contrainte liée à la prestation des services de PF (p. ex., manque d'instruments, de médicaments ou autres fournitures). De plus, aspect tout aussi important, le centre de services cliniques/formation obtient, par l'entremise du formateur clinicien, des renseignements clés sur la pertinence de la formation et sa pertinence par rapport aux conditions locales.

SCHÉMA DU COURS

Description du cours

Ce cours de formation clinique est conçu pour permettre aux participants d'acquérir les compétences requises pour offrir des services complets de counselling en planification familiale, fournir en toute sécurité des méthodes de choix de planification familiale à court et à long termes et travailler efficacement en tant que membres d'une équipe. Le cours commence par un bloc de deux semaines dans un site de formation désigné; il est axé sur l'acquisition, la mise en pratique et l'évaluation des connaissances et compétences : la première semaine se déroule en classe et la deuxième, dans des sites cliniques désignés. Les deux premières semaines sont immédiatement suivies d'un stage de six semaines à trois mois à l'endroit où travaille le participant et, pendant cette période, les formateurs cliniciens du cours font au moins une visite de suivi à des fins d'encadrement et d'évaluation supplémentaire. Nous donnons à la page 16 les lignes directrices du participant pour le stage autodirigé.

Objectifs du cours

influer de façon positive sur les attitudes des participants envers le travail en équipe et ses capacités à prendre en charge et à offrir des services de PF;

- fournir aux participants les compétences de communication interpersonnelle nécessaires pour respecter les droits des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité.

Objectifs d'apprentissage du participant

À la fin du cours de formation, le participant devrait pouvoir :

- mettre en pratique des techniques de counselling efficaces pour la prestation de méthodes de PF;
- discuter des progrès les plus récents dans toutes les méthodes de PF, notamment dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA;
- fournir aux clientes des méthodes à court et à long termes;
- connaître et appliquer les critères les plus récents publiés par l'OMS en matière de recevabilité pour l'utilisation des méthodes contraceptives;
- appliquer les meilleures pratiques de PI;
- gérer la logistique des fournitures de PF;
- surveiller et évaluer le système de prestation de services de PF.

Méthodes de formation et d'apprentissage

- exposés et démonstrations en classe
- discussions en groupes
- exercices individuels et en groupes
- jeux de rôles
- études de cas
- activités cliniques guidées
- pratique en simulation (démonstrations, encadrement et évaluation à l'aide de modèles anatomiques).

Matériel pédagogique

- guide du formateur
- guide du participant
- manuel de référence

Matériel de référence

- Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier/Éléments de la technologie de la contraception (2008)
- Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives (y compris tableau mural et disque) de l'OMS
- exposés PowerPoint et ressources
- modèles anatomiques (bras, sein, pelvis, pénis).

Critères de sélection des participants

Il est souhaitable de parvenir à une combinaison d'effectifs différents de prestataires de soins de santé pour chaque cours. On doit retrouver parmi les participants choisis des prestataires de soins de santé travaillant en situations d'urgence (médecins, infirmières et relais communautaires). Les participants peuvent provenir de divers domaines de services touchant la PF, notamment santé maternelle et infantile (SMI) et services de santé communautaire.

Taille souhaitable de la classe

- 15 à 20 prestataires de soins de santé
- 1 formateur en gestion clinique (précepteur/mentors) à chacun des sites de formation pratique
- 2 à 3 formateurs cliniciens.

Le guide du formateur est destiné à l'usage des prestataires de soins de santé qui travaillent dans les structures sanitaires dans les situations d'urgences. Les prestataires de soins de santé doivent se familiariser avec le manuel avant de l'utiliser, bien connaître les principes de l'apprentissage des adultes et connaître bien les méthodes de formation participative pour pouvoir guider les participants et les aider à acquérir les compétences nécessaires. Ils doivent également posséder l'expérience professionnelle requise pour appuyer leurs techniques de formation.

Le guide du participant est destiné à l'usage des participants dans un cadre global de formation.

Durée du cours

Le cours se compose de 10 séances en classe (cinq jours), suivies d'une semaine de pratique des compétences cliniques sous supervision et d'un stage autodirigé de six semaines à trois mois. Il est important de rappeler que la durée du cours peut devoir être revue selon l'expérience des participants et leurs progrès dans l'acquisition des connaissances et compétences nouvelles. Par exemple, si les participants n'atteignent pas la maîtrise des compétences à la fin du cours, il peut falloir prolonger le stage supervisé sur les compétences cliniques et/ou le stage autodirigé. Ou encore, il peut falloir aussi prolonger le volet donné en classe.

**Calendrier du cours
PF pour les prestataires de services – calendrier de 10 jours (première semaine)**

HEURE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
8 h 30 à 10 h 30	Ouverture et mot de bienvenue Aperçu du cours Attentes et normes Questionnaire préalable Matériel de cours Questions administratives	Module III : Prévention des infections	Module IV (suite) Implants	Contraception d'urgence	Évaluation des compétences sur modèles
10 h 30 à 11 h	PAUSE THÉ				
11 h à 13 h	Séance II Counselling en planification familiale	Prévention des infections	DIU	Méthodes des barrières	Évaluation des compétences sur modèles
13 h à 14 h	PAUSE REPAS				
14 h à 15 h 30	counselling en planification familiale	Module IV : Méthodes modernes de contraception COC PP	Exercices pratiques : DIU Implants	Méthodes naturelles de PF MAMA Méthodes plus récentes	Évaluation des compétences sur modèles
15 h 30 à 16 h	PAUSE THÉ				
16 H À 17 H	Séance III Évaluation d'une cliente	Contraceptifs injectables	Exercice pratique : DIU Implants	Aperçu des méthodes permanentes	Évaluation des compétences sur modèles Formation des groupes pour les placements cliniques
17 h à 17 h 30	Récapitulatif de fin de journée et évaluation	Récapitulatif de fin de journée et évaluation	Récapitulatif de fin de journée et évaluation	Récapitulatif de fin de journée et évaluation	Récapitulatif de fin de journée et évaluation

Calendrier du cours
 PF pour les prestataires de services – calendrier de 10 jours (deuxième semaine)

HEURE	JOUR 6	JOUR 7	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10
8 H À 10 H	Pratique en clinique	Conférence préclinique	Conférence préclinique	Conférence préclinique	Conférence préclinique
10 H À 10 H 30	PAUSE THÉ				
10 H 30 À 13 H	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Pratique en clinique
13 H À 14 H	PAUSE REPAS				
14 H À 15 H 30	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Pratique en clinique	Plans d'action Évaluation du cours
15 H 30 À 16 H	PAUSE THÉ				
16 H À 17 H	Conférence post-clinique	Conférence post-clinique	Conférence post-clinique Questionnaire post-cours ou de mi-stage	Conférence post-clinique	Récapitulatif du cours Clôture

LIGNES DIRECTRICES AUX PARTICIPANTS POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE

L'objet de la pratique autodirigée de six semaines à trois mois est d'offrir aux participants la possibilité de mettre en pratique les connaissances et compétences apprises pendant les deux premières semaines du cours de formation en PF, sur leurs lieux de travail. Au cours du stage autodirigé, les formateurs se rendent sur les lieux de travail des participants vers la fin du troisième mois du stage pour guider les participants, individuellement et par équipe, leur offrir du soutien et les évaluer. D'autres visites seront planifiées, si nécessaire, d'après les besoins individuels et collectifs des participants. Les dates des visites d'encadrement peuvent être convenues avant le début du stage.

Responsabilités des participants

Au cours du stage autodirigé, les participants seront appelés à mettre en pratique leurs connaissances et compétences en fournissant des services de PF. Le participant doit prendre note de son expérience dans son registre d'expérience clinique, particulièrement le service où est la cliente, le numéro d'hospitalisation, le ou les symptômes présentés, le diagnostic, le traitement et le résultat. Les participants doivent, notamment, chercher des occasions d'apprentissage qui les aideront à répondre à leurs propres besoins d'apprentissage spécifiquement signalés à la fin du stage pratique d'une semaine sur les compétences cliniques et qui a précédé le stage autodirigé. En même temps que la pratique des compétences, les participants devront :

- montrer qu'ils sont responsables de leurs actes;
- montrer qu'ils reconnaissent et respectent les droits des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité;
- recourir à des compétences appropriées de communication interpersonnelle pour la prestation des soins, notamment en PF;
- appliquer les pratiques de PI recommandées.

Responsabilités de l'équipe

En tant que membre d'une équipe, les participants devront mettre en œuvre le plan d'action préparé à la fin de la pratique clinique d'une semaine. Au minimum, cela devrait comporter ce qui suit : mobiliser les communautés qu'ils desservent, veiller à la disponibilité de l'ensemble des fournitures et de l'équipement, veiller à ce que les pratiques de PI respectent une norme acceptable et à ce qu'il existe un soutien adéquat de la part des superviseurs et des membres de l'équipe.

Les membres de l'équipe doivent se rencontrer deux fois par semaine (p. ex., le lundi et le vendredi) afin de discuter de ce qui suit :

Rencontres de début de semaine :

- planification de la semaine
- disponibilité de l'équipement, des fournitures et des médicaments

Rencontres de fin de semaine :

- cas cliniques
- facteurs qui ont facilité le perfectionnement des compétences cliniques
- facteurs qui ont rendu difficile le perfectionnement des compétences cliniques
- moyens de surmonter les difficultés
- points forts individuels et d'équipe concernant la pratique des compétences cliniques
- aspects du travail individuel et d'équipe à renforcer et manière d'y parvenir.

Documentation des activités

On s'attend que les participants utilisent leur registre d'expérience clinique et leurs fiches de plan d'action pour documenter les activités entreprises pendant le stage autodirigé.

Registre de l'expérience clinique

Les participants doivent consigner quotidiennement les activités/expériences dans la partie appropriée de leur registre d'expérience clinique. Cela comprend les renseignements sur les clientes pour lesquelles une méthode de PF a été fournie, des notes sur les perceptions de leurs progrès individuels et sur les progrès et les réunions de l'équipe.

Fiches du plan d'action

Les participants doivent annoter leurs plans d'action en inscrivant les dates des étapes franchies ou en apportant des révisions à tout aspect du plan global. Au cours des visites d'encadrement et des visites de supervision subséquentes, le formateur/superviseur doit évaluer dans quelle mesure ces étapes ont été atteintes.

QUESTIONNAIRES *sur* les CONNAISSANCES

Utilisation des résultats

L'objectif principal du questionnaire préalable des connaissances est d'aider le formateur et le participant, tandis qu'ils commencent à travailler ensemble dans le cours, en évaluant ce que les participants, individuellement et en tant que groupe, savent à propos des thèmes du cours. Cela permet au formateur de dégager les thèmes sur lesquels il pourrait devoir insister davantage pendant le cours. En fournissant les résultats de l'évaluation préalable aux participants, il leur permet de se concentrer sur leurs besoins d'apprentissage individuels et, de plus, les questions sensibilisent les participants au contenu qui sera présenté pendant le cours.

Les réponses aux questions sont à choix multiples. Un formulaire spécial, soit la matrice d'évaluation individuelle et collective, est fourni pour inscrire les notes de tous les participants au cours. À l'aide de ce formulaire, le formateur et les participants peuvent rapidement établir le nombre de réponses correctes pour chacune des questions. Par l'analyse des données de la matrice, les membres du groupe peuvent facilement préciser leurs forces et leurs faiblesses collectives et planifier conjointement avec le formateur comment utiliser au mieux le reste du temps de cours pour parvenir aux objectifs d'apprentissage souhaités.

Les résultats du questionnaire permettront au formateur de préciser les thèmes particuliers sur lesquels il pourrait devoir insister davantage pendant le cours. À l'inverse, dans les catégories où au moins 85 % des participants répondent correctement, le formateur peut choisir d'utiliser à d'autres fins une partie du temps alloué.

Utilisation du questionnaire

Cette évaluation des connaissances est conçue pour aider les participants à suivre leurs progrès pendant le cours. À la fin du cours, les participants doivent obtenir une note d'au moins 85 %. Le questionnaire doit être administré à un moment du cours où tous les domaines matières ont été présentés. Une note de 85 % ou plus indique la maîtrise, du point de vue des connaissances, de la matière présentée dans le ou les manuels de référence. Dans le cas de ceux qui n'obtiennent pas 85 % à la première tentative, le formateur clinicien doit revoir les résultats avec les participants individuellement et les aider à utiliser le ou les manuels de référence pour acquérir l'information requise. Les participants qui obtiennent moins de 85 % peuvent refaire le questionnaire à n'importe quel moment pendant le reste du cours. L'examen de reprise ne doit être fait que lorsque le participant a eu suffisamment de temps pour étudier les manuels de référence.

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE

No du participant :

Instructions :

Lire l'énoncé et encercler ou cocher la réponse correcte.

COUNSELLING

1. La personne responsable du choix de la méthode de planification familiale est :

- A. le prestataire de soins de santé
- B. la cliente
- C. le partenaire de la cliente
- D. l'ancien du village

2. Lorsqu'une cliente revient à la structure sanitaire pour sa visite de suivi, le travailleur de la santé devrait :

- A. lui demander si elle est satisfaite de la méthode choisie et lui offrir davantage de fournitures (selon la méthode)
- B. changer de méthode de planification familiale
- C. laisser les fournitures au kiosque d'accueil pour que les clientes qui reviennent puissent les y prendre
- D. rien de ce qui précède

3. La partie la plus importante du counselling est :

- A. renseigner la cliente sur toutes les méthodes disponibles et répondre à ses préoccupations et questions concernant l'usage des contraceptifs
- B. prendre une bonne décision à la place de la cliente
- C. utiliser toutes les fournitures excédentaires dans l'établissement de santé
- D. se lier d'amitié avec la cliente

4. Le counselling initial en planification familiale doit être offert :

- A. si la cliente ne sait pas quelle méthode utiliser
- B. à chaque cliente, pour s'assurer qu'elle connaît toutes les méthodes et fait un choix informé
- C. par un médecin
- D. uniquement pour les couples mariés

PRÉSERVATIFS MASCULINS

5. Les préservatifs:

- A. ne doivent être utilisés qu'une fois et ensuite, jetés de la façon appropriée
- B. doivent être gonflés à l'eau ou à l'air avant l'usage pour vérifier s'ils sont percés
- C. ne sont pas affectés même s'ils sont entreposés dans un endroit chaud
- D. peuvent être lubrifiés à l'aide d'huile de cuisson ou de gelée de pétrole

6. Pour que le préservatif masculin soit efficace, il est important :

- A. que le pénis soit retiré du vagin juste avant l'éjaculation
- B. que le pénis soit retiré encore en érection modérée
- C. que l'homme place le préservatif lui-même
- D. tout ce qui précède

7. L'un des avantages du préservatif féminin est :

- A. qu'il dure plus longtemps
- B. qu'il coûte moins cher
- C. qu'il offre une meilleure protection contre le VIH
- D. qu'il peut être inséré d'avance de façon à ne pas interrompre la relation sexuelle

8. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos des spermicides :

- A. ils peuvent causer une inflammation vaginale et des démangeaisons chez la femme
- B. ils sont très efficaces pour prévenir la grossesse
- C. ils peuvent être utilisés par les femmes séropositives
- D. ils peuvent être insérés dans le vagin plusieurs heures avant la relation sexuelle

CONTRACEPTIFS ORAUX

9. La femme qui prend des contraceptifs oraux combinés doit consulter à nouveau son prestataire de service immédiatement si elle :

- A. a des crampes menstruelles
- B. a la migraine
- C. a de fortes douleurs aux jambes ou des problèmes visuels, par exemple une vision trouble
- D. prend du poids

Questionnaire sur les connaissances en planification familiale (suite)

10. Avant de remettre à une femme son premier paquet de contraceptifs oraux combinés, le prestataire de service doit :
A. s'assurer que la femme ne veut plus d'enfant B. expliquer tous les effets secondaires possibles et lui préciser quand revenir à la clinique C. s'assurer que la femme allaite D. procéder à un examen pelvien
11. Si une cliente se présente à la clinique et a une métrorragie pendant qu'elle prend des contraceptifs oraux, la conduite à tenir immédiatement est :
A. d'établir un rapport et de discuter avec elle pour savoir de quelle façon elle prend la pilule B. l'envoyer en consultation d'urgence C. modifier la méthode de contraception D. tout ce qui précède
CONTRACEPTIFS INJECTABLES (DEPO-PROVERA)
12. L'effet secondaire le plus courant du Depo-Provera est :
A. jaunisse et dommages au foie B. augmentation de la pilosité faciale C. baisse de la libido D. modification du cycle menstruel
13. Dans la période du post-partum, une femme qui allaite devrait recevoir sa première injection de Depo-Provera :
A. immédiatement B. après une semaine C. dans les 48 heures D. n'importe quand six semaines après le post-partum, si elle est certaine de ne pas être enceinte
IMPLANTS
14. Les implants contraceptifs sont insérés :
A. par un médecin B. juste sous la peau, dans la partie supérieure du bras C. si la cliente ne veut plus d'enfant D. tout ce qui précède
15. Un des avantages des implants est que les bâtonnets peuvent être enlevés :
A. par la femme elle-même B. par une infirmière, une sage-femme ou un médecin formé C. dans un environnement non stérile D. facilement, avec les doigts
DIU
16. Un DIU peut être inséré n'importe quand :
A. si la cliente ne veut plus d'enfant B. si vous avez la certitude que la cliente n'est pas enceinte C. si la cliente est mariée D. à titre de protection contre les IST
17. Chez la plupart des femmes, il y a changement du cycle menstruel après l'insertion d'un DIU. Vous devriez expliquer aux nouvelles utilisatrices d'un DIU qu'elles peuvent constater :
A. un écoulement sanguin moins abondant qu'à l'habitude, mais plus de crampes menstruelles pendant les quelques premières règles suivant l'insertion B. un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude et moins de crampes menstruelles pendant les quelques premières règles suivant l'insertion C. un écoulement sanguin moins abondant que d'habitude et aucune crampe menstruelle pendant les quelques premières règles suivant l'insertion D. un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude et plus de crampes menstruelles et de douleurs pendant les quelques premières règles suivant l'insertion

Questionnaire sur les connaissances en planification familiale (suite)

DIU (suite)
18. Le DIU est une méthode contraceptive très efficace pour :
A. prévenir la transmission du VIH B. empêcher la grossesse C. empêcher la syphilis D. accroître le plaisir sexuel
MÉTHODES PERMANENTES
19. L'un des effets secondaires de la vasectomie est :
A. perte de l'intérêt pour les relations sexuelles B. diminution des érections C. éjaculation prématurée D. rien de ce qui précède
20. La stérilisation féminine peut être exécutée
A. dans les 48 heures suivant un avortement spontané ou provoqué, moyennant un choix volontaire informé B. chez une femme qui voudrait avoir plus d'enfants C. uniquement par un médecin D. dans un environnement non stérile
MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)
21. Une mère a accouché depuis moins de six mois et qui fait de l'aménorrhée (ses règles ne sont pas revenues après l'accouchement) bénéficie d'une protection contre la grossesse aussi longtemps qu'elle :
A. allaite son bébé de jour et que le bébé dort la nuit B. allaite le bébé sur demande jour et nuit C. nourrit le bébé à la bouteille D. allaite le bébé la nuit et le nourrit à la bouteille pendant le jour
CONTRACEPTION D'URGENCE
22. Parmi les personnes qui peuvent avoir recours à la contraception d'urgence, il faut mentionner :
A. les femmes non mariées B. les jeunes femmes C. les fumeuses de moins de 35 ans D. toute femme qui a eu une relation sexuelle non protégée
23. Lorsqu'un COC est utilisé comme contraceptif d'urgence, il doit être pris :
A. dans les 24 heures de la relation sexuelle non protégée B. jusqu'à 120 heures après la relation sexuelle non protégée C. jusqu'à 72 heures après la relation sexuelle non protégée D. dans la semaine suivant la relation sexuelle non protégée
PRÉVENTION DES INFECTIONS
24. La décontamination des instruments chirurgicaux par trempage dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 10 minutes :
A. tuera la totalité des micro-organismes y compris les endospores bactériennes B. tuera les virus, par exemple le VIH et le virus de l'hépatite B C. éliminera les matières organiques, la saleté et autres matières D. rendra les instruments plus éclatants
25. Si vous utilisez de l'eau bouillante pour la désinfection de haut niveau (DHN), vous devez toujours faire bouillir les instruments :
A. 20 minutes en démarrant le chronomètre lorsque l'eau atteint le point d'ébullition B. 10 minutes en démarrant le chronomètre dès que vous versez l'eau dans le contenant C. 20 minutes en démarrant le chronomètre dès que vous versez l'eau dans le contenant D. 10 minutes en démarrant le chronomètre lorsque l'eau atteint le point d'ébullition
26. Idéalement, les objets pointus doivent être éliminés de la manière suivante :
A. brûlage dans un petit feu B. incinération industrielle C. jetés dans un buisson D. placés soigneusement dans la poubelle

QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE – CLÉ DES RÉPONSES

No du participant :

COUNSELLING
1. La personne responsable du choix de la méthode de planification familiale est :
<ul style="list-style-type: none"> A. le prestataire de soins de santé B. la cliente C. le partenaire de la cliente D. l'ancien du village
2. Lorsqu'une cliente revient à la structure sanitaire pour sa visite de suivi, le travailleur de la santé devrait :
<ul style="list-style-type: none"> A. lui demander si elle est satisfaite de la méthode choisie et lui offrir davantage de fournitures (selon la méthode) B. changer de méthode de planification familiale C. laisser les fournitures au kiosque d'accueil pour que les clientes qui reviennent puissent les y prendre D. rien de ce qui précède
3. La partie la plus importante du counselling est :
<ul style="list-style-type: none"> A. renseigner la cliente sur toutes les méthodes disponibles et répondre à ses préoccupations et questions concernant l'usage des contraceptifs B. prendre une bonne décision à la place de la cliente C. utiliser toutes les fournitures excédentaires dans l'établissement de santé D. se lier d'amitié avec la cliente
4. Le counselling initial en planification familiale doit être offert :
<ul style="list-style-type: none"> A. si la cliente ne sait pas quelle méthode utiliser B. à chaque cliente, pour s'assurer qu'elle connaît toutes les méthodes et fait un choix informé C. par un médecin D. uniquement pour les couples mariés
PRÉSERVATIFS MASCULINS
5. Les préservatifs:
<ul style="list-style-type: none"> A. ne doivent être utilisés qu'une fois et ensuite, jetés de la façon appropriée B. doivent être gonflés à l'eau ou à l'air avant l'usage pour vérifier s'ils sont percés C. ne sont pas affectés même s'ils sont entreposés dans un endroit chaud D. peuvent être lubrifiés à l'aide d'huile de cuisson ou de gelée de pétrole
6. Pour que le préservatif masculin soit efficace, il est important :
<ul style="list-style-type: none"> A. que le pénis soit retiré du vagin juste avant l'éjaculation B. que le pénis soit retiré encore en érection modérée C. que l'homme place le préservatif lui-même D. tout ce qui précède
7. L'un des avantages du préservatif féminin est :
<ul style="list-style-type: none"> A. qu'il dure plus longtemps B. qu'il coûte moins cher C. qu'il offre une meilleure protection contre le VIH D. qu'il peut être inséré d'avance de façon à ne pas interrompre la relation sexuelle
8. Lequel des énoncés suivants est vrai à propos des spermicides :
<ul style="list-style-type: none"> A. ils peuvent causer une inflammation vaginale et des démangeaisons chez la femme B. ils sont très efficaces pour prévenir la grossesse C. ils peuvent être utilisés par les femmes séropositives D. ils peuvent être insérés dans le vagin plusieurs heures avant la relation sexuelle
CONTRACEPTIFS ORAUX
9. La femme qui prend des contraceptifs oraux combinés doit consulter à nouveau son prestataire de service immédiatement si elle :
<ul style="list-style-type: none"> A. a des crampes menstruelles B. a la migraine C. a de fortes douleurs aux jambes ou des problèmes visuels, par exemple une vision trouble D. prend du poids

Questionnaire sur les connaissances en planification familiale - clé des réponses (suite)

CONTRACEPTIFS ORAUX (suite)	
10. Avant de remettre à une femme son premier paquet de contraceptifs oraux combinés, le prestataire de service doit :	
	<p>A. s'assurer que la femme ne veut plus d'enfant B. expliquer tous les effets secondaires possibles et lui préciser quand revenir à la clinique C. s'assurer que la femme allaite D. procéder à un examen pelvien</p>
11. Si une cliente se présente à la clinique et a une métrorragie pendant qu'elle prend des contraceptifs oraux, la conduite à tenir immédiatement est :	
	<p>A. d'établir un rapport et de discuter avec elle pour savoir de quelle façon elle prend la pilule B. l'envoyer en consultation d'urgence C. modifier la méthode de contraception D. tout ce qui précède</p>
CONTRACEPTIFS INJECTABLES (DEPO-PROVERA)	
12. L'effet secondaire le plus courant du Depo-Provera est :	
	<p>A. jaunisse et dommages au foie B. augmentation de la pilosité faciale C. baisse de la libido D. modification du cycle menstruel</p>
13. Dans la période du post-partum, une femme qui allaite devrait recevoir sa première injection de Depo-Provera :	
	<p>A. immédiatement B. après une semaine C. dans les 48 heures D. n'importe quand six semaines après le post-partum, si elle est certaine de ne pas être enceinte</p>
IMPLANTS	
14. Les implants contraceptifs sont insérés :	
	<p>A. par un médecin B. juste sous la peau, dans la partie supérieure du bras C. si la cliente ne veut plus d'enfant D. tout ce qui précède</p>
15. Un des avantages des implants est que les bâtonnets peuvent être enlevés :	
	<p>A. par la femme elle-même B. par une infirmière, une sage-femme ou un médecin formé C. dans un environnement non stérile D. facilement, avec les doigts</p>
DIU	
16. Un DIU peut être inséré n'importe quand :	
	<p>A. si la cliente ne veut plus d'enfant B. si vous avez la certitude que la cliente n'est pas enceinte C. si la cliente est mariée D. à titre de protection contre les IST</p>
17. Chez la plupart des femmes, il y a changement du cycle menstruel après l'insertion d'un DIU. Vous devriez expliquer à nouvelles utilisatrices d'un DIU qu'elles peuvent constater :	
	<p>A. un écoulement sanguin moins abondant qu'à l'habitude, mais plus de crampes menstruelles pendant les quelques premières règles suivant l'insertion B. un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude et moins de crampes menstruelles pendant les quelques premières règles suivant l'insertion C. un écoulement sanguin moins abondant que d'habitude et aucune crampe menstruelle pendant les quelques premières règles suivant l'insertion D. un écoulement sanguin plus abondant que d'habitude et plus de crampes menstruelles et de douleurs pendant les quelques premières règles suivant l'insertion</p>

Questionnaire sur les connaissances en planification familiale - clé des réponses (suite)

18. Le DIU est une méthode contraceptive très efficace pour :
A. prévenir la transmission du VIH B. empêcher la grossesse C. empêcher la syphilis D. accroître le plaisir sexuel
MÉTHODES PERMANENTES
19. L'un des effets secondaires de la vasectomie est :
A. perte de l'intérêt pour les relations sexuelles B. diminution des érections C. éjaculation prématurée D. rien de ce qui précède
20. La stérilisation féminine peut être exécutée
A. dans les 48 heures suivant un avortement spontané ou provoqué, moyennant un choix volontaire informé B. chez une femme qui voudrait avoir plus d'enfants C. uniquement par un médecin D. dans un environnement non stérile
MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)
21. Une mère a accouché depuis moins de six mois et qui fait de l'aménorrhée (ses règles ne sont pas revenues après l'accouchement) bénéficie d'une protection contre la grossesse aussi longtemps qu'elle :
A. allaite son bébé de jour et que le bébé dort la nuit B. allaite le bébé sur demande jour et nuit C. nourrit le bébé à la bouteille D. allaite le bébé la nuit et le nourrit à la bouteille pendant le jour
CONTRACEPTION D'URGENCE
22. Parmi les personnes qui peuvent avoir recours à la contraception d'urgence, il faut mentionner :
A. les femmes non mariées B. les jeunes femmes C. les fumeuses de moins de 35 ans D. toute femme qui a eu une relation sexuelle non protégée
23. Lorsqu'un COC est utilisé comme contraceptif d'urgence, il doit être pris :
A. dans les 24 heures de la relation sexuelle non protégée B. jusqu'à 120 heures après la relation sexuelle non protégée C. jusqu'à 72 heures après la relation sexuelle non protégée D. dans la semaine suivant la relation sexuelle non protégée
PRÉVENTION DES INFECTIONS
24. La décontamination des instruments chirurgicaux par trempage dans une solution de chlore à 0,5 % pendant 10 minutes :
A. tuera la totalité des micro-organismes y compris les endospores bactériennes B. tuera les virus, par exemple le VIH et le virus de l'hépatite B C. éliminera les matières organiques, la saleté et autres matières D. rendra les instruments plus éclatants
25. Si vous utilisez de l'eau bouillante pour la désinfection de haut niveau (DHN), vous devez toujours faire bouillir les instruments :
A. 20 minutes en démarrant le chronomètre lorsque l'eau atteint le point d'ébullition B. 10 minutes en démarrant le chronomètre dès que vous versez l'eau dans le contenant C. 20 minutes en démarrant le chronomètre dès que vous versez l'eau dans le contenant D. 10 minutes en démarrant le chronomètre lorsque l'eau atteint le point d'ébullition
26. Idéalement, les objets pointus doivent être éliminés de la manière suivante :
A. brûlage dans un petit feu B. incinération industrielle C. jetés dans un buisson D. placés soigneusement dans la poubelle

MATRICE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DU COURS DE PLANIFICATION FAMILIALE

Correcte – ✓ Erronée – ✗

Dates : Formateur(s) clinicien(s) :

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)														Total	% du groupe	Observations		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				15	
COUNSELLING	1																			
	2																			
	3																			
	4																			
	5																			
PRÉSERVATIF MASCULIN	6																			
	7																			
	8																			
CONTRACEPTIFS ORAUX	9																			
	10																			
	11																			
INJECTABLES	12																			
	13																			
IMPLANTS	14																			
	15																			
DIU	16																			
	17																			
	18																			

Matrice d'évaluation individuelle et collective du cours de planification familiale (suite)

CATÉGORIES	N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)														Total	% du groupe	Observations	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14				15
MÉTHODES PERMANENTES	19																		
	20																		
MAMA	21																		
CONTRACEPTION D'URGENCE	22																		
	23																		
PRÉVENTION DES INFECTIONS	24																		
	25																		
	26																		
Total individuel																			
% individuel																			
Moyenne de la classe																			



**SÉANCES DE PRATIQUE
DES COMPÉTENCES :
FICHES D'APPRENTISSAGE
ET LISTES DE VÉRIFICATION**



SÉANCE *de* PRATIQUE
des COMPÉTENCES :
COUNSELLING *en*
PLANIFICATION FAMILIALE

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer au counselling en planification familiale des clientes et d'acquérir la maîtrise des compétences requises.

Instructions

L'activité doit être menée dans un cadre de simulation, un collègue participant jouant le rôle d'une cliente.

Les participants doivent consulter la Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires de counselling d'une cliente. Sous la direction du formateur, les participants doivent alors travailler en couple et s'exercer aux étapes/tâches et observer mutuellement leur performance, à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale.

Les participants devraient être à même d'exécuter les étapes/tâches détaillées dans la Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale avant que le formateur n'évalue leur maîtrise de la compétence dans l'environnement simulé, à l'aide de la Liste de vérification pour le counselling en planification familiale.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour le counselling en planification familiale.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- outils de travail en planification familiale
- exemples de méthodes

Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale

Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale

Liste de vérification pour le counselling en planification familiale

Liste de vérification pour le counselling en planification familiale

1. FICHE D'APPRENTISSAGES POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARATION AU COUNSELLING					
1. Veiller à ce que la salle soit bien éclairée et ventilée.					
2. S'assurer de la disponibilité des sièges et des tables.					
3. Réunir le matériel pédagogique (p. ex., affiches, diagrammes, dépliants).					
4. S'assurer qu'il y a de quoi écrire (p. ex., dossier de la cliente, registre des activités quotidiennes et fiches de suivi).					
5. Veiller à la protection de l'intimité.					
COUNSELLING INITIAL (GROUPES OU PERSONNES). UTILISER « BERGER ».					
1. BIENVENUE Accueillir la cliente avec respect et gentillesse; la faire se sentir à l'aise.					
2. Offrir à la cliente un siège près de vous.					
3. Vous présenter à la cliente et lui demander son nom.					
4. ENTRETIEN Demander à la cliente ce que vous pouvez faire pour elle.					
5. Demander à la cliente ce qu'elle sait de la PF et si elle a déjà utilisé une méthode; si tel est le cas, lui demander de quelle façon elle a utilisé la méthode et si elle a des préoccupations à ce propos.					
6. Demander à la cliente quels sont ses objectifs en matière de reproduction : <ul style="list-style-type: none"> ■ Combien d'enfants veut-elle? ■ Est-elle intéressée à espacer les grossesses ou à les empêcher totalement? ■ Quel intervalle la cliente veut-elle entre les grossesses? 					
7. Établir le dossier de la cliente en matière d'antécédents de reproduction et médicaux : <ul style="list-style-type: none"> ■ nom ■ date de naissance ■ possibilité de grossesse (date des dernières règles) ■ nombre de grossesses ■ nombre de naissances ■ toute méthode de planification familiale qu'elle peut avoir utilisée par le passé, pendant combien de temps, les raisons de l'arrêt et tout problème rencontré dans cette méthode ■ méthode de planification familiale utilisée actuellement ■ toute pathologie médicale qui pourrait être contre-indiquée pour la ou les méthodes que la cliente souhaite utiliser ■ antécédents d'infection de l'appareil reproducteur (IAR). 					

1. FICHE D'APPRENTISSAGES POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
<p>8. RENSEIGNEMENTS</p> <p>Fournir des renseignements généraux mais brefs sur toutes les méthodes de PF disponibles, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité ■ problèmes ou complications possibles ■ effets secondaires et leur gestion ■ avantages et inconvénients ■ besoins éventuels de protection contre les IST/le VIH ■ différence entre contraception réversible et permanente. 					
9. Demander à la cliente quelle méthode l'intéresse.					
<p>10. CHOIX</p> <p>Aider la cliente à choisir une méthode appropriée. S'assurer qu'il n'y a aucune pathologie médicale contre-indiquant le recours à la méthode. Dans le cas contraire, proposer des solutions de rechange.</p>					
COUNSELLING SPÉCIFIQUE À LA MÉTHODE					
1. Lorsque la cliente a choisi une méthode, LUI DEMANDER si elle a d'autres questions à poser à propos de cette méthode.					
<p>2. RENSEIGNEMENTS</p> <p>Expliquer en détail la méthode choisie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ types ■ fonctionnement ■ avantages et avantages non contraceptifs ■ inconvénients ■ indications ■ contre-indications ■ effets secondaires fréquents et signes avertisseurs ■ protection contre les IST/le VIH. 					
3. Évaluer la cliente par rapport à la méthode choisie; si cela est indiqué, envoyer la cliente en évaluation.					
<p>4. CHOIX</p> <p>Aider la cliente à choisir une autre méthode si celle retenue est jugée inappropriée après une évaluation supplémentaire.</p>					
5. Offrir la méthode choisie, si elle est disponible, ou référer la cliente vers la structure sanitaire la plus proche où elle est disponible.					
<p>6. EXPLIQUER</p> <p>Donner à nouveau à la cliente des instructions sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ comment utiliser cette méthode ■ ses effets secondaires et leur prise en charge ■ problèmes ou complications possibles pour lesquels la cliente doit revenir immédiatement à la structure sanitaire; où s'adresser ■ toute autre information pertinente. 					
7. Demander à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a compris.					
8. Demander à la cliente si elle a d'autres questions ou préoccupations.					
<p>9. RETOUR POUR LE SUIVI</p> <p>Discuter avec la cliente des visites ultérieures et du suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ où s'adresser pour obtenir d'autres fournitures (le cas échéant) ■ à quel moment revenir à la structure sanitaire. 					

1. FICHE D'APPRENTISSAGES POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
10. Rassurer la cliente et lui dire qu'elle peut revenir à la même structure sanitaire n'importe quand pour obtenir des conseils ou des réponses à ses questions ou si elle a un problème ou a besoin de soins médicaux.					
11. Inscrire l'information dans le dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
12. Remercier la cliente et lui dire poliment au revoir.					
COUNSELLING DE SUIVI					
1. BIENVENUE Accueillir la cliente respectueusement et avec gentillesse; faire en sorte qu'elle se sente à l'aise.					
2. Offrir à la cliente un siège près de vous.					
3. Vous présenter et demander à la cliente quel est son nom.					
4. ENTRETIEN Demander à la cliente ce que vous pouvez faire pour elle.					
5. Vérifier si la cliente est satisfaite de la méthode et si elle l'utilise encore.					
6. RENSEIGNEMENT / CHOIX Chercher à savoir si des changements dans l'état de santé actuel ou le mode de vie de la cliente peuvent permettre de conclure qu'elle a besoin d'une méthode différente ou à savoir si elle utilise la méthode correctement et, au besoin, lui demander de répéter les instructions.					
7. Demander à la cliente si la méthode qu'elle utilise lui cause des problèmes.					
8. EXPLICATION Rassurer la cliente à propos de tout effet secondaire mineur qu'elle pourrait éprouver et procéder au traitement au besoin.					
9. Évaluer s'il est nécessaire d'envisager une autre méthode et conseiller la cliente encore une fois à propos des autres méthodes.					
10. Demander à la cliente si elle des questions à poser et lui répondre adéquatement.					
11. Au besoin, lui remettre des fournitures.					
12. RETOUR VISITE ULTÉRIEURES Planifier le rendez-vous suivant.					
13. Inscrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
14. Remercier la cliente poliment, lui dire au revoir et l'inviter à revenir à la clinique.					

1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PRÉPARE LA SALLE DE COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE					
1. BIENVENUE Accueille la cliente avec respect et gentillesse et se présente.					
2. Demande à la cliente ce qu'il peut faire pour elle.					
3. Rassure la cliente et lui dit que leur conversation demeurera confidentielle					
4. Explique ce qui se produira pendant la visite.					
5. ENTRETIEN Demande à la cliente ce qu'il peut faire pour elle.					
6. Lui demande ce qu'elle sait de la PF et si elle a déjà utilisé une méthode et, le cas échéant, de quelle façon elle l'a utilisée et si elle a des préoccupations à cet égard.					
7. L'interroge à propos de ses objectifs en matière de reproduction : <ul style="list-style-type: none"> ■ Combien d'enfants veut-elle encore? ■ Est-elle intéressée à espacer les grossesses ou à les empêcher totalement? ■ Quel intervalle souhaite-t-elle entre les grossesses? 					
8. Vérifie s'il n'y a pas de complication médicale et, au besoin, aiguille la cliente vers une évaluation médicale.					
9. RENSEIGNEMENTS Fournit brièvement les informations générales sur toutes les méthodes de PF disponibles, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité ■ problèmes ou complications possibles ■ effets secondaires et leur prise en charge# avantages et inconvénients ■ besoins éventuels de protection contre les IST/le VIH ■ différence entre contraception réversible et permanente. 					
10. CHOIX Encourage la cliente à poser des questions. Dissipe les rumeurs et fausses conceptions et répond à toute question.					
11. EXPLIQUER Rassure la cliente concernant tout effet secondaire mineur qu'elle pourrait éprouver et effectue le traitement au besoin.					
12. Demande à la cliente si elle a des questions à poser.					
13. Fournit la méthode/organise la procédure (si elle est choisie).					
14. RETOUR VISITE ULTÉRIEURES Prend un rendez-vous pour la cliente (au besoin).					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE *des* COMPÉTENCES : ANAMNÈSE

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants à s'exercer à prendre l'anamnèse de la cliente et à acquérir la maîtrise des compétences requises.

Instructions

L'activité doit être exécutée en environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour la prise de l'anamnèse avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires de l'anamnèse. Sous la direction du formateur, les participants pratiquent ensuite en couple les étapes/tâches et observent mutuellement leur performance, à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour la prise de l'anamnèse.

Les participants devraient pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour la prise de l'anamnèse avant que leur maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur en environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour la prise de l'anamnèse.

Enfin, après les exercices pratiques supervisés au site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour la prise de l'anamnèse.

Ressources

Le matériel suivant
ou ce qui en tient lieu :

- dossiers de la cliente

Fiche d'apprentissage pour la prise de l'anamnèse

Fiche d'apprentissage pour la prise de l'anamnèse

Liste de vérification pour la prise de l'anamnèse

Liste de vérification pour la prise de l'anamnèse

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Préparer l'environnement pour l'anamnèse : <ul style="list-style-type: none"> ■ éclairage adéquat ■ sièges ■ tables ■ dossier et fiche de la cliente ■ confidentialité ■ registre quotidien des activités. 					
2. Accueillir la cliente avec respect et gentillesse et faire qu'elle se sente à l'aise.					
3. Vous présenter à la cliente et lui demander son nom.					
4. Noter les antécédents personnels/sociaux de la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ■ nom ■ âge ■ adresse postale/civique ■ nationalité. 					
5. Prendre l'anamnèse de la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ■ migraine avec aura ■ système respiratoire ■ tuberculose ■ cardiovasculaire ■ diabète ■ système digestif ■ maladie hépatique ■ maladie rénale ■ cholécystopathie ■ considérations générales : <ul style="list-style-type: none"> □ chirurgie □ tabagisme □ prise actuelle de médicament □ allergies. 					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
ANTÉCÉDENTS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION					
<p>1. Prendre les antécédents menstruels et gynécologiques de la cliente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ dernières règles ■ durée des règles ■ abondance des règles ■ jours d'intervalle ■ symptômes associés : <ul style="list-style-type: none"> □ crampes □ Céphalées □ nausée □ vomissements ■ antécédents de saignements génitaux anormaux ■ chirurgie des organes de la reproduction ■ antécédents d'IAR <ul style="list-style-type: none"> □ écoulement vaginal □ dysurie □ prurit génital □ plaies/ulcères aux organes génitaux. 					
<p>2. Prendre les antécédents obstétricaux de la cliente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ grossesses <ul style="list-style-type: none"> □ gestité □ parité □ résultats des grossesses □ mode d'accouchement ■ complication de grossesse/d'accouchement/de post-partum ■ état de santé de la famille nucléaire ■ nombre d'enfants vivants ■ date du dernier accouchement/avortement ■ allaitement <ul style="list-style-type: none"> □ durée □ fréquence. 					
<p>3. Prendre les antécédents en matière de la planification familiale de la cliente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ utilisation antérieure de méthodes de planification familiale ■ types de méthodes utilisées ■ durée de l'utilisation des méthodes ■ lieu d'obtention de la ou des méthodes ■ raison de l'arrêt ou du changement de méthode ■ tout effet secondaire/toute complication de la ou des méthodes ■ dernière fois où la méthode a été utilisée ■ méthode utilisée constamment et correctement. 					
<p>4. Prendre les antécédents sexuels de la cliente :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nombre de partenaires sexuels actuels ■ douleur pendant ou après les relations sexuelles ■ saignement pendant ou après la relation sexuelle ■ dépistage des IAR ■ examen pelvien antérieur. 					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
5. Vous assurer que tous les antécédents notés sont versés au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
6. Préparer la zone et le matériel nécessaire pour l'examen physique : <ul style="list-style-type: none"> ■ salle/paravent ■ éclairage adéquat ■ sièges ■ table ■ balance ■ Tensiomètre ■ table d'examen ■ dossiers et fiches de la cliente ■ registre quotidien des activités ■ linge. 					
7. Garantir la confidentialité.					
8. Communiquer avec la cliente tout au long de la procédure.					
EXAMEN GÉNÉRAL					
1. Prendre : <ul style="list-style-type: none"> ■ tension artérielle ■ poids de la cliente. 					
APRÈS L'ANAMNÈSE					
1. Donner à la cliente un feed-back sur les constatations découlant de l'anamnèse et de l'examen général.					
2. Inscrire les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités si aucun autre examen n'est nécessaire.					
3. Demander à la cliente si elle a d'autres questions à poser.					
4. Si cela est exigé par l'anamnèse ou le choix de la méthode, préparer la cliente à l'examen physique.					
5. Procéder au counselling en planification familiale.					

2. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRISE DE L'ANAMNÈSE

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Prépare l'environnement pour la prise de l'anamnèse.					
2. Reçoit la cliente respectueusement et la fait se sentir à l'aise.					
3. Se présente à la cliente et lui demande son nom.					
4. Prend les antécédents de la cliente <ul style="list-style-type: none"> ■ antécédents personnels/sociaux ■ antécédents médicaux ■ antécédents menstruels et gynécologiques ■ antécédents sexuels ■ antécédents obstétricaux ■ antécédents en matière de la planification familiale et objectifs de reproduction. 					
5. Veille à ce que les renseignements pris soient inscrits au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
6. Communique à la cliente les constatations découlant de la prise de l'anamnèse, avec gentillesse et de façon informative.					
APRÈS L'ANAMNÈSE					
1. Donne à la cliente un feed-back sur les résultats de l'anamnèse et de l'examen général.					
2. Inscrit les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités si aucun autre examen n'est nécessaire.					
3. Demande à la cliente si elle a d'autres questions à poser.					
4. Si cela est nécessaire en raison des antécédents ou du choix de la méthode, prépare la cliente à l'examen physique.					
5. Procède au counselling en planification familiale.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE *des* COMPÉTENCES : EXAMEN PHYSIQUE

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de pratiquer l'examen physique de la cliente et de maîtriser des compétences requises.

Instructions

Cette activité doit être menée dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour l'examen physique avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires de l'examen physique. Sous la direction du formateur, les participants pratiquent ensuite en équipe de deux les étapes/tâches et observent mutuellement leur performance en utilisant la Fiche d'apprentissage pour l'examen physique.

Les participants doivent pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'examen physique avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur dans un environnement de simulation à l'aide de la Liste de vérification pour l'examen physique.

Enfin, après la pratique supervisée à un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant en utilisant la Liste de vérification pour l'examen physique.

Ressources

L'équipement suivant ou ce qui en tient lieu :

- modèle anatomique
- instruments stériles et matériel

Fiche d'apprentissage pour l'examen physique

Fiche d'apprentissage pour l'examen physique

Liste de vérification pour l'examen physique

Liste de vérification pour l'examen physique

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
EXAMEN PELVIEN					
1. Préparer l'endroit et le matériel nécessaire pour l'examen physique : <ul style="list-style-type: none"> ■ salle/paravent ■ éclairage adéquat ■ sièges ■ table ■ balance ■ Tensiomètre ■ table d'examen ■ dossiers et fiches de la cliente ■ registre quotidien des activités ■ matériel et fournitures ■ linge. 					
2. Garantir la confidentialité.					
3. Accueillir la cliente avec respect et gentillesse et la faire se sentir à l'aise.					
4. Si c'est la première rencontre, vous présenter à la cliente et lui demander son nom.					
5. Communiquer avec la cliente tout au long de la procédure.					
6. Préparer la cliente à l'examen pelvien <ul style="list-style-type: none"> ■ expliquer la procédure et chaque étape, tout au long de l'exécution; ■ rassurer la cliente et lui dire qu'elle peut poser des questions n'importe quand et qu'il est possible d'arrêter l'examen n'importe quand si elle ne se sent pas à l'aise; ■ veiller à ce que la vessie de la cliente soit vide; ■ demander à la cliente de se dévêtir de la ceinture en descendant et de se couvrir d'un drap (au besoin, quitter la pièce pendant qu'elle fait cela); ■ installer la cliente en position de lithotomie; ■ couvrir la cliente pour protéger son intimité. 					
7. Veiller à assurer la PI tout au long de l'examen pelvien : <ul style="list-style-type: none"> ■ vous laver les mains au savon et à l'eau et les sécher ■ porter des gants propres ■ n'utiliser que des instruments stérilisés/désinfectés de haut niveau. 					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
<p>8. (A) Procéder à l'inspection externe des organes génitaux (dépistage des IST) et détecter toute anomalie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> verrues <input type="checkbox"/> écoulement anormal <input type="checkbox"/> ulcères <input type="checkbox"/> saignement vaginal <input type="checkbox"/> plaies <input type="checkbox"/> cicatrices <input type="checkbox"/> enflures. <p>(B) Palpation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> glandes inguinales, en utilisant la main gauche <input type="checkbox"/> glandes de Bartholin et presser les glandes de Skenes de la main droite. 					
<p>9. ■ Placer un ou deux doigts (lubrifiés) juste dans l'ouverture vaginale et presser doucement vers le bas pour relaxer les muscles.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Demander à la cliente de relaxer ses muscles le plus possible. ■ Introduire le spéculum fermé dans le vagin, les lames tournées d'environ 45°. ■ Glisser le spéculum sur vos doigts tout en le dirigeant vers le bas (de façon postérieure). ■ Insérer les lames pleinement et tourner le spéculum de façon que les lames passent à l'horizontale et que la poignée pointe vers le bas. ■ Ouvrir les lames et manœuvrer le spéculum de façon à ce que le col devienne pleinement visible. ■ Resserrer les vis à oreillettes pour maintenir l'ouverture des lames. ■ À l'aide d'une lampe à rayon étroit, examiner le col pour dépister tout écoulement anormal, toute lésion ou friabilité. ■ Vérifier s'il y a écoulement anormal et prendre un spécimen pour examen au microscope ou culture si nécessaire. ■ L'examen terminé, desserrer les vis à oreillettes et retirer doucement le spéculum. 					
EXAMEN PELVIEN BIMANUEL					
1. Les deux mains gantées, humidifier l'index et les doigts intermédiaires d'une main.					
2. De l'autre main, séparer les lèvres avec deux doigts afin que l'ouverture du vagin soit facilement visible.					
3. Introduire doucement dans le vagin l'index et le doigt intermédiaire lubrifiés de l'autre main.					
4. Exercer une pression vers le bas et localiser le col.					
5. Déplacer le col latéralement entre les doigts et demander à la cliente si c'est douloureux.					
6. Placer les doigts de la main servant à l'examen pelvien dans l'espace entre le col et la paroi vaginale postérieure, la paume vers le haut.					
7. Placer l'autre main à plat sur l'abdomen, à mi-chemin entre le nombril et l'os pubien.					
8. Exercer, des doigts de la main servant à l'examen vaginal, une légère pression vers le haut.					
9. Glisser doucement la main servant à l'examen abdominal vers la symphyse pubienne.					
10. Palper doucement l'utérus entre les deux mains, vérifier la taille, la forme, l'emplacement, l'uniformité, la mobilité et la sensibilité.					
11. Déplacer les doigts de la main placée dans le vagin et de la main placée sur l'abdomen légèrement vers un côté de l'utérus et palper l'ovaire.					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'EXAMEN PHYSIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
12. Faire de même pour l'autre côté. Vérifier l'emplacement, la taille, l'uniformité et la sensibilité.					
13. Retirer doucement les doigts.					
14. Dire à la cliente que l'examen est terminé.					
POST-EXAMEN					
1. Sauf si l'étape suivante est l'insertion d'un DIU, demander à la cliente de quitter la table et de s'habiller.					
2. Remercier la cliente de sa coopération.					
3. Suivre les procédures de PI.					
4. Vous laver les mains au savon et à l'eau.					
5. Communiquer à la cliente les résultats de l'examen <ul style="list-style-type: none"> ■ Informer la cliente, tout en la rassurant, de ce que vous avez constaté à l'examen. ■ Informer la cliente de toute anomalie détectée. ■ Expliquer les causes possibles des anomalies détectées. ■ Préparer la cliente à l'étape suivante. 					
6. Inscrire toutes les constatations dans le dossier de la cliente, en prenant note de toute anomalie détectée (si la méthode choisie est le DIU, suivre ensuite les étapes pour l'insertion du DIU).					
7. Si aucune autre intervention n'est requise dans la visite actuelle, dire poliment au revoir à la cliente et l'inviter à revenir si elle a des préoccupations ou questions.					

3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXAMEN PHYSIQUE

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Prépare l'environnement pour la prise de l'anamnèse.					
2. Reçoit la cliente de façon respectueuse et la fait se sentir à l'aise.					
3. Se présente à la cliente et lui demande son nom.					
4. Prend les antécédents de la cliente <ul style="list-style-type: none"> ■ antécédents personnels/sociaux ■ antécédents médicaux ■ antécédents menstruels et gynécologiques ■ antécédents sexuels ■ antécédents obstétricaux ■ antécédents en matière de la planification familiale et objectifs de reproduction. 					
5. Veille à ce que les antécédents pris soient consignés au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
EXAMEN PELVIEN					
1. Prépare l'endroit et le matériel nécessaire pour l'examen physique.					
2. Garantit la confidentialité et communique efficacement.					
3. Explique la procédure à la cliente et la rassure.					
4. Prend la tension artérielle et le poids.					
5. Prépare la cliente à l'examen <ul style="list-style-type: none"> ■ Demande à la cliente de vider sa vessie. ■ Positionne la cliente sur la table d'examen. 					
6. Se lave les mains et les sèche, porte des gants propres.					
7. Utilise constamment la procédure de PI.					
8. Inspecte l'extérieur de l'appareil génital pour savoir s'il y a des verrues, un écoulement anormal, des saignements ulcéreux, etc.					
9. Insère le spéculum fermé dans le vagin à un angle de 45°. Demande à la cliente de relaxer ses muscles autant que possible.					
10. Glisse le spéculum sur les doigts tout en le dirigeant vers le bas (de façon postérieure).					
11. Insère les lames pleinement et tourne le spéculum de façon que les lames soient à l'horizontale et que la poignée pointe vers le bas.					
12. Ouvre les lames et resserre les vis à oreillettes, manœuvre le spéculum afin que le col soit pleinement visible.					
13. Inspecte le col pour dépister s'il y a écoulement anormal, lésions et friabilité.					

3. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'EXAMEN PHYSIQUE (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
14. Vérifie s'il y a écoulement anormal et, au besoin, prend un prélèvement.					
15. Desserre les vis à oreillettes et retire doucement le spéculum.					
EXAMEN PELVIEN BIMANUEL					
1. Sépare les lèvres de deux doigts afin que l'ouverture du vagin soit facilement visible.					
2. Introduit doucement dans le vagin l'index et le doigt intermédiaire lubrifiés de l'autre main.					
3. Exerce une pression vers le bas et localise le col.					
4. Déplace le col latéralement entre les doigts.					
5. Place les doigts de la main faisant l'examen pelvien dans l'espace entre le col et la paroi postérieure du vagin, la paume vers le haut.					
6. Place l'autre main à plat sur l'abdomen, à mi-chemin entre le nombril et l'os pubien.					
7. Palpe doucement l'utérus entre les deux mains et vérifie la taille, la forme, l'emplacement, l'uniformité, la mobilité et la sensibilité.					
8. Palpe l'ovaire avec la main servant à l'examen vaginal.					
9. Fait de même de l'autre côté. Vérifie l'emplacement, la taille, l'uniformité et la sensibilité.					
10. Retire doucement les doigts.					
11. Informe la cliente que l'examen est terminé.					
12. Demande à la cliente de descendre doucement de la table d'examen et de s'habiller.					
POST-EXAMEN					
1. Sauf si l'étape suivante est l'insertion d'un DIU, demande à la cliente de se lever et de s'habiller.					
2. Remercie la cliente de sa collaboration.					
3. Suit les procédures de PI.					
4. Se lave les mains au savon et à l'eau.					
5. Communique à la cliente les résultats de l'examen. <ul style="list-style-type: none"> ■ Informe la cliente d'une voix rassurante de ce qu'il a constaté à l'examen. ■ Informe la cliente de toute anomalie constatée. ■ Explique les causes possibles des anomalies constatées. ■ Prépare la cliente à l'étape suivante. 					
6. Inscrit toute constatation au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités, en prenant note de toute anomalie découverte (si la méthode retenue est le DIU, suit ensuite les étapes concernant l'insertion du DIU).					
7. Si rien d'autre n'est nécessaire au cours de la présente visite, dit poliment au revoir à la cliente et l'invite à revenir si elle a des préoccupations ou questions à poser.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE *des* COMPÉTENCES : **PRÉSERVATIFS** MASCULINS *et* FÉMININS

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à fournir des conseils à la cliente et à montrer comment utiliser les préservatifs masculins et féminins et à maîtriser les compétences requises.

Instructions

L'activité doit se dérouler dans un contexte de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour les préservatifs masculins et féminins avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires pour fournir des conseils et montrer comment utiliser les préservatifs masculins et féminins. Sous la direction du formateur, les participants travaillent en couple et s'exercent aux étapes/tâches et observent mutuellement leur performance à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour les préservatifs masculins et féminins.

Les participants devraient être capables d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour les préservatifs masculins et féminins avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur dans l'environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour les préservatifs masculins et féminins.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour les préservatifs masculins et féminins.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- modèles anatomiques
- préservatifs masculins et féminins

Fiche d'apprentissage pour les préservatifs masculins et féminins

Fiche d'apprentissage pour les préservatifs masculins et féminins

Liste de vérification pour les préservatifs masculins et féminins

Liste de vérification pour les préservatifs masculins et féminins

4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PRÉSERVATIFS MASCULINS ET FÉMININS

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu un counselling général sur toutes les méthodes de PF; les antécédents personnels et médicaux de base ont été consignés et documentés, il a été question des objectifs en matière de reproduction et les méthodes à privilégier ont été envisagées en détail.					
2. Demander à la cliente ce qu'elle sait à propos des condoms et corriger tout renseignement erroné.					
3. <ul style="list-style-type: none"> ■ Discuter des facteurs de risque concernant les IST. ■ Demander à la cliente si, à sa connaissance, elle est allergique au latex. ■ Conseiller la cliente sur l'usage correct et constant du préservatif pour éviter la grossesse. Si cela n'est pas possible, lui conseiller des méthodes supplémentaires. 					
4. Brièvement, en ne donnant que les renseignements les plus importants, renseigner la cliente sur les préservatifs masculins et féminins : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité : 89 % à 98 % s'ils sont utilisés correctement chaque fois qu'un couple a des relations sexuelles; par contre, le taux d'échec est élevé s'ils ne sont pas utilisés correctement; ■ comment les préservatifs empêchent la grossesse : en bloquant et en emprisonnant le sperme afin qu'il ne puisse pas pénétrer dans le vagin et l'utérus; ■ avantages : efficacité immédiate, très efficace s'ils sont utilisés correctement et à chaque relation sexuelle, gratuits ou peu coûteux, peu d'effets secondaires, faciles à utiliser, encouragent l'homme à participer à la contraction, offrent une protection contre les IST; ■ inconconvénients : exigent de la pratique; pour certains hommes, peuvent réduire les sensations sexuelles; doivent être utilisés correctement à chaque relation sexuelle pour garantir l'efficacité maximale; ■ effets secondaires : irritation locale au pénis, à la vulve ou au vagin, mais rarement. 					
5. Faire la démonstration sur un modèle de pénis, encourager la cliente à également faire la démonstration à l'aide du modèle. Donner à la cliente des instructions sur la façon d'utiliser le préservatif masculin : <ul style="list-style-type: none"> ■ pour une efficacité maximale, utiliser un préservatif chaque fois que vous avez une relation sexuelle; ■ ne pas utiliser d'huile minérale ou à cuisson, d'huile pour bébé ou de gelée de pétrole; si la lubrification est nécessaire, utiliser la salive ou les sécrétions vaginales; ■ ne pas ouvrir l'emballage avec les dents, un couteau, des ciseaux ou autres ustensiles pointus; ■ vérifier si le préservatif est déchiré et s'assurer de la date de péremption. Ne pas l'utiliser si l'emballage est endommagé; ■ le préservatif doit toujours être déroulé sur le pénis en érection avant la pénétration, car le liquide séminal pré-éjaculatoire contient déjà des spermatozoïdes actifs; 					

4. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PRÉSERVATIFS MASCULINS ET FÉMININS (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
<p>5. (suite)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ si le préservatif ne comporte pas d'élargissement à l'extrémité (bout réservoir), laisser environ 1 à 2 cm à l'extrémité pour l'éjaculat; ■ après la relation sexuelle, tout en tenant la base (anneau) du préservatif, retirer le pénis avant la perte d'érection. Cela empêche le préservatif de glisser et le sperme de se répandre; ■ le préservatif ne doit être utilisé qu'une fois; ■ jeter les préservatifs utilisés dans une poubelle, dans les toilettes ou les enterrer; ■ pour une protection plus complète contre la grossesse, on peut, avec les préservatifs, utiliser un spermicide; ■ le préservatif peut être obtenu gratuitement dans les structures sanitaires et les cliniques de PF ou être achetés dans des boutiques ou chez le pharmacien; ■ encourager la cliente et son partenaire à s'exercer à la maison. 					
<p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Donner des explications sur les préservatifs féminins et en faire la démonstration : ■ utiliser un préservatif neuf pour chaque relation sexuelle; ■ le préservatif féminin peut être inséré jusqu'à huit heures avant la relation sexuelle; ■ vérifier l'emballage et la date de péremption et ouvrir délicatement; ■ retenir ensemble les parois du préservatif pour étendre le lubrifiant; ■ presser l'anneau intérieur (à l'extrémité fermée du préservatif) entre le pouce et le majeur; ■ de l'autre main, ouvrir les lèvres et localiser l'entrée du vagin; ■ insérer l'anneau intérieur du préservatif aussi loin que possible dans le vagin; ■ insérer votre index dans le préservatif et le pousser en place; ■ veiller à ce que le préservatif ne soit pas tordu et que l'anneau extérieur demeure à l'extérieur du vagin; ■ au cours de la relation sexuelle, veiller à ce que le pénis pénètre dans le préservatif et n'en sorte pas pendant la relation; ■ si le préservatif sort ou est poussé à l'intérieur du vagin pendant la relation, le replacer soigneusement; ■ après la relation, enlever le préservatif avant de se mettre debout; ■ presser et tordre l'anneau extérieur pour éviter que le sperme ne s'écoule; ■ éliminer correctement le préservatif usagé. 					
<p>7. Expliquer quoi faire s'il y a rupture du préservatif ou fuite pendant la relation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ remplacer immédiatement le préservatif par un préservatif neuf; ■ utiliser un spermicide avec le préservatif; ■ elle devrait aller à une structure sanitaire ou à une clinique dès que possible pour obtenir un contraceptif d'urgence. 					
<p>8. Demander à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a compris.</p>					
<p>9. Demander à la cliente si elle a des questions ou des préoccupations à formuler.</p>					
<p>10. Fournir des préservatifs à la cliente.</p>					
<p>11. Encourager la cliente à revenir n'importe quand si elle des questions ou un problème.</p>					
<p>12. Incrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.</p>					
<p>13. Saluer poliment la cliente et l'inviter à revenir pour s'approvisionner.</p>					

4. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES PRÉSERVATIFS MASCULINS ET FÉMININS

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Accueille la cliente avec respect et gentillesse et se présente.					
2. Établit un court résumé des antécédents de la cliente.					
3. Demande à la cliente quels sont ses objectifs en matière de reproduction, s'il y a lieu.					
4. Demande à la cliente ce qu'elle sait déjà des préservatifs et corrige tout renseignement erroné.					
5. Brièvement, parle des préservatifs avec la cliente, en ne donnant que les renseignements les plus pertinents : <ul style="list-style-type: none"> ■ l'efficacité des préservatifs masculins et féminins; ■ de quelle façon les préservatifs empêchent la grossesse; ■ en quoi les préservatifs offrent une certaine protection contre les IST; ■ avantages et inconvénients; ■ effets secondaires. 					
6. Donne à la cliente des instructions sur la façon d'utiliser les préservatifs.					
7. À l'aide d'un modèle, fait la démonstration de la façon de placer un préservatif masculin ou féminin.					
8. Explique quoi faire s'il y a rupture du préservatif ou fuite pendant la relation.					
9. Demande à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
10. Demande à la cliente si elle a des questions ou préoccupations à formuler.					
11. Fournit à la cliente des préservatifs.					
12. Encourage la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions ou un problème.					
13. Inscrit les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
14. Salue poliment la cliente et l'invite à revenir pour une visite de suivi.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE *des* COMPÉTENCES : CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à conseiller la cliente et à faire la démonstration des contraceptifs oraux combinés et de maîtriser les compétences requises.

Instructions

Cette activité doit se dérouler dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs oraux combinés avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires de prestation de conseils et de démonstration de l'utilisation des contraceptifs oraux combinés. Sous la direction du formateur, les participants doivent ensuite travailler en couple et pratiquer les étapes/tâches et observer mutuellement leur performance à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs oraux combinés.

Les participants devraient pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs oraux combinés avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur dans un environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour les contraceptifs oraux combinés.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour les contraceptifs oraux combinés.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- outils de travail
- contraceptifs oraux combinés

Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs oraux combinés

Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs oraux combinés

Liste de vérification pour les contraceptifs oraux combinés

Liste de vérification pour les contraceptifs oraux combinés

5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a bénéficié d'un counselling général sur toutes les méthodes de PF; les antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il y a eu discussion des objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées plus en détail.					
2. Demander à la cliente ce qu'elle sait des pilules contraceptives et corriger tout renseignement erroné.					
3. Brièvement, en ne donnant que les renseignements les plus importants, renseigner la cliente sur les pilules : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité : 99,7 % si elles sont prises correctement et 92 % selon l'usage courant; ■ de quelle façon la pilule empêche la grossesse : elle épaissit la glaire cervical et supprime la libération d'ovules; empêche la fertilisation; ■ de quelle façon la pilule est utilisée : une pilule par jour; un paquet en prise continue selon le type de pilule; ■ avantages : efficacité, gratuite ou peu coûteuse, peu d'effets secondaires, facile à arrêter; ■ inconvenients : la pilule doit être prise quotidiennement, n'offre pas de protection contre les IST; il y a certaines interactions médicamenteuses (rifampicine, anticonvulsivants), effets secondaires mineurs. 					
4. Rappeler à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand pour quelque motif que ce soit.					
5. Donner à la cliente des instructions et faire la démonstration à l'aide des outils de travail : <p>Comment prendre les contraceptifs oraux combinés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une pilule par jour; ■ prise au même moment chaque jour; ■ commencer le premier paquet dans les sept premiers jours du cycle menstruel; ■ prendre toutes les pilules du paquet; ■ il y aura saignement menstruel au cours des jours de repos (paquets de 21 jours); ■ commencer un nouveau paquet immédiatement après la période de repos. <p>Effets secondaires et leur gestion :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ nausées légères; ■ sensibilité des seins; ■ légères pertes sanguines; ■ mal de tête; ■ légère prise de poids. 					

5. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
<p>5. (suite)</p> <p>Problèmes ou complications pour lesquels la cliente devrait revenir immédiatement au centre de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ grossesse soupçonnée; ■ douleurs abdominales basses ou pelviennes sévères; ■ sévères douleurs thoraciques, toux ou essoufflement; ■ céphalées sévères; ■ problèmes oculaires (perte de vision, vision trouble); ■ douleurs sévères aux jambes (mollets et cuisses). <p>Que faire en cas d'oubli de prendre la pilule :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ si la cliente a oublié de prendre la pilule, elle devrait la prendre dès qu'elle s'en souvient et continuer comme d'habitude; ■ si elle oublie trois pilules ou plus de suite, elle doit suivre les instructions spéciales, utiliser une méthode de secours pendant sept jours et ensuite, finir le paquet comme d'habitude; ■ si elle a eu des relations sexuelles dans les cinq jours après avoir oublié les pilules, elle devrait songer à la contraception d'urgence. 					
6. Fournir une provision d'au moins six mois de contraceptifs oraux à la cliente et tenir compte des critères de démarrage.					
7. Demander à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
8. Demander à la cliente si elle a des questions ou des préoccupations.					
9. Discuter des visites ultérieures et du suivi avec la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ■ la première visite de suivi devrait avoir lieu dans trois mois. 					
10. Encourager la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions ou un problème.					
11. Inscrire l'information dans le dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
12. Saluer poliment la cliente et l'encourager à revenir pour une visite de contrôle.					

5. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; les antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il y a eu discussion de ses objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées.					
2. Demande à la cliente ce qu'elle sait sur la pilule et corrige tout renseignement erroné.					
3. Brièvement, ne donne à la cliente que les renseignements importants à propos de la pilule : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité; ■ la façon dont la pilule empêche la grossesse; ■ la façon dont elle doit être utilisée; ■ avantages et inconvénients; ■ effets secondaires. 					
4. Rappelle à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand, quelle que soit la raison.					
5. <ul style="list-style-type: none"> ■ Fournit à la cliente des contraceptifs oraux combinés. 					
6. Donne à la cliente des instructions sur ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ■ comment prendre le contraceptif oral combiné; ■ effets secondaires et leur prise en charge; ■ problèmes ou complications qui indiquent que la cliente doit revenir immédiatement à la structure sanitaire; ■ conseils en cas de pilule oubliée et instructions. 					
7. Demande à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
8. Demande à la cliente si elle a des questions ou préoccupations.					
9. Discuter des visites ultérieures et du suivi avec la cliente.					
10. Encourage la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions et un problème.					
11. Note les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
12. Salue poliment la cliente et l'invite à revenir à la structure sanitaire pour une visite de suivi.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE *des* COMPÉTENCES : PILULES PROGESTATIVES

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à conseiller la cliente et à faire la démonstration des pilules progestatives et de maîtriser les compétences requises.

Instructions

Cette activité doit se dérouler dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent consulter la Fiche d'apprentissage pour les pilules progestatives avant de commencer l'activité.

Le formateur doit illustrer les étapes préliminaires, à savoir fournir des conseils et faire la démonstration des pilules progestatives. Sous la direction du formateur, les participants pratiquent ensuite en couple les étapes/tâches et observent mutuellement leur performance à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour les pilules progestatives.

Les participants devraient être à même d'exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour les pilules progestatives avant que leur maîtrise de la compétence ne soit évaluée par le formateur dans l'environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour les pilules progestatives.

Enfin, après la pratique supervisée en environnement clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour les pilules progestatives.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- outils de travail;
- pilules progestatives.

Fiche d'apprentissage pour les pilules progestatives

Fiche d'apprentissage pour les pilules progestatives

Liste de vérification pour les pilules progestatives

Liste de vérification pour les pilules progestatives

6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PILULES PROGESTATIVES

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il y a eu discussion de ses objectifs de reproduction et les méthodes les meilleures ont été étudiées plus en détail.					
2. Vous présenter à la cliente.					
3. Demander à la cliente ce qu'elle sait déjà des pilules progestatives et corriger tout renseignement erroné.					
4. Brièvement, ne donner à la cliente que les renseignements importants sur les pilules progestatives, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité : 99,7 % en cas d'utilisation constante et correcte et de 97 % selon l'usage courant; ■ comment la pilule prévient la grossesse : épaissit la glaire cervical et parfois, supprime la libération des ovules; empêche la fertilisation; ■ de quelle façon la pilule est utilisée : une pilule au même moment chaque jour, en prise continue sans interruption; ■ avantages : efficace si elle est utilisée correctement, peu d'effets secondaires, facile à arrêter, n'affecte pas l'allaitement; ■ inconvenients : doit être prise au même moment chaque jour, ne protège pas contre les IST/le VIH, effets secondaires mineurs; ■ effets secondaires : nausées, sensibilité des seins, écoulement sanguin ou métrorragie entre les règles, vertige, céphalée, prise ou perte de poids, changements d'humeur. 					
5. Rappeler à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode à n'importe quel moment, quelle que soit la raison.					
6. Remettre à la cliente : <p>Instructions sur la façon de prendre les pilules progestatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ une pilule par jour; ■ prendre au même moment chaque jour, dans une plage de trois heures; ■ commencer le premier paquet le premier jour du cycle menstruel; ■ prendre les pilules sans interruption; ■ méthode de secours possible à amorcer au besoin; ■ commencer un nouveau paquet immédiatement après avoir fini le précédent; aucune pause n'est nécessaire; ■ effets secondaires : migraines, modifications de l'écoulement sanguin, changement d'humeur, sensibilité des seins, nausées légères, prise de poids; ■ en cas de métrorragie ou de saignements légers entre les règles, arrêter la pilule; il y peut y avoir métrorragie si la pilule est oubliée ou prise en retard. 					

6. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES PILULES PROGESTATIVES (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
<p>6. (suite)</p> <p>Instructions concernant les signes avertisseurs indicatifs d'un retour immédiat à la clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ symptômes de grossesse; ■ douleurs abdominales sévères, douleurs pelviennes, thoraciques ou aux jambes; ■ oubli d'une pilule ou prise en retard. <p>Instructions en cas d'oubli de prendre la pilule :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ si la cliente oublie une pilule, elle doit utiliser une méthode de secours pendant deux jours; ■ si elle oublie deux pilules, prendre les deux pilules dès qu'elle s'en souvient et utiliser une méthode de secours pour les prochaines 48 heures. 					
7. Fournir à la cliente une réserve d'au moins trois mois de pilules progestatives.					
8. Demander à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
9. Demander à la cliente si elle a des questions ou préoccupations.					
10. Discuter des visites ultérieures et du suivi avec la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ■ la première visite ultérieure doit avoir lieu dans les trois mois. 					
11. Encourager la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions ou un problème.					
12. Saluer poliment la cliente et l'inciter à revenir pour la visite de suivi.					

6. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES PILULES PROGESTATIVES

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées plus en détail.					
2. Demande à la cliente ce qu'elle sait à propos de la pilule et corrige tout renseignement erroné.					
3. Brièvement, ne donne à la cliente que les renseignements les plus importants à propos de la pilule, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité; ■ façon dont la minipilule empêche la grossesse; ■ façon dont la minipilule est utilisée; ■ avantages et inconvénients; ■ effets secondaires. 					
4. Rappelle à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand lorsqu'elle le souhaite, pour quelque raison que ce soit.					
5. Donne à la cliente des instructions sur ce qui suit : <ul style="list-style-type: none"> ■ façon de prendre la pilule; ■ effets secondaires et leur prise en charge; ■ problèmes ou complications indiquant que la cliente doit revenir immédiatement au centre de santé; ■ conseils en cas de pilule oubliée. 					
6. Demande à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris et lui pose au besoin des questions.					
7. Discute avec la cliente des visites ultérieures et du suivi.					
8. Fournit à la cliente une réserve d'au moins trois mois de contraceptifs.					
9. Encourage la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions ou un problème.					
10. Inscrit les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
11. Salue poliment la cliente et l'invite à revenir à une visite de suivi.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES de PRATIQUE
des COMPÉTENCES :
CONTRACEPTIFS
INJECTABLES à PROGESTATIFS
SEULS, DMPA (DEPO-PROVERA),
le NET-EN (NORISTERAT)

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à conseiller la cliente sur les contraceptifs injectables à progestatifs seuls et à en faire la démonstration et de maîtriser les compétences requises.

Instructions

Cette activité doit se dérouler dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires, à savoir conseiller la cliente et faire la démonstration des contraceptifs injectables à progestatifs seuls. Sous la direction du formateur, les participants doivent ensuite pratiquer en couple les étapes/tâches et observer mutuellement leur performance à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls.

Les participants devraient pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur dans l'environnement de simulation à l'aide de la Liste de vérification pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- outils de travail;
- contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Fiche d'apprentissage pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Liste de vérification pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Liste de vérification pour les contraceptifs injectables à progestatifs seuls

7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS, LE DMPA (DEPO-PROVERA), LE NET-EN (NORISTERAT)

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes les meilleures ont été envisagées plus en détail.					
2. Vous présenter à la cliente.					
3. Demander à la cliente ce qu'elle sait des contraceptifs injectables et corriger tout renseignement erroné.					
4. Brièvement, ne donner à la cliente que les renseignements les plus importants concernant le DMPA/le NET-EN : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité : 99,7 % si utilisé constamment et correctement et 97 % selon l'usage courant; ■ comment les contraceptifs injectables empêchent la grossesse : épaississent la glaire cervicale et empêchent la libération des ovules; ■ avantages : très efficaces, rapidement efficaces, facile à utiliser, pratiques, peu d'effets secondaires, ne nuisent pas à l'allaitement, réversibles. Réduisent ou arrêtent totalement les règles. ■ inconvenients : ne protègent pas contre les IST, provoquent des changements menstruels chez la plupart des utilisatrices, retard possible du retour à la fertilité après l'arrêt; ■ effets secondaires : changement dans le cycle menstruel, céphalées, vertige, prise de poids, changements dans la libido; ■ signes avertisseurs indicatifs d'un retour immédiat à la clinique : douleurs abdominales basses sévères, règles abondantes, dépression, migraines sévères ou vision trouble. 					
5. Rappeler à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand lorsqu'elle le désire, quelle que soit la raison.					
6. Décrire le calendrier des injections - DMPA, toutes les 12 semaines; NET-EN, toutes les huit semaines (contraception de secours nécessaire si l'injection est retardée de plus de deux semaines après la date du rendez-vous).					
7. Expliquer la différence concernant les contraceptifs injectables à progestatifs seuls et (si plus d'un produit est disponible) permettre à la cliente de choisir ce qu'elle préfère.					
8. Évaluer dans quelle mesure la femme connaît les effets secondaires majeurs et mineurs des contraceptifs injectables.					
9. Être réceptif aux besoins et aux préoccupations de la cliente concernant les contraceptifs injectables et dissiper toute rumeur ou fausse conception.					
10. Décrire de quelle façon l'injection sera donnée et à quoi la cliente doit s'attendre.					

7. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LES CONTRACEPTIFS À PROGESTATIFS SEULS (DMPA/NET-EN) (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PROCÉDURE					
1. Vous laver soigneusement les mains au savon et à l'eau et les sécher avec une serviette propre. Mettre des gants propres.					
2. Vérifier la date de péremption sur l'ampoule monodose de DMPA/de NET-EN.					
3. Bien remuer l'ampoule.					
4. Aspirer le médicament dans la seringue.					
5. Nettoyer la peau à l'aide d'une solution antiseptique.					
6. Insérer l'aiguille profondément dans le muscle (deltoïde du bras ou quadrant supérieur externe de la région fessière) et retirer le piston pour vérifier s'il y a appel de sang.					
7. Injecter le DMPA/NET-EN.					
8. Appliquer une pression sur le site de l'injection à l'aide d'un coton, mais ne pas frotter. Au besoin, appliquer un pansement circulaire.					
9. Jeter la seringue et les aiguilles usagées dans un réceptacle pour les objets tranchants.					
10. Vous laver soigneusement les mains à l'eau et au savon et les sécher à l'aide d'une serviette propre.					
INSTRUCTION À LA CLIENTE APRÈS L'INJECTION					
1. Demander à la cliente de revenir pour sa prochaine injection dans 12 semaines, dans le cas du DMPA, et huit semaines dans le cas du NET-EN; lui préciser la date du rendez-vous de rappel.					
2. Rappeler à la cliente à quoi elle doit s'attendre, les signes avertisseurs et quand revenir à la clinique.					
3. Demander à la cliente de répéter les instructions pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
4. Demander à la cliente si elle a des questions ou des préoccupations.					
5. Discuter des visites ultérieures et du suivi avec la cliente.					
6. Encourager la cliente à revenir n'importe quand si elle a des questions ou un problème.					
7. Saluer poliment la cliente et l'encourager à revenir pour la visite de suivi.					

7. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LES CONTRACEPTIFS INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS DMPA (DEPO-PROVERA), NET-EN (NORISTERAT)

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
COUNSELLING AVANT L'INJECTION					
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées plus en détail.					
2. Examine avec la cliente l'efficacité, les avantages, les inconvénients, les effets secondaires et les signes avertisseurs.					
PROCÉDURE					
1. Vérifie la date de péremption sur le flacon monodose du DMPA/NET-EN.					
2. Se lave les mains soigneusement à l'eau et au savon, les sèche et met des gants propres.					
3. Prépare l'injection et le site d'injection, donne l'injection conformément aux lignes directrices.					
4. Demande à la cliente de revenir pour une autre injection dans deux à trois mois selon la formulation utilisée.					
5. Rappelle à cliente les signes avertisseurs et la nécessité de revenir à la structure sanitaire dans les cas suivants : écoulements sanguins abondants, règles en retard après un intervalle de règles régulières.					
6. Demande à la cliente de répéter la procédure pour s'assurer qu'elle a bien compris.					
7. Demande à la cliente si elle a des questions ou des préoccupations.					
8. Discute avec la cliente des visites ultérieures et du suivi.					
9. Encourage la cliente à revenir à n'importe quel moment si elle a des questions ou un problème.					
10. Inscrit les constatations au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
11. Salue poliment la cliente et l'invite à revenir à la structure sanitaire pour une visite de suivi.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES de PRATIQUE des COMPÉTENCES : IMPLANT CONTRACEPTIF

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à conseiller la cliente sur les implants contraceptifs et à faire la démonstration de leur insertion et de leur retrait et de maîtriser les compétences requises.

Instructions

Cette activité doit se dérouler dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent examiner le Fiche d'apprentissage pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs, avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires consistant à conseiller la cliente et à faire la démonstration de l'insertion et du retrait des implants contraceptifs. Sous la direction du formateur, les participants doivent ensuite pratiquer en couple les étapes/tâches et observer mutuellement leur performance, à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs.

Les participants doivent pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur en environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- modèle anatomique;
- insertion et retrait des implants contraceptifs;
- matériel stérile et fournitures pour la procédure.

Fiche d'apprentissage pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs

Fiche d'apprentissage pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs

Liste de vérification pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs

Liste de vérification pour l'insertion et le retrait des implants contraceptifs

8a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (JADELLE ET IMPLANON)

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été recueillis et documentés, on a discuté de ses objectifs de reproduction et les méthodes les meilleures ont été envisagées plus en détail.					
2. Demander à la cliente ce qu'elle sait déjà des implants (Jadelle ou Implanon) et corriger tout renseignement erroné.					
3. Brièvement, ne donner à la cliente que les renseignements les plus importants sur les implants, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité : supérieure à 99,9 %; ■ comment les implants préviennent la grossesse : épaississent la glaire cervicale afin que le sperme ne puisse pas pénétrer dans l'utérus; empêchent la libération des œufs; ■ avantages : hautement efficaces, protection à long terme et réversible, peu d'effets secondaires, facile à utiliser, efficaces 24 heures après l'insertion et reprise de la fertilité 24 heures après le retrait, conviennent aux femmes qui allaitent, absence de règles; ■ inconvenients : n'offrent pas de protection contre les IST, modification du cycle menstruel de l'utilisatrice (saignements prolongés, saignements ou métrorragie entre les règles, aménorrhée), perte ou prise de poids, exigent une procédure chirurgicale mineure pour l'insertion et le retrait par un prestataire formé à cette fin et dans des conditions stériles; ■ effets secondaires : modification des règles (règles irrégulières ou métrorragie, écoulement sanguin vaginal prolongé ou abondant, aménorrhée ou combinaison de ces symptômes), céphalée, vertige, vision trouble, fluctuation du poids, dépression; ■ signes avertisseurs indicatifs d'un retour à la clinique : douleurs abdominales basses sévères; écoulement vaginal abondant, pus ou saignement au site d'insertion, expulsion de la capsule, nouveaux épisodes de migraine avec aura, mauvaises migraines à répétition et vision trouble, grossesse soupçonnée, douleur sévère au bras. 					
4. Rappeler à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand lorsqu'elle le désire, quelle que soit la raison.					
5. Donner à la cliente des instructions concernant la procédure d'insertion.					
TÂCHES PRÉ-INSERTION					
1. <ul style="list-style-type: none"> ■ Vous laver les mains au savon et à l'eau courante. ■ Utiliser partout les techniques d'asepsie. ■ Préparer la zone et les ensembles stériles à utiliser. 					
2. Nettoyer le bras de la cliente à l'aide d'une solution antiseptique et couvrir d'un drap stérile ou d'un voile fenêtré stérile.					
3. Ouvrir la pochette de l'implant stérile en détachant les films de la pochette et laisser la ou les bâtonnets et l'applicateur tomber sur un tissu stérile.					
4. Mettre une paire de gants stériles.					

8a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
5. Soutirer 2 ml de Lidocaïne à 1 % à l'aide d'une seringue et d'une aiguille stériles.					
6. Injecter l'anesthésique topique au site de l'incision et le long des lignes subdermiques (aspect médian de la partie supérieure du bras, environ 6 à 8 cm au-dessus du pli du coude) en s'assurant d'abord que l'on n'injecte pas dans un vaisseau sanguin en retirant légèrement le piston de la seringue.					
7. S'assurer que l'anesthésique a fait son effet avant d'inciser la peau en demandant à la cliente si elle peut sentir la piqûre.					
INSERTION - JADELLE					
1. Faire une incision d'environ 2 mm à travers la peau à l'aide du scalpel.					
2. Insérer l'extrémité du trocart, la partie en biseau tournée vers le haut et maintenue de cette façon tout au long de la procédure d'insertion.					
3. Maintenir le trocart sous la peau en exerçant une tension sur la peau à l'aide du trocart.					
4. Avancer le trocart sous la peau environ 5,5 cm à partir de l'incision jusqu'à la marque appropriée près de la poignée du trocart.					
5. Enlever le piston lorsque le trocart est placé à la position correcte et charger un bâtonnet de Jadelle dans le trocart, à l'aide des pinces ou des doigts.					
6. Pousser le bâtonnet de Jadelle délicatement avec le piston jusqu'à la pointe du trocart.					
7. Tenir le piston fermement et retirer le trocart jusqu'à ce qu'il touche la poignée du piston.					
8. Retirer le trocart uniquement jusqu'à la marque la plus proche de la pointe (avant d'insérer le bâtonnet de Jadelle suivant).					
9. Insérer le deuxième bâtonnet de Jadelle à côté du premier pour former un motif en V.					
10. Retirer le trocart et le piston après avoir terminé l'insertion.					
11. Presser ensemble les bords de l'incision et obturer à l'aide d'une suture cutanée stérile.					
12. Couvrir la zone d'incision d'une compresse et entourer le bras de suffisamment de gaze pour garantir l'hémostase.					
13. Garder la cliente en observation dans la clinique pendant quelques minutes au cas où il y aurait des complications.					
INSERTION - IMPLANON					
1. Retirer soigneusement l'applicateur jetable stérile portant le bâtonnet d'Implanon de son étui d'emballage.					
2. Tenir l'étui en maintenant le bout de l'aiguille vers le haut pour empêcher le bâtonnet d'Implanon de tomber.					
3. Aligner l'applicateur avec le bras.					
4. Marquer le site où le bâtonnet d'Implanon doit être inséré.					
5. Étirer la peau autour du site d'insertion avec le pouce et l'index.					
6. Insérer l'extrémité de la canule (aiguille) à un angle d'environ 20°.					
7. Abaisser l'applicateur en position horizontale.					
8. Soulever la peau avec l'extrémité de l'aiguille, mais que l'aiguille reste dans le tissu conjonctif sous-cutané.					
9. Délicatement, en soulevant la peau, insérer l'aiguille sur toute sa longueur et maintenir l'applicateur parallèle à la surface de la peau.					
10. Rompre le sceau de l'applicateur.					

8a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
11. Tourner l'obturateur (extrémité arrondie de l'applicateur) un quart de tour à 90°.					
12. Fixer l'obturateur d'une main contre le bras et, avec l'autre main, retirer doucement la canule (l'aiguille) du bras.					
13. Presser ensemble les extrémités de l'incision et obturer l'incision par une suture cutanée stérile.					
14. Couvrir la zone d'incision d'une compresse et envelopper le bras de suffisamment de gaze pour garantir l'hémostase.					
15. Garder la cliente en observation dans la clinique quelques minutes au cas où il y aurait des complications, avant de lui donner son congé.					
POPROCÉDURE POST-INSERTION					
1. Suivre les procédures de PI normales pour tout le matériel clinique, les instruments et les déchets.					
2. Vous laver soigneusement les mains au savon et à l'eau courante et les sécher.					
3. Inscrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
INFORMATION POST-INSERTION					
1. Renseigner la cliente sur le soin de la plaie.					
2. Lui dire quoi faire si des problèmes surviennent. Répondre à toute question ou préoccupation que pourrait avoir la cliente.					
3. Garder la cliente en observation dans clinique pendant 10 à 15 minutes au cas où il y aurait des signes immédiats de complication, avant de lui donner son congé.					
4. Lui donner une date à laquelle elle reviendra pour la visite de suivi.					
5. Remercier la cliente et lui dire au revoir.					

8a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (JADELLE ET IMPLANON)

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées plus en détail.					
2. Demande à la cliente ce qu'elle sait déjà des implants (Jadelle ou Implanon) et corrige tout renseignement erroné.					
3. Brièvement, donne à la cliente les renseignements les plus importants, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité; ■ comment les implants empêchent la grossesse; ■ avantages; ■ inconvénients; ■ effets secondaires; ■ signes avertisseurs indicatifs d'un retour immédiat à la structure sanitaire. 					
4. Rappelle à la cliente qu'elle peut arrêter la méthode n'importe quand lorsqu'elle le désire, quelle que soit la raison.					
5. Explique à la cliente la procédure d'insertion.					
TÂCHES PRÉ-INSERTION					
1. <ul style="list-style-type: none"> ■ Se lave les mains au savon et à l'eau courante. ■ Utilise constamment les techniques d'asepsie. ■ Prépare la zone et les ensembles stériles à utiliser. 					
2. Nettoie et recouvre le bras de la cliente.					
3. Ouvre l'étui de l'implant stérile en écartant les pellicules de l'étui et en laissant le ou les bâtonnets et l'applicateur tomber sur le drap stérile.					
4. Met une paire de gants stériles.					
5. Tire 2 mL d'anesthésique local à l'aide d'une seringue et d'une aiguille.					
6. Injecte l'anesthésique local sur le site de l'incision et le long des lignes sous-cutanées.					
7. Vérifie si l'anesthésique a fait effet avant d'inciser la peau.					
INSERTION - JADELLE					
1. Pratique une incision d'environ 2 mm à travers la peau à l'aide du scalpel.					
2. Insère l'extrémité du trocart par l'incision, le biseau tourné vers le haut, et le maintient ainsi pendant toute la procédure d'insertion.					
3. Maintient le trocart sous la peau en tendant celle-ci à l'aide du trocart.					
4. Insère le trocart sous la peau.					
5. Retire le piston lorsque le trocart est inséré jusqu'à l'endroit marqué et insère un bâtonnet de Jadelle par le trocart, à l'aide de pincettes ou des doigts.					

8a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
6. Pousse le bâtonnet de Jadelle doucement à l'aide du piston jusqu'à l'extrémité du trocart.					
7. Tient le piston fermement et retire le trocart parallèlement jusqu'à ce qu'il touche la poignée du piston.					
8. Retire le trocart, mais seulement jusqu'à la marque la plus proche de l'extrémité (avant d'insérer le second bâtonnet de Jadelle).					
9. Insère le deuxième bâtonnet de Jadelle à côté du premier pour former un motif en V.					
10. L'insertion terminée, retire le trocart.					
11. Presse ensemble les bords de l'incision et obture l'incision à l'aide d'une suture cutanée stérile.					
12. Couvre la zone d'incision d'une compresse et entoure le bras de suffisamment de gaze pour garantir l'hémostasie.					
13. Garde la cliente en observation quelques minutes dans la clinique, au cas où il y aurait des complications.					
INSERTION - IMPLANON					
1. Retire délicatement de son étui l'applicateur jetable stérile contenant le bâtonnet d'Implanon.					
2. Aligne l'applicateur avec le bras.					
3. Marque le site de l'insertion où l'Implanon sera inséré.					
4. Étire la peau autour du site d'insertion à l'aide du pouce et de l'index.					
5. Insère l'extrémité de la canule (aiguille) à un faible angle d'environ 20°.					
6. Abaisse l'applicateur en position horizontale.					
7. Soulève la peau avec le bout de l'aiguille, mais conserve celle-ci dans le tissu conjonctif sous-cutané.					
8. Insère doucement l'aiguille sur toute sa longueur et maintient l'applicateur parallèle à la surface de la peau.					
9. Rompt le sceau de l'applicateur.					
10. Tourne l'obturateur (l'extrémité arrondie de l'applicateur) un quart de tour à 90°.					
11. Fixe l'obturateur d'une main contre le bras, tandis que l'autre main retire doucement la canule (aiguille) du bras.					
12. Presse ensemble les bords de l'incision et ferme l'incision à l'aide d'une suture cutanée stérile.					
13. Couvre la zone d'incision d'une compresse et entoure le bras de suffisamment de gaze pour garantir l'hémostasie.					
14. Garde la cliente en observation quelques minutes dans la structure sanitaire au cas où il y aurait des complications, avant de lui donner son congé.					
PROCÉDURE POST-INSERTION					
1. Suit les procédures de PI pour tout le matériel clinique, les instruments et les déchets.					
2. Se lave bien les mains au savon et à l'eau courante et les sèche.					
3. Inscrit l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
INFORMATION POST-INSERTION					
1. Renseigne la cliente sur le soin de la plaie et ce qu'il faut faire en cas de problème.					
2. Garde la cliente en observation dans la clinique 10 à 15 minutes au cas où il y aurait des signes immédiats de complications, avant de lui donner son congé.					
3. Donne à la cliente un rendez-vous pour la visite de suivi.					
4. Remercie la cliente et lui dit au revoir.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

8b. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (JADELLE ET IMPLANON)

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Accueillir la cliente et lui souhaiter la bienvenue à la clinique.					
2. Lui offrir de s'asseoir.					
3. S'informer auprès de la cliente du motif du retrait.					
4. Examiner avec la cliente ses objectifs de reproduction.					
5. Conseiller la cliente sur ses préférences en matière de fertilité et son désir de maintenir la PF ou de trouver une autre solution à cet égard.					
6. Décrire la procédure de retrait et demander à la cliente si elle a des questions à poser.					
PRÉPARATIFS					
1. Préparer l'environnement et l'éclairage et garantir la confidentialité.					
2. Réunir le matériel requis : <ul style="list-style-type: none"> ■ anesthésique local à 1 %; ■ seringue de 5 cc et aiguilles; ■ draps stériles; ■ compresse stérile; ■ pinces hémostatiques Mosquito stériles : courbes et droites; ■ lames chirurgicales sur manche Bard-Parker; ■ gants stériles de la taille appropriée (gants chirurgicaux). 					
3. Demander à la cliente de s'allonger sur la table, le bras allongé et exposant le site de l'implant.					
4. Palper le ou les bâtonnets pour déterminer le point d'incision pour le retrait.					
TÂCHES PRÉ-RETRAIT					
1. Vous laver les mains au savon et à l'eau courante et les sécher.					
2. Porter une paire de gants stériles.					
3. Placer une serviette ou un drap stérile sous le bras de la cliente.					
4. Badigeonner d'antiseptique le site du retrait.					
5. Placer une serviette/un drap stérile (fenêtré au centre) sur le bras de la cliente.					
6. Sous-tirer de la Lidocaïne à 1 %.					
7. Injecter une petite quantité (1 mL) d'anesthésique local (sur le site de l'incision, sous l'extrémité du ou des bâtonnets).					
8. Vérifier si l'anesthésique a fait effet avant d'inciser la peau.					

8b. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
RETRAIT D'IMPLANT JADELLE : TECHNIQUE EN « U »					
1. Faire une petite incision (4 mm) de la peau verticalement entre les bâtonnets un et deux, à environ 5 mm au-dessus de l'extrémité du bâtonnet près du pli du coude.					
2. Tout en stabilisant le bâtonnet avec l'index : <ul style="list-style-type: none"> ■ saisir le bâtonnet à angle droit à l'aide de la pince; ■ tirer délicatement le bâtonnet vers le site de l'incision; ■ tourner la poignée de la pince à 180° pour exposer le bâtonnet. 					
3. Nettoyer les tissus fibreux exposés à l'aide d'une gaze stérile (ou au scalpel si nécessaire).					
4. Saisir l'extrémité exposée du bâtonnet à l'aide de la pince courbe.					
5. Retirer le bâtonnet et le placer dans une cuvette contenant une solution chlorée à 0,5 % 10 minutes pour décontamination.					
6. Répéter la même technique pour l'autre bâtonnet et, au besoin, injecter davantage d'anesthésique.					
7. Après le retrait des deux bâtonnets, les montrer à la cliente pour qu'elle sache qu'ils ont été retirés tous les deux.					
RETRAIT DE L'IMPLANON					
1. Faire une incision de 2 mm au scalpel près de l'extrémité proximale de l'implant (ne pas faire de grande incision).					
2. Pousser doucement l'implant vers l'incision avec le doigt.					
3. Lorsque le bout du bâtonnet est visible, le saisir avec la pince et le retirer doucement.					
4. Après le retrait du bâtonnet, le montrer à la cliente pour qu'elle sache qu'il a bien été enlevé.					
TÂCHES APRÈS LE RETRAIT					
1. Nettoyer la peau de la cliente avec une solution antiseptique (iode Povidone ou Betadine).					
2. Rapprocher les bords de l'incision et utiliser un pansement papillon pour couvrir le site de l'incision.					
3. Placer une compresse stérile sur le pansement papillon et appliquer un pansement à pression autour du bras pour garantir l'hémostase.					
4. Suivre les procédures des PI pour tout le matériel clinique, les instruments et les déchets.					
5. Vous laver soigneusement les mains au savon et à l'eau courante et les sécher.					
6. Inscrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
RENSEIGNEMENTS POST-RETRAIT					
1. Renseigner la cliente sur le soin de la plaie et sur ce qu'elle doit faire en cas de problème.					
2. Au besoin, conseiller la cliente concernant une nouvelle méthode de contraception.					
3. Au besoin, fournir la nouvelle méthode de PF.					
4. Si la cliente est enceinte, la conseiller sur la santé et la nutrition pendant la grossesse.					
5. Garder la cliente en observation 10 à 15 minutes dans la clinique au cas où il y aurait des complications, avant de lui donner son congé.					
6. Donner à la cliente un rendez-vous pour la visite de suivi.					
7. Remercier la cliente et lui dire au revoir.					

8b. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (JADELLE ET IMPLANON)

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
1. Accueille la cliente et lui souhaite la bienvenue à la structure sanitaire.					
2. S'informe auprès de la cliente des raisons du retrait.					
3. Examine avec la cliente les objectifs de reproduction de celle-ci.					
4. Demande à la cliente si elle veut d'autres implants ou passer à une autre méthode.					
5. Décrit à la cliente la procédure de retrait et lui demande si elle a d'autres questions.					
PRÉPARATIFS					
1. Prépare l'environnement et l'éclairage et garantit la confidentialité.					
2. Réunit le matériel nécessaire pour le retrait.					
3. Demande à la cliente de s'étendre sur la table, le bras allongé et exposant le site de l'implant.					
TÂCHES PRÉCÉDANT LE RETRAIT					
1. Se lave les mains, met des gants stériles et prépare la cliente et l'équipement nécessaire pour la procédure.					
2. Prépare l'anesthésie locale et procède à l'injection sur le site de l'intervention.					
RETRAIT DE JADELLE : TECHNIQUE EN « U »					
1. Pratique une petite incision sur le site.					
2. Localise le bâtonnet et le saisit avec les pinces, le retire doucement et fait une rotation de 180 degrés.					
3. Nettoie les tissus fibreux exposés à l'aide d'une compresse stérile (ou au scalpel si nécessaire).					
4. Saisit l'extrémité exposée du bâtonnet à l'aide des pinces courbes.					
5. Retire le bâtonnet et le place dans une cuvette contenant une solution de chlore à 0,5 % pendant 10 minutes pour la décontamination.					
6. Répète la même technique pour retirer le second bâtonnet, en injectant au besoin plus d'anesthésique.					
7. Montre les deux bâtonnets à la cliente après leur retrait.					
RETRAIT DE L'IMPLANON					
1. Pratique une incision pour retirer l'implant.					
2. Pousse doucement l'implant vers l'incision, le saisit avec la pince et l'extrait doucement.					
3. Après le retrait du bâtonnet, le montre à la cliente pour qu'elle constate qu'il a été enlevé.					

8b. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE RETRAIT D'UN IMPLANT CONTRACEPTIF (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES POST-RETRAIT					
1. Nettoie la peau de la cliente, ramène ensemble les bords de l'incision et scelle le site avec un pansement papillon.					
2. Utilise un pansement compressif pour garantir l'hémostase.					
3. Suit les procédures de PI pour tout le matériel clinique, les instruments et les déchets.					
4. Se lave bien les mains au savon et à l'eau courante et les sèche.					
5. Inscrit l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
RENSEIGNEMENTS POST-RETRAIT					
1. Renseigne la cliente sur le soin de la plaie et sur ce qu'il faut faire en cas de problème.					
2. Conseille au besoin la cliente sur une nouvelle méthode de contraception.					
3. Fournit au besoin à la cliente une nouvelle méthode de PF.					
4. Si elle est enceinte, la conseille concernant la santé et la nutrition pendant la grossesse.					
5. Garde la cliente en observation à la structure sanitaire 10 à 15 minutes avant de lui donner son congé, au cas où il y aurait des signes de complications immédiates.					
6. Remet à la cliente une carte pour la visite de suivi.					
7. Remercie la cliente et lui dit au revoir.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					



SÉANCES *de* PRATIQUE
des COMPÉTENCES :
**DISPOSITIF
INTRA-UTÉRIN (DIU)**

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à fournir des conseils à la cliente et à faire la démonstration du DIU et de maîtriser les compétences requises.

Instructions

Cette activité doit se dérouler dans un environnement de simulation, un collègue participant jouant le rôle de la cliente.

Les participants doivent revoir la Fiche d'apprentissage pour les DIU avant de commencer l'activité.

Le formateur doit faire la démonstration des étapes préliminaires, à savoir fournir des conseils et faire la démonstration des DIU. Sous la direction du formateur, les participants doivent ensuite pratiquer en couple et les étapes/tâches et observer mutuellement leur performance à l'aide de la Fiche d'apprentissage pour les DIU.

Les participants devraient pouvoir exécuter les étapes/tâches de la Fiche d'apprentissage pour les DIU avant que leur maîtrise de la compétence soit évaluée par le formateur en environnement simulé à l'aide de la Liste de vérification pour les DIU.

Enfin, après la pratique supervisée dans un site clinique, le formateur doit évaluer la maîtrise de la compétence de chaque participant à l'aide de la Liste de vérification pour le DIU.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- DIU
- matériel et équipement stériles pour la procédure

Fiche d'apprentissage pour les DIU

Fiche d'apprentissage pour les DIU

Liste de vérification pour les DIU

Liste de vérification pour les DIU

9a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN DIU

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 **Doit être améliorée** : Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 **Exécutée avec compétence** : Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 **Exécutée avec maîtrise** : Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
INTERVIEW INITIALE					
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes les meilleures ont été envisagées plus en détail.					
2. Demander à la cliente ce qu'elle sait du DIU et corriger tout renseignement erroné.					
3. Donner brièvement à la cliente les renseignements les plus importants sur les DIU : <ul style="list-style-type: none"> ■ mode d'action : le dispositif fonctionne parce qu'il provoque un changement chimique qui endommage le sperme et l'ovule avant leur rencontre; ■ efficacité : 99,4 % d'efficacité dans une utilisation correcte et constante et 99,2 % dans l'usage courant; ■ avantages : pratique, protection à long terme contre la grossesse (12 années pour le dispositif en cuivre et cinq années pour le dispositif Mirena) et retour immédiat de la fertilité après le retrait; ■ effets secondaires : changement des profils des règles; ■ montrer comment le DIU est utilisé et expliquer la procédure. 					
4. Préciser si l'un ou l'autre des éléments suivants s'applique à la cliente et qui rendrait contre-indiquée l'utilisation d'un DIU : <ul style="list-style-type: none"> ■ partenaires sexuels multiples (de l'un ou l'autre des conjoints); ■ grossesse ou grossesse soupçonnée; ■ MIP (maladie inflammatoire pelvienne) sévère actuelle, récente (dans les trois mois) ou récurrente; ■ saignement utérin anormale; ■ risque d'exposition aux IST; ■ cancer de l'appareil reproducteur; ■ avortement septique récent (ces trois derniers mois); ■ anomalies utérines congénitales; ■ antécédents de grossesse ectopique. 					
5. Prendre les antécédents en matière d'IST : <ul style="list-style-type: none"> ■ écoulement vaginal; ■ douleurs au bas ventre; ■ dyspareunie; ■ lésions génitales; ■ dysurie; ■ verrues génitales. 					
6. S'informer des médicaments pris actuellement, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ■ thérapie aux anticoagulants; ■ corticostéroïdes (long terme, dose élevée); ■ médicaments immunosuppresseurs; ■ antibiotiques. 					

9a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN DIU (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
COUNSELLING PRÉ-INSERTION					
1. Renseigner la cliente sur les examens physique et pelvien nécessaires et le dépistage rigoureux pour s'assurer qu'il n'y a aucune pathologie médicale ou IST qui nécessite une précaution pour l'utilisation d'un DIU.					
2. Informer la cliente de la nécessité de procéder à des prélèvements vaginaux/cervicaux au besoin (et selon l'endroit).					
3. Expliquer à la cliente la procédure et l'encourager à poser des questions.					
4. Informer la cliente qu'elle pourrait ressentir des crampes ou pressions pendant la procédure mais que cela ne devrait pas être douloureux. Lui dire de vous faire savoir si elle ressent de la douleur, à n'importe quel moment pendant la procédure.					
5. Demander à la cliente de vider sa vessie.					
INSERTION DU DIU					
1. Préparer les instruments et fournitures avant de commencer la procédure.					
2. Vous laver les mains soigneusement et les sécher. Porter des gants propres.					
3. Procéder à un examen génital externe et à un examen pelvien bi-manuel (vérifier s'il y a écoulement, masse ou anomalie du vagin et du col).					
4. Évaluer la taille, la position et la fermeté de l'utérus.					
5. Évaluer la sensibilité au déplacement du col, ce qui pourrait indiquer une MIP.					
6. Mettre des gants stériles et insérer dans le vagin un spéculum, stérile ou désinfecté de haut niveau, et visualiser le col.					
7. Resserrer les vis à oreilles lorsque le col est visible.					
8. Nettoyer le vagin et le col à l'aide d'une solution antiseptique.					
9. Nettoyer le col dans un mouvement circulaire, à partir de l'orifice vers l'extérieur.					
10. Insérer le tenaculum à travers le spéculum et saisir doucement le col pour stabiliser celui-ci et l'utérus.					
11. Insérer doucement l'hystéromètre (sonde utérine) à travers l'ouverture du col pour évaluer la position de l'utérus et mesurer la profondeur de la cavité utérine.					
12. Sans ouvrir l'emballage stérile, charger le DIU dans le dispositif d'insertion.					
13. Retirer du contenant stérile le DIU et le dispositif d'insertion en évitant de toucher la moindre surface non stérile.					
14. Doucement et délicatement, insérer le DIU à travers le col et à la profondeur indiquée dans l'utérus. Retirer le dispositif d'insertion.					
15. Couper les ficelles du DIU, en les laissant dépasser de 3 à 4 cm dans le vagin.					
16. Déverrouiller et retirer doucement le tenaculum.					
17. En cas saignement du col, appliquer une pression.					
18. Retirer le spéculum et le placer dans un bain de décontamination.					
19. Nettoyer et assécher la région génitale de la cliente.					
20. Informer la cliente lorsque la procédure est terminée.					
21. Laisser la cliente se reposer sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se lever.					
22. Préserver la dignité de la cliente et lui laisser du temps pour s'habiller.					
23. Demander à la cliente si elle a des questions ou préoccupations.					
24. Suivre les procédures de PI pour tout l'équipement clinique, les instruments et les déchets.					
25. Vous laver les mains soigneusement au savon et à l'eau courante et les sécher.					
26. Inscrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					

9a. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR L'INSERTION D'UN DIU (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
INSTRUCTIONS POST-INSERTION					
1. Montrer à la cliente de quelle façon et à quel moment vérifier les ficelles.					
2. Expliquer à la cliente les signes avertisseurs concernant le DIU.					
3. Discuter avec la cliente de la conduite à tenir en cas d'effets secondaires ou de problèmes.					
4. Rappeler à la cliente qu'elle peut revenir à la même clinique à n'importe quel moment pour recevoir des conseils, des soins médicaux et, au besoin, faire retirer le DIU.					
5. Demander à la cliente de répéter les instructions et répondre à ses questions.					
6. Inscrire l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
7. Saluer poliment la cliente et lui dire au revoir.					

9a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN DIU

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
ENTREVUE INITIALE (ZONE D'ACCUEIL DE LA CLIENTE)					
1. La cliente a été accueillie et a reçu des conseils généraux sur toutes les méthodes de PF; ses antécédents personnels et médicaux de base ont été pris et documentés, il a été question de ses objectifs de reproduction et les méthodes de choix ont été envisagées plus en détail.					
2. Demande à la cliente ce qu'elle sait des DIU et corrige tout renseignement erroné.					
3. Renseigne la cliente sur les DIU (efficacité, avantages, effets secondaires, etc.).					
4. S'informe sur les dernières règles, le cycle menstruel (nombre de jours) et le profil des règles de la cliente.					
5. Obtient les renseignements sur le nombre de grossesses, les résultats des grossesses et la date de la dernière grossesse.					
6. Établit s'il y a des contre-indications à l'utilisation d'un DIU.					
7. Prend note des antécédents en matière d'IST.					
8. S'informe à propos des médicaments qu'elle prend actuellement.					
9. S'informe si elle a des allergies au cuivre.					
COUNSELLING PRÉ-INSERTION (ZONE D'EXAMEN/D'INTERVENTION)					
1. Renseigne la cliente sur les examens physique et pelvien (s'ils sont nécessaires).					
2. Renseigne la cliente sur la nécessité de recueillir des prélèvements vaginaux/cervicaux, si nécessaire (et selon l'endroit).					
3. Informe la cliente qu'elle peut utiliser un préservatif si elle craint de contracter une IST.					
4. Explique la procédure à la cliente et l'encourage à poser des questions.					
5. Informe la cliente qu'elle peut ressentir des crampes ou une pression pendant la procédure. L'informe qu'elle doit lui faire savoir si elle ressent de la douleur, à n'importe quel moment pendant la procédure.					
6. Demande à la cliente de vider sa vessie.					
INSERTION DU DIU					
1. Prépare les instruments et fournitures avant le début de la procédure.					
2. Se lave bien les mains et les sèche.					
3. Porte des gants propres.					
4. Procède à un examen génital externe et pelvien bi-manuel.					
5. Évalue la taille, la position et la fermeté de l'utérus.					
6. Évalue la sensibilité du col au mouvement, ce qui serait l'indice d'une MIP.					

9a. LISTE DE VÉRIFICATION POUR L'INSERTION D'UN DIU (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
7. Met des gants stériles et insère dans le vagin un spéculum stérile ou désinfecté de haut niveau et visualise le col.					
8. Nettoie le vagin et le col à l'aide d'une solution antiseptique.					
9. Nettoie le col dans un mouvement circulaire en partant de l'orifice vers l'extérieur.					
10. Saisit le col avec le tenaculum pour stabiliser le col et l'utérus.					
11. Sonde l'utérus.					
12. Charge le DIU dans le dispositif d'insertion.					
13. Retire le DIU et le dispositif d'insertion du conditionnement stérile.					
14. Insère le DIU à travers le col et à la profondeur indiquée dans l'utérus.					
15. Retire le dispositif d'insertion.					
16. Coupe les ficelles du DIU en laissant 3 à 4 cm à l'extérieur du vagin.					
17. Déverrouille et retire doucement le tenaculum.					
18. En cas de saignement du col, applique une pression.					
19. Retire le spéculum et le place dans un bain de décontamination.					
20. Nettoie et assèche la zone.					
21. Informe la cliente que la procédure est terminée.					
22. Laisse à la cliente le temps de se reposer sur la table d'intervention jusqu'à ce qu'elle soit prête à se lever.					
23. Respecte la dignité de la cliente et lui laisse le temps de s'habiller.					
24. Demande à la cliente si elle a des questions à poser ou préoccupations.					
25. Suit les procédures de PI pour tout le matériel clinique, les instruments et les déchets.					
26. Se lave bien les mains au savon et à l'eau courante et les sèche.					
27. Inscrit l'information au dossier de la cliente et au registre quotidien des activités.					
INSTRUCTIONS PORT-INSERTION					
1. Enseigne à la cliente de quelle façon et à quel moment vérifier les ficelles et l'informe des signes avertisseurs et des effets secondaires.					
2. Fournit à la cliente des préservatifs si elle craint de contracter une IST.					
3. Lui fournit les instructions concernant la visite de suivi.					
4. Rappelle à la cliente qu'elle peut revenir à la même structure sanitaire n'importe quand pour recevoir des conseils, des services médicaux et, au besoin, faire retirer le DIU.					
5. Demande à la cliente de répéter les instructions et répond à ses questions.					
6. Inscrit l'information dans le dossier de la cliente.					
7. Salue poliment la cliente et lui dit au revoir.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

9b. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LE RETRAIT D'UN DIU

(À remplir par les **Participants**)

Noter la performance de chaque étape ou tâche observée en utilisant l'échelle de notation suivante (inscrire 1, 2 ou 3 selon le cas dans la case prévue) :

- 1 Doit être améliorée :** Etape ou tâche qui n'est pas effectuée correctement ou pas dans la séquence correcte (si nécessaire) ou qui a été omise
- 2 Exécutée avec compétence :** Etape ou tâche effectuée correctement dans la séquence correcte (si nécessaire), mais le passage d'une étape à l'autre n'est pas efficace
- 3 Exécutée avec maîtrise :** Etape ou tâche effectuée avec efficacité et précision dans la séquence correcte (si nécessaire)

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES AVANT ET PENDANT LE RETRAIT					
1. Accueillir la cliente et lui souhaiter la bienvenue à la clinique.					
2. S'informer auprès de la cliente des motifs du retrait.					
3. Examiner les objectifs de reproduction de la cliente.					
4. Demander à la cliente si elle veut un autre DIU ou changer de méthode.					
5. Décrire la procédure de retrait et préciser à la cliente ce à quoi elle doit s'attendre pendant et après le retrait.					
6. Informer la cliente qu'elle pourrait ressentir un léger inconfort ou des crampes.					
7. Demander à la cliente de vous dire si elle ressent de la douleur pendant la procédure.					
8. Préparer la cliente et la salle d'intervention.					
9. Vous laver les mains et mettre des gants.					
10. Insérer le spéculum dans le vagin pour visualiser le col.					
11. Resserrer les vis à oreilles lorsque le spéculum est bien en place.					
12. Nettoyer le col à l'aide d'une solution antiseptique.					
13. À l'aide des pinces étroites, saisir les ficelles près du col et tirer doucement et lentement jusqu'à ce que le DIU soit complètement retiré.					
14. Montrer le DIU à la cliente.					
15. S'il s'agit d'un remplacement de DIU, le nouveau DIU peut être inséré immédiatement.					
COUNSELLING POST-RETRAIT					
1. Discuter avec la cliente de ce qu'elle doit faire en cas de problème (p. ex., saignement prolongé ou douleurs abdominales ou pelviennes).					
2. Demander à la cliente de répéter les instructions.					
3. Si la cliente pose des questions, y répondre adéquatement.					
4. Conseiller au besoin la cliente sur une nouvelle méthode de contraception.					
5. Fournir au besoin la nouvelle méthode de PF.					
6. Si la cliente est enceinte, la conseiller en matière de santé et d'alimentation pendant la grossesse.					
7. Garder la cliente en observation à la clinique 10 à 15 minutes au cas où il y aurait des signes de complications immédiates, avant de lui donner son congé.					
8. Remettre à la cliente une carte pour la visite de suivi.					
9. Remercier la cliente et lui dire au revoir.					

9b. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LE RETRAIT D'UN DIU

(À utiliser par le **Participant** pour la pratique et par le **Formateur** à la fin du stage)

Mettre une « ✓ » dans la case si l'étape/tâche est réalisée de manière satisfaisante, un « X » si elle n'est **pas** réalisée de manière **satisfaisante** ou **N/O** si elle n'est pas observée.

Satisfaisante : Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non satisfaisante : Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards

Non observée : L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation faite par le formateur

Participant :

Date observée :

(Un grand nombre des étapes/tâches suivantes devraient être exécutées simultanément)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
RETRAIT DU DIU					
1. Accueille la cliente respectueusement et lui offre un siège.					
2. Explore les motifs pour lesquels la cliente désire le retrait et répond à toute question.					
3. Demande à la cliente quels sont ses objectifs de reproduction (veut-elle continuer à espacer ou à limiter les naissances)?					
4. Décrit à la cliente la procédure de retrait et précise ce à quoi elle peut s'attendre pendant et après le retrait.					
5. Informe la cliente qu'elle peut ressentir un certain inconfort ou des crampes.					
6. Demande à la cliente de lui faire savoir si elle ressent de la douleur pendant l'intervention.					
7. Prépare la cliente et la salle d'intervention.					
8. Se lave les mains et met des gants.					
9. Insère le spéculum dans le vagin et visualise le col.					
10. Resserre les vis à oreilles lorsque le spéculum est bien positionné devant le col.					
11. Nettoie le col à l'aide d'une solution antiseptique.					
12. Utilise les pinces étroites, saisit les ficelles près du col et tire doucement et lentement jusqu'à ce que le DIU soit totalement retiré.					
13. Montre le DIU à la cliente.					
14. S'il s'agit d'un remplacement de DIU, le nouveau DIU peut être inséré immédiatement.					
APRÈS LE RETRAIT					
1. Discute avec la cliente de la conduite à tenir si elle a des problèmes (p. ex., saignement prolongé ou douleurs abdominales ou pelviennes).					
2. Demande à la cliente de répéter les instructions.					
3. Si la cliente a des questions à poser, y répond adéquatement.					
4. Conseille la cliente au besoin sur une nouvelle méthode contraceptive.					
5. Fournit au besoin la nouvelle méthode de PF.					
6. Si la cliente est enceinte, la conseille sur la santé et l'alimentation pendant la grossesse.					
7. Garde la cliente en observation à la clinique 10 à 15 minutes au cas où il y aurait des signes de complications immédiates, avant de lui donner son congé.					
8. Remet à la cliente une carte pour la visite de suivi.					
9. Remercie la cliente et lui dit au revoir.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

ÉTUDE DE CAS 1 :

Sara, une femme de 37 ans, se présente au centre de santé d'un camp de réfugiés et souhaite obtenir une méthode de planification familiale. Elle a sept enfants vivants. Le plus âgé a 18 ans et le plus jeune, neuf mois. Son mari et elle ont discuté de leur famille et reconnaissent qu'ils ne veulent plus d'autre enfant. Elle ne connaît pas grand-chose en matière de planification familiale, mais a entendu dire qu'elle peut faire certaines choses pour empêcher la grossesse. Par le passé, elle a essayé des herbes locales mais, à son avis, cela n'a pas fonctionné, car elle est tombé à nouveau enceinte.

Que feriez-vous pour aider la cliente à choisir une méthode appropriée?

Quels sont les renseignements/tests supplémentaires nécessaires?

Quelles sont les méthodes appropriées pour cette cliente?

CLÉ DES RÉPONSES :

Counselling

- Utiliser l'approche BERGER.
- Discuter avec Sara de ce qu'elle souhaite, en matière de fertilité, afin de savoir si elle peut vouloir ou non avoir d'autres enfants.

Anamnèse

- Vérifier ses antécédents médicaux.
- Si possible, prendre sa tension artérielle.
- Suivre la liste de vérification pour être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas déjà enceinte.
- Si elle choisit un DIU, procéder à l'examen pelvien pour évaluer la taille et la position de l'utérus, déceler toute anomalie anatomique, des signes d'IST ou de maladie inflammatoire pelvienne.
- Lui demander si elle a déjà utilisé une méthode moderne de contraception et quelle a été son expérience.
 - Si une méthode qu'elle a utilisée par le passé lui a causé des effets secondaires, en discuter afin de la rassurer.

Méthodes appropriées

- Si son mari et elle ne veulent plus d'enfants, les méthodes appropriées sont la ligature des trompes ou la vasectomie. Les méthodes temporaires sont appropriées si les méthodes permanentes ne sont pas offertes.
- Si la cliente n'est pas certaine qu'elle veut ou non avoir d'autres enfants à l'avenir, il faudrait opter pour une méthode à long terme, par exemple un DIU ou un implant contraceptif.
- Si elle envisage l'utilisation d'un DIU :
 - Croit-elle qu'elle courrait plus de risques de contracter une IST?
 - Il est important qu'elle n'ait pas d'IST et que le risque d'infection soit faible.
 - Si elle ou son partenaire a des symptômes d'IST, ils doivent être pris en charge et il faudra réévaluer son risque de réinfection.
 - Il se pourrait qu'une autre méthode, par exemple un implant contraceptif ou une méthode permanente, soit plus appropriée si elle court un risque d'IST.
 - Puisqu'elle est dans un camp de réfugiés, lui expliquer qu'un DIU devrait, à terme, être retiré par un prestataire formé.
- Si elle court un risque d'IST ou que l'examen pelvien indique que la prudence s'impose, un implant contraceptif est plus approprié.
- Les méthodes à court terme, par exemple les contraceptifs oraux ou injectables, sont également appropriées, mais pourraient ne pas être préférables car, dans l'un et l'autre cas, Sara doit revenir consulter le pharmacien ou le centre de santé relativement souvent.

Aider Sara à choisir la méthode la plus appropriée dans son cas. L'informer des effets secondaires éventuels et, au besoin, établir une date pour la visite ultérieure ou de suivi.

ÉTUDE DE CAS 2 :

Amina amène son bébé de six semaines pour le faire vacciner et se rend à la visite de suivi post-partum au centre de santé. Elle a 21 ans et c'est son premier bébé. Elle l'allaite et complète avec de l'eau et le bébé se développe bien. Amina n'a eu aucune complication post-partum. Elle voudrait un autre bébé, mais pas tout de suite. Elle vit dans un petit village peu éloigné du centre de santé.

Que feriez-vous pour aider la cliente à choisir une méthode appropriée?

Quels sont les renseignements/tests supplémentaires nécessaires?

Quelles sont les méthodes appropriées pour cette cliente?

CLÉ DES RÉPONSES :

Counselling

- Utiliser l'approche BERGER.
- Préciser avec elle à quel moment elle veut un autre bébé. L'informer des avantages à espacer les naissances de deux ou trois ans.
- Lui expliquer que puisqu'elle ne pratique pas exclusivement l'allaitement (ce qu'exige la méthode MAMA), elle court le risque de devenir enceinte.
- Demander à Amina si elle a déjà utilisé des contraceptifs et si elle souhaite recourir à une méthode en particulier.
- Si elle a déjà une méthode préférée, discuter des avantages de cette méthode dans son cas.
- Lui parler des autres méthodes possibles et des avantages et inconvénients de chacune dans son cas.
- Aider Amina à choisir une méthode appropriée.

Anamnèse

- Vérifier les antécédents médicaux généraux.
- Si possible, prendre la tension artérielle.
- Suivre la liste de vérification pour être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas déjà enceinte.
- Si elle choisit un DIU, procéder à un examen pelvien pour vérifier la taille et la position de l'utérus, détecter toute anomalie anatomique, des signes d'IST ou une maladie inflammatoire pelvienne.
- Discuter avec elle pour savoir si elle a déjà utilisé une méthode moderne de contraception et qu'elle a été son expérience.
 - Si la méthode utilisée par le passé lui a causé des effets secondaires, en discuter et la rassurer.

Méthodes appropriées

- Si Amina ne veut pas d'autre bébé avant au moins trois ans ou ne peut pas utiliser une méthode hormonale, le DIU serait une méthode appropriée. Cette méthode peut être amorcée immédiatement.
- Si Amina ne veut pas d'autre grossesse avant deux ou trois ans, l'implant contraceptif est la méthode à retenir. Son bébé a six semaines, de sorte que la méthode peut commencer immédiatement.
- Si Amina ne souhaite pas recourir à une méthode à long terme, les contraceptifs injectables sont une méthode appropriée. Il est important qu'elle puisse se rendre au centre de santé aux deux à trois mois (selon qu'elle utilise NET-EN ou Depo-Provera) pour les injections ultérieures. Puisque son bébé a six semaines, la méthode peut commencer immédiatement.

Aider Amina à choisir la méthode la plus appropriée dans son cas. La renseigner sur les effets secondaires et établir au besoin une date pour le rendez-vous de suivi ou ultérieure.

ÉTUDE DE CAS 3 :

Rose est une étudiante de 19 ans. Elle demeure chez sa tante et sa famille et étudie au collège dans la capitale de l'état. Lorsqu'elle n'étudie pas, elle passe son temps avec son nouveau petit ami. Au cours des discussions, vous découvrez qu'elle n'est pas certaine s'il a ou non une autre petite amie, mais elle a entendu dire qu'il a une épouse dans une autre ville.

Que feriez-vous pour aider la cliente à choisir une méthode appropriée?

Quels sont les renseignements/tests supplémentaires nécessaires?

Quelles sont les méthodes appropriées pour cette cliente?

CLÉ DES RÉPONSES :

Counselling

- Utiliser l'approche BERCER.
- Discuter avec Rose de ce qu'elle souhaite en matière de fertilité et chercher à savoir si elle veut un enfant. Si tel est le cas, veut-elle avoir un bébé dans un proche avenir ou à plus long terme?
- Lui expliquer les avantages d'une double protection pour éviter à la fois la grossesse et les IST.
- Discuter des méthodes de planification familiale à long terme et à court terme et lui expliquer les avantages et inconvénients de chacune.

Anamnèse

- Vérifier les antécédents médicaux généraux.
- Si possible, prendre la tension artérielle.
- Suivre la liste de vérification pour être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas déjà enceinte.
- Discuter avec elle pour savoir si elle a déjà utilisé une méthode moderne de contraception et quelle a été son expérience.
 - Si la méthode utilisée par le passé lui a causé des effets secondaires, en discuter avec elle et la rassurer.

Méthodes appropriées

- Les préservatifs masculin ou féminin sont appropriés pour empêcher à la fois la grossesse et les IST.
 - Si Rose n'est pas certaine de ses capacités et de celles de son petit ami d'utiliser constamment des préservatifs, l'aider à choisir une autre méthode supplémentaire de planification familiale à utiliser avec les préservatifs.
 - Montrer comment utiliser le préservatif masculin sur un modèle de pénis et inviter Rose à également manipuler le préservatif et à le mettre en place sur le modèle.
 - Montrer comment utiliser le préservatif féminin.
- Si Rose ne veut pas de bébé dans les deux à trois prochaines années, l'implant contraceptif est une méthode appropriée. Cette méthode peut commencer immédiatement.
- Si Rose n'est pas certaine qu'elle veut retarder la grossesse pendant deux ans, un contraceptif injectable est une méthode appropriée. Cette méthode peut commencer immédiatement.
- Si Rose préférerait des contraceptifs oraux combinés quotidiens, c'est une solution adéquate. Cette méthode peut commencer immédiatement.

Aider Rose à décider quelle est la méthode la plus appropriée dans son cas. L'informer des effets secondaires éventuels et, au besoin, établir une date de rendez-vous pour la visite de contrôle ou de rappel.

ÉTUDE DE CAS 4 :

Judith a 27 ans, elle a deux enfants et, à son arrivée au centre de santé, elle saigne beaucoup et a des crampes. Elle a eu ses dernières règles il y a plus de huit semaines et croit être enceinte. Vous diagnostiquez un avortement incomplet et, après en avoir discuté avec Judith, vous convenez de procéder à une AMIU pour s'assurer que toutes les produits de conception non évacués ont été enlevés. En discutant avec Judith, vous apprenez que la grossesse semble avoir été accidentelle et que, pour le moment, elle ne veut pas de bébé.

Que feriez-vous pour aider la cliente à choisir une méthode appropriée?

Quels sont les renseignements/tests supplémentaires nécessaires?

Quelles sont les méthodes appropriées pour cette cliente?

CLÉ DES RÉPONSES :

(points liés à la planification familiale)

Counselling

- Utiliser l'approche BERGER.
- Conseiller à Judith de préciser les circonstances entourant la grossesse et lui demander si celle-ci était intentionnelle et désirée.
- Ne pas dresser d'hypothèses; lui laisser le temps d'exprimer ses sentiments concernant la fin de la grossesse.
- Demander à Judith si elle utilisait une méthode de planification familiale lorsqu'elle est devenue enceinte. Si tel est le cas, lui demander pourquoi, à son avis, la méthode a échoué et trouver comment prévenir, à l'avenir, un échec de la méthode.
- Si elle a récemment mis fin à une méthode, préciser si elle avait des difficultés d'accès à cette méthode.
- L'informer qu'elle peut redevenir enceinte dix jours après l'intervention.
- Si elle veut être à nouveau enceinte, l'informer des avantages de retarder pendant au moins six mois toute grossesse future.
- Si elle ne veut pas devenir bientôt enceinte, passer au counselling en planification familiale et lui expliquer les avantages de chacune des méthodes.
- Le counselling en PF peut avoir lieu avant ou après l'AMIU. Il est important qu'elle se sente à l'aise et rassurée.

Anamnèse

- Vérifier les antécédents médicaux généraux.
- Vérifier s'il y a des signes d'infection systémique ou locale.
- Si possible, prendre la tension artérielle.

Méthodes appropriées

- Si Judith souhaite redevenir enceinte bientôt, la méthode appropriée est celle des contraceptifs oraux combinés.
 - Fournir à Judith une réserve d'au moins trois mois et lui donner un rendez-vous à la clinique pour un contrôle et obtenir d'autres fournitures.
- Si Judith n'est pas certaine qu'elle veut retarder la grossesse pendant deux ans, la méthode appropriée est le contraceptif injectable. Cette méthode peut commencer immédiatement.
- Si Judith ne veut pas de bébé pendant deux ou trois ans, l'implant contraceptif est une méthode appropriée. Cette méthode peut commencer immédiatement.
- Si Judith ne veut pas de bébé pendant au moins trois ans ou ne veut pas d'une méthode hormonale, le DIU pourrait être une méthode appropriée.
- Si Judith ne veut pas d'autre enfant, les méthodes permanentes, par exemple la ligature des trompes ou la vasectomie sont des méthodes appropriées.
 - La ligature des trompes peut être effectuée le même jour que l'aspiration manuelle.
 - Si la procédure ne peut être exécutée le même jour que l'aspiration manuelle, la référer vers le centre de santé le plus proche où l'intervention peut être exécutée. Il est important que Judith utilise une méthode temporaire jusqu'à ce que la vasectomie ou la ligature des trompes puisse être effectuée. L'aider à choisir une méthode temporaire.



CONSEILS AUX FORMATEURS

ÊTRE UN FORMATEUR CLINICIEN EFFICACE

Les professionnels de la santé qui donnent des cours de formation clinique changent constamment de rôle. Ils sont formateurs ou instructeurs lorsqu'ils font des exposés illustrés et donnent des démonstrations en classe. Ils sont animateurs lors des discussions en petit groupe et dans les jeux de rôles, études de cas et simulations cliniques. Après avoir fait la démonstration d'une procédure clinique, ils assument ensuite le rôle de moniteur lorsque les participants commencent à se pratiquer.

CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE

L'encadrement est une technique de formation dans laquelle le formateur clinicien :

- décrit ce que le participant doit acquérir comme compétences et interactions avec la cliente (ou le client);
- fait la démonstration (à l'aide de modèles) de la compétence de façon claire et efficace en utilisant des aides pédagogiques, par exemple diapositives, cassettes vidéos et modèles anatomiques;
- fournit aux participants un feedback spécifique et détaillé tandis qu'ils mettent en pratique les compétences et l'interaction avec la cliente à l'aide d'un modèle anatomique et d'instruments réels dans un environnement clinique simulé et lorsqu'ils fournissent des services à la clientèle.

Un formateur clinicien efficace :

- maîtrise parfaitement les compétences à enseigner;
- encourage les participants à acquérir de nouvelles compétences;
- favorise les communications ouvertes (dans les deux sens);
- fournit un feedback immédiat :
 - informe les participants s'ils ont respecté les objectifs;

- fait en sorte qu'aucune compétence ou activité ne soit exécutée incorrectement;
- donne aussi souvent que possible un feedback positif;
- évite le feedback négatifs et offre plutôt des recommandations spécifiques d'amélioration.

Il peut recevoir du feedback:

- Il le demande. Trouver des formateurs cliniciens qui seront directs avec vous. Leur demander d'être clairs et spécifiques.
- Il le dirige. Si vous avez besoin de renseignements pour répondre à une question ou poursuivre un objectif d'apprentissage, les demander.
- Il l'accepte. Ne pas défendre ou justifier votre comportement. Écouter ce que les gens ont à dire et les remercier. Utiliser ce qui est utile et laisser discrètement tomber le reste.
- Il reconnaît que la formation peut être stressante et sait comment gérer le stress des participants et du formateur :
 - recourt à un humour approprié;
 - observe les participants et note les signes de stress;
 - prévoit des pauses périodiques;
 - prévoit des changements dans la routine de formation;
 - se concentre sur le succès des participants et non sur l'échec.

Les caractéristiques d'un moniteur efficace sont les mêmes que celles d'un formateur clinicien efficace. Les caractéristiques supplémentaires particulièrement importantes pour l'accompagnateur sont :

- être patient et soutenant;
- féliciter et offrir un appui positif;
- corriger les erreurs des participants tout en maintenant leur estime de soi;
- écouter et observer.

TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT

Le processus d'apprentissage d'une compétence clinique dans un processus d'encadrement comporte trois phases fondamentales : démonstration, pratique et évaluation. Ces trois phases peuvent être ventilées en étapes :

- d'abord, pendant les exposés interactifs en classe, expliquer la compétence ou l'activité qui doit être appris;
- ensuite, utiliser une cassette vidéo ou des diapositives pour illustrer la compétence ou l'activité qui doit être appris;
- par la suite, faire la démonstration de la compétence ou de l'activité à l'aide de modèles anatomiques (si cela est approprié), de jeux de rôles (p. ex., démonstration de counselling) ou une simulation clinique;
- ensuite, permettre aux participants de pratiquer la compétence ou l'activité à l'aide d'un modèle anatomique ou dans un environnement simulé (p. ex., jeu de rôles, simulation clinique), tandis que le formateur encadre;
- après cela, récapituler la séance de pratique et donner un feed-back constructif;
- après une pratique adéquate, évaluer la performance de chaque participant par rapport à la compétence ou à l'activité sur des modèles ou en situation simulée, à l'aide de la liste de vérification axée sur les compétences;
- lorsqu'ils se sont qualifiés à l'aide de modèles ou de la pratique dans un environnement simulé, demander aux participants de mettre en pratique la compétence ou l'activité avec la cliente sous la direction d'un formateur clinicien;
- enfin, évaluer la capacité du participant d'exécuter la compétence selon la procédure normalisée décrite dans la liste de vérification axée sur la compétence.

Au cours de l'acquisition initiale de la compétence, le formateur en fait la démonstration et le participant observe. Lorsque le participant se pratique, le formateur encadre, observe et évalue la performance. Lors de la démonstration de la maîtrise de la compétence, le participant est maintenant celui qui exécute la compétence et le formateur évalue sa performance.

CRÉATION D'UN ENVIRONNEMENT D'APPRENTISSAGE POSITIF

Le succès d'un cours de formation est dû, non pas au hasard, mais plutôt à une planification soignée. Cette planification exige de la réflexion, du temps, de la préparation et souvent, une certaine dose d'étude de la part du formateur clinicien. Le formateur a la charge de veiller à ce que le cours, pour l'essentiel, soit donné conformément à sa conception. Il doit veiller à ce que les séances de pratique clinique, qui font partie intégrante d'un cours de compétences cliniques, ainsi que les séances en classe, soient menées de façon appropriée. En plus d'assumer la responsabilité de l'organisation générale du cours, le formateur doit aussi pouvoir donner des exposés, faire des démonstrations et diriger les autres activités du cours, autant d'éléments à planifier d'avance. Une bonne planification et une bonne exécution des séances en classe et en milieu clinique aideront à établir un environnement d'apprentissage favorable.

PRÉPARATION À LA FORMATION

À titre de préparation à la formation, voici les étapes recommandées :

- examiner le plan de cours, notamment la description du cours, les objectifs, les méthodes d'apprentissage, le matériel didactique, les méthodes d'évaluation, la durée du cours et la composition proposée de celui-ci;
- revoir le calendrier du cours;
- étudier les séances de pratique des compétences. La séance de pratique des compétences offre des suggestions détaillées concernant l'enseignement de chaque objectif et l'animation de chaque activité. D'après les suggestions données dans l'aperçu du cours et sur la base de ses propres idées, le formateur réunit le matériel, les fournitures et l'équipement nécessaires. Le formateur doit aussi comparer à l'horaire les durées estimatives données dans l'aperçu du cours, pour s'assurer d'avoir suffisamment de temps pour toutes les sessions et activités;
- lire et étudier le manuel de référence, pour bien connaître la matière à présenter durant le cours;
- revoir les questionnaires préalables et de mi-étape et faire des copies des questionnaires, de la matrice et des clés de réponses au besoin;
- vérifier tout le matériel audiovisuel (p. ex., rétroprojecteur, magnétoscope, tableau à feuilles volantes);
- vérifier tous les modèles anatomiques (p. ex. : Sont-ils propres et en bon état? Aucune pièce ne manque?);

- pratiquer toutes les procédures cliniques à l'aide du ou des modèle anatomiques et des fiches d'apprentissage et listes de vérification qui se trouvent dans le guide du formateur et le guide du participant;
- obtenir de l'information sur les participants qui seront inscrits au cours. Il est important que le formateur clinicien ait des renseignements de base sur les participants, notamment :
 - l'expérience et la formation des participants. Le formateur clinicien doit s'efforcer d'en apprendre autant que possible sur les participants avant le début de la formation. Si cela n'est pas possible, il doit s'informer de leurs antécédents et de leurs attentes dans la première journée du cours;
 - les types d'activités cliniques que les participants devront exécuter dans leur travail quotidien, après la formation. Savoir la nature exacte du travail que les participants exécuteront après la formation est essentiel pour le formateur clinicien. Il doit recourir à des exemples adéquats et propres à l'emploi, tout au long du cours, afin que les participants puissent établir le lien entre ce qu'on leur enseigne et ce qu'ils devront faire. C'est une excellente façon de renforcer l'importance de ce qu'il y a à apprendre.

Préparer la salle de classe et s'assurer de ce qui suit :

- que les tables soient disposées en U ou quelque'autre aménagement permettant au plus grand nombre de participants possible de se voir et de voir le formateur (cela pourrait être difficile dans une salle de conférence aux sièges fixés au sol);
 - qu'il y a une table devant la classe, où les formateurs peuvent déposer le matériel de cours;
 - qu'il y a de la place pour le matériel audiovisuel (p. ex., tableau à feuilles volantes, écran, rétroprojecteur, magnétoscope, écran d'affichage); le formateur doit s'assurer que les participants pourront voir l'écran de projection et autres éléments audiovisuels;
 - qu'il y a de la place pour que les participants puissent travailler en petits groupes (c.-à-d. disposer les sièges en petits cercles ou travailler autour d'une table), sauf si des salles distinctes sont disponibles (voir plus loin) pour les discussions en petits groupes;
 - locaux pour aménager les simulations cliniques (p. ex., pour les activités avec les modèles anatomiques ou la pratique du counselling);
 - des salles pour le travail en petits groupes (p. ex., études de cas, jeux de rôles, simulations cliniques, activités de résolution des problèmes)
- sont disponibles au besoin et pourvues de tables et de sièges et du matériel dont auront besoin les participants;
 - que le chauffage, la climatisation ou la ventilation de la pièce sont appropriés;
 - que l'éclairage est adéquat et que la salle puisse être suffisamment assombrie pour la projection des documents audiovisuels et tout en permettant aux participants de prendre des notes ou de suivre sur leur matériel d'apprentissage;
 - qu'il y aura tout au long du cours une alimentation électrique adéquate et qu'on a établi les plans pour éventualités en cas de panne;
 - qu'il y a des meubles, par exemple tables, sièges et bureaux, que les sièges sont confortables et que l'on dispose de nappes;
 - qu'il y a un tableau et de la craie ou des marqueurs, ainsi qu'un babillard où afficher des notes et des messages à l'intention des participants;
 - que l'on dispose de matériel audiovisuel en bon état, de pièces de rechange, par exemple ampoules. Que l'écran vidéo est suffisamment grand pour que les participants puissent bien voir. Que l'on dispose, au besoin, de suffisamment de branchements électroniques, d'une rallonge, adaptateur et barres d'alimentation (multiprises);
 - qu'il y a des toilettes et qu'elles sont bien entretenues;
 - qu'il y a des téléphones accessibles et en bon état et que l'on peut prendre des messages en cas d'urgence.

COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT

La création d'un climat d'apprentissage positif suppose que l'on sache comment les adultes apprennent. Le formateur clinicien doit savoir clairement quels sont les besoins et les attentes des participants et les participants doivent saisir clairement pour quelle raison ils sont là. Les adultes qui assistent à des cours pour acquérir des connaissances, attitudes et compétences nouvelles ont en commun les caractéristiques suivantes :

- ils exigent que l'apprentissage soit pertinent. Le formateur clinicien doit offrir aux participants des expériences d'apprentissage qui ont trait directement à leurs responsabilités professionnelles actuelles ou futures. Au début du cours, il faut énoncer clairement les objectifs et établir leur lien avec l'exécution du travail. Le formateur clinicien doit prendre le temps d'expliquer de quelle façon chaque expérience d'apprentissage a trait au succès par l'atteinte des objectifs du cours;

- ils sont très motivés s'ils croient que la formation est pertinente. Les gens sont très motivés et très intéressés à apprendre. Leur motivation peut être amplifiée et canalisée si le formateur clinicien leur fournit des buts et objectifs d'apprentissage clairs. Pour tirer le maximum d'un niveau élevé d'intérêt des participants, le formateur clinicien doit chercher des moyens d'intégrer les besoins de chaque participant dans les séances d'apprentissage. Cela signifie que le formateur doit en savoir assez sur les participants, soit par l'étude de leurs antécédents, soit en leur permettant de s'exprimer suffisamment tôt dans le cours pour préciser leur expérience et leurs besoins d'apprentissage;
- ils ont besoin de participer et d'être engagés activement dans le processus d'apprentissage;
- peu de personnes se contentent de s'asseoir et d'écouter. Le formateur clinicien efficace conçoit des expériences d'apprentissage où les participants seront activement engagés dans le processus de formation;
- ils veulent avoir leur mot à dire sur les horaires, les activités et autres événements;
- ils ont besoin de poser des questions et de recevoir un feedback;
- ils aiment :
 - les remue-méninges et discussions;
 - les travaux pratiques;
 - les projets en groupe et individuels;
 - les activités en classe;
 - une gamme diversifiée d'expériences d'apprentissage.

Le formateur clinicien doit recourir à diverses méthodes d'apprentissage, notamment :

- aides audiovisuels;
- exposés illustrés;
- démonstrations;
- remue-méninges;
- activités en petits groupes;
- discussions en groupe, notamment jeux de rôles, études de cas et simulations cliniques.

Les participants souhaitent un feedback positif. Ils ont besoin de savoir quel est leur performance, particulièrement compte tenu des objectifs et des attentes liés au cours. Progressent-ils conformément aux attentes du formateur dans l'apprentissage des compétences cliniques? Leurs niveaux de performance clinique, répondent-ils aux normes établies pour la compétence? Un feedback positif permet d'apporter cette information. Les expériences d'apprentissage doivent être conçues pour passer du connu à l'inconnu et des activités simples aux exercices plus complexes. Cette progression offre aux participants des expériences et un feedback favorables. Pour maintenir le feedback favorable, le formateur clinicien peut :

- adresser des félicitations verbales, devant les autres ou en privé;
- Utiliser des réponses positives en posant des questions;
- reconnaître les compétences appropriées lors de l'encadrement dans un milieu clinique;
- faire savoir aux participants dans quelle mesure ils progressent vers les objectifs d'apprentissage.

Chaque participant a ses propres préoccupations. Le formateur clinicien doit être conscient que nombre de participants craignent l'échec et la gêne devant leurs collègues. Les participants s'inquiètent souvent de savoir s'ils seront capables :

- de s'adapter aux autres participants;
- de s'entendre avec le formateur;
- de comprendre le contenu de la formation;
- d'exécuter les compétences enseignées.

Les participants ont besoin d'une atmosphère de sécurité. Le formateur clinicien doit amorcer le cours par un exercice introductif qui aidera les participants à se sentir à l'aise. Le cours doit dégager une atmosphère de sécurité, afin que les participants ne se jugent pas mutuellement ou eux-mêmes. Ainsi, un bon exercice introductif est celui qui permet aux participants de faire connaissance et de mettre un nom sur le visage de leurs collègues. Cette activité peut être suivie par des expériences d'apprentissage qui appuient et encouragent les participants.

Les gens veulent être traités comme des personnes dont chacune est unique par son contexte, son expérience et ses besoins d'apprentissage. Les expériences accumulées par une personne constituent un bon point de départ sur lequel le formateur clinicien peut fonder les nouveaux apprentissages. Pour veiller à ce que chaque participant se sente perçu comme un individu, le formateur clinicien doit :

- utiliser les noms des participants aussi souvent que possible;
- faire participer tous les participants aussi souvent que possible;
- traiter les participants avec respect;
- permettre aux participants de communiquer de l'information aux autres pendant la classe et lors de l'instruction clinique.

Les participants ont besoin de maintenir l'estime d'eux-mêmes pour faire face aux exigences du cours de formation clinique. Souvent, les méthodes cliniques utilisées dans la formation sont différentes des pratiques cliniques auxquelles les participants sont habitués dans leur clinique. Il est essentiel que le formateur clinicien témoigne du respect aux participants, peu importe les pratiques et les croyances que ceux-ci estiment correctes et qu'il leur offre constamment un soutien et maintienne leur intérêt. Il faut donc que le formateur :

- renforce les pratiques et les croyances qui figurent dans le contenu du cours;
- fournisse au besoin un feedback correctif de manière à ce que les participants puissent l'accepter et l'utiliser avec confiance et satisfaction;
- fournisse une formation qui vient renforcer et non pas saper leur sentiment de compétence et d'estime d'eux-mêmes;
- reconnaisse les réalisations professionnelles du participant.

Les personnes qui assistent à des cours ont tendance à attendre beaucoup des formateurs et d'eux-mêmes. Apprendre à connaître leur formateur clinicien est un besoin réel et important. Les formateurs cliniciens doivent être prêts à parler modérément d'eux-mêmes, dans certaines limites, ainsi que de leurs aptitudes et de leurs antécédents. Les participants ont chacun leurs besoins pendant la formation. L'aménagement de pauses opportunes et une ventilation la meilleure possible, un éclairage adéquat et un environnement aussi peu distrayant que possible peuvent aider à réduire les tensions et favoriser une atmosphère positive à l'apprentissage.

UTILISATION DE COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES

Il est également important, dans les présentations, d'utiliser des compétences efficaces. Créer et maintenir un environnement d'apprentissage positif au cours de la formation dépend de la façon dont le formateur clinicien communique l'information, parce que **c'est lui qui établit le ton de la formation**. Dans tout cours, **la façon d'exprimer** une chose peut être tout aussi importante que **la chose elle-même**. Voici quelques techniques courantes pour rendre les exposés efficaces :

- **suivre un plan et utiliser les notes du formateur**, où se trouvent les objectifs de la séance, l'introduction, le corps du texte, l'activité, les rappels audiovisuels, le résumé et l'évaluation;
- **communiquer de manière facile à comprendre**. Nombre de participants ne connaîtront pas les termes, le jargon ou les acronymes d'un nouveau domaine. Le formateur clinicien doit recourir à des expressions et des mots familiers, expliquer les concepts nouveaux et essayer d'établir le lien avec les participants au cours de l'exposé;
- **maintenir le contact visuel avec les participants**. Utiliser le contact visuel pour « lire » les expressions des visages. C'est une excellente technique pour établir le lien et obtenir un feedback sur la mesure dans laquelle les participants comprennent le contenu;
- **projeter votre voix** afin que les personnes à l'arrière de la classe puissent entendre clairement. Varier le volume, le ton et la tonalité, ainsi

que l'inflexion, pour maintenir l'attention des participants. Éviter un ton monotone, car c'est le meilleur moyen d'endormir les participants!

- **éviter l'argot ou les mots, phrases ou gestes répétitifs**, qui deviennent distrayants s'ils sont trop nombreux;
- **manifeste de l'enthousiasme à propos du thème et de son importance**. Sourire, bouger avec énergie et interagir avec les participants. L'enthousiasme et l'intérêt du formateur sont contagieux et influent directement sur le moral des participants;
- **vous déplacer dans la classe**. De cette façon, vous êtes proche de chaque participant à un moment ou l'autre de la séance. Les participants sont incités à interagir lorsque le formateur clinicien se déplace parmi eux et maintient le contact visuel;
- **utiliser des aides audiovisuels appropriés** pendant l'exposé pour renforcer les éléments essentiels du contenu et aider à simplifier les concepts complexes;
- vous assurer de **poser des questions simples et aussi plus difficiles**;
- **fournir** aux participants un **feedback positif** pendant l'exposé;
- **utiliser aussi souvent que possible les noms des participants**. Cela favorise un climat d'apprentissage positif et les aide à demeurer concentrés sur le présentateur;
- **utiliser l'humour de façon positive** dans le contexte du thème traité (p. ex., histoires humoristiques, bandes dessinées sur transparents ou sur le tableau à feuilles volantes, bandes dessinées pour lesquelles les participants ont été invités à créer des légendes);
- **prévoir une transition harmonieuse entre thèmes**. Dans un exposé donné, il peut être question d'un certain nombre de thèmes distincts, mais quand même interreliés. Si le thème change brusquement, les participants peuvent se sentir désorientés et ne plus savoir comment les différents thèmes forment un ensemble dans le tableau plus général. Avant de passer au thème suivant, le formateur clinicien peut s'assurer d'une transition harmonieuse vers le thème suivant par quelques techniques faciles :
 - fournir un bref résumé;
 - poser une série de questions;
 - lier le contenu à la pratique;
 - recourir à un exercice d'application (étude de cas, jeu de rôles, etc.);
- **être un modèle efficace**. Le formateur clinicien doit être un modèle positif par son apparence (tenue appropriée) et son attitude (enthousiasme pour le cours) et en commençant et terminant la séance selon l'horaire prévu.

RÉALISER DES ACTIVITÉS D'APPRENTISSAGE

Chaque exposé (séance de formation) doit commencer par une introduction pour attirer l'intérêt du participant et le préparer à l'apprentissage. Après l'introduction, le formateur clinicien peut communiquer le contenu de diverses façons : exposé illustré, démonstration, activité en petits groupes ou autre activité pédagogique. Tout au long de l'exposé, il peut recourir à des techniques de question afin de stimuler l'interaction et de maintenir l'intérêt des participants. Enfin, le formateur clinicien doit terminer l'exposé par un résumé des points ou étapes clés.

FAIRE DES EXPOSÉS INTERACTIFS

Introduction des exposés

Les quelques premières minutes d'un exposé sont très importantes. Il est possible que les participants aient autre chose en tête, se demandent ce que sera la séance ou soient peu intéressés par le thème. Dans l'introduction, il faut :

- saisir l'intérêt de l'ensemble du groupe et préparer les participants à l'information qui va suivre;
- faire connaître aux participants les attentes du formateur;
- aider à instaurer un climat d'apprentissage positif.

Le formateur clinicien a le choix entre diverses techniques pour varier et veiller à ce que les participants ne s'ennuient pas. Il existe nombre de techniques introductives, notamment :

- **examiner les objectifs de la séance.** Présenter le thème par une simple répétition des objectifs permet de faire savoir aux participants ce qu'on attend d'eux;
- **poser une série de questions sur le thème.** Le formateur clinicien efficace saura quand les participants possèdent déjà les connaissances sur le contenu du cours et les invitera à participer. Le formateur peut poser quelques questions clés, permettre aux participants de répondre, discuter des réponses et observations et ensuite, passer à l'exposé proprement dit;
- **lier le thème au contenu abordé précédemment.** Lorsque plusieurs séances s'imposent pour couvrir une matière, lier chaque séance à la matière abordée précédemment. Cela permet de veiller à ce que les participants saisissent la continuité des séances et leur place dans le thème global. Si possible, lier les thèmes pour que le résumé ou récapitulatif d'un exposé puisse introduire le thème suivant;

- **partager une expérience personnelle.** Il arrive que le formateur clinicien puisse partager une expérience personnelle pour stimuler l'intérêt, insister sur un point ou faire ressortir le lien entre un thème et le travail. Les participants ont plaisir à écouter ces anecdotes, tant qu'elles ont trait au thème et qu'elles sont pertinentes;
- **lier le thème aux expériences de la vie.** Nombre de thèmes de formation peuvent être liés à des situations connues de la majorité des participants. Cette technique permet à la fois de capter l'attention des participants et de faciliter l'apprentissage, car les gens apprennent encore mieux s'ils peuvent « ancrer » les nouveaux renseignements à quelque chose connu. Cela peut toucher une expérience de la vie quotidienne ou un processus ou équipement spécifique;
- **utiliser ses études de cas, simulations cliniques ou autres activités de résolution des problèmes.** Les activités de règlement des problèmes attirent l'attention sur une situation spécifique liée au thème de la formation. En général, le travail en petit groupe accroît l'intérêt pour le thème;
- **utiliser des cassettes vidéo ou autres aides audiovisuels.** Utiliser des audiovisuels appropriés peut être stimulant et susciter de l'intérêt pour un thème;
- **donner une démonstration en classe.** Dans la majorité des cours de formation clinique, il existe du matériel, des instruments et des techniques qui permettent de faire des démonstrations, ce qui, généralement, stimule l'intérêt des participants;
- **utiliser un jeu, un jeu de rôles ou une simulation.** Les jeux, jeux de rôles et simulations génèrent énormément d'intérêt en impliquant directement le participant et sont donc utiles pour introduire les thèmes;
- **lier le thème aux expériences professionnelles futures.** L'intérêt des participants pour un thème sera d'autant plus grand qu'ils verront le rapport entre la formation et leur travail. Le formateur clinicien peut capitaliser sur cela en liant les objectifs, le contenu et les activités du cours à des situations de travail réelles.

Recours aux techniques de questions

On peut n'importe quand utiliser des questions aux fins suivantes :

- introduire un thème;
- renforcer l'efficacité de l'exposé illustré;
- susciter un remue-méninges;
- compléter le processus de discussion.

Recourir à diverses techniques pour poser des questions afin de maintenir l'intérêt et éviter un style trop répétitif :

- **poser une question à l'ensemble du groupe.** L'avantage de cette technique est que ceux qui veulent se porter volontaire peuvent le faire. Toutefois, certains participants peuvent dominer la discussion tandis que d'autres ne participeraient pas;
- **adresser la question à tel participant en utilisant son nom avant de poser la question.** Le participant, sachant qu'une question suit, peut se concentrer sur celle-ci et répondre en conséquence. L'inconvénient est que lorsque l'on cible tel participant, il est possible que les autres ne se concentrent pas sur la question;
- **poser la question, faire une pause et ensuite, adresser la question à tel participant.** Tous les participants doivent être à l'écoute de la question, au cas où elle s'adresserait à eux. Le premier inconvénient est que le participant à qui s'adresse la question risque d'être pris au dépourvu et devrait demander au formateur de répéter la question.

Lorsque l'on pose des questions, la clé est d'éviter l'habitude, la routine. Le formateur clinicien qualifié a recours aux trois techniques qui précèdent pour donner de la variété et maintenir l'attention des participants. Voici d'autres techniques :

- **utiliser les noms des participants** lorsque l'on pose des questions. C'est un élément motivateur puissant, qui aide aussi à s'assurer que tous participent;
- **répéter la réponse correcte d'un participant.** Cela offre un renforcement positif au participant et permet de s'assurer que le reste du groupe a entendu la réponse;
- **fournir un renforcement positif aux réponses correctes, afin de maintenir l'intérêt des participants pour le thème.** Le renforcement positif peut prendre diverses formes : féliciter, afficher le travail du participant, utiliser le participant comme adjoint ou recourir à des expressions faciales, hochements de tête et autres attitudes non verbales positives;
- **lorsque la réponse d'un participant est en partie correcte,** le formateur clinicien doit souligner la partie correcte et ensuite, apporter des améliorations pour la partie erronée ou réadresser une question connexe au participant ou à un autre;
- **lorsque la réponse d'un participant est erronée,** le formateur clinicien doit formuler une réponse non critique et reformuler la question pour mettre le participant sur la piste de la bonne réponse;
- **lorsqu'un participant n'essaie même pas de répondre,** le formateur clinicien peut opter pour la procédure qui précède ou réadresser la question

à quelqu'un d'autre. revenir au premier participant après avoir obtenu la réponse souhaitée et le faire prendre part à la discussion;

- **lorsque les participants posent des questions,** le formateur clinicien doit établir la réponse appropriée d'après son expérience personnelle et équilibrer les besoins de l'individu et ceux du groupe. Si la question porte sur un thème pertinent, mais qu'il n'a pas été débattu antérieurement, le formateur clinicien a le choix :
 - répondre à la question et passer à autre chose;
 - répondre par une autre question, amorçant ainsi une discussion sur le sujet.

Résumé des exposés

Le résumé sert à renforcer le contenu d'un exposé et à en récapituler les points principaux. L'exposé doit :

- être bref;
- rassembler les points principaux;
- engager les participants.

Le formateur clinicien dispose, pour les résumés, d'un certain nombre de techniques :

- **demander aux participants de poser des questions** leur offre la possibilité de préciser dans quelle mesure ils comprennent le contenu enseigné. Cela peut aboutir à des discussions animées sur les aspects qui semblent les plus difficiles;
- **poser des questions aux participants portant sur les principaux points de l'exposé;**
- **donner un exercice pratique ou un test** offre aux participants la possibilité d'établir dans quelle mesure ils comprennent la matière. Après l'exercice ou le test, utiliser les questions comme base de la discussion en demandant quelles sont les réponses correctes et en expliquant dans chaque cas pourquoi la réponse est correcte;
- **utiliser un jeu pour récapituler** les points principaux permet d'introduire une certaine variété, si le temps le permet. L'un des jeux populaires est de répartir les participants en deux équipes, de donner à chacune le temps de préparer des questions de récapitulation et ensuite, de permettre à chaque équipe de poser ses questions à l'autre équipe. Le formateur clinicien agit comme animateur en jugeant de l'acceptabilité des questions, en clarifiant les réponses et en tenant un registre des points des équipes. Le jeu peut être très motivant, tout en servant d'excellent résumé.

ANIMER LES DISCUSSIONS EN GROUPE

Les discussions en groupe sont une méthode d'apprentissage où les participants élaborent la majorité des idées, des réflexions, des questions et des réponses. Le formateur clinicien agit habituellement comme animateur et guide les participants au fil de la discussion.

Les discussions en groupe sont utiles :

- à la fin d'un exposé;
- après avoir vu une cassette vidéo;
- après une démonstration clinique ou une séance de pratique des compétences;
- après avoir examiné une étude de cas ou une simulation clinique;
- après un jeu de rôles;
- à n'importe quel autre moment si les participants ont déjà des connaissances ou une expérience liée au sujet.

Essayer de tenir une discussion en groupe si les participants n'ont qu'une connaissance ou une expérience limitée du sujet entraînera souvent une discussion inefficace ou une interaction faible ou nulle. Lorsque les participants connaissent le sujet, la discussion qui s'ensuit **suscitera probablement leur intérêt, stimulera la réflexion et favorisera une participation active**. L'interaction permet à l'animateur :

- de fournir un feedback positif;
- de souligner les points clés;
- de développer l'aptitude à la réflexion critique;
- de créer un climat d'apprentissage positif.

L'animateur doit tenir compte d'un certain nombre de facteurs s'il choisit la discussion en groupe comme stratégie d'apprentissage :

- les discussions réunissant **plus de 15 à 20 participants** peuvent être difficiles à diriger et pourraient ne pas donner à chacun la possibilité de participer;
- la discussion exige **davantage de temps** qu'un exposé illustré en raison de l'ampleur de l'interaction entre les participants;
- **mal dirigée, la discussion peut dévier** et ne jamais atteindre les objectifs établis par l'animateur;
- **si la discussion échappe au contrôle**, quelques participants pourraient dominer la discussion tandis que les autres se désintéresseraient.

En plus des discussions en groupe axées sur les objectifs de la séance, il existe deux autres types de discussion utilisables dans une situation de formation :

- **discussion générale** sur le thème des questions des participants concernant une activité d'apprentissage (p. ex., pourquoi préférer un type d'épisiotomie à un autre);
- **discussion en panel** où un animateur dirige une séance de questions et réponses entre les membres du panel et les participants.

Pour garantir le succès d'une discussion en groupe, voici les points essentiels à suivre :

- **organiser les sièges pour favoriser l'interaction** (p. ex., tables et sièges disposés en fer à cheval ou en carré ou en cercle afin que les participants se voient mutuellement);
- **énoncer le thème** dans le cadre de l'introduction;
- **faire passer la conversation** de l'animateur aux participants;
- **agir comme arbitre** et n'intervenir que si c'est nécessaire;
Exemple :
« Il est évident qu'Alain et Ilka prennent deux partis opposés dans cette discussion. Alain, voyons si je puis clarifier votre position. Vous semblez être d'avis que... »
- **résumer les points clés** de la discussion périodiquement;
Exemple :
« Arrêtons-nous quelques instants pour résumer les points principaux de la discussion. »
- **veiller à ce que la discussion ne dévie pas du thème;**
- **utiliser l'apport de chaque participant** et renforcer positivement;
Exemple :
« C'est un excellent point, Rosminah. Merci de partager cela avec le groupe. »
- **minimiser les arguments** entre participants;
- **encourager toutes les personnes à participer;**
- **veiller à ce qu'aucun participant ne domine la discussion;**
- **conclure la discussion par un résumé** des idées principales. L'animateur doit établir le lien entre le résumé et l'objectif présenté lors de l'introduction.

ANIMER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES

Le remue-méninges est une stratégie d'apprentissage qui stimule la réflexion et la créativité et est souvent utilisé en même temps que les discussions en groupe. L'objet premier du remue méninges est de produire une liste d'idées, de réflexions ou d'autres solutions axées sur un thème ou problème spécifique. Cette liste peut servir d'introduction à un thème ou être la base d'une discussion en groupe. Le remue-méninges exige que les participants possèdent déjà quelques renseignements sur le thème.

Voici quelques lignes directrices facilitant le recours au remue-méninges :

- **établir les règles de base;**
Exemple :
« Au cours de la séance de remue-méninges, nous suivrons deux règles de base. Toutes les idées seront acceptées et Alain les consignera sur le tableau à feuilles volantes. De plus, à aucun moment il ne sera question de discuter d'une idée ou de la critiquer. Plus tard, lorsque nous aurons établi notre liste de suggestions, nous y reviendrons et discuterons de chacune d'elles. Avez-vous des questions? Sinon... »
- **annoncer le thème ou le problème;**
Exemple :
« Au cours des quelques prochaines minutes, nous ferons une séance de remue-méninges et nous suivrons nos règles habituelles. Le thème d'aujourd'hui est 'cas où une césarienne est indiquée'. J'aimerais que chacun d'entre vous réfléchisse à au moins un cas où cette intervention est indiquée. Maria les inscrira au tableau afin que nous puissions en discuter plus tard. Qui veut s'exprimer en premier? Oui, Ilka... »
- **conserver un registre écrit** des idées et des suggestions sur un tableau à feuilles volantes ou une écritoire. Cela évitera de répéter et veillera à ce que les participants demeurent concentrés sur le thème. De plus, le fait de les avoir consignées par écrit sera utile au moment de discuter de chacune;
- **faire appel aux participants et fournir un feedback positif** pour les inciter à s'exprimer davantage;
- **récapituler périodiquement les idées et suggestions écrites** pour stimuler d'autres idées;
- **terminer le remue-méninges par une récapitulation de toutes les suggestions** et en précisant celles qui sont acceptables.

ANIMER DES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES

À nombre de reprises au cours de la formation, les participants seront répartis en plusieurs petits groupes, habituellement de quatre à six personnes. Voici quelques exemples d'activités en petits groupes:

- **réaction à une étude de cas**, qui peut être présentée par écrit ou verbalement par le formateur clinicien ou exposée par l'entremise de diapositives ou d'une cassette vidéo;
- **préparation à un jeu de rôles** dans le petit groupe et sa présentation au groupe complet;
- **prise en charge d'une situation ou gestion d'un scénario clinique**, par exemple simulation clinique, qui a été présentée par le formateur clinicien ou un autre participant;
- **pratique d'une compétence** dont le formateur clinicien a fait la démonstration à l'aide de modèles anatomiques.

Les activités en petits groupes offrent de nombreux avantages, notamment :

- fournir aux participants **l'occasion d'apprendre les uns des autres;**
- **faire participer** toutes les personnes;
- créer **un sentiment d'équipe** chez les membres, à mesure qu'ils apprennent à se connaître;
- obtenir une **variété de points de vue.**

Au cours de la tenue d'activités en petits groupes, il est important que les participants ne soient pas toujours dans le même groupe. Le formateur clinicien dispose de divers moyens pour créer des petits groupes:

- **affecter** les participants à des groupes;
- demander aux participants de choisir un chiffre, par exemple 1, 2, 3, etc., et réunir tous ceux qui ont choisi « 1 », mettre ensemble ceux qui ont choisi « 2 », etc.;
- demander aux participants de constituer **leurs propres groupes;**
- demander aux participants de **tirer un numéro de groupe (ou un nom de groupe).**

La ou les salles utilisées pour les activités en petits groupes doivent être assez grandes pour permettre d'organiser différemment les tables, les sièges et les auxiliaires pédagogiques (modèles, équipement) afin que les groupes individuels puissent travailler sans se déranger mutuellement. Le formateur clinicien devrait pouvoir passer facilement d'un groupe à l'autre dans la salle. Si possible, envisager d'utiliser des pièces plus petites près de la salle de formation primaire, et où les petits groupes peuvent mener leurs activités de résolution de problèmes, études de cas, simulations cliniques ou jeux de rôles. À noter qu'il sera difficile de mener en même temps plus d'une simulation clinique dans la même pièce/salle.

Les activités menées en petits groupes doivent être **stimulantes, intéressantes et pertinentes**; elles doivent n'exiger **que peu de temps** d'exécution et être **conformes aux antécédents des participants**. Chaque petit groupe peut travailler à la même activité ou chaque groupe peut avoir à régler un problème, une étude de cas, une simulation clinique ou un jeu de rôles différent. Peu importe le type d'activité, le temps alloué doit être habituellement limité. Lorsque c'est le cas, informer les groupes lorsqu'il reste cinq minutes ou que leur temps est terminé.

Les instructions aux groupes peuvent être présentées sous diverses formes :

- **document à distribuer;**
- **tableau à feuilles volantes;**
- **transparent;**
- **oralement** par le formateur clinicien.

Les instructions concernant les activités en petits groupes comprennent habituellement ce qui suit :

- **directives;**
- **durée;**
- **situation ou problème** à discuter, à résoudre ou à mener en jeu de rôles;
- **rôles** des participants (dans le cas d'un jeu de rôles);
- **questions** pour la discussion en groupe.

Lorsque chaque groupe a terminé son activité, l'animateur réunit tous les groupes afin de discuter de l'activité. Cette discussion peut comporter ce qui suit :

- **comptes rendus** de chaque groupe;
- **réponses** aux questions;
- **jeux de rôles** préparés dans chaque groupe et présentés par les participants dans les petits groupes ;
- **recommandations** de chaque groupe;
- **discussion de l'expérience** (s'il s'agit d'une simulation clinique).

Il est important que le formateur clinicien prévoie une discussion sommaire efficace après les activités en petits groupes. Cela permet de clore l'activité et de veiller à ce que les participants comprennent le but de l'activité.

LA DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE

Lorsqu'il s'agit de présenter une nouvelle compétence clinique, il existe toute une gamme de méthodes utilisables pour faire la démonstration de la procédure. À titre d'exemple :

- **diapositives** ou **cassette vidéo** où l'on fait la démonstration des étapes et de leur séquence conformément aux normes d'exécution acceptées;
- recours à des **modèles anatomiques**, par exemple simulateur d'accouchement pour faire la démonstration de la procédure et des compétences;
- **jeux de rôles** où un participant ou client substitut simule le cas d'une cliente et répond comme le ferait une vraie cliente;
- démonstration de la procédure avec **les clientes** dans un contexte clinique (centre de santé ou hôpital).

Quelle que soit la méthode utilisée pour faire la démonstration de la procédure, le formateur clinicien doit préparer les activités à l'aide de l'approche « **entière-partie-entière** »:

- faire la démonstration de **l'ensemble de la procédure** du début à la fin pour que les participants puissent visualiser la totalité de la procédure ou de l'activité;
- **isoler ou subdiviser la procédure** en activités (p. ex., counselling préopératoire, préparation de la cliente, tâches préopératoires, exécution de la procédure) pour permettre la pratique des activités individuelles de la procédure;
- refaire la démonstration de **l'ensemble de la procédure** et ensuite, permettre aux participants d'exécuter la procédure du début à la fin.

Lors de la planification et de la démonstration d'une procédure clinique, à l'aide de modèles anatomiques (ou avec des clientes, si approprié), le formateur clinicien doit respecter les lignes directrices suivantes :

- avant de commencer, **énoncer les objectifs** de la démonstration et préciser ce que les participants doivent faire (p. ex., interrompre et poser des questions, observer attentivement);
- s'assurer que **chacun puisse voir** les étapes en cause;
- **ne jamais** faire de démonstration erronée d'une compétence ou activité;
- faire la démonstration de la procédure de façon aussi **réaliste** que possible à l'aide des instruments et du matériel, dans un contexte clinique simulé;

- inclure toutes les étapes de la procédure, dans **la séquence correcte**, conformément aux normes d'exécution approuvées. Cela comprend la démonstration des étapes non cliniques, par exemple le counselling pré et post-opératoire et la communication avec la cliente pendant la chirurgie, ainsi que le recours aux pratiques recommandées de prévention des infections;
- pendant la démonstration, **expliquer aux participants les étapes exécutées**, particulièrement si elles sont difficiles ou peu faciles à observer;
- **poser des questions** aux participants pour maintenir leur participation;
Exemple :
« Que dois-je faire ensuite? »
« Que se passerait-il si...? »
- **inviter** les questions et suggestions;
- **prendre assez de temps** afin que chaque étape puisse être observée et comprise. Ne pas oublier que l'objectif de la démonstration est l'apprentissage des techniques et **non** une occasion pour le formateur clinicien de montrer sa dextérité et sa rapidité;
- **utiliser correctement l'équipement** et les instruments et veiller à ce que les participants voient clairement de quelle façon ils sont manipulés.

De plus, les participants doivent utiliser la fiche d'apprentissage préparée expressément pour chaque procédure clinique, afin d'observer l'exécution par le formateur clinicien pendant la démonstration initiale. Procéder ainsi :

- familiarise le participant à l'utilisation des fiches d'apprentissage axé sur les compétences;
- renforce la façon normalisée d'exécuter la procédure;
- montre aux participants que le formateur clinicien, même s'il est très expérimenté, n'est pas absolument parfait et peut accepter un feedback constructif sur sa performance.

À titre de modèle de rôle pour les participants, le formateur clinicien doit pratiquer ce dont il fait la **démonstration** (c.-à-d. la **méthode normalisée** approuvée telle que décrite dans la fiche d'apprentissage). Par conséquent, il est essentiel qu'il utilise la méthode normalisée. Pendant une démonstration, le formateur clinicien doit également manifester un comportement soutenant et établir une communication joviale et efficace avec **la cliente** et **le personnel** pour renforcer le résultat souhaité.

ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES

La prise de décisions cliniques est le processus systématique par lequel les fournisseurs qualifiés portent des jugements sur l'état, le diagnostic et le traitement de la cliente. Malgré l'importance de la qualité de la décision clinique pour la prestation de services de qualité, cet aspect n'est pas suffisamment bien traité, que ce soit dans l'enseignement antérieur au service ou la formation en cours d'emploi. Il faut acquérir tant de connaissances de base qu'il ne reste que peu de temps pour des aptitudes complexes comme la prise de décisions cliniques. Même là où il reste assez de temps, le processus décisionnel est une technique difficile à enseigner et à apprendre.

Jusqu'à récemment, on en savait peu sur la façon dont les décisions se prennent. Pour les prestataires avec expérience, la prise de décisions est un processus intuitif fondé sur les connaissances et l'expérience. Nombre des étapes nécessaires pour arriver à une décision peuvent être exécutées rapidement et inconsciemment. Ces prestataires sont incapables d'expliquer comment ils prennent leurs décisions ce qui, en retour, rend difficile l'enseignement de cette compétence aux autres. De plus, il n'est pas facile aux apprenants de préciser de quelle façon une décision est prise en observant simplement d'autres prestataires en action. Par conséquent, ils n'ont rien sur quoi se reposer pour développer leurs propres compétences.

Toutefois, on sait maintenant qu'il existe un processus pour arriver à la prise de décisions cliniques qui peut être réparti en une série d'étapes qui aident le prestataire à réunir l'information nécessaire pour se faire un jugement précis, amorcer des soins appropriés et en évaluer l'efficacité. Il existe nombre de manières différentes de désigner ces étapes, mais elles désignent le même processus. Nous illustrons ci-après deux de ces approches :

- bilan ou collecte de l'information;
- diagnostic, ou interprétation de l'information;
- planification, ou élaboration du plan de soins;
- intervention, ou mise en œuvre du plan de soins;
- évaluation, ou évaluation du plan de soins.

Pour enseigner la prise de décisions cliniques, il est important de s'assurer que les participants connaissent ce processus étape par étape et ce qui se passe lors de chacune. Ils doivent également savoir que, même s'il existe une série d'étapes pour la prise de décisions cliniques, le cheminement dans ces étapes est rarement linéaire ou séquentiel. Il s'agit plutôt d'un processus continu et circulaire, où le prestataire oscille entre les étapes au fil du changement de la situation clinique ou de l'émergence de besoins ou problèmes différents.

Il faut présenter aux apprenants les étapes de la prise de décisions cliniques tôt dans leur formation. Après cela, ces étapes seront soulignées continuellement et utilisées dans diverses situations. Tout au long de la formation, il faudrait donner aux apprenants des occasions et des situations appropriées où appliquer ces étapes et exercer leurs techniques décisionnelles. Qu'ils pratiquent leurs propres compétences ou observent des fournisseurs plus expérimentés, les apprenants doivent chercher à comprendre le raisonnement et le jugement qui sont à la base de chaque étape du processus. La façon dont la décision se prend est aussi importante que la décision elle-même. Pour expliquer de quelle façon une décision est prise, il faut habituellement la participation directe du formateur, car le processus décisionnel n'est pas facile à observer ou à définir.

Une autre stratégie clé d'enseignement de la prise de décisions cliniques est de prévoir le plus possible d'occasions d'acquérir de l'expérience et de la pratique des prises de décisions. Cette expérience, alliée aux connaissances cliniques, est un élément clé d'une prise de décisions réussie. Les enseignants doivent :

- exposer les apprenants **au plus grand nombre possible de clientes** et de cas divers;
- mettre les apprenants dans un **environnement clinique** le plus tôt possible et les guider soigneusement à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience;
- donner aux apprenants la plus grande **autonomie structurée** possible; ils doivent avoir la possibilité et le temps de tirer leurs propres conclusions et d'examiner leurs propres décisions;
- offrir aux apprenants un forum, par exemple des examens de cas ou conférences cliniques, pour **comparer leurs décisions** à celles prises par des prestataires plus expérimentés.

Il est important que l'enseignant discute du processus de prise de décisions avec chaque apprenant et que les apprenants partagent leurs expériences les uns avec les autres. Par ce partage de leurs expériences, les apprenants accumulent autant de cas ou d'approches supplémentaires portant sur le même problème et à « conserver en mémoire » pour utilisation ultérieure, même s'ils n'ont peut-être pas été impliqué directement dans la prise en charge des cas.

Enfin, l'enseignant doit donner aux apprenants son feedback sur la façon dont la prise de décision clinique a été appliquée dans une situation donnée. Cela renforcera plus efficacement la performance ultérieure plutôt que de s'entêter à savoir s'il aura trouvé la « bonne réponse ». En fait, une réponse incorrecte pour le bon motif devrait faire l'objet d'un feedback plus positif qu'une réponse correcte pour le mauvais motif.

Souvent, il n'est pas possible d'offrir aux apprenants la possibilité d'acquérir de l'expérience dans tous les types de situations où ils se trouveront à titre de praticiens indépendants. Leur « fichiers de mémoire »

peut néanmoins se constituer d'autres façons. Le recours abondant aux études de cas, aux jeux de rôles et aux simulations où l'on met en scène des situations cliniques spécifiques peut apporter beaucoup à l'expérience des apprenants. Ainsi, une dystocie véritable des épaules pendant l'accouchement est plutôt chose rare, mais les exercices ou pratiques répétés sur des modèles de manœuvres correctives pour la dystocie des épaules aidera les apprenants à répondre à l'urgence si elle se produit.

Nous présentons tout au long de ce kit de matériel pédagogique des outils pour l'enseignement des prises de décisions cliniques. Les études de cas et les simulations cliniques sont conçues pour faciliter l'enseignement de la prise de décisions en renforçant les étapes du processus. Les exercices du partogramme sont également des outils efficaces pour la prise de décisions. Ils ne visent pas simplement à aider les apprenants à tracer des données sur le partogramme, mais à utiliser les données pour dépister les problèmes et y réagir dès qu'ils se produisent, voire même avant. Toutefois, ces outils, à eux seuls, ne sont pas un moyen efficace pour enseigner la prise de décisions cliniques. L'enseignant doit jouer un rôle actif en discutant avec les apprenants, en les interrogeant, en expliquant et en leur demandant comment les décisions ont été prises chaque fois que ces outils sont utilisés. Cette interaction doit se poursuivre lorsque les apprenants passent en milieu clinique et travaillent avec les clientes.

La prise de décisions cliniques demeure une compétence difficile à enseigner. En commençant tôt dans la formation et en fournissant constamment des occasions de pratique et des orientations, soit en utilisant les outils figurant dans ce kit de matériel pédagogique ou par l'expérience avec les clientes, les enseignants aideront les participants à mieux comprendre le processus décisionnel et à perfectionner leurs propres compétences décisionnelles. De la sorte, la qualité des soins reçus par les clientes sera améliorée.

GESTION DE LA PRATIQUE CLINIQUE

Tirer le maximum de la pratique clinique exige que le formateur connaisse bien les sites de la pratique. Bien connaître la structure sanitaire avant le début de la formation permet au formateur d'établir des liens avec le personnel, de régler tout aspect de la situation qui ne conviendrait pas et d'effectuer les préparatifs pour que les participants vivent une expérience d'apprentissage la meilleure possible. Toutefois, malgré la meilleure planification, cela ne suffit pas toujours pour garantir le succès de l'expérience de la pratique clinique. En classe, le formateur est en mesure de contrôler l'horaire et les activités tandis que, dans la structure sanitaire, il doit toujours être à l'affût d'occasions imprévues d'apprentissage, qui peuvent survenir à n'importe quel moment, et il doit être prêt à modifier l'horaire en conséquence.

INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC LES CLIENTES

La dernière étape de l'acquisition des compétences cliniques suppose la pratique des procédures avec les clientes. Les modèles anatomiques, même très réalistes, ne peuvent pas remplacer totalement la réalité, à savoir l'exécution de la procédure avec une personne qui vit, respire, ressent et réagit. Les **inconvenients** de recourir à des clientes véritables pendant la formation aux compétences cliniques sont évidents. Les clientes peuvent subir un inconfort accru ou courir un risque accru de complications si les procédures sont exécutées par un clinicien non qualifié. Par conséquent, lorsque cela est possible et approprié, les participants ne devraient être autorisés à travailler avec les clientes qu'après avoir établi leur maîtrise de la compétence et un certain niveau de maîtrise parfaite de la compétence sur un modèle anatomique ou en situation de simulation.

Il faut tenir compte des **droits des clientes** en tout temps pendant la formation clinique. Voici quelques pratiques qui permettront de veiller à ce que l'on protège de routine les droits des clientes pendant la formation clinique :

- lorsqu'une cliente subit un examen physique ou une intervention, on doit respecter son droit à **l'intimité corporelle**;
- la **confidentialité** des renseignements sur la cliente obtenus pendant le counselling, l'anamnèse, les examens physiques ou les interventions doit être strictement respectée. Les clientes doivent être rassurées à ce propos. La confidentialité peut être difficile à maintenir si des cas particuliers servent aux exercices d'apprentissage, par exemple études de cas et réunions cliniques. Ces discussions doivent toujours avoir lieu dans une zone privée où les autres employés et clientes ne peuvent pas entendre et doivent se dérouler sans mention du nom de la cliente;
- la **cliente**, lors du counselling ou lorsqu'elle subit un examen physique ou reçoit des services de santé maternelle et néonatale, **doit être informée du rôle de chaque personne concernée** (p. ex., formateurs cliniciens, personnes en formation, personnel de soutien, chercheurs);
- **l'autorisation de la cliente doit être obtenue** avant qu'un clinicien en formation puisse observer ou exécuter la moindre procédure ou y participer. Comprendre le droit de refuser d'être soignée par un clinicien en formation est important pour chaque cliente. De plus, il faut veiller à ce que les soins ne soient pas replanifiés ou refusés si la cliente n'autorise pas la présence ou les services d'un clinicien en formation. En pareil cas, le formateur clinicien ou autre membre du personnel doit exécuter la procédure;
- le **formateur clinicien doit être présent pendant tout contact avec une cliente** dans une situation de formation et la cliente doit être mise au courant du rôle du formateur. De plus, le formateur clinicien doit être prêt à intervenir si la sécurité de la cliente est en cause ou si elle éprouve un inconfort grave;
- le **formateur doit faire preuve de discernement sur les modalités d'encadrement et de feed-back** pendant la pratique avec les clientes. Un feed-back correctif en présence d'une cliente doit se limiter aux erreurs qui peuvent lui nuire ou la mettre mal à l'aise. Un feed-back négatif exagéré peut angoisser à la fois la cliente et le clinicien en formation;
- les **clientes doivent être choisies soigneusement** et en fonction des objectifs de la formation clinique. Ainsi, les participants ne doivent pas se pratiquer avec des clientes « difficiles » tant qu'ils ne maîtrisent pas parfaitement la procédure.

AMÉNAGEMENT D'OCCASIONS D'APPRENTISSAGE

Planification de l'apprentissage

Le formateur clinicien doit **préparer un plan pour chaque journée passée dans la structure sanitaire**. Ce plan permettra d'orienter la journée de manière cohérente par rapport aux objectifs d'apprentissage et de veiller à ce que toutes les compétences requises soient adéquatement abordées. Dans la préparation du plan, le formateur doit tenir compte de ce qui suit :

- la pratique clinique doit progresser des **compétences fondamentales vers des compétences plus complexes**. De cette manière, il est plus facile de veiller à la sécurité et à la qualité des soins fournis par les participants et cela leur permet en même temps d'acquérir de la confiance lorsqu'ils font la démonstration de leur maîtrise des compétences fondamentales;
- **il se peut que le nombre de participants soit supérieur** à ce que tel service de la structure sanitaire **peut recevoir en même temps sans difficulté**. Généralement, trois ou quatre participants est le maximum que peut absorber un service particulier de la structure sans nuire à la prestation des services. S'ils sont plus nombreux, le formateur doit établir un système de rotation où chaque participant dispose d'autant de temps et d'occasions dans chaque service clinique;
- certaines expériences cliniques, par exemple **les urgences obstétricales (p. ex., éclampsie, hémorragie postpartum, travail dystocique) ne peuvent être planifiées ou prévues**. Le formateur doit être vigilant pour identifier les situations cliniques appropriées et les répartir également entre les participants. Avant la pratique de chaque jour, le formateur doit demander au personnel de

l'informer, s'il y a des clientes qui présenteraient un intérêt particulier afin que les participants puissent être affectés pour travailler avec elles;

- en plus de la pratique quotidienne des compétences cliniques spécifiques, **le plan du formateur doit porter sur d'autres grands thèmes**, par exemple la prévention des infections, la logistique de la structure ou la circulation de la clientèle. Même si ces thèmes ne sont pas directement évalués au moyen d'une liste de vérification ou d'un autre outil d'évaluation axée sur les compétences, ils jouent un rôle important dans la prestation de services de santé maternelle et néonatale de qualité. Pour que les participants accordent l'attention voulue à ces thèmes, le formateur doit concevoir et préparer des activités visant chacun de ceux-ci, par exemple :
 - observer les pratiques de prévention des infections utilisées dans la structure. Quelles sont les pratiques recommandées et utilisées et celles qui ne le sont pas? Sont-elles utilisées de façon constante et correctement? Pourquoi ou pourquoi non?
 - examiner les dossiers des clientes des derniers mois afin de préciser les types de clientes vues en obstétrique. On peut obtenir des renseignements supplémentaires, par exemple les plaintes les plus courantes et, dans les cas individuels, le déroulement du travail (examen des partogrammes), la progression d'une pathologie spécifique, le traitement fourni, la réaction au traitement, etc.;
 - faire un inventaire des fournitures, de l'équipement et des médicaments disponibles dans la zone de prestation des services pour vérifier s'ils peuvent être obtenus rapidement au besoin;
 - inévitablement, il y aura **des moments où les clientes seront peu nombreuses et d'autres où il n'y en aura pas**. Le formateur doit avoir préparé, à l'intention des participants, des activités supplémentaires, par exemple celles décrites précédemment. Les études de cas et jeux de rôles sont également utiles en pareilles circonstances. **Même sans cliente, l'apprentissage doit se poursuivre**. Il n'est pas acceptable de prolonger les pauses ou de quitter tôt le site clinique.

Dans la formation sanitaire

Comme nous l'avons mentionné, la planification à elle seule ne suffit pas pour garantir la réussite de la pratique clinique. Il existe plusieurs stratégies clés à la portée du formateur clinicien pour accroître la probabilité de succès dans la structure sanitaire.

- le formateur doit **surveiller directement** les compétences que chaque participant peut mettre en pratique et noter leur fréquence, afin que chaque participant ait suffisamment d'occasions d'arriver à la maîtrise de la compétence. Le participant qui montre sa maîtrise de la césarienne ou l'administration d'une anesthésie rachidienne ne devrait pas recevoir d'autres clientes exigeant cette intervention ou procédure jusqu'à ce que les autres participants aient eu la possibilité d'arriver à cette maîtrise;
- il est essentiel que le formateur soit souple et conscient constamment des possibilités d'apprentissage, lorsqu'il en survient. Cela exige la connaissance de la structure sanitaire, la façon dont il est aménagé et dont il fonctionne, la population cliente, etc., ainsi que de bonnes relations professionnelles avec le personnel. Le formateur aura besoin de compter sur la collaboration du personnel pour l'informer de cas particuliers ou inhabituels et pour permettre aux participants de fournir des services à ces clientes. Il est plus facile d'établir ce genre de relation au préalable, pendant la préparation du site et d'autres visites effectuées par le formateur;
- **les participants doivent également être encouragés à être à l'affût** de ces possibilités d'apprentissage. Le formateur peut alors décider quel est ou quels sont les participants qui seront affectés à une cliente en particulier. Le formateur et les participants ne doivent pas oublier que les expériences cliniques doivent être partagées également. Par conséquent, le participant qui a décelé un cas pourrait ne pas y être affecté s'il a déjà eu un cas semblable auparavant. Il ne convient pas de soumettre la cliente à la procédure plusieurs fois simplement pour permettre à tous les participants de pratiquer une compétence;
- pour tirer parti des possibilités lorsqu'elles surviennent, il est possible que le formateur doive **modifier le plan de la journée et des jours suivants**, mais en évitant le plus possible les perturbations dans la prestation des services. Les participants doivent être informés de toute modification dès que possible afin qu'ils puissent se bien préparer à chaque journée en clinique;
- il est rare que tous les participants aient la possibilité de travailler avec tous les types de clientes. Le formateur clinicien devra compléter **le travail effectué avec les clientes par des études de cas et des jeux de rôles**. Le formateur doit rapidement déceler les événements ou pathologies importants mais rares, par exemple pré-éclampsie grave, et préparer les activités d'avance. Les cas réels reçus dans la structure sanitaire peuvent aussi servir de base à ces activités. Ils peuvent alors être utilisés au cours des séances cliniques pour élargir la gamme d'expériences des participants.

RÉUNIONS PRÉ ET POST PRATIQUE CLINIQUE

Les structures sanitaires n'ont pas tous de salles de réunion, mais le formateur clinicien doit faire tout son possible pour trouver un local :

- permettant de **discuter librement**, de travailler en petit groupe et de pratiquer les compétences sur des modèles;
- **éloigné** si possible du service aux clientes de façon à ne pas nuire aux soins à la clientèle et autres tâches du personnel.

Réunions préalables à la pratique clinique

Le formateur et les participants doivent se rencontrer au début de chaque séance de pratique clinique. La réunion doit être de courte durée et porter sur ce qui suit :

- les objectifs d'apprentissage de la journée;
- toute modification éventuellement nécessaire à l'horaire;
- les rôles et responsabilités des participants pour la journée, y compris les affectations de travail et le plan de rotation, le cas échéant;
- les tâches spéciales à réaliser dans la journée;
- le thème de la réunion suivant la pratique clinique, afin que les participants prennent note de tout ce qui se passe dans la journée qui serait utile à la discussion;
- les questions liées aux activités de la journée et découlant des journées précédentes s'il est possible d'y répondre brièvement; sinon, elles doivent être reportées à la réunion suivant la pratique clinique.

Réunions suivant la pratique clinique

Le formateur clinicien doit terminer chaque journée de pratique clinique par une réunion permettant de récapituler les événements de la journée et d'en tirer parti comme expériences d'apprentissage. On recommande une réunion d'au moins une heure. Elle sert à ce qui suit :

- revoir les objectifs d'apprentissage de la journée et évaluer les progrès dans ce sens;
- présenter les cas observés pendant la journée, notamment les cas intéressants, inhabituels ou difficiles;
- répondre aux questions cliniques sur les situations et les clientes dans la structure sanitaire ou concernant les renseignements contenus dans le manuel de référence;
- planifier la prochaine séance clinique et apporter au besoin des changements à l'horaire;
- effectuer des exercices pratiques supplémentaires avec des modèles si nécessaire;
- revoir les études de cas, jeux de rôles ou tâches préparés d'avance par les participants et en discuter. Ces activités doivent compléter les séances tenues dans la partie du cours donnée en

classe, surtout si le temps en classe est limité et que l'expérience clinique est nécessaire pour mieux comprendre les questions à débattre. Parmi les thèmes des études de cas, des jeux de rôles et des affectations, mentionnons :

- qualité des soins;
- services cliniques fournis;
- mesures de soins préventifs;
- barrières médicales à la prestation de services de haute qualité;
- suivi recommandé.

LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR

Dans son rôle de superviseur, le formateur doit superviser les activités des participants dans la structure sanitaire afin que :

- chaque participant ait des possibilités suffisantes et appropriées de pratiquer les compétences;
- les participants ne perturbent pas la prestation efficace des services dans l'établissement ou ne nuisent pas aux employés ou à leurs fonctions;
- les soins fournis par chaque participant ne nuisent pas aux clientes ou ne leur font pas courir de risques.

Le formateur doit toujours être avec les participants lorsqu'ils travaillent avec les clientes, particulièrement s'ils exécutent des procédures cliniques. Les formateurs pourraient avoir plus qu'un ou deux participants à superviser. Puisque le formateur ne peut être avec tous les participants en même temps, d'autres méthodes de supervision doivent être appliquées :

- les participants doivent comprendre ce qu'ils peuvent faire de façon autonome et ce qui exige la supervision du formateur, afin de pouvoir continuer à travailler lorsque le formateur est avec un autre participant. Les participants doivent être responsables de veiller à être supervisés lorsque c'est nécessaire. Cette responsabilité, toutefois, demeure en définitive celle du formateur;
- les activités supplémentaires n'exigeant pas de supervision directe offriront aux participants l'occasion de participer directement à l'apprentissage, lorsqu'ils ne sont pas avec des clientes;
- le personnel clinique agit également comme superviseur si le formateur a confiance dans leurs compétences cliniques et leur capacité de fournir un feedback appropriée. La possibilité que le personnel clinique supervise les participants est une autre raison pour laquelle le formateur doit apprendre à connaître le personnel avant le début de la formation. Au cours de la préparation du site clinique, le formateur peut observer les compétences des membres du personnel et s'assurer qu'ils soient compétent. Le formateur

peut également avoir la possibilité d'évaluer leurs aptitudes d'encadrement. Il peut même y avoir du temps pour travailler avec les membres du personnel pour améliorer leurs compétences afin qu'ils puissent servir de modèles et appuyer les participants dans leur apprentissage;

- plus il y aura de participants dans l'établissement, plus le formateur devra compter également sur le personnel pour agir comme formateur. Néanmoins, il conserve en définitive la responsabilité de chaque participant, notamment de l'évaluation finale de la maîtrise de la compétence de chacun. Voilà pourquoi, si de multiples sites cliniques sont utilisés pendant un cours, il faut affecter à chacun un formateur;
- puisque le personnel clinique ne participe pas à la partie du cours donnée en classe, il n'a pas la possibilité d'apprendre à connaître les participants et leurs aptitudes avant que ces derniers n'arrivent à l'établissement. Il serait donc avisé de communiquer ces renseignements au personnel clinique s'il doit assumer une part importante de la supervision des participants. Le personnel clinique doit en outre être encouragé à procéder à une évaluation initiale des compétences des participants avant de les autoriser à travailler avec les clientes pour qu'ils sachent en toute confiance que ces derniers sont bien préparés;
- le personnel clinique doit aussi savoir que le formateur souhaiterait recevoir de lui du feed-back sur les participants;
- le feed-back sera-t-il verbal, écrit ou les deux? Si le feed-back doit être écrit, le formateur doit concevoir un instrument ou un formulaire pour guider le personnel clinique. Le formateur doit fournir un nombre suffisant d'exemplaires du formulaire et donner au personnel des directives sur son utilisation. Le formateur doit préparer un formulaire que les membres du personnel peuvent remplir rapidement et facilement;
- à quelle fréquence fournir le feed-back? Quotidiennement? Chaque semaine? Uniquement à la fin de la formation?
- le feed-back à fournir doit-elle être à la fois positif et correctif?
- existe-t-il des voies administratives par lesquelles le feed-back doit être transmis? Dans certains établissements, par exemple, les membres du personnel communiquent leur feed-back à la personne responsable de la structure sanitaire qui, par la suite, prépare un rapport à l'intention du formateur;

- lors de la conception du système de feed-back, le formateur doit tenir compte du temps nécessaire pour préparer le feed-back et le transmettre. Pour le personnel clinique, qui a déjà un horaire très chargé, ce sera du travail supplémentaire. Il vaut mieux que le système soit aussi simple et aussi facile à utiliser que possible.

LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR

L'une des tâches les plus difficiles, même pour les formateurs chevronnés, est d'être un bon moniteur et de fournir du feed-back dans l'environnement clinique. Peu importe que le formateur puisse facilement donner du feed-back en classe ou en travaillant avec des modèles, une fois dans l'établissement, la situation n'est plus la même. Les clientes, le personnel et les autres participants sont à proximité et les services d'urgence doivent fonctionner harmonieusement et efficacement. Le formateur se sent souvent poussé de veiller à ce que tout fonctionne, parce que d'autres clientes doivent être vues et qu'il doit être disponible pour tous les participants. Consacrer trop de temps à telle ou telle cliente ou à tel ou tel participant a des conséquences sur tous.

Séances de feed-back

On saute souvent les séances de feed-back avant et après la pratique pour économiser sur le temps. Ces séances, toutefois, sont d'une grande importance pour poursuivre le développement des compétences psychomotrices et décisionnelles du participant. Sans un feed-back et un encadrement adéquats, le participant peut rater une occasion d'apprentissage importante, de sorte qu'il lui faudra plus longtemps pour acquérir la maîtrise de la compétence.

Ne pas oublier que, dès lors, le participant a déjà établi sa maîtrise de la compétence sur le modèle et pourrait ne pas avoir besoin de beaucoup de feed-back. Pour réduire les perturbations dans les services, les séances de feed-back avant et après la pratique peuvent se limiter à quelques minutes dans un endroit éloigné des zones de soins de la clientèle.

La structure de la séance de feed-back est essentiellement la même, qu'elle ait lieu avant ou après la pratique, qu'il s'agisse de la performance d'un participant avec des modèles ou avec les clientes.

- le participant doit d'abord dégager ses forces personnelles et les points à améliorer;
- ensuite, le formateur doit offrir un feed-back descriptif et spécifique assortie de suggestions sur ce qu'il y a à améliorer et la façon d'y parvenir;

- enfin, le participant et le formateur doivent convenir de ce sur quoi portera la séance de pratique, notamment la façon dont ils interagiront en présence de la cliente. À titre d'exemple, ils peuvent convenir que si le formateur place une main sur l'épaule du participant, cela signifie d'arrêter et d'attendre d'autres instructions.

La séance de feed-back avant la pratique doit avoir lieu avant d'entrer dans la pièce ou travailler avec la cliente. La séance de feed-back après la pratique peut être reportée jusqu'à ce que les soins à la cliente soient terminés et que celle-ci soit dans un état stable, n'exigeant plus de soins continus. Le formateur doit s'efforcer de ne pas retarder le feed-back plus que nécessaire. Elle est toujours plus efficace lorsqu'elle a eu lieu dès que possible après les soins. Cela permettra également au participant de mettre à profit, s'il y a lieu, le feed-back au cours de la prestation des services à la cliente suivante.

Feed-back pendant une procédure

Veiller à ce que la cliente sache que le participant, même s'il est déjà prestataire de services, est également un apprenant. La rassurer en lui disant que le participant possède déjà beaucoup de pratique et a déjà maîtrisé la compétence sur des modèles. La cliente doit s'attendre à ce que le formateur parle avec le participant et comprendre que cela ne signifie pas que quelque chose ne va pas. Enfin, la cliente doit comprendre clairement que le formateur est un prestataire qualifié et qu'il est là pour s'assurer que la procédure est exécutée de façon sécuritaire et sans retard.

1. Feed-back positif

Le feed-back positif est souvent facile à donner et on peut le faire en présence de la cliente. Les formateurs croient souvent qu'entendre un feed-back, même positif, perturbera la cliente. Nombre de clientes, toutefois, trouvent rassurant d'entendre que le prestataire reçoit un feed-back positif.

- veiller à ce que le feed-back soit modéré et discret; un éloge trop exubérant peut être source d'inquiétude pour la cliente autant que les observations négatives. Trop de louanges peut inciter la cliente à se demander : « Qu'est-ce qu'on me cache? » « Pourquoi est-il si étonnant que cette personne fasse du bon travail? »
- le feed-back positif peut être transmis par l'expression faciale et le ton de la voix plutôt que des mots et demeurer très efficace.

En même temps, l'absence de feed-back de quelque sorte peut être inquiétante pour le participant. À ce stade du perfectionnement des compétences, on s'attend que le participant fasse du bon travail, même avec la première cliente, et soit habitué à entendre des observations positives. Par conséquent, pour maintenir la confiance du participant, il demeure important de lui donner un feed-back positif.

2. Feed-back correctif

Quelles que soient les circonstances, le feed-back correctif est difficile à donner, et plus particulièrement si la cliente est présente. Il est important que ce feed-back soit discret et modéré. Il existe un certain nombre de techniques pour rendre la chose plus facile :

- souvent, un regard ou un geste de la main (p. ex., mettre la main sur l'épaule) peut être aussi efficace que les mots et moins inquiétant pour la cliente;
- on peut faire de façon directe et discrète de simples suggestions pour faciliter la procédure. Ne pas tomber dans de longues explications des raisons pour lesquelles vous faites une suggestion ou offrez une observation, mais garder plutôt cela pour la séance de feed-back après la pratique;
- afin d'aider le participant à éviter les erreurs, le formateur peut poser calmement une question simple et directe sur la procédure proprement dite. Si, par exemple, une étape de la procédure risque d'être oubliée, demander au participant, avant qu'il fasse autre chose, de nommer l'étape suivante pourrait éviter une erreur. Ce n'est pas le moment opportun pour poser des questions hypothétiques sur des effets secondaires potentiels et les complications, car cela pourrait distraire le participant et inquiéter la cliente;
- parfois, même après avoir pratiqué beaucoup sur les modèles, les participants font des erreurs qui pourraient blesser la cliente. En pareils cas, le formateur doit être prêt à intervenir dans la procédure et à prendre la relève au pied levé. Cela doit se faire calmement et en maîtrisant totalement le cas, pour éviter d'inquiéter inutilement la cliente.

FORMATION CLINIQUE
en SANTÉ de la
REPRODUCTION *pour les*
SITUATIONS *d'URGENCE*

Planification familiale



GUIDE DE
RÉFÉRENCE

REMERCIEMENTS

L'initiative Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies (RAISE) a développé un kit de matériel pédagogique en planification familiale pour former les prestataires œuvrant en situations d'urgence; elle est le fruit de la collaboration de nombreuses personnes clés sans lesquelles la réalisation de ces guides n'aurait pas été possible. RAISE souhaiterait exprimer ses remerciements aux nombreux professionnels compétents qui ont préparé cette trousse, notamment : Dr. Fred Akonde, Dr. Grace Kodindo, Pamela Ochieng, Louise Lee-Jones, Emma Simpson, Dr. Kathleen Mitchell et l'équipe de développement médical de Marie Stopes International.

Les personnes qui ont travaillé aux versions antérieures du présent guide commandent également nos profonds remerciements, notamment celles qui travaillent à Jhpiego, au Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), au gouvernement du Kenya, au ministère de la Santé, à l'Université de Nairobi et à l'hôpital national Kenyatta.

RAISE Initiative. *Planification familiale : Guide de référence. Formation clinique en santé de la reproduction pour les situations d'urgence.* L'initiative Reproductive Health Access Information and Services in Emergencies. Londres, Nairobi et New York, 2009.

Conception et production : Green Communication Design inc. www.greencom.ca

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	105
INTRODUCTION	106
REPRODUCTION	107
ANATOMIE DES ORGANES SEXUELS ET DE LA REPRODUCTION	107
Organes reproducteurs féminins	107
Organes reproducteurs masculins	109
MENSTRUATIONS	110
PRÉVENTION DES INFECTIONS	112
LES GANTS ET LEUR UTILISATION	112
TECHNIQUE ASEPTIQUE	114
TRAITEMENT DES INSTRUMENTS	114
ÉLIMINATION DES DÉCHETS	119
COUNSELLING EN PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	122
PARLER SEXUALITÉ	125
ÉVALUATION ET ANAMNÈSE DE LA CLIENTE	126
ANAMNÈSE DE LA CLIENTE	126
ÉTABLIR SI LA CLIENTE EST OU NON ENCEINTE	126
EXAMEN PHYSIQUE	126
MÉTHODES MODERNES DE CONTRACEPTION	129
RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	129
CONTRACEPTIFS HORMONAUX	129
Pilules contraceptives orales combinées	129
Pilules progestatives	132
Injectables	134
IMPLANTS CONTRACEPTIFS	138
Renseignements généraux	138
Procédure d'insertion des implants	140
Procédure de retrait des implants	141
DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)	141
Renseignements généraux	141
Procédure d'insertion des DIU	144
Procédure de retrait des DIU	145
MÉTHODES DE BARRIÈRE	145
Préservatif masculin	145
Préservatif féminin	146
CONTRACEPTION D'URGENCE	147
MÉTHODES PERMANENTES DE PLANIFICATION FAMILIALE	148
Ligature des trompes	148
Vasectomie	149

TABLE DES MATIÈRES (suite)

MÉTHODES CONTRACEPTIVES PLUS RÉCENTES	149
MÉTHODES NATURELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	150
MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE.....	151
COÏT INTERROMPU (RETRAIT)	151
ANNEXES	152
LECTURES ESSENTIELLES.....	152
EFFICACITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	153
BIBLIOGRAPHIE	154

ACRONYMES

AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	IDP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur pays
ARV	Antirétroviral	IST	Infection sexuellement transmissible
AVC	Accident vasculaire cérébral	LNG	Lévonorgestrel
CCI	Communication et counselling interpersonnels	LT	Ligature des trompes
CCV	Contraception chirurgicale volontaire	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
CDC	Centers for Disease Control and Prevention	MGF	Mutilation génitale féminine
CDV	Counselling et dépistage volontaire	NET-EN	Noristerat et syngestral
CIC	Contraceptif injectable combiné	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CIPS	Contraceptif injectable à progestatif seul	PCU	Pilule contraceptive d'urgence
COC	Contraceptif oral combiné	PdC	Produits de la conception
CPI	Cardiopathie ischémique	PF	Planification familiale
CPN	Consultation prénatale	PI	Prévention des infections
CU	Contraception d'urgence	PITC	Conseil et dépistage à l'initiative du soignant
DHN	Désinfection de haut niveau	PP	Pilule progestative
DIU	Dispositif intra-utérin	PPS	Point de prestation de services
DMPA	Depo-Provera, Depo, Megestron et Petogen	SAA	Soins après avortement
EP	Embolie pulmonaire	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
EPI	Équipement de protection individuelle	SMI	Santé maternelle et infantile
FAC	Formation axée sur les compétences	SPP	Soins post-partum
hCG	Gonadotrophine chorionique humaine	SR	Santé de la reproduction
IAR	Infection de l'appareil reproducteur	TARV	Thérapie antirétrovirale
IEC	Information, éducation et communication	TVP	Thrombose veineuse profonde
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

La planification familiale et l'espacement des naissances peuvent protéger la santé et sauver la vie de femmes et d'enfants en évitant des grossesses inopportunes et non désirées, en réduisant l'exposition des femmes aux risques sanitaires liés à l'accouchement et à l'avortement et en leur donnant plus de temps pour prendre soin de leurs enfants et d'elles-mêmes. C'est au Caire, à la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, qu'a été officiellement reconnu le droit à planification familiale (PF) des réfugiés et des personnes déplacées. Plus particulièrement, à la conférence du Caire, on a reconnu le droit de tous les couples de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès à l'information, à l'éducation et au moyen requis pour y parvenir.

Dans les situations d'urgence, la prestation de services de PF pose des défis particuliers :

- l'écroulement de l'infrastructure sanitaire peut limiter l'accès aux services de santé de la reproduction (SR), notamment aux services de PF;
- les clientes déplacées ou non fixées peuvent avoir de la difficulté à s'en tenir aux méthodes exigeant une dose quotidienne et pourraient ne pas avoir accès aux structures sanitaires pour obtenir leur injection ou renouveler leurs réserves de pilules;
- les difficultés dans la chaîne d'approvisionnement peuvent restreindre la disponibilité de certaines méthodes;
- les prestataires, affectés par le nombre élevé de clients et les ressources limitées, peuvent considérer la PF comme moins prioritaire.

Malgré ces difficultés, parmi tant d'autres, il est important que les clientes qui utilisent déjà la PF puissent continuer à avoir accès aux méthodes pendant les urgences extrêmes et, une fois la situation stabilisée, que les méthodes et services de PF soient à la disposition de toutes les personnes qui les demandent.

Le présent manuel est un guide de référence à l'intention des prestataires de services de PF travaillant en situations d'urgence ou de crise. Il a été conçu pour accompagner la publication de l'OMS intitulé *Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.

Il est possible de relever et la qualité des services de SR et l'utilisation des services de PF en liant la PF aux autres services de SR, notamment :

- consultations prénatales (CPN);
- soins post-partum (SPP);
- soins après-avortement (SAA);
- diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), notamment VIH/SIDA;
- conseil et dépistage volontaire (CDV) ou Conseil et dépistage du VIH à l'initiative du soignant ;
- soins cliniques pour les survivante de violence sexuelle;
- santé de la reproduction chez les adolescents;
- Le counselling en PF doit être fourni aux clientes lorsque l'un ou l'autre de ces autres services est fourni et, si la cliente le désire, elle devrait être référée vers les services de PF.

REPRODUCTION

La conception est normalement le résultat d'une relation sexuelle avec pénétration vaginale; quatre facteurs sont essentiels pour qu'il y ait conception :

Le système hormonal de la femme doit être fonctionnel :

- chaque mois, les ovaires libèrent au moins un œuf vers le 14^e jour suivant le début du cycle menstruel;
- des changements interviennent dans le mucus vaginal et cervical permettant aux spermatozoïdes d'atteindre plus facilement l'œuf;
- des changements interviennent dans la paroi de l'utérus, de sorte qu'un œuf fertilisé peut s'y implanter.

Le système hormonal de l'homme doit être fonctionnel et il doit y avoir ce qui suit :

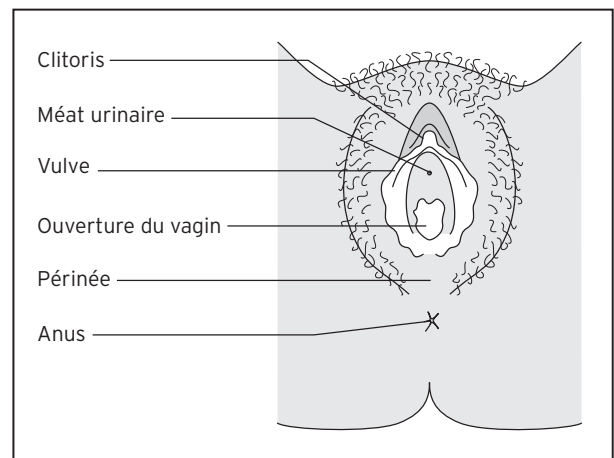
- production de sperme actif;
- désir sexuel;
- libre circulation des œufs et du sperme dans les trompes de Fallope;
- le contact entre les œufs et le sperme doit se produire au moment le plus favorable pour la conception, soit habituellement dans les 12 heures suivant le moment où l'ovaire a libéré l'œuf.

ANATOMIE DES ORGANES SEXUELS ET DE LA REPRODUCTION

Il est important que les prestataires de services de PF connaissent l'anatomie de l'appareil génital et la physiologie de la conception afin de saisir de quelle façon fonctionnent les contraceptifs modernes et de fournir aux clientes des conseils de qualité.

Organes reproducteurs féminins

Organes génitaux externes féminins

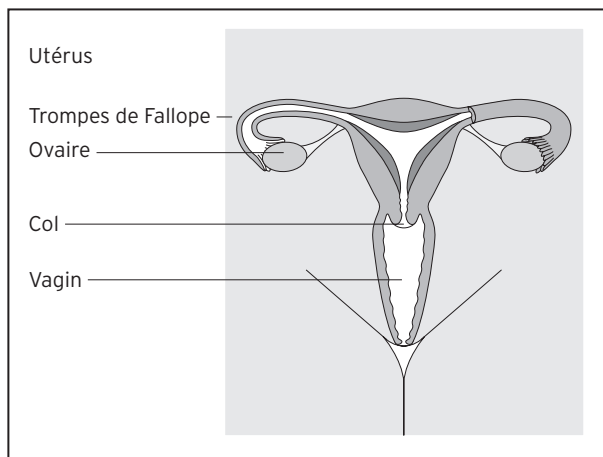


© Illustration, droits réservés 2009 : Annabel Milne, de MSI Family Planning Counselling Flipchart

Les organes génitaux externes de la femme, c'est-à-dire la vulve, comportent quatre parties :

- Mont de Vénus : coussinet de tissus adipeux recouvrant l'os pubien. À la puberté, cette partie se couvre de poils.
- Grandes lèvres : plis doubles de tissus spongieux de part et d'autre de l'ouverture vaginale et protégeant les structures génitales.
- Petites lèvres : deux plis de peau plus petits partant du clitoris et s'étendant de part et d'autre du méat urinaire (ouverture de la vessie) et du vagin. Les petites lèvres se gonflent lors de l'excitation sexuelle.
- Clitoris : organe sensible situé à la jonction supérieure des lèvres, à l'origine du plaisir sexuel chez la femme.

Appareil génital interne de la femme

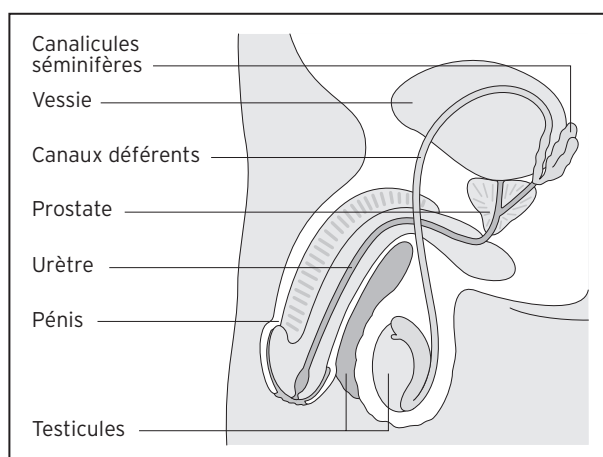


© Illustration, droits réservés 2009 :
Annabel Milne, de MSI Family Planning Counselling Flipchart

L'appareil génital interne de la femme comporte six parties, qui subissent l'influence du système hormonal qui sécrète de l'œstrogène, de la progestérone et de la testostérone (en moindre quantité que chez l'homme) :

1. **Vagin** : conduit musculaire menant à l'utérus; l'ouverture du vagin se situe entre le méat urinaire et l'anus. Le vagin permet l'écoulement menstruel et le passage du nouveau-né à la naissance. Le pénis pénètre dans le vagin pendant la relation sexuelle. Le vagin est lubrifié par du mucus qui, habituellement, est légèrement acide et endommage le sperme. Pendant la phase de fertilité du cycle menstruel, l'œstrogène rend le mucus plus réceptif au sperme. Lorsque la femme est sexuellement excitée, les glandes autour de l'ouverture du vagin et du col sécrètent un liquide lubrifiant qui aide à éviter que les tissus du vagin soient endommagés pendant la relation sexuelle.
2. **Col (col de l'utérus)** : l'entrée de l'utérus, qui s'avance dans le vagin. Le col a une structure caoutchouteuse (un peu comme l'extrémité du nez) et on peut sentir sa présence au fond du vagin. L'ouverture du col permet le passage du sperme dans l'utérus et la sortie du flux menstruel. L'œstrogène produit par les ovaires à l'époque de l'ovulation rend la glaire cervical plus accueillant pour le sperme, lui permettant de passer plus facilement dans l'utérus et les trompes de Fallope pour la fertilisation.
3. **Utérus** : organe musculaire creux aux parois épaisses situé entre la vessie et le rectum. Chez la plupart des femmes, l'utérus penche vers l'avant, mais chez certaines, il penche vers l'arrière (rétroversion). La paroi de l'utérus (endomètre) change pendant le cycle menstruel pour préparer l'implantation de l'œuf fertilisé. S'il y a conception, l'œuf fertilisé s'implante normalement dans l'utérus et le fœtus s'y développe. Chaque mois, s'il n'y a pas eu conception, l'endomètre est expulsé pendant les règles. Au cours de la grossesse, l'utérus s'étire, passant de sa taille originale (3 à 4 pouces) à une dimension pouvant abriter le futur bébé. Une semaine après la naissance du bébé, l'utérus rétrécit à la moitié de la taille atteinte lors de l'accouchement et, lorsque le bébé a un mois, l'utérus a repris sa taille initiale.
4. **Les trompes de Fallope** s'étendent du haut de l'utérus vers les ovaires et permettent le passage des œufs dans l'utérus. Les projections digitées (frange ovarienne) à l'extrémité des trompes aspirent les œufs libérés par les ovaires. Habituellement, la fertilisation des œufs se produit dans l'une ou l'autre des trompes de Fallope et l'œuf fertilisé va s'implanter sur la paroi de l'utérus. Parfois, l'œuf fertilisé s'implante dans la trompe de Fallope, situation dangereuse appelée « grossesse ectopique ». Lorsque l'œuf fertilisé s'implante dans une trompe de Fallope, la multiplication des cellules provoque une distension de la trompe, ce qui peut finalement entraîner son éclatement (rupture), provoquant une hémorragie interne qui peut être mortelle pour la femme.
5. **Les deux ovaires**, un à l'extrémité de chaque trompe de Fallope, contiennent les « follicules » abritant les œufs. À la naissance, les ovaires de la femme contiennent tous les œufs dont elle disposera pour la reproduction sa vie durant. Lorsqu'une femme atteint l'âge de procréer, quelques follicules sont stimulés par les hormones chaque mois. Après stimulation, l'un des follicules à maturité libère un œuf, habituellement vers le 14^e jour du cycle menstruel. L'œuf peut être fertilisé dans les 12 à 24 heures suivant sa libération, sinon il meurt. Les ovaires produisent de l'œstrogène et de la progestérone, qui favorisent le développement des caractéristiques sexuelles et augmentent l'élasticité des organes génitaux et la lubrification du vagin.
6. **Le périnée** est un réseau musculaire entourant le vagin et l'anus, qui soutient la cavité pelvienne et maintient les organes pelviens en place.

Organes reproducteurs masculins



© Illustration 2009 copyright: Annabel Milne sourced from the MSI Family Planning Counselling Flipchart

Les organes génitaux externes masculins sont le pénis et le scrotum :

Pénis : l'organe sexuel par lequel coulent l'urine et le liquide séminal. Le pénis est habituellement flasque (mou) et durcit (érection) pendant l'excitation sexuelle, pour faciliter la pénétration vaginale. La tête du pénis (*gland*) est très sensible. La tête du pénis est couverte d'une peau appelée *prépuce* qui, dans certaines sociétés, peut être enlevée par circoncision.

Scrotum : sac de peau épaisse qui pend sous la base du pénis. Le scrotum contient et protège les testicules et les aide à demeurer à une température inférieure à celle du corps, ce qui est important pour la production du sperme.

Organes génitaux internes masculins

Les organes génitaux internes masculins comprennent les testicules, les épидидymes, les canaux déférents, les vésicules séminales, la prostate (ou glande prostatique) et les glandes bulbo-urétrales.

Les **testicules** sont les deux organes de forme ovale produisant le sperme et la testostérone, l'hormone masculine responsable du développement des caractéristiques sexuelles et de l'appétit sexuel chez l'homme.

Les **épididymes** sont des canaux spiralés situés entre le côté des testicules le plus près du corps. C'est là que le sperme mûrit et est stocké avant d'être expulsé pendant l'éjaculation.

Les **canaux déférents** sont les deux tubes qui transportent le sperme des épидидymes vers l'urètre.

Les **vésicules séminales** sont des sacs glandulaires qui produisent environ 60 % du liquide séminal qui transporte le sperme.

La **prostate** est une structure de la taille d'une noix de Grenoble située derrière la vessie et sécrétant environ 30 % du liquide séminal. L'alcalinité du liquide neutralise le milieu acide des canaux reproducteurs de l'homme et de la femme et protège le sperme. Un muscle situé à la base de la prostate empêche l'écoulement du sperme dans l'urètre jusqu'à ce qu'il y ait éjaculation, mais quelques spermatozoïdes peuvent être présents dans le liquide pré-éjaculatoire (il est important que les clients comprennent pour quelle raison le retrait du pénis du vagin avant l'éjaculation (coït interrompu) constitue une méthode peu fiable de PF).

Les **glandes bulbo-urétrales** sont deux glandes de la taille d'un pois situées à la base du pénis, sous la prostate, et sécrétant un liquide alcalin clair qui s'écoule dans l'urètre pendant l'excitation sexuelle et avant l'orgasme et l'éjaculation. Les glandes bulbo-urétrales produisent également un liquide pré-éjaculatoire dans l'urètre, qui lubrifie le sperme et recouvre l'urètre lorsque le sperme s'écoule du pénis.

À propos du sperme

- Les spermatozoïdes sont les cellules les plus petites du corps humain, soit moins de la moitié de la largeur d'un globule blanc. L'œuf est 30 fois plus gros et est visible à l'œil nu.
- Les testicules commencent à produire des spermatozoïdes à la puberté, à un taux d'environ quatre millions de nouveaux spermatozoïdes par heure. L'homme produit des spermatozoïdes toute sa vie.
- Un éjaculat de 3 à 5ml contient environ 350 millions de spermatozoïdes. Le sperme ne représente qu'environ 1 % du liquide séminal.
- Les spermatozoïdes survivent normalement six heures au maximum dans le vagin, mais on en retrouve jusqu'à 16 heures après la relation et, dans certains cas, si le mucus de la femme demeure réceptif, les spermatozoïdes peuvent survivre cinq à sept jours.
- Le liquide pré-éjaculatoire peut comporter de petites quantités de spermatozoïdes.

MENSTRUATIONS

Le cycle menstruel est un processus qui prépare le corps de la femme à la grossesse. Les prestataires de services de PF doivent savoir parfaitement ce qu'est le cycle menstruel afin de pouvoir l'expliquer aux clientes. Les règles sont une partie très importante de la vie des femmes, mais c'est un aspect difficile à comprendre, elles peuvent être imprévisibles et sont entourées de croyances, de mythes et de tabous. Nous expliquons ici certains faits clés sur les règles, pour ensuite nous interroger à savoir en quoi cela influe sur le choix de la méthode de PF.

Phases du cycle menstruel

En moyenne, le cycle menstruel dure 28 jours, mais cela varie d'une femme à l'autre et, chez certaines femmes, les variations peuvent être de mois en mois. Peu importe la durée de son cycle menstruel « normal », le cycle d'une femme en particulier, généralement, ne varie pas par plus de quatre jours.

Chez les adolescentes, le cycle menstruel peut varier pendant les deux ou trois premières années, fluctuant entre 21 et 45 jours. L'absence d'une menstruation est également courante chez les filles qui ont récemment commencé leurs règles, ainsi que chez les femmes qui approchent de la ménopause.

Jours 1 à 5 - Pertes menstruelles

Ce sont les jours des règles ou pertes menstruelles. Le premier jour des pertes menstruelles est le jour 1 du cycle menstruel. Les pertes durent habituellement de deux à sept jours, cinq jours étant la durée la plus courante. Pendant la grossesse, il y a absence de règles.

Jours 5 à 13 - Phase folliculaire

Chaque mois, il se développe de cinq à sept follicules ovariens, mais pas plus de deux arrivent à maturité. Les follicules secrètent de plus en plus d'œstrogène, ce qui favorise la croissance d'un nouvel endomètre et stimule le col pour qu'il produise un mucus cervical plus fluide facilitant le passage du sperme.

Jour 14 - Ovulation

Le ou vers le jour 14, un œuf à maturité est libéré d'un follicule et passe dans la trompe de Fallope. S'il est fertilisé dans les 12 à 24 heures suivantes, il se déplacera jusqu'à l'utérus où il s'implantera. S'il n'est pas fertilisé, l'œuf se dégrade dans l'utérus. Certaines femmes éprouvent une douleur durant quelques heures au moment de l'ovulation. Le changement hormonal qui se produit à ce moment peut également provoquer un léger saignement de milieu de cycle ou une microrragie (petite perte sanglante) chez certaines femmes.

Jours 15 à 18 - Phase lutéinique

Pendant les deux semaines suivant la libération de l'œuf, les follicules restants ou le corps jaune produisent de grandes quantités de progestérone, de même que de l'œstrogène. La progestérone provoque l'épaississement de l'endomètre, en préparation pour la grossesse.

S'il y a fertilisation, l'œuf s'implante dans l'utérus de six à 12 jours après l'ovulation. Il y a production d'une hormone, la gonadotrophine chorionique humaine (hCG), qui maintient le corps jaune et lui permet de continuer à produire de la progestérone. S'il n'y a pas d'implantation dans les deux semaines suivant l'ovulation, le corps jaune meurt, entraînant une forte baisse de progestérone et d'œstrogène. Ces changements hormonaux entraînent la dégradation de la paroi utérine (endomètre), ce qui provoque les pertes menstruelles.

Jours de fécondité

Les jours 8 à 19 du cycle menstruel sont considérés comme les « jours de fécondité » d'une femme, même si cette période varie d'une femme à l'autre d'après son cycle menstruel. La grossesse est la plus probable si une femme a des relations sexuelles de deux à trois jours avant l'ovulation jusqu'à deux jours après l'ovulation. Même si l'ovulation a normalement lieu le jour 14, il est possible de concevoir plus tôt ou plus tard et cela, pour diverses raisons :

- l'œuf peut survivre de 12 à 24 heures après sa libération, mais si plus d'un œuf est libéré, le créneau peut être plus long;
- l'ovulation peut se produire plus tôt ou plus tard que le jour 14;
- le sperme peut vivre dans les trompes de Fallope jusqu'à cinq jours.

Menstruations

Les menstruations (« règles » ou « menstrues ») sont la période mensuelle où s'éliminent les tissus et le sang de la partie superficielle de l'utérus; elles se produisent s'il n'y a pas eu conception. Les menstruations durent habituellement de deux à sept jours et la quantité de sang et de tissus perdus pendant les règles est normalement de 10 à 35 ml (environ 3 à 8 cuillères à thé). En plus des règles normales, certaines femmes ont de petites pertes (microrragie) au milieu du cycle menstruel, lors de la libération de l'œuf; cela est également tout à fait normal.

La survenance des règles chaque mois est habituellement l'indice que la femme n'est pas enceinte (même s'il peut y avoir des saignements ou microrragies au début de la grossesse). Les règles s'arrêtent pendant la grossesse et, chez de nombreuses femmes, ne reprennent que plusieurs mois après l'accouchement, particulièrement si la femme a opté pour l'allaitement exclusif.

Parmi les troubles menstruels, il faut mentionner :

Ménorragie : saignement très abondant qui peut même provoquer l'anémie. La ménorragie est plus courante chez les femmes très jeunes ou préménopausées. Les problèmes de saignements inhabituels sans cause apparente doivent faire l'objet d'une investigation.

Dysménorrhées : crampes menstruelles provoquées par la contraction de l'utérus pour expulser les pertes menstruelles. Ces symptômes peuvent être allégés par des exercices modérés ou des anti-inflammatoires non stéroïdaux.

Aménorrhée : absence de menstruations. Sauf la grossesse, la lactation et la ménopause, il y peut avoir arrêt temporaire des règles en raison du stress, d'une maladie, d'une mauvaise nutrition, d'une perte de poids ou, parfois, pour aucune raison apparente. En pareil cas, il faut toujours envisager la grossesse.

Ménarche

La première apparition des règles peut se produire n'importe quand entre huit et 16 ans. Il n'est pas possible de savoir exactement quand une fille commencera ses règles et il se peut qu'une fille devienne enceinte sans jamais avoir eu de règles.

Ménopause

La ménopause est la période marquant la fin des règles et lorsqu'elle est terminée, c'est le signal de la fin de la capacité de la femme de donner la vie. Cela se produit habituellement entre 45 et 55 ans, mais peut intervenir n'importe quand dans la vie d'une femme, après 40 ans. Le processus de la ménopause dure en moyenne quatre ans. Les changements hormonaux entraînent une irrégularité des cycles menstruels, des modifications de la durée du cycle et, parfois, d'autres symptômes, par exemple des bouffées de chaleur. Finalement, les ovaires cessent de produire des œufs et les règles s'arrêtent. La femme devrait continuer à faire usage de la contraception et doit être considérée comme fertile jusqu'à ce qu'elle n'ait plus eu de menstruations depuis au moins un an.

PRÉVENTION des INFECTIONS

Les pages suivantes se veulent une récapitulation utile des méthodes et procédures de base de prévention des infections (PI). La prévention des infections comporte plusieurs éléments différents : nous donnons ci-après quelques données clés qu'il est important de revoir.

S'il faut quelque chose de plus complet à des fins d'information ou la formation, nous recommandons le cours en direct de prévention des infections de Engender Health (en anglais et en espagnol) à l'adresse <http://www.engenderhealth.org/ip> ou le Marie Stopes Infection Prevention Training Pack disponible de Marie Stopes International, Medical Development Team, 1, rue Conway, Fitzroy Square, Londres, W1T 6LP.

Pourquoi est-il si important d'empêcher la propagation des infections?

Ces dernières années, nous avons observé un nombre croissant de maladies jadis mieux contrôlées, par exemple la rougeole et la tuberculose (TB). Maintenant, il existe de nouvelles maladies incurables, par exemple celles provoquées par le VIH et les virus de l'hépatite B et C, qui sont devenues d'importantes causes des maladies graves et de décès dans de nombreuses parties du monde.

Les structures sanitaires sont le foyer « idéal » de propagation des infections pour les raisons suivantes :

- dans l'exécution des procédures invasives, il y a contact avec le sang et les tissus sous-cutanés;
- des microorganismes non détectés peuvent atteindre certaines parties de du corps et y causer des infections;
- les prestataires et l'équipe de la structure sanitaire sont constamment exposés à des matières infectieuses;
- certains clients peuvent être déjà infectés ou sujets à l'infection;
- certains clients souffrent d'infections qui peuvent être transmises aux autres; nous ne savons peut-être pas si nos clients sont ou non infectés;
- nous recevons souvent de nombreux clients pendant la journée, tous rapprochés dans un espace restreint.

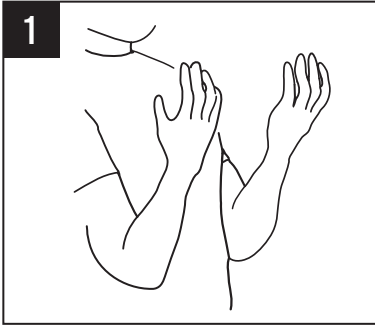
De plus, nous ne savons peut-être pas combien de nos clients contractent des infections, par exemple le VIH ou l'hépatite B ou C, pour avoir eu recours aux services de santé. Les clients peuvent s'adresser ailleurs pour être traités et il peut être difficile de dépister une infection pour remonter jusqu'à sa source. À défaut de ces renseignements, nous pouvons être amenés à penser que nos mesures de PI sont acceptables tandis que, en fait, elles pourraient être meilleures. Nous devons avoir la certitude que toutes les mesures de PI sont prises par tous les membres de l'équipe et avec toutes les clientes et ce, en tout temps.

LES GANTS ET LEUR UTILISATION

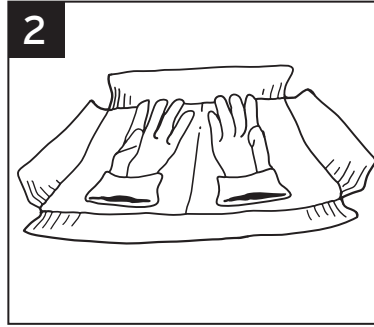
Les gants protègent à la fois les clientes et les membres de l'équipe en instaurant une barrière contre les microorganismes. Il existe trois types de gants :

- stériles - à utiliser lorsqu'il y a contact avec le sang ou les tissus sous-cutanés (procédures chirurgicales, ligature bilatérale des trompes, etc.);
- gants d'examen propres - utilisables dans les cas où il y a contact avec des membranes muqueuses intactes ou si vous souhaitez réduire le risque d'exposition;
- gants de ménage - pour la manipulation des articles contaminés, des déchets médicaux ou chimiques et pour l'entretien.

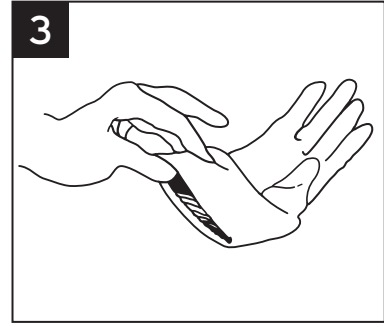
Étapes à suivre pour mettre des gants chirurgicaux



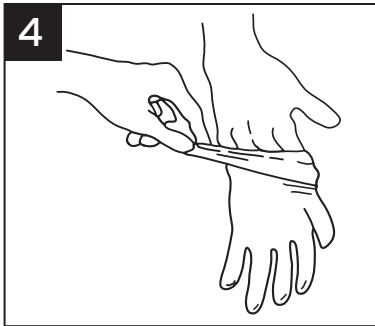
1 Préparer une surface assez grande, propre et sèche, pour ouvrir l'emballage des gants. Vous pouvez soit ouvrir l'emballage extérieur et ensuite procéder au lavage chirurgical ou encore, faire le lavage chirurgical et demander à quelqu'un d'ouvrir pour vous l'emballage des gants.



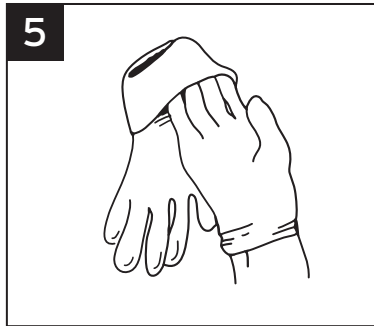
2 Ouvrir l'emballage intérieur des gants, exposant manchettés, paumes vers le haut. Les gants sont manchettés pour être plus faciles à enfiler sans les contaminer. En mettant les gants stériles, ne pas oublier que le premier gant doit être pris par la manchette seulement. Le second gant ne devrait alors être touché qu'avec l'autre gant stérile.



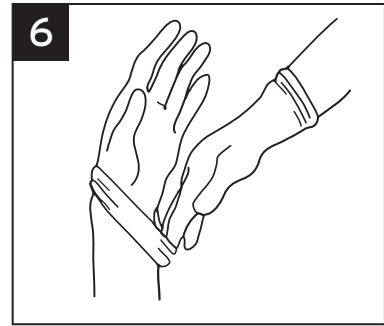
3 Prendre le premier gant par la manchette en ne touchant que la partie de la manchette qui va à l'intérieur (l'intérieur est le côté entrant en contact avec la peau une fois le gant mis).



4 En tenant le gant d'une main, glisser l'autre main dans le gant. (Pointer les doigts du gant vers le sol, pour que les doigts restent ouverts.) Attention à ne pas toucher autre chose et tenir les gants au-dessus de la taille.



5 Prendre le second gant en glissant les doigts de la main gantée sous la manchette du second gant. Attention à ne pas contaminer la main gantée avec la main non gantée en enfilant le second gant.



6 Mettre le second gant sur la main non gantée en imprimant une traction constante par la manchette. Ajuster les doigts et les manchettes jusqu'à ce que vous vous sentiez à l'aise avec les gants.

NOTA : Si le premier gant n'est pas enfilé correctement, attendre d'avoir mis le second gant avant d'apporter des ajustements. Utiliser alors les doigts stériles d'un gant pour ajuster la portion stérile de l'autre gant.

© Engenderhealth

Les blessures causées par des aiguilles et autres objets pointus ou tranchants sont, pour l'équipe, la principale cause d'infection par des microorganismes infectieux transportés par le sang, par exemple VIH et virus de l'hépatite B et C. Tous les membres de l'équipe qui utilisent des objets pointus ou tranchants courent des risques. Il est essentiel de manipuler prudemment les objets pointus ou tranchants pour éviter les complications dans la prestation des services.

Il peut y avoir blessures lorsque :

- les membres de l'équipe recapuchonnent, plient ou cassent des aiguilles;
- quelqu'un transportant un objet pointu ou tranchants non protégé pique accidentellement un autre membre de l'équipe ou une cliente;
- des objets pointus ou tranchants sont laissés dans la lingerie;
- les prestataires de services travaillent dans des locaux confinés et ne peuvent facilement voir ce qui se passe;
- l'on manipule et élimine des déchets contenant des objets tranchants;
- les clientes bougent subitement pendant une injection.

TECHNIQUE ASEPTIQUE

Nous décrivons ici les pratiques mises en œuvre avant ou pendant une intervention chirurgicale pour réduire les risques d'infection post-opératoire chez les clients. Les techniques aseptiques empêchent que les microorganismes à l'origine des infections pénètrent dans le corps.

Voici les principales caractéristiques d'une technique aseptique :

- l'utilisation de barrières, par exemple blouses et masques (au besoin);
- le lavage chirurgical et le port des gants;
- la préparation appropriée de la cliente :
 - nettoyage du site chirurgical au savon et à l'eau si, visiblement, il n'est pas propre;
 - préparation du site d'incision par badigeonnage à l'antiseptique en procédant de façon circulaire du centre vers l'extérieur;
 - préparation appropriée du vagin, du col et des autres membranes muqueuses;
- l'établissement et le maintien d'un champ stérile (pour les interventions invasives) :
 - ne placer que des articles stériles dans le champ stérile;
 - ouvrir ou transférer les articles stériles sans les contaminer;
 - savoir ce qui est stérile et ce qui ne l'est pas;
 - agir de manière à ne pas contaminer le champ stérile;
 - reconnaître et sauvegarder la zone stérile du prestataire;
 - ne pas placer d'articles stériles près de fenêtres ou portes ouvertes;
- l'utilisation de bonnes techniques chirurgicales :
 - la manipulation délicate des tissus et la réduction des incisions au minimum atténuent le risque d'infection post-opératoire chez la cliente;

- créer une zone chirurgicale/d'intervention propre, par exemple :
 - restreindre le nombre de personnes qui entrent dans la salle et en sortent;
 - aménager l'endroit pour réduire les risques d'infection; ne pas établir un champ stérile à proximité d'une porte ou d'une fenêtre;
 - en cas de doute à savoir si un article est stérile, considérer qu'il est contaminé;
 - nettoyer et désinfecter toutes les surfaces qui pourraient avoir été contaminées avant l'arrivée d'une nouvelle cliente.

RAPPEL :

- seules les personnes autorisées devraient pouvoir entrer dans la salle d'intervention;
- garder les portes et les rideaux fermés;
- fermer l'endroit pour empêcher qu'il y ait de la poussière ou des insectes;
- nettoyer et désinfecter toutes les surfaces qui pourraient avoir été contaminées, avant l'arrivée d'une nouvelle cliente.

TRAITEMENT DES INSTRUMENTS

Un traitement approprié est essentiel pour réduire la transmission des infections pendant les procédures cliniques ou chirurgicales. La manipulation et le traitement adéquats réduisent également les risques d'infection pour l'équipe du centre.

Cet aspect compte quatre étapes :

Étape 1 - Décontamination

Étape 2 - Nettoyage

Étape 3 - Stérilisation ou désinfection de haut niveau

Étape 4 - Stockage

Étape 1 - Décontamination

Cette étape :

- tue les virus (y compris le virus de l'hépatite B et autres virus pouvant causer une hépatite, le VIH et nombre d'autres microorganismes);
- rend les instruments et autres articles plus sécuritaires à manipuler pour les membres de l'équipe qui font le nettoyage et le traitement subséquent;
- rend les articles plus faciles à nettoyer en évitant que le sang et les autres fluides corporels et tissus sèchent sur eux (même si le nettoyage demeure nécessaire, car la décontamination n'élimine pas le sang et les tissus sur les articles).

Marche à suivre pour la décontamination

Utiliser une solution de chlore à 0,5 %. Le chlore est habituellement le désinfectant le plus économique et le plus universellement disponible.

Voir ci-après, dans l'encadré, les modalités de préparation d'une solution à 0,5 %. Utiliser un seau de plastique muni d'un couvercle et le marquer : solution de chlore à 0,5 %.

Tous les instruments doivent être désinfectés immédiatement après l'usage.

Laisser tremper 10 minutes, en utilisant une minuterie à sonnerie indiquant que le temps est écoulé (un trempage plus prolongé entraînera la corrosion des instruments métalliques).

Préparation d'une solution de chlore à 0,5 %

Le chlore que renferme l'eau de javel existe en concentrations diverses. Vous pouvez utiliser n'importe quel type d'eau de javel, peu importe la concentration, pour préparer une solution à 0,5 % à l'aide la formule donnée ci-après. Lire l'étiquette du contenant d'eau de javel pour vérifier quelle est la concentration.

(% de chlore actif dans l'eau de javel, divisé par 0,5) - 1 = nombre de mesures d'eau par mesure d'eau de Javel.

[Conseil pratique : diviser par 0,5 est comme multiplier par 2]

Par « mesure », il faut entendre n'importe quelle unité de mesure - ainsi, on peut utiliser une cruche ou un bol (voir l'encadré qui suit donnant la formule).

La personne responsable de commander les fournitures doit informer les membres de l'équipe si le produit a été modifié.

Si la solution est trop faible, elle ne tuera pas les microorganismes; si elle est trop forte, elle endommagera ou corrodera les articles mis à tremper dans la solution.

La solution de décontamination doit être changée quotidiennement ou plus souvent si elle devient trouble (voir à la page suivante : Conseils touchant la décontamination).

Étape 2 - Nettoyage

Nettoyer signifie récurer avec une éponge ou une brosse douce, du détergent et de l'eau. Cette étape est essentielle pour les raisons suivantes :

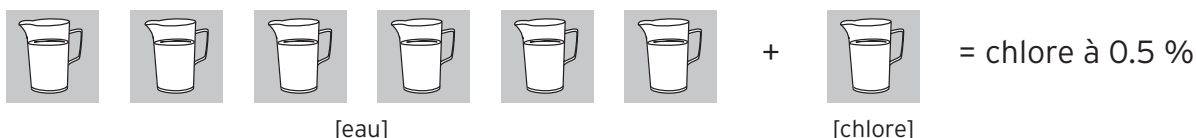
- elle élimine les matières organiques, la saleté et les autres matières qui peuvent empêcher la stérilisation ou la DHN;
- elle réduit le nombre de microorganismes, même les endospores bactériennes, sur les instruments et autres articles.

Sans le nettoyage :

- les microorganismes emprisonnés dans les caillots de sang et autres matières organiques peuvent être ainsi protégés et survivre à la stérilisation;
- les matières organiques et la saleté peuvent réduire l'efficacité des produits chimiques utilisés dans certaines techniques de traitement des instruments.

Tout instrument qui porte encore du sang vieilli après le traitement des instruments ne peut être considéré comme stérilisé ou DHN.

Formule pour préparer une solution chlorée à 0,5 % à partir d'eau de javel renfermant 3,5 % de chlore actif.



Guide pratique pour préparer une solution de chlore

Pour préparer une solution chlorée à 0,5 % à l'aide de la formule (% de chlore actif dans le contenant d'eau de javel initial, divisé par 0,5) - 1 = nombre de mesures d'eau pour diluer l'eau de javel, donc :

- si la concentration de lessive est de 3,5 %, mélanger une mesure d'eau de javel à six mesures d'eau;
- si la concentration de lessive est de 4 %, mélanger une mesure d'eau de javel à sept mesures d'eau;
- si la concentration de lessive est de 4,5 %, mélanger une mesure d'eau de javel à huit mesures d'eau;
- si la concentration de lessive est de 5 %, mélanger une mesure d'eau de javel à neuf mesures d'eau;
- si la concentration de lessive est de 5,5 %, mélanger une mesure d'eau de javel à 10 mesures d'eau;
- si la concentration de lessive est de 6 %, mélanger une mesure d'eau de javel à 11 mesures d'eau.

Les membres de l'équipe chargés de préparer la solution de chlore à 0,5 % doivent savoir que les concentrations d'eau de javel peuvent différer d'un produit à l'autre. Il est essentiel d'effectuer des calculs ou de suivre les directives du fabricant si on utilise un chlore en poudre ou des comprimés de chlore.

Conseils concernant la désinfection

- utiliser un seau de plastique avec couvercle pour la solution de désinfection; le chlore corrode le métal;
- utiliser un marqueur et écrire sur le seau « solution de chlore à 0,5 % »;
- placer les instruments utilisés dans le seau de désinfection sans faire d'éclaboussures;
- toujours rincer les gants d'intervention dans le seau de désinfection avant de les retirer;
- ne jamais laisser d'instruments dans le seau de désinfection plus de 10 minutes, car cela les abimera;
- changer quotidiennement la solution de désinfection (parce que le chlore s'évapore) ou si elle est contaminée par le sang ou devient trouble;
- ne jamais utiliser la solution de désinfection sur la peau ou les muqueuses;
- prévoir un seau rempli d'eau du robinet, à côté du seau de désinfection, de sorte que lorsque les articles sont prêts à sortir de la solution désinfectante, ils peuvent être placés dans l'eau jusqu'à ce que l'employé soit prêt à les nettoyer;
- toujours utiliser des gants de ménage pour retirer les articles du seau de désinfection.

Étapes du nettoyage

1. Utiliser une brosse couple ou une vieille brosse à dents, de l'eau et suffisamment de détergent pour que l'eau fasse de la mousse ou des bulles (ne pas utiliser de savon, car il laisse un résidu gras où les microorganismes prospèrent) :
 - a. frotter les instruments et autres articles vigoureusement pour éliminer le sang, les fluides corporels, les tissus et autres matières organiques;
 - b. utiliser des gants de ménage à longues manchettes pour le nettoyage;
 - c. faire le nettoyage dans un bol ou une bassine près d'un évier, pour y rincer les articles nettoyés;
 - d. tenir les instruments sous l'eau pour éviter les éclaboussures;
 - e. démonter les instruments et brosser dans les cannelures, creux, dents et joints où les matières organiques peuvent s'accumuler et adhérer;
 - f. ne pas utiliser d'abrasif pour le nettoyage des instruments, car cela cause sur les instruments métalliques de minuscules égratignures où peuvent se dissimuler des microorganismes.
2. Rincer abondamment les articles à l'eau propre pour éliminer la totalité du détergent. Les résidus de détergent peuvent réduire l'efficacité du traitement chimique.
3. Laisser les articles sécher à l'air ou les sécher à l'aide d'une serviette propre. Les instruments qui seront traités avec des solutions chimiques doivent être totalement secs, autrement la solution sera diluée; il n'est pas nécessaire de sécher au préalable les articles qui subiront une désinfection de haut niveau à l'eau bouillante ou à la vapeur.

Étape 3 - Stérilisation et DHN

Stérilisation ou DHN : quelle est la différence et quand utiliser l'une ou l'autre?

La stérilisation tue tous les microorganismes qui peuvent être à l'origine d'une infection : bactéries, virus, champignons, parasites et endospores bactériennes à l'origine de maladies comme le tétanos et la gangrène gazeuse.

La DHN ou désinfection de haut niveau tue les bactéries, les virus, les champignons et les parasites, mais n'est pas totalement efficace pour tuer toutes les endospores bactériennes.

La stérilisation est la solution privilégiée et doit être utilisée dans la mesure du possible.

La DHN devrait être offerte pour les instruments où il y a peu de risque de présence d'endospores bactériennes, par exemple canules pour AMIU. Puisque les canules pour l'AMIU sont de plastique souple, la stérilisation à la chaleur n'est pas possible et, d'après les recherches internationales abondantes, la recommandation est que la DHN convient pour les canules d'AMIU.

Nous résumons dans les notes suivantes les méthodes les plus courantes de stérilisation et de DHN. Peut-être ne sont-elles pas toutes utilisées dans votre centre. En lisant intégralement les notes, comparer ce qui est recommandé à ce qui se passe dans votre centre.

Méthodes de stérilisation

Il existe trois méthodes : Dans chaque méthode, il est essentiel que les articles soient désinfectés et bien nettoyés avant d'être stérilisés. Les caillots de sang peuvent abriter des microorganismes nuisibles, même après la stérilisation.

1. Stérilisation à la vapeur ou en autoclave
Détruit les microorganismes sur les articles propres par l'application d'une chaleur humide sous pression.

Utiliser l'autoclave pour stériliser :

- les liquides (eau stérile);
- les instruments et autres articles de métal;
- les blouses et les draps chirurgicaux; ils ne peuvent être stérilisés qu'en autoclave et sont essentiels pour créer un champ stérile où les instruments peuvent toucher les tissus sous la peau.

2. Stérilisation à la chaleur sèche (four électrique)

Détruit les microorganismes sur les articles propres par l'application de chaleur pendant une période donnée. Moins la chaleur est élevée, plus long est le temps nécessaire à la stérilisation.

Utiliser la **chaleur sèche** pour stériliser :

- des objets de verre ou de métal (les autres articles pourraient fondre ou brûler).

3. Stérilisation chimique

Détruit les microorganismes sur les articles propres (qui doivent être également secs, car l'eau dilue le produit chimique) en les trempant dans une solution chimique désinfectante (p. ex. Cidex) et en les rinçant à l'eau stérile.

Utiliser la **stérilisation chimique** pour :

- les articles sensibles à la chaleur.

Pourquoi emballer les articles avant la stérilisation à l'autoclave, à la vapeur ou à la chaleur sèche?

L'emballage aide à empêcher la contamination dans l'intervalle entre la stérilisation et l'usage. Dans des conditions optimales de stockage et avec un minimum de manipulation, les objets correctement emballés peuvent être considérés comme stériles jusqu'à sept jours tant qu'ils demeurent au sec et intacts.

Lors de l'emballage pour la stérilisation à la vapeur, utiliser de la mousseline ou un tissu de coton. Ne pas utiliser de toile, car la chaleur ne peut pénétrer ce tissu.

Lors de l'emballage pour stérilisation par chaleur sèche, utiliser du papier d'aluminium, deux épaisseurs de tissu de coton ou de la mousseline.

Étapes de stérilisation à la vapeur (autoclave)

1. Décontaminer et nettoyer les articles.
2. Démonter les articles ayant des pièces coulissantes ou multiples pour que la vapeur atteigne toutes les pièces.
3. Emballer de mousseline ou de tissu de coton (ne pas utiliser de toile car la vapeur ne peut pénétrer ce tissu).
4. Placer les emballages ou articles dans l'autoclave de manière que la vapeur puisse circuler librement.
5. Suivre les instructions du fabricant concernant la durée de désinfection et la pression de l'autoclave.
6. Arrêter l'autoclave (sauf si elle est automatique) après le délai désiré et y laisser les articles jusqu'à

ce qu'ils soient totalement secs (cela peut prendre jusqu'à 30 minutes).

7. Enlever les plateaux stériles à l'aide de pinces stériles pour articles non emballés, les placer sur une surface rembourrée de papier ou de tissu pour éviter la condensation jusqu'à ce qu'ils aient atteint la température ambiante.
8. Stocker adéquatement :
 - emballés : pour de meilleurs résultats, les stocker dans un armoire fermée, dans un endroit peu passager, et à température modérée, en atmosphère d'humidité nulle ou faible, jusqu'à sept jours;
 - non emballés : les utiliser immédiatement dès la sortie de l'autoclave et les garder couverts dans un récipient stérile sec fermé et les utiliser dans les sept jours.
9. Chronométrage - toujours vérifier auprès du fabricant. Les chronométrages habituels sont :
 - articles emballés - 30 minutes
 - articles non emballés -20 minutes.

Étapes de stérilisation en chaleur sèche

1. Décontaminer, nettoyer et sécher tous les articles.
2. Soit emballer les articles à l'aide du papier d'aluminium ou d'une double couche de coton ou de mousseline, soit les placer non emballés sur un plateau ou une tablette ou les déposer dans un récipient métallique à couvercle (il n'est pas nécessaire de déverrouiller ou de démonter les articles, car la chaleur sèche provoque l'augmentation de la température de l'ensemble des articles).
3. Placer les articles dans le four et porter la température au niveau approprié. Ne pas démarrer le chronomètre tant que la température requise n'a pas été atteinte (et ensuite, utiliser un chronomètre ou prendre note du temps).

Température	Temps à la température requise
170° C (340°F)	1 heure
160° C (320°F)	2 heures
150° C (300°F)	2.5 heures
140° C (285°F)	3 heures

La durée totale de stérilisation sera probablement le double de celle indiquée ci-dessus, en raison du temps nécessaire pour faire monter la température et pour refroidir les articles.

RAPPEL : Ne pas stériliser les objets pointus ou tranchants à des températures supérieures à 160°, car la chaleur sèche les ternit.

4. Laisser les articles à refroidir dans le four, et les enlever et les utiliser ou les stocker immédiatement à l'aide de pinces stériles pour retirer les articles non emballés.

5. Stocker adéquatement :

- emballés : pour de meilleurs résultats, les stocker dans des armoires fermées d'endroits peu passager, à température modérée et à taux d'humidité nulle ou faible;
- non emballés : les utiliser immédiatement dès l'enlèvement de l'autoclave ou les garder couverts dans le contenant stérile sec et les utiliser dans les sept jours.

Étapes de la stérilisation chimique

1. Décontaminer, nettoyer et sécher (l'eau sur les instruments humides dilue la solution chimique et la rend moins efficace).
2. Préparer la solution conformément aux instructions du fabricant ou utiliser une solution préparée précédemment, pourvu qu'elle ne soit pas trouble ou périmée.
3. Ouvrir tous les instruments, afin que la solution puisse entrer en contact avec toutes les pièces. Les immerger dans la solution et placer les bols et récipients verticalement afin qu'ils puissent se remplir de solution.
4. Suivre les instructions du fabricant en ce qui a trait au temps de trempage. Si la solution contient du glutaraldéhyde (Cidex), couvrir le récipient et laisser tremper au moins 10 heures (RAPPEL : ne pas ajouter quoi que ce soit d'autre lorsque le trempage a commencé).
5. Retirer les instruments stérilisés à l'aide de pinces stériles (pinces à servir, pinces de Cheatle) et les rincer abondamment à l'eau stérile pour éliminer les résidus de solution, qui sont toxiques pour la peau et les tissus (ne pas oublier que l'eau bouillie n'est pas stérile et que rincer à l'eau bouillie risque de contaminer les instruments stériles).
6. Stocker adéquatement :
 - placer les articles sur un plateau ou dans un récipient stériles et les laisser sécher à l'air avant l'utilisation ou l'stockage;
 - les utiliser immédiatement ou les garder dans un récipient stérile sec et couvert et les utiliser dans les sept jours.

Quelles sont les méthodes de désinfection de haut niveau (DHN)?

1. DHN par ébullition

- cela peut se faire n'importe où, pourvu qu'il y ait de l'eau propre et une source de chaleur;
- les instruments sont placés dans une marmite ou une chaudière, ils sont recouverts d'eau et mis à bouillir pendant 20 minutes.

Conseils pour DHN par ébullition

- mettre un couvercle sur le récipient; s'assurer que l'eau bouillante peut atteindre toutes les parties de l'instrument en démontant les articles à pièces multiples et en ouvrant les instruments à charnières;
- toujours bouillir pendant 20 minutes, en commençant le chronométrage au moment où l'eau bout à gros bouillons;
- ne pas ajouter ou retirer quoi que ce soit lorsque l'eau commence à bouillir; cela contamine l'eau;
- retirer les articles à l'aide de pinces à servir ou pinces Cheatle et les placer sur un plateau ou dans un récipient stérile.

2. DHN chimique

- tremper dans le glutaraldéhyde ou une solution chlorée pendant 20 minutes;
- rincer à l'eau stérile;
- certains produits chimiques NE DOIVENT PAS être utilisés pour la DHN chimique; à titre d'exemple, les antiseptiques (p. ex. Betadine ou Savlon), la formaldéhyde (qui peut être cancérigène), l'alcool (qui ne tue pas tous les virus).

Conseils pour la DHN chimique

- s'assurer que les articles sont totalement couverts par la solution chimique et démonter ou décharniérer tous les articles à pièces multiples;
- tremper 20 minutes;
- ne pas ajouter ou retirer quoi que ce soit lorsque le chronomètre court;
- retirer les articles de la solution à l'aide d'outils de ramassage secs et stériles (pinces ou pinces Cheatle);
- rincer abondamment les articles à l'eau stérile pour éliminer la solution chimique, car elle est toxique pour la peau et les tissus;
- placer les articles sur un plateau ou dans un récipient stérile et laisser sécher à l'air avant d'stocker.

3. DHN à la vapeur

- dans une marmite à vapeur à plusieurs étages pendant 20 minutes;
- utile pour les canules de SAA et les gants chirurgicaux.

Conseils pour la DHN à la vapeur

- ne pas emballer les articles trop serrés dans les plateaux; il faut que la vapeur puisse circuler;
- lorsque la vapeur circule entre les plateaux et que l'eau bout, le chronométrage peut démarrer;
- stériliser à la vapeur 20 minutes; utiliser un chronomètre ou prendre note de l'heure de début;
- retirer les articles à l'aide de pinces stériles et les placer sur un plateau ou dans un récipient stériles.

Facteurs à considérer pour l'utilisation de la DHN

- aiguilles et seringues réutilisables :
 - ne pas réutiliser les aiguilles et seringues;
 - préférer les aiguilles et seringues jetables ; il est difficile de bien désinfecter les réutilisables;
- blouses et draps chirurgicaux :
 - seule la stérilisation à la vapeur est appropriée;
- instruments pour AMIU :
 - canules d'AMIU - stérilisation ou DHN
 - seringue AMIU - exige un nettoyage et une décontamination, mais puisqu'elle ne vient pas en contact avec la cliente, elle n'a pas besoin de stérilisation ou de DHN.

Étape 4 - Stockage

Un stockage adéquat est tout aussi important que la décontamination, le nettoyage, la stérilisation et la DHN adéquat. Si les instruments et autres articles ne sont pas stockés adéquatement, tous les efforts déployés pour respecter le traitement correct des fournitures seront vains.

NE JAMAIS garder les instruments ou autres articles dans des solutions. TOUJOURS les tenir à sec. Les microorganismes peuvent vivre et se multiplier dans des solutions désinfectantes et antiseptiques et les objets laissés dans des solutions contaminées peuvent être à l'origine d'infections chez les clientes.

NE JAMAIS utiliser de solutions antiseptiques pour traiter les objets. NE PAS OUBLIER : les antiseptiques doivent être utilisés sur des personnes et les désinfectants, sur des objets.

RAPPEL :

- si un article stérile vient en contact avec quoi que ce soit ou qui que ce soit qui n'est pas considéré comme stérile ou DHN, cet article est donc contaminé;

- les articles stériles ou DHN non emballés doivent être utilisés immédiatement ou conservés dans un récipient stérile couvert 24 heures au maximum. Les articles non emballés courent davantage de risque d'être contaminés;
- lorsqu'un emballage ou contenant est ouvert, son contenu doit être utilisé ou traité à nouveau dans les 24 heures;
- le délai maximal destockage des articles stériles emballés est de sept jour.

La durée limite de stockage d'un article emballé dépend de ce qui suit :

- le type de matériel d'emballage;
- le nombre de fois qu'il est manipulé;
- le nombre de personnes qui manipulent l'emballage;
- la propreté, le taux d'humidité et la température de la zone de stockage; les articles humides doivent être considérés comme contaminés;
- si les paquets sont conservés sur des étagères ouvertes ou dans des armoires;
- si des housses anti-poussière sont utilisées.

Il vaut mieux placer les emballages stériles dans des armoires fermées d'endroits secs et de faible humidité, et peu passager. Dans ces conditions, moyennant peu de manipulations, les articles convenablement emballés peuvent être considérés stériles aussi longtemps qu'ils sont intacts et au sec. Si un emballage d'instruments est humide, il doit être considéré comme non stérile.

Le temps d'stockage et de manutention doit être maintenu au minimum parce que la probabilité de contamination augmente avec le temps et avec le nombre de manipulations.

En cas de doute, stériliser à nouveau avant d'utiliser.

ÉLIMINATION DES DÉCHETS

C'est souvent l'aspect le plus négligé de la PI.

Tous les membres de l'équipe qui manipulent des déchets courent le risque de subir des blessures liées aux déchets. Les objets tranchants sont ceux qui présentent le plus grand risque et peuvent provoquer la transmission d'infections graves, notamment le VIH et l'hépatite B.

Quiconque manipule des déchets contaminés entre le moment où ils sont éliminés par le prestataire de services et leur arrivée au site d'élimination finale court le risque d'être infecté ou de subir des blessures. De mauvaises modalités d'élimination des déchets constituent une grave menace dans les communautés où les enfants et les boueux peuvent circuler dans les décharges. Chaque étape de l'élimination des déchets doit soigneusement être étudiée.

Élimination adéquate des déchets :

- réduit la propagation des infections et les risques de blessures accidentelles aux prestataires de services et aux gens de la communauté locale;
- aide à créer au centre un environnement agréable;
- réduit les odeurs désagréables;
- aide à réduire le nombre d'insectes et d'animaux;
- réduit le risque de contamination des sols locaux ou des eaux souterraines par les microorganismes ou les produits chimiques

Il existe trois types de déchets :

1. Déchets ordinaires

- déchets qui ne présentent aucuns risques de blessure ou d'infection - papier et carton, bouteilles, récipients de plastique, ordures associées à la nourriture.

2. Déchets médicaux

- déchets provenant du traitement des clients;
- sang, produits sanguins et autres fluides corporels, ainsi que les pansements, les compresses chirurgicales et autres matériaux contenant du sang ou d'autres liquides corporels frais ou séchés;
- déchets organiques : tissus, produits de la conception
- objets tranchants, usagés ou non, y compris les aiguilles hypodermiques et à suture, les lames, les tubes à intraveineuse, les lames de verre, les lamelles.

3. Déchets chimiques

- produits de nettoyage et désinfectants.

Elaboration d'un plan de gestion des déchets

Tout structure sanitaire devrait avoir son plan de gestion des déchets et désigner une personne responsable, qui aurait la charge de la gestion des déchets médicaux, qui sont potentiellement les déchets les plus nuisibles.

Le plan de gestion des déchets comporte quatre parties :

1. Tri des déchets par type au lieu de production
2. Manipulation - collecte et transport des déchets à l'intérieur du centre
3. Stockage temporaire dans le centre jusqu'à ce que les déchets puissent être éliminés
4. Élimination finale - enlèvement du centre et transport des déchets dangereux

Tri

Le tri permet d'économiser l'énergie et les ressources en réduisant la quantité de déchets exigeant un traitement spécial :

- installer des conteneurs où il est clairement indiqué « déchets ordinaires » ou « déchets médicaux », disposés de façon pratique à proximité de l'endroit où les déchets sont produits;
- distinguer les contenants par couleur et au moyen d'étiquettes aisément lisibles;
- les récipients d'objets tranchants doivent être installés dans des endroits pratiques afin que les membres de l'équipe n'aient pas à se déplacer en transportant des objets tranchants utilisés.

Manipulation

- les récipients à déchets doivent être vidés avant d'être trop pleins, soit au moins une fois par jour;
- éliminer les récipients d'objets tranchants lorsqu'ils sont au trois quarts pleins;
- ne jamais mettre les mains dans un récipient de déchets médicaux;
- toujours utiliser des gants de ménage pour manipuler les déchets.

Stockage temporaire

- s'assurer que l'stockage temporaire est vraiment provisoire, idéalement quelques heures seulement avant l'élimination;
- stocker les déchets dans un endroit fermé non accessible au personnel, à la clientèle et aux visiteurs; le nombre de personnes qui entrent en contact avec les déchets médicaux doit être réduit le plus possible;
- s'assurer que tous les contenants ont un couvercle et sceller l'ouverture des sacs de plastique au ruban pour éviter les déversements et les mauvaises odeurs;
- ne jamais stocker des déchets médicaux dans des contenants ouverts et ne jamais les lancer dans un puits ouvert.

Élimination finale

Les déchets médicaux solides doivent être éliminés sur place. Parmi les options possibles, mentionnons :

- incinération - c'est la meilleure solution. Utiliser un incinérateur ou un fût de pétrole pour éviter la dispersion;
- enfouissement - dans une fosse suffisamment grande pour contenir tous les déchets produits sur le site, entouré d'une clôture ou un mur pour en interdire l'accès;
- transport des déchets - cette solution peut être envisagée s'il n'est pas possible d'incinérer ou d'enfouir les déchets sur place. Veiller à ce que les personnes qui transportent les déchets soient conscientes des risques et prennent les précautions voulues. Si on transporte les déchets, il est essentiel de savoir où ils peuvent être éliminés de façon correcte.

Déchets médicaux et chimiques liquides

Toujours porter des gants de ménage et des chaussures fermées pour manipuler les déchets médicaux liquides.

Les solutions de nettoyage et les désinfectants doivent être manipulés de la même façon les déchets médicaux liquides :

- verser soigneusement les déchets liquides dans un évier, un tuyau d'écoulement, les toilettes avec chasse ou les latrines, et ne pas oublier, auparavant, de s'assurer de savoir où le drain s'écoule, en vérifiant qu'il ne passe pas par un caniveau ouvert et se draine localement dans le sol;
- bien rincer à l'eau l'évier, le tuyau d'écoulement ou les toilettes et éviter les éclaboussures. Nettoyer ces endroits à l'aide d'une solution désinfectante à la fin de chaque journée ou plus souvent s'ils deviennent très souillés;
- désinfecter le récipient où se trouvaient les déchets liquides en le trempant 10 minutes dans une solution de chlore à 0,5 % avant de le laver et de vous laver les mains.

Élimination des objets tranchants

- les objets tranchants ne sont pas détruits par incinération sauf dans les grands incinérateurs industriels;
- placer les aiguilles, les seringues de plastique et les lames chirurgicales dans un récipient scellable et résistant aux perforations et, lorsque le contenant est au trois quarts plein, y verser du carburant, allumer et laisser brûler jusqu'à ce que le feu s'éteigne. Les seringues de plastique fondront et, en refroidissant, formeront un bloc solide de matière plastique où les objets pointus ou tranchants seront noyés et ce bloc peut ensuite être enfoui dans la fosse;
- toujours se laver les mains après avoir manipulé des récipients d'objets tranchants.

Élimination des déchets fœtaux et PdC

Les déchets fœtaux et PdC doivent être éliminés avec compassion et de manière appropriée. Tout comme les autres déchets médicaux, ces déchets peuvent être versés dans un évier, un tuyau d'écoulement, un réseau d'égout fonctionnel ou la fosse d'une latrine entretenue. Il faut tenir compte de l'endroit où le drain s'écoule. Il ne doit pas passer par des caniveaux ouverts ou s'écouler sur le sol. Rincer et désinfecter tout drain utilisé à cette fin à l'aide d'une solution de chlore à 0,5 %. Autre solution : les produits devraient être placés dans des contenants qui peuvent ensuite être scellés et incinérés.

COUNSELLING *en* PLANIFICATION FAMILIALE

Qu'il s'agisse ou non d'urgence, il est important que les personnes souhaitant adopter la planification familiale (PF) reçoivent un counselling de qualité en PF, pour leur permettre de prendre des décisions éclairées à savoir s'il y a lieu d'utiliser la PF et les aider à sélectionner les méthodes répondant le mieux à leurs besoins.

Toutes les personnes qui ont recours à la PF ont droit à des renseignements complets, exacts et actuels sur les méthodes de PF disponibles, afin de prendre des décisions éclairées d'après ces renseignements. Ces personnes ont également le droit à des services sécuritaires, privés et confidentiels, respectant leur dignité et leur confort et leur permettant d'exprimer leurs opinions. Un counselling de qualité en PF veille à ce que ces personnes comprennent comment utiliser les méthodes qu'elles choisissent, qu'elles soient informées des effets secondaires éventuels et qu'elles sachent quand et où demander de l'aide. Cela peut de plus aider à dissiper les mythes et fausses conceptions qui pourraient exister dans la collectivité à propos de la PF.

Les conseillers en PF apportent des renseignements sur les conséquences des comportements sexuels sur la santé et la façon de prévenir les IST, ainsi que les moyens d'éviter une grossesse non désirée. Cela s'appelle *counselling intégré en planification familiale* et répond aux besoins globaux des femmes et des hommes en matière de renseignements et conseils clairs sur les IST, y compris le VIH.

Fournir du counselling en PF en situation d'urgence peut être assez délicat : les prestataires peuvent se sentir pressés en raison des volumes élevés de clients et, de plus, il se peut que les méthodes ne soient pas toutes facilement disponibles en raison des perturbations dans les systèmes de santé, sans oublier le fait que le manque de place dans les structures sanitaires peut rendre difficile de garantir la confidentialité et le respect de la vie privée des clients. Même s'il peut être difficile de fournir du counselling en PF dans ces circonstances, c'est un facteur essentiel, non seulement parce que cela permet aux clients de faire des choix éclairés, mais également parce que cela favorise une utilisation correcte des méthodes, un meilleur espacement des naissances, une plus grande satisfaction des clients, un maintien plus prolongé de la méthode de PF et, en général, une meilleure SR chez les clients.

Qu'est-ce que le counselling en PF?

Le counselling en PF n'est pas une procédure dans laquelle le prestataire exécute une série d'étapes cliniques. C'est un échange de renseignements dans lequel la cliente et le prestataire sont des partenaires égaux tenant une conversation comportant plusieurs étapes :

- Le conseiller discute avec la cliente de la situation de celle-ci et de ce qu'elle doit retirer d'une méthode de contraception. Entrent dans la discussion les besoins et désirs du partenaire, mais ce sont les besoins de la cliente qui priment.
- Le conseiller s'informe de la santé de la cliente afin d'exclure d'éventuelles contre-indications médicales. Le prestataire décrit les méthodes qui répondent aux besoins de la cliente et leurs effets secondaires.
- La cliente choisit une méthode. Le prestataire fait une description de la méthode choisie, ainsi que sa démonstration, en précise les effets secondaires et les implications en indiquant quoi faire si cela se produit.
- Le conseiller fournit la méthode et les fournitures. Il est important que les conseillers en PF soient qualifiés, car sinon, cela peut réduire l'efficacité du counselling en PF parce que la cliente peut se sentir mal à l'aise, nerveuse, gênée ou non en sécurité. Les conseillers en PF doivent faire preuve d'empathie envers les besoins de leurs clientes, ne pas juger et pouvoir traiter avec respect toutes les clientes.

Le counselling en PF repose sur les aptitudes et techniques de counselling et de communications interpersonnelles (CCI), ce qui comprend les techniques verbales et non verbales de communication et de counselling.

Il faut entendre par *communication verbale*, la chose dite et la façon dont elle dite. Les bonnes techniques de communication verbale comprennent l'écoute active, les éclaircissements, la reformulation, la formulation résumée, la répétition et la réponse-reflet.

Par *communication non verbale*, il faut entendre les messages qui sont transmis par le contact visuel, le langage corporel, le ton de la voix et la gestuelle.

Un bon conseiller en PF a non seulement des techniques solides de CCI, mais aussi des aptitudes hautement évoluées de description et de démonstration des méthodes contraceptives et pour déterminer si la cliente est déjà enceinte. Les conseillers doivent se sentir à l'aise et faire en sorte que la cliente se sente elle aussi à l'aise de discuter de sexualité et autres thèmes délicats. Les conseillers fournissant des services de PF doivent être qualifiés pour faire l'examen physique (nécessaire dans certaines méthodes) et l'insertion et le retrait des DIU et des implants.

Tant les prestataires de services de PF que les conseillers en PF ont besoin d'une bonne connaissance de ce qui suit :

- facteurs influençant le choix de la cliente et l'utilisation de la méthode;
- le système reproducteur et la façon dont survient la grossesse;
- les IST, y compris le VIH/SIDA, leurs modes de transmission, leur diagnostic, leur traitement et leur prévention;
- les méthodes modernes de contraception, leurs modalités de fonctionnement, leur efficacité, leurs effets secondaires et complications possibles.

Quelles sont les phases d'une séance de counselling?

Le counselling n'est pas un ensemble figé d'étapes, mais plutôt une conversation où certains moments sont importants. Il existe plusieurs cadres de counselling en PF. L'approche BERCCER est l'un des modèles où les prestataires et les clients cheminent le long d'étapes interreliées et chevauchantes tout en discutant des besoins et options en PF. Cette approche aidera la personne cliente à prendre ses décisions informées sur les méthodes de PF.

Voici un bref aperçu des étapes de l'approche BERCCER¹ :

Bienvenue : Accueillir la cliente d'une façon culturellement acceptable et faire en sorte qu'elle se sente la bienvenue. La traiter avec respect. C'est une étape importante pour établir la confiance et ouvrir la porte à la communication.

Entretenir avec la cliente sur ses besoins en PF, lui poser des questions d'une manière amicale et respectueuse. Poser des questions simples, ouvertes et efficaces, appelant des réponses non limitées. Utiliser les techniques d'écoute active.

Renseigner la cliente des méthodes de PF à sa disposition. Employer une langue claire et simple, comprise facilement. Cette personne a le droit de recevoir tous les renseignements voulus sur les méthodes disponibles, mais il est possible que certaines méthodes soient contre-indiquées ou moins souhaitables pour certains cas. Fournir des renseignements complets,

mais adaptés et personnalisés, fondés sur ce que la personne vous a dit pendant l'étape « Entretien ».

Choix : aider la cliente à choisir une méthode. Lui demander ce qu'elle a décidé de faire. Discuter de la méthode mentionnée et l'aider à décider si c'est la meilleure méthode dans son cas. À moins de contre-indications médicales concernant une méthode en particulier, la cliente devrait obtenir la méthode qu'elle a choisie. Lui expliquer comment utiliser la méthode et mentionner également les effets secondaires possibles et la façon d'y faire face.

Retour ou référence. Dire à la cliente quand revenir pour obtenir d'autres médicaments, une dose de rappel ou un contrôle. Lui faire savoir qu'elle peut revenir à la structure sanitaire n'importe quand, si elle a des questions ou s'il surgit des problèmes concernant la méthode. Au besoin la référer pour obtenir des soins supplémentaires. La séance de counselling ne suivra pas toujours ce profil logique, mais à un moment ou à un autre, il faudra couvrir toutes ces questions. À mesure que vous acquerez de l'expérience, vous trouverez vos propres méthodes efficaces et efficaces de couvrir tous ces points.

Quels sont les sujets couverts dans le counselling en PF?

Dans le counselling en PF, on s'efforce de répondre aux questions suivantes, ce qui aidera le prestataire à aider la cliente à faire un choix éclairé :

Quels sont les antécédents sexuels de la cliente?

Quels sont ses objectifs en matière de reproduction?

Veut-elle des enfants? Quand? Combien?
À quels intervalles?

Si la cliente entretient une relation, y a-t-il entente sur les objectifs en matière de reproduction? Y a-t-il entente sur les méthodes de PF et à savoir qui devra s'assurer que la méthode est efficace? L'un des partenaires essaie-t-il secrètement d'empêcher la fécondation?

Quel rôle joue la sexualité dans la relation de la personne cliente?

La relation est-elle équitable ou la femme doit-elle se plier aux exigences de son partenaire?

La cliente éprouve-t-elle de la douleur ou de la difficulté pendant les activités sexuelles?

La cliente ou son partenaire ont-ils des relations sexuelles avec d'autres personnes? La cliente devrait-elle se soucier de prévenir les IST, y compris le VIH?

Quelles sont les méthodes contraceptives que la cliente a utilisées auparavant ou utilise actuellement? Quelle est son expérience à cet égard?

Quels sont les antécédents chirurgicaux et médicaux pertinents de la cliente?

¹ Rinehart W, S. Rudy et M. Drennan, *GATHER Guide to Counselling*. Population Reports, Series J, no 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, décembre 1998.

Influences sur le choix de la cliente et l'utilisation des méthodes de PF

Dans nombre de milieux sociaux, culturels et religieux de par le monde, la situation des femmes varie beaucoup. Il est essentiel que les conseillers en PF comprennent la situation de la femme et divers autres facteurs qui influent sur le processus décisionnel de la cliente, dans le milieu où ils travaillent, de façon à l'aider à choisir la méthode qui répond le mieux à ses besoins. En posant les questions suivantes au cours du counselling en PF, le conseiller et la cliente parviennent à évaluer chacun de ces facteurs et à tirer parti des réponses de cette personne pour choisir la méthode qui convient la mieux à ses besoins :

La valeur des enfants

Quelle est l'attitude de la cliente sur la question d'avoir des enfants? Veut-elle avoir des enfants ou en avoir plus? Quand? Combien?

Les membres de la famille exercent-ils sur elle des pressions pour qu'elle ait des enfants?

Existe-t-il des motifs médicaux ou autres pour qu'elle n'ait pas d'autres enfants?

Quelle est la valeur des enfants dans sa société? (Il se pourrait qu'une personne cliente dise « Je n'aurai pas d'enfant tant que je ne me serai pas fait une carrière » tandis qu'une autre dirait « Nous avons besoin de nombreux fils pour travailler à la ferme ».)

Les croyances religieuses

Ces croyances influent-elles sur les attitudes de la cliente à l'égard de la sexualité, de la famille et des enfants?

Cela signifie-t-il que, dans son cas, seulement certaines méthodes sont acceptables?

La relation

Si la personne a établi une relation, à quel stade en est-elle?

Quelles sont les conséquences en matière d'utilisation des méthodes contraceptives?

Son partenaire appuie-t-il son point de vue sur la question d'avoir des enfants?

La personne a-t-elle besoin d'utiliser secrètement une méthode?

La personne ou son partenaire entretiennent-ils d'autres rapports et, le cas échéant, court-elle le risque de contracter une maladie?

L'identité, y compris les attitudes envers la sexualité

La personne a-t-elle des relations sexuelles volontairement? Est-elle forcée?

Offre-t-elle des relations sexuelles en échange d'argent ou de nourriture?

Est-elle capable de toucher son propre corps?

Estime-t-elle que certaines méthodes font du gâchis ou sont déplaisantes?

A-t-elle des relations sexuelles spontanées ou planifiées?

L'éducation, les connaissances, les croyances et les mythes

La personne a-t-elle une connaissance claire de la santé sexuelle et de la reproduction?

Peut-elle comprendre comment les méthodes fonctionnent, comment les utiliser et à quels effets secondaires s'attendre?

Est-elle susceptible de subir l'influence de la mésinformation concernant les méthodes contraceptives, par exemple que les DIU peuvent se déplacer un peu partout dans le corps?

Son contexte social réduit-il le recours à certaines méthodes?

La famille, le groupe de pairs

Les membres de la famille exercent-ils des pressions sur cette personne pour qu'elle ait des enfants dès que possible?

La famille estime-t-elle qu'il est plus important d'avoir des fils que des filles?

La famille essaie-t-elle de prendre des décisions à sa place?

Les jeunes femmes de votre localité subissent-elles des pressions pour les obliger à avoir des relations sexuelles lorsqu'elles ne le désirent pas?

L'âge et l'étape de la vie

Quel est l'âge de la cliente?

A-t-elle utilisé des moyens de contraception auparavant?

À quel stade de sa vie en est-elle en matière de reproduction?

L'expérience des méthodes et des services de contraception

A-t-elle été satisfaite ou insatisfaite des méthodes précédentes?

À quel point a-t-il été facile d'obtenir la méthode?

A-t-elle eu de la difficulté à obtenir les fournitures?

La méthode était-elle trop coûteuse?

Y avait-il une personne-ressource de relève à laquelle s'adresser si elle avait des questions à poser?

Les prestataires ont-ils imposé des restrictions à savoir qui pouvait obtenir la méthode?

Avait-elle l'impression de ne pas pouvoir poser des questions parce que le prestataire était socialement son supérieur?

« Je dois dire que j'étais gênée lorsque le conseiller m'a demandé ce que mon petit ami et moi faisons quand nous faisons l'amour. »

(Cliente interviewée au départ de la structure sanitaire).

« Chacun a droit à l'information sexuelle comme chacun a le droit d'envisager l'exercice de la sexualité, aussi bien dans la perspective du plaisir que dans celle de la procréation. » (Rapports techniques de l'OMS, no 572)

Tout comme les facteurs sociaux et culturels influencent une femme dans le choix de sa méthode de PF, les normes et les règles sociales sur la sexualité influent sur la capacité de la cliente de discuter de détails intimes de sa vie et de sa sexualité. En discutant de questions de sexualité avec cette personne, il est important de tenir compte des normes et règles sociales relatives à la sexualité, notamment :

Quelles sont les valeurs et les croyances concernant le rôle des hommes et celui des femmes dans la société?

Qu'est-ce qu'on attend et qu'est-ce qui est autorisé en termes de comportement sexuel?

Qu'est-ce qui est considéré comme « bien » ou comme « mal »?

Les attentes sont-elles différentes pour les hommes et pour les femmes?

Comment la société perçoit-elle le mariage? Les relations sexuelles hors du mariage? La polygamie?

Comment la société perçoit-elle la prostitution? L'homosexualité?

Qui, selon la société, devrait avoir accès aux services de SR? À l'information sur la SR?

Même s'il existe des normes et règles sociales, elles ne sont pas respectées par tous. Ainsi, certaines sociétés interdisent ou stigmatisent l'homosexualité, mais certaines gens ont quand même des relations homosexuelles. Certaines personnes se considèrent comme hétérosexuelles, tout en ayant quand même des relations sexuelles avec une personne du même sexe. La sexualité à l'extérieur du mariage peut être perçue comme honteuse, mais certaines personnes mariées ont des relations sexuelles avec d'autres partenaires. Les femmes sont forcées à faire des choses qu'elles n'aiment pas en raison de leur manque de pouvoir ou de leur sens du devoir.

La cliente qui s'engage dans des activités que la société interdit, désapprouve ou considère comme « non naturelles » pourrait se sentir coupable ou honteuse. Elle pourrait avoir de la difficulté à discuter de comportements sexuels si elle ne comprend pas ou ne sait pas comment l'organisme fonctionne. Elle pourrait se sentir inhibée, car ne connaissant pas les termes « exacts » à utiliser. Elle pourrait se sentir inférieure au conseiller ou au prestataire de PF, surtout si elle n'est pas du même âge, du même sexe ou qu'elle vient d'un autre secteur

de la société. Elle pourrait, à cause de l'un ou l'autre de ces sentiments, avoir de la difficulté à parler de ses activités sexuelles et de celles de son partenaire.

Il appartient au conseiller de mettre la cliente à l'aise et de l'encourager à parler ouvertement. Pour y parvenir, le conseiller doit se sentir à l'aise de discuter de thèmes comme l'anatomie, les règles et les comportements sexuels. Si le conseiller est nerveux, inquiet ou embarrassé, cela peut rendre la cliente mal à l'aise, de sorte que la séance de counselling sera moins fructueuse.

Les conseillers en PF (ainsi que les prestataires de services de PF) ne doivent jamais juger. Peu importe ce que dit la cliente et sans égard aux croyances ou opinions personnelles du conseiller, la cliente ne doit jamais avoir l'impression que le conseiller ou le prestataire est choqué, bouleversé ou amusé par ce que dit la cliente. Si elle perçoit ces émotions, elle perdra confiance et cela rompra la relation qui a été établie pendant la séance de counselling.

Langue claire

Le counselling en PF exige que le conseiller et la cliente comprennent mutuellement leurs paroles. En décrivant l'anatomie, les procédures ou même les pratiques sexuelles, les conseillers en PF peuvent recourir à des termes techniques non compris par la cliente. Par ailleurs, la cliente peut utiliser des termes locaux ou d'« argot » ou faire des périphrases pour dire ce qu'elle a à dire. Les conseillers en PF peuvent faciliter les choses en utilisant des mots simples de tous les jours et en évitant le recours aux termes médicaux. Il est important que le conseiller en PF connaisse la terminologie locale utilisée pour les parties du corps et les pratiques sexuelles, afin de comprendre ce que la cliente veut dire lorsqu'elle utilise ces mots, de sorte qu'il peut lui aussi les utiliser pour aider la cliente à comprendre, au besoin.

Participation de l'homme à la planification familiale

Les hommes jouent un rôle essentiel dans la reproduction et, dans nombre de cultures, ils décident des questions de santé et de reproduction. Les prestataires de services doivent reconnaître l'importance de la participation de l'homme à la planification familiale et disposer des techniques permettant de faire participer les hommes afin qu'ils comprennent les avantages de la PF et participent vraiment aux décisions touchant la venue et l'espacement des naissances.

ÉVALUATION *et* ANAMNÈSE *de la* CLIENTE

L'objectif premier d'évaluer la cliente avant de fournir des services de PF est d'établir ce qui suit :

- si la cliente est enceinte ou non;
- s'il existe des pathologies ou conditions qui pourraient amener à déconseiller telle ou telle méthode;
- s'il y a un problème particulier exigeant une évaluation supplémentaire, un traitement ou un suivi périodique.

Cela peut sembler un processus fastidieux, mais les prestataires et conseillers d'expérience peuvent habituellement obtenir les renseignements nécessaires en posant quelques questions bien ciblées.

Puisque, pendant la prise de l'anamnèse, il est question de renseignements délicats, il est important de garantir en tout temps la confidentialité et l'intimité. Le prestataire de services se doit de veiller à ce que la cliente se sente à l'aise et doit notamment :

- garantir l'intimité;
- garantir la confidentialité;
- établir un rapport;
- traiter la cliente avec respect.

ANAMNÈSE DE LA CLIENTE

Il faut dresser l'anamnèse de toute nouvelle cliente de façon à recueillir les renseignements de base qui pourront aider à sélectionner une méthode de contraception. Le dossier de la cliente doit comporter tous les renseignements pertinents pour la prise d'une décision concernant l'utilisation de la contraception.

Voici les renseignements à recueillir dans l'anamnèse d'une cliente :

- données de présentation;
- antécédents personnels/sociaux;
- antécédents médicaux et chirurgicaux (dont antécédents d'IST);
- antécédents concernant les menstruations;
- antécédents obstétricaux;
- antécédents sexuels;

- antécédents en PF.

Il faut établir un bref historique (mise à jour) des personnes qui sont des utilisateurs continus afin d'établir ce qui suit :

- si la personne a éprouvé des effets secondaires dans la méthode actuelle;
- si elle a eu des difficultés à utiliser correctement la méthode;
- s'il est nécessaire de passer à une autre méthode de contraception.

ÉTABLIR SI LA CLIENTE EST ENCEINTE

Pour la plupart, les méthodes de contraception peuvent être fournies aussi longtemps que la cliente et le prestataire sont raisonnablement certains que celle-ci n'est pas enceinte. Si une cliente ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse et répond à l'un ou l'autre des critères qui suivent, il est *raisonnablement certain* qu'elle n'est pas enceinte :

- elle a accouché depuis moins de six mois, a opté pour l'allaitement exclusif (ou quasi-exclusif) et les règles n'ont pas repris;
- elle n'a pas eu de rapport sexuel depuis l'accouchement ou depuis ses dernières règles;
- elle a accouché depuis moins de quatre semaines;
- elle a commencé ses dernières règles il y a moins de sept jours;
- il y a moins de sept jours qu'elle a avorté;
- elle utilise une bonne méthode moderne de contraception de façon constante et correcte.

EXAMEN PHYSIQUE

À moins de problèmes particuliers apparus dans l'anamnèse de la personne cliente, la plupart des méthodes de contraception (sauf les DIU et la stérilisation volontaire) peuvent être offertes sans examen physique ou pelvien.

Si l'on découvre ou soupçonne des problèmes physiques après l'évaluation, un examen physique ciblé

s'impose, pour dégager la source des problèmes afin que le traitement puisse être fourni ou que l'on puisse référer la personne vers un échelon de soins plus élevé (si cela est possible dans le contexte). Si la cliente opte pour le DIU ou par la stérilisation, l'examen pelvien doit avoir lieu avant l'intervention, de façon à évaluer tout état physique qui pourrait affecter l'intervention, une IST ou MIP, qui nécessiterait un report de l'intervention, ou encore, la présence fibromes qui pourraient rendre plus difficile l'insertion du DIU.

Examen pelvien

Au besoin, vous présenter à la cliente. Lui expliquer ce qui se produira pendant l'examen et pourquoi l'examen est nécessaire. La rassurer en lui précisant que son intimité sera protégée pendant l'examen. Lui dire qu'elle peut poser des questions n'importe quand pendant l'examen et que si elle se sent mal à l'aise, à tel ou tel moment, elle peut vous demander d'arrêter un moment ou de mettre tout simplement fin à l'examen. Vous assurer que la cliente a vidé sa vessie avant l'examen.

Demander à la cliente de se dévêtir totalement à partir de la ceinture et de se couvrir le bas du corps d'un drap ou linge. (Si la cliente n'a pas besoin d'aide, sortir de la pièce pendant qu'elle se déshabille pour protéger sa pudeur.) Demander à la cliente de s'étendre sur la table d'examen en position de lithotomie.

Avant de commencer l'examen, vous assurer d'avoir tous les articles dont vous aurez besoin pour l'examen et pour recueillir des prélèvements pour tout examen de laboratoire qui serait nécessaire. Vous laver les mains soigneusement et les sécher et mettre des gants propres. Expliquer chaque étape de la procédure pendant que vous procédez et préciser à la cliente qu'elle peut poser des questions ou vous demander à n'importe quel moment de mettre fin à l'examen. User de précautions toutes particulières si vous examinez une femme qui n'a jamais encore subi d'examen pelvien, car la procédure pourrait être cause d'inquiétude ou d'inconfort.

Examen génital externe

D'une main gantée, séparer les lèvres et inspecter les organes génitaux externes afin de détecter s'il y a tuméfaction, inflammation, lésions, écoulement ou saignement anormal. Pendant l'examen génital externe, inspecter :

- les petites lèvres;
- le clitoris;
- le méat urinaire;
- l'ouverture du vagin.

Si une femme a subi la circoncision/l'excision génitale, le clitoris et une partie, voire la totalité des lèvres seront absents. Si elle a subi l'infibulation, il ne sera peut-être pas possible d'inspecter le méat urinaire ou l'ouverture du vagin.

Examen au spéculum

(Nous présumons ici que l'on utilisera un spéculum à double valve. Si on utilise un autre type de spéculum, la technique sera légèrement différente.)

Réchauffer le spéculum avec la main et lubrifier les extrémités des lames à l'eau ou à l'aide des sécrétions vaginales.

Placer un ou deux doigts à peine à l'intérieur de l'ouverture du vagin et presser doucement vers le bas pour relaxer les muscles. Demander à la cliente de relaxer ses muscles le plus possible. Il pourrait être utile de lui demander de prendre quelques respirations profondes en relaxant ses muscles.

À l'aide de l'autre main, introduire dans le vagin le spéculum fermé, les lames tournées à environ 45°. Glisser le spéculum sur vos doigts tout en l'orientant vers le bas (partie postérieure). Exercer une légère pression vers le bas, vers la paroi postérieure du vagin, afin d'éviter de blesser la paroi antérieure et l'urètre. Attention à ne pas tirer les poils pubiens ni pincer les lèvres avec le spéculum. Insérer les lames pleinement et tourner le spéculum afin que les lames passent à l'horizontale et que la poignée pointe vers le bas, en maintenant une légère pression postérieure.

Ouvrir les lames et manœuvrer le spéculum de façon à voir pleinement le col de l'utérus. Il est possible qu'il faille retirer très légèrement le spéculum afin de faire apparaître le col. Lorsque le col est bien en vue, resserrer les vis à oreilles pour maintenir les lames ouvertes.

À l'aide d'une lampe à faisceau droit dirigée dans le vagin, inspecter le col pour déceler tout écoulement anormal ou toute lésion ou friabilité (tissu cervical tendant à saigner facilement).

En cas d'écoulement anormal, faire un prélèvement pour un examen au microscope, une culture ou un frottis de Papp (si indiqué). (S'il n'est pas possible d'exécuter les examens appropriés dans votre milieu, traiter la cliente de façon syndromique ou l'aiguiller vers la ressource appropriée.)

Après l'examen du col et la prise des prélèvements, desserrer les vis à oreilles pour libérer les lames. Retirer lentement et doucement le spéculum, en inspectant les parois du vagin en faisant tourner légèrement le spéculum dans les deux sens. Retirer doucement le spéculum en veillant à ne pas pincer les lèvres de la cliente et à ne pas tirer les poils pubiens.

Examen pelvien bi-manuel

Les deux mains gantées, humidifier l'index et le majeur à l'eau propre, avec un lubrifiant à base d'eau ou une petite quantité de sécrétions vaginales.

De l'autre main, séparer les lèvres avec deux doigts afin que l'ouverture du vagin soit clairement visible. Introduire l'index et le majeur lubrifiés de la main servant à l'examen pelvien dans le vagin en exerçant une pression vers le bas jusqu'à toucher le col. Déplacer le col d'un côté et de l'autre entre vos doigts. Le col devrait pouvoir être déplacé facilement de 1 à 2 cm dans chaque sens sans douleur.

Pour palper le corps de l'utérus, placer le doigt de la main servant à l'examen pelvien dans l'espace entre le col et la paroi postérieure du vagin, la paume vers le haut. Ensuite, placer l'autre main à plat sur l'abdomen, à mi-chemin entre le nombril et l'os pubien. Exercer légèrement vers le haut une pression des doigts de la main servant à l'examen vaginal, en glissant doucement cette main vers la symphyse pubienne, jusqu'à pouvoir sentir le fond de l'utérus (la partie supérieure de l'utérus).

Palper doucement l'utérus entre vos deux mains, en vérifiant la taille, la forme, l'emplacement, la consistance, la mobilité et la sensibilité au toucher.

Déplacer les doigts de la main pratiquant l'examen vaginal et de la main posée sur l'abdomen légèrement d'un côté de l'utérus et palper l'ovaire. (Les ovaires sont habituellement situés à l'arrière, de chaque côté de l'utérus.) Procéder de même pour l'autre côté. Vérifier l'emplacement, la taille, la consistance et la sensibilité au toucher.

Avant de retirer vos doigts, exercer doucement une poussée postérieure pour vérifier la sensibilité au toucher ou la présence de masses dans le cul-de-sac (l'espace au haut du vagin, entre le col et la paroi postérieure du vagin).

MÉTHODES MODERNES de CONTRACEPTION

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les méthodes contraceptives modernes sont de divers types : hormonales, non hormonales, barrières et permanentes. Utilisées constamment et correctement, elles permettent aux femmes de planifier le nombre de grossesses de leur famille, de choisir l'intervalle entre les naissances et d'éviter les grossesses non désirées. La vasectomie étant réservée aux hommes, toutes les autres méthodes contraceptives modernes peuvent être utilisées par toute femme en âge de procréer, des adolescentes aux femmes de plus de 40 ans. Toutes les méthodes modernes sont utilisables par les femmes, peu importe leur statut conjugal et qu'elles aient ou non eu des enfants.

Pour la plupart, les méthodes modernes de contraception peuvent être fournies par des prestataires de niveau intermédiaire et n'exigent pas d'examen physique ou pelvien ou d'épreuves de laboratoire, ce qui est très important lors de la prestation de services en situation d'urgence, où l'infrastructure de santé et les ressources humaines peuvent être limitées.

Nous couvrons dans les sections qui suivent les méthodes hormonales, barrières et permanentes de contraception. On trouvera plus de détails sur les méthodes contraceptives modernes et les méthodes contraceptives familiales naturelles dans les rubriques correspondantes du manuel intitulé *Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*.

Nous donnons à l'Annexe B du présent guide un tableau d'efficacité des méthodes contraceptives.

CONTRACEPTIFS HORMONAUX

Les contraceptifs hormonaux contiennent des hormones synthétiques (œstrogène, progestérone ou combinaison des deux) analogues aux hormones naturellement présentes dans le corps de la femme. Les méthodes fonctionnent d'abord en empêchant l'ovulation, la fertilisation ou l'implantation. Parmi les contraceptifs hormonaux courants, mentionnons :

- contraceptifs oraux combinés (COC);
- pilules progestatives (PP);
- contraceptifs injectables à progestatifs seuls;

- contraceptifs injectables combinés (CIC);
- implants;
- DIU à libération d'hormones.

Pilules contraceptives orales combinées

Les contraceptifs oraux combinés (COC) (ou « pilules ») contiennent des œstrogènes et de la progestérone synthétiques analogues aux hormones produites naturellement par le corps de la femme. Le fonctionnement des COC repose sur plusieurs mécanismes empêchant la grossesse :

- empêchement de l'ovulation (mécanisme principal);
- épaissement de la glaire cervicale, empêchant le sperme de pénétrer dans la partie supérieure du tractus génital;
- amincissement de la paroi de l'endomètre, réduisant la possibilité d'implantation.

Qui peut utiliser les COC?

Les COC constituent une méthode très efficace de contraception, utilisable de façon sécuritaire par la majorité des femmes, notamment :

- les femmes qui peuvent respecter un calendrier à dose quotidienne;
- les mères qui ont opté pour l'allaitement exclusif et qui ont accouché depuis plus de six mois;
- les mères qui ont opté pour l'allaitement partiel et qui ont accouché depuis plus de six semaines;
- les femmes qui ont accouché depuis plus de trois semaines et qui N'ALLAIENT PAS;
- les femmes qui ont fait récemment un avortement spontané ou provoqué (la méthode doit commencer dans les sept jours);
- les femmes qui fument et ont moins de 35 ans;
- les femmes souffrant d'anémie due à des règles abondantes;
- les femmes ayant des antécédents de kystes ovariens ou d'endométriose;
- les femmes ayant de sévères douleurs menstruelles;
- les femmes ayant des antécédents de grossesse ectopique;

Tableau 1 : AVANTAGES DES COC

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité élevée; ■ efficaces immédiatement; ■ faciles à utiliser; ■ sûrs; ■ peuvent être obtenus d'un prestataire de services non cliniques formé; ■ n'exigent pas d'examen pelvien; ■ réversible: retour immédiat de la fécondité après l'arrêt; ■ peuvent être utilisés comme CU. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ réduisent les crampes et douleurs menstruelles; ■ réduisent le flux menstruel et peuvent donc protéger contre l'anémie; ■ réduisent l'hirsutisme (excès de pilosité corporelle et faciale); ■ protègent contre les cancers des ovaires et de l'endomètre; ■ peuvent aider à protéger contre les kystes ovariens; ■ réduisent le risque de maladie bénigne du sein; ■ protègent contre la grossesse ectopique en empêchant l'ovulation; ■ réduisent les problèmes d'acné; ■ augmentent le plaisir sexuel. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ exigent un strict respect de la dose quotidienne; ■ ne protègent pas contre les IST/le VIH; ■ peuvent réduire la quantité de lait maternel; ■ l'efficacité peut être réduite en cas de gastroentérite, de vomissement ou de diarrhée; ■ l'efficacité peut être réduite si pris avec certains autres médicaments; ■ les effets secondaires graves sont rares, mais il faut mentionner : infarctus du myocarde; AVC; thrombose/embolie veineuse et tumeurs bénignes (adénomes) du foie.

- les femmes qui ont des varices;
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des condoms pour être doublement protégées).

- les femmes de plus de 35 ans souffrant de migraines avec aura (les femmes de moins de 35 ans souffrant de migraines avec aura et les femmes souffrant de migraine sans aura peuvent prendre des COC).

Qui ne devrait pas utiliser de COC?

- les femmes qui, pour quelque raison, ne peuvent s'astreindre à un régime de dose quotidienne;
- les mères qui ont accouché depuis moins de six mois et ont opté pour l'allaitement exclusif;
- les femmes ayant des saignements vaginaux anormaux inexplicables ou suspects;
- les femmes ayant des antécédents de problèmes de coagulation;
- les femmes ayant des antécédents de maladie cardiaque;
- les femmes dont la tension artérielle est élevée (TA supérieure à 140/90 mmHg, confirmée à plus d'une occasion);
- les femmes ayant une maladie hépatique active (jaunisse, hépatite virale, cirrhose de légère à sévère, tumeurs bénignes ou malignes);
- les femmes atteintes de diabète depuis plus de 20 ans ou de complications touchant la circulation, les yeux, les reins ou le système nerveux;
- les femmes ayant des antécédents de cancer du sein;
- les femmes prenant des médicaments contre les crises d'épilepsie ou de la Rifampicine contre la TB (nombre de médicaments d'usage courant contre les crises d'épilepsie réduisent l'efficacité des COC);
- les femmes de plus de 35 ans qui fument;
- les femmes atteintes d'une maladie symptomatique de la vésicule biliaire, y compris celles sous traitement médical;

Les méthodes d'appoint offrent une protection supplémentaire lorsque la méthode contraceptive principale n'est peut-être pas encore efficace ou peut être temporairement moins efficace.

Les méthodes d'appoint les plus fiables sont les préservatifs masculins et féminins et l'abstinence. Les spermicides et le coït interrompu sont aussi utilisables, mais sont moins fiables et plus susceptibles d'entraîner une grossesse non désirée.

Si la cliente choisit les préservatifs ou le spermicide comme méthode d'appoint, il serait avisé de fournir des préservatifs ou des spermicides en même temps que les COC afin qu'elle puisse en disposer en cas de besoin.

Instructions aux clientes concernant la prise de COC

Les COC se présentent en paquets de 21 jours et de 28 jours.

- Si vous prenez vos pilules en paquet de 21 jours, chaque comprimé contient des hormones. Prendre une pilule au même moment chaque jour. Le paquet fini, attendre une semaine (sept jours) et commencer un autre paquet.
- Si vous prenez vos pilules en paquet de 28 jours, les 21 premières pilules contiennent des hormones et les sept dernières, un produit neutre (aucune hormone); ces dernières pilules sont souvent d'une couleur différente. Prendre les pilules au même moment chaque jour. À la fin du paquet, commencer un nouveau paquet au même moment le jour suivant. **NE PAS FAIRE D'ARRÊT ENTRE LES PAQUETS DE 28 JOURS.**

Instructions spéciales

- Si vous vomissez dans les 30 minutes suivant la prise d'une pilule, en prendre une autre ou utiliser la méthode d'appoint si vous avez des relations sexuelles pendant les sept prochains jours.
- Si vous oubliez de prendre une pilule mais que vous vous souvenez plus tard le même jour, la prendre dès que possible et ensuite, continuer à prendre une pilule par jour comme d'habitude.
- Si vous oubliez de prendre la pilule un ou deux jours, prendre la pilule dès que possible (vous pouvez prendre deux pilules le même jour) et ensuite, continuer à prendre la pilule chaque jour comme d'habitude.
- **Oublier trois pilules ou plus de suite exige des instructions spéciales :**
 - Si vous oubliez de prendre la pilule trois jours consécutifs ou plus pendant les deux premières semaines du cycle menstruel, OU si vous commencez un nouveau paquet de pilules plus de deux jours en retard : prendre une pilule hormonale dès que vous vous en souvenez (vous pouvez prendre deux pilules le même jour si nécessaire). Utiliser la méthode d'appoint pendant les sept prochains jours. Vous courez un risque accru de grossesse de sorte que, si vous avez eu des relations sexuelles dans les cinq derniers jours, vous devriez envisager de prendre un contraceptif d'urgence (CU).
 - Si vous oubliez la pilule trois jours consécutifs ou plus pendant la troisième semaine de votre cycle, prendre une pilule hormonale aussitôt que vous vous en souvenez (vous pouvez prendre plus d'une pilule le même jour, si nécessaire). Si vous utilisez les paquets de 21 jours, prendre toutes les pilules qui restent dans le paquet actuel au moment habituel de la journée, mais NE PAS PRENDRE DE TEMPS D'ARRÊT. Commencer immédiatement un nouveau paquet et utiliser une méthode d'appoint pendant sept jours. Si vous utilisez le paquet de 28 jours, prendre le reste des pilules hormonales au moment habituel de la journée et JETER LES SEPT PILULES NON HORMONALES. Commencer immédiatement un nouveau paquet sans période d'arrêt et utiliser une méthode d'appoint pendant sept jours.
 - En cas d'absence de règles après avoir oublié de prendre plusieurs pilules ou si vous avez des symptômes de début de grossesse, il faut demander une évaluation à la structure sanitaire.

Il serait avisé de remettre à la cliente plusieurs paquets de pilules contraceptives en une fois afin qu'elle n'ait pas à revenir à la structure sanitaire chaque mois et qu'elle ait un nouveau paquet et puisse commencer lorsqu'elle a fini le paquet en cours.

Instructions à la cliente pour commencer les COC

En règle générale, la cliente peut commencer les COC n'importe quand durant le cycle menstruel, si vous êtes raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte. Nous donnons au tableau qui suit les lignes directrices concernant le début de la prise des COC. Tout repose sur l'hypothèse d'une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte.

Tableau 2 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE POUR COMMENCER LES COC

Critères	Début	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 à 5 du cycle
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	7 jours	
Femmes post-partum			
Allaitement exclusif (pas de règles)*	6 mois post-partum	7 jours	
Allaitement partiel (pas de règles)*	6 mois post-partum	7 jours	
N'allaitant pas	21 jours post-partum	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 21 à 28 post-partum
Femmes post-avortement			
≤ 7 jours post-avortement	Immédiatement	NON	
> 7 jours post-avortement	N'importe quand	7 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne aux COC			
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	Suppose une utilisation constante et correcte de la méthode
Passant d'un contraceptif injectable	Moment où l'injection est due	NON	
Passant d'une méthode non hormonale	N'importe quand	7 jours	S'applique aussi à une utilisation incorrecte ou non constante d'une méthode hormonale
Passant d'un DIU	Immédiatement	NON	
Femmes ayant pris une PCU	1 jour après la prise de la PCU	7 jours	

*Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Effets secondaires des COC

En majorité, les effets secondaires des COC sont mineurs et s'estompent après les quelques premiers mois d'utilisation de la méthode. Il faudrait renseigner les femmes à propos des effets secondaires éventuels et leur conseiller, si elles éprouvent des symptômes légers, de continuer à prendre leurs COC pour éviter de devenir enceinte. Si les effets secondaires sont très dérangeants ou ne diminuent pas après les quelques premiers mois, la cliente devrait revenir à la clinique pour être évaluée et pour que l'on puisse discuter de méthodes de rechange. Voici les effets secondaires les plus courants :

- Changements dans les pertes menstruelles : très courants, surviennent habituellement dans les quelques premiers mois, par exemple : règles irrégulières, aménorrhée (absence de règles) ou saignements ou tachetures entre les règles. Tout saignement qui persiste ou survient après que la cliente a commencé les COC depuis plusieurs mois exige une évaluation gynécologique afin de dépister les causes non liées à la méthode.
- Sensibilité des seins, nausées légères, céphalées légères et changements de poids : également courants et ne sont pas habituellement un motif d'arrêt des COC. S'ils sont très dérangeants pour la cliente ou si elle a des céphalées légères, avec ou sans aura, elle devrait revenir à la clinique pour être évaluée. Le traitement est surtout symptomatique.
- Des changements d'humeur ou de l'appétit sexuel (libido) peuvent se produire. En cas de changements graves de l'humeur (par exemple, dépression majeure), changer de méthode et aiguiller vers un soutien psychosocial et en santé mentale, si disponible. Les remèdes locaux peuvent être également utiles.

Pilules progestatives (PP)

- Les pilules progestatives (PP) sont également appelées « minipilules ». Elles fonctionnent surtout en provoquant un épaississement de la glaire cervicale, rendant plus difficile la pénétration du sperme, et un amincissement de l'endomètre, réduisant la possibilité d'implantation. Les PP peuvent également supprimer l'ovulation.

Quand utiliser les PP?

Les PP sont une forme très efficace de contraception pour les femmes qui allaitent. Ils sont également très efficaces (mais un peu moins) pour les femmes qui n'allaitent pas. Les PP sont sûrs pour presque toutes les femmes, notamment :

- les femmes capables/désireuses de respecter un régime de dose quotidienne (capables de prendre la pilule exactement au même moment chaque jour);
- les femmes post-partum et allaitant (après six semaines) ou n'allaitant pas;
- les fumeuses, peu importe l'âge;
- les femmes ne pouvant pas utiliser de COC en raison de contre-indications liées à l'œstrogène;
- les femmes atteintes d'anémie ou à antécédents d'anémie;
- les femmes qui ont des varices;
- les femmes ayant fait un avortement spontané ou provoqué;
- les femmes atteintes d'hypertension légère (TA < 160/100 mmHg);
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sur TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Qui ne devrait pas utiliser les PP?

- les femmes qui allaitent et sont à moins de six semaines post-partum;
- les femmes ayant des pertes vaginales anormales inexplicables;
- les femmes ayant un cancer du sein ou des antécédents de cancer du sein;
- les femmes ayant une maladie hépatique (jaunisse, hépatite virale, cirrhose grave, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes);
- les femmes souffrant d'hypertension (TA ≥ 160/100 mmHg);
- les femmes prenant actuellement certains médicaments contre les crises épileptiques ou de la rifampicine contre la tuberculose (TB);
- les femmes ayant fait une thrombose veineuse profonde (TVP) ou une embolie pulmonaire (EP).

TABLEAU 3 : AVANTAGES DES PP

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ grande efficacité; ■ facilité d'utilisation; ■ sûrs; ■ pas de période d'arrêt; ■ examen pelvien non nécessaire; ■ réversibles : retour immédiat à la fécondité après l'arrêt; ■ peuvent être fournis par du personnel non médical. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ n'affectent pas l'allaitement; ■ règles plus légères et plus courtes; ■ moindre sensibilité des seins; ■ n'augmentent pas le risque de formation de caillots ou de thromboembolie; ■ diminuent les douleurs menstruelles; ■ protègent contre le cancer de l'endomètre, la MIP et les pathologies mammaires bénignes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ exigent le strict respect de la dose quotidienne au même moment chaque jour; ■ la protection contre la conception est légèrement moindre que pour les COC; ■ certains médicaments peuvent réduire l'efficacité; ■ ne protègent pas contre les IST/le VIH; ■ risque de grossesse en cas de pilule oubliée.

Tableau 4 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE POUR COMMENCER LES PP

Critères	Début	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	2 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 et 5 du cycle
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	2 jours	
Femmes post-partum			
Allaitement exclusif (sans règles)*	6 semaines post-partum	2 jours si ≥ à 6 mois	Pas de méthode d'appoint avant 6 mois
Allaitement partiel (sans règles)*	6 semaines post-partum	2 jours	
N'allaitant pas	Immédiatement	2 jours si > 4 semaines	Méthode d'appoint non requise si début dans les semaines 0 à 4 du post-partum
Femmes post- avortement			
≤ 7 jours post-avortement	Immédiatement	NON	
> 7 jours post-avortement	N'importe quand	2 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne aux PP			
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	Suppose une utilisation correcte et constante de la méthode
Passant d'un contraceptif injectable	Au moment où l'injection est due	NON	
Méthode non hormonale (ou utilisation non constante de la méthode hormonale)	N'importe quand	2 jours	
Passant d'un DIU	Immédiatement	NON	
Femmes qui ont pris la PCU	Le jour suivant la prise de la PCU	2 jours	

*Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Instructions à la cliente pour commencer les PP

En règle générale, on peut commencer les PP n'importe quand pendant le cycle menstruel tant qu'il y a une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. Nous donnons au tableau qui suit les lignes directrices pour commencer les PP en supposant avec une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte.

Instructions à la cliente pour prendre les PP

Les PP doivent être pris tous les jours sans arrêt, y compris pendant les règles.

- Prendre une pilule par jour (à l'intérieur d'une plage de trois heures), de préférence après le repas du soir, jusqu'à ce que le paquet soit fini (28 à 35 jours). Dès que possible après avoir terminé le paquet, en commencer un nouveau à la même heure le jour suivant. **NE JAMAIS SAUTER OU OUBLIER DE PILULE ET NE JAMAIS PRENDRE DE PAUSE** entre les paquets.

Instructions spéciales

- Si vous prenez la pilule plus de trois heures après la période normale ou si vous l'oubliez une journée, la prendre dès que possible lorsque vous vous en souvenez et continuer à prendre une pilule par jour au moment habituel. (Il peut être nécessaire de prendre deux pilules une certaine journée, dépendant du moment où vous vous en souvenez.) Vous pouvez utiliser une méthode contraceptive d'appoint les deux jours suivants et si vous avez eu des relations sexuelles dans les cinq jours précédant l'oubli de prise de la pilule ou la prise en retard d'une dose, il serait avisé de recourir à la contraception d'urgence (CU).
- Si vous oubliez de prendre deux pilules, prendre une pilule deux fois par jour pendant deux jours et ensuite, revenir au régime normal d'une pilule par jour au moment habituel. Utiliser une méthode d'appoint pour les deux prochains jours. Si vous vomissez moins de deux heures après avoir pris la pilule, prenez immédiatement une autre pilule et continuer à prendre la pilule tous les jours au même moment chaque jour, comme d'habitude.
- Si vous n'avez pas vos règles dans les 45 jours suivant les règles précédentes, vous devriez aller subir un test de grossesse dans un centre de santé.
- Si vous oubliez occasionnellement de prendre la pilule pendant deux jours, cela signifie que ce n'est probablement pas la meilleure méthode contraceptive pour vous.

Effets secondaires des PP

Pour la plupart, les effets secondaires des PP sont mineurs et peuvent s'estomper après quelques mois. La cliente devrait être informée à propos des effets secondaires des PP et qu'elle doit continuer à prendre la pilule conformément aux instructions pour éviter la grossesse. Elle doit revenir à la structure sanitaire si les effets secondaires deviennent très dérangeants ou s'ils persistent après les quelques premiers mois. Voici les effets secondaires les plus courants signalés à propos des PP :

- **Changements dans les règles**, tachetures ou saignements entre les règles (très courants), saignements abondants ou durant plus longtemps que la normale, disparaissant ou se corrigeant après quelques mois. Tout saignement qui persiste ou commence après que la cliente ait commencé les PP depuis plusieurs mois indique qu'une évaluation gynécologique s'impose pour détecter les causes non liées à la méthode. L'aménorrhée non due à la grossesse peut être liée à la méthode ou due à l'allaitement.
- **Céphalées** : les *céphalées légères ou céphalées associées à la migraine et sans aura* peuvent être traitées de façon symptomatique et ne sont pas nécessairement un indice justifiant l'arrêt de la méthode. Les *migraines avec aura* indiquent qu'il faut arrêter les PP. Conseiller la cliente et l'aider à sélectionner une méthode non hormonale.
- Des **kystes ovariens ou follicules ovariens hypertrophiés** peuvent se développer chez les femmes prenant des PP. Habituellement, ils n'exigent pas de traitement.
- La **sensibilité des seins, les nausées légères et les changements de poids** ne sont pas habituellement un indice qu'il faut arrêter la méthode. La gestion est surtout symptomatique.
- Les **changements d'humeur, la dépression et les changements dans l'appétit sexuel** peuvent être liés ou non à la méthode. *Si la cliente fait une dépression grave, arrêter les PP et l'envoyer en consultation pour un soutien psychosocial et en santé mentale, si disponible.* Les remèdes locaux peuvent également être utiles.

Injectables

Contraceptifs injectables à progestatifs seuls

Les contraceptifs injectables à progestatifs seuls contiennent une formulation synthétique longue durée de progestérone. On donne l'injection à la femme aux deux ou trois mois (selon la formulation) pour empêcher la grossesse. Les injectables fonctionnent avant tout par la suppression de l'ovulation. Parmi les autres effets contraceptifs, mentionnons l'épaississement de la glaire cervicale, qui empêche la pénétration du sperme dans la partie supérieure du tractus génital, ainsi que l'épaississement de l'endomètre, qui empêche l'implantation.

Les injectables se présentent sous diverses formulations et les intervalles entre les doses varient selon la formulation :

- **DMPA** (également appelé Depo-Provera, Depo, Megestron et Petogen) est donné par intramusculaire profonde aux trois mois.
- Dans certaines régions, l'**DMPA** est également offert en formulation pour injection sous-cutanée, également donnée aux trois mois. Le **DMPA** sous-cutané présente des concentrations hormonales moins élevées et pourrait provoquer moins d'effets secondaires. Il est important de signaler que la formulation sous-cutanée ne doit pas être administrée en intramusculaire et, inversement, que la formulation intramusculaire ne doit pas être administrée en sous-cutanée.
- **NET-EN** (également appelé Noristerat et Syngestral) est un produit également donné en intramusculaire aux deux mois.

TABLEAU 5 : AVANTAGES DES INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ très efficaces; ■ faciles d'utilisation; ■ sûrs; ■ discrets; ■ efficaces immédiatement (dans les 24 heures); ■ réversibles; ■ examen pelvien non requis; ■ pas d'effets secondaires liés aux œstrogènes. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ protègent contre le cancer de l'endomètre; ■ protègent contre les fibromes utérins; ■ réduisent le flux menstruel mensuel; ■ protègent contre l'anémie de carence en fer; ■ réduisent les symptômes d'endométriose et de fibromes utérins; ■ diminuent les crises de drépanocytose. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ne protègent pas contre les IST ou le VIH; ■ la reprise de la fécondité peut être retardée de plusieurs mois après l'arrêt (10 mois en moyenne avec l'DMPA et six mois avec le NET-EN); ■ peuvent entraîner des règles irrégulières; ■ peuvent causer des céphalées ou réduire la libido; ■ peuvent causer une prise de poids.

Qui peut utiliser les injectables à progestatifs seuls?

- les femmes qui souhaitent une forme de contraception très efficace, discrète et à effet durable;
- les femmes qui ne se conforment pas ou préfèrent ne pas se conformer (ou ne peuvent le faire) à un régime de dose quotidienne;
- les femmes post-partum qui allaitent (après six semaines) ou n'allaitent pas;
- les femmes qui ont fait un avortement spontané ou provoqué;
- les femmes qui fument, peu importe l'âge ou le nombre de cigarettes par jour;
- les femmes souffrant d'obésité, d'anémie, de drépanocytose, de maladie thyroïdienne, de cardiopathie valvulaire ou d'hypertension légère (< 160/100 mmHg);
- les femmes qui ont des varices;
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Qui ne devrait pas utiliser les injectables à progestatifs seuls?

- les femmes qui allaitent et sont à moins de six semaines post-partum;
- les femmes atteintes d'une maladie hépatique active (jaunisse, hépatite virale, cirrhose grave, tumeurs hépatiques bénignes ou malignes);
- les femmes présentant des saignements vaginaux anormaux et inexplicables;
- les femmes atteintes d'un cancer du sein ou ayant des antécédents de cancer du sein;
- les femmes souffrant d'une cardiopathie vasculaire ischémique ou qui ont fait un AVC ou ont des antécédents de CVI ou d'AVC;
- les femmes souffrant d'une TVP ou d'une EP;
- les femmes atteintes de diabète compliqué par une maladie vasculaire;
- les femmes souffrant d'hypertension artérielle > 160/100 mmHg.

Directives aux clientes sur l'utilisation des injectables à progestatifs seuls

Si vous utilisez l'DMPA, revenir à la structure sanitaire aux trois mois pour obtenir une injection. Vous pouvez recevoir l'injection de deux semaines avant à deux semaines après la date prévue de l'injection de rappel.

Si vous utilisez NET-EN, revenir à la structure sanitaire aux deux mois pour obtenir une injection. Vous pouvez recevoir l'injection de deux semaines avant à deux semaines après la date prévue de l'injection de rappel.

Instructions spéciales : oubli de la date d'injection ou retard

Dans les deux semaines suivant l'oubli de l'injection :
Si vous oubliez de revenir ou ne pouvez recevoir l'injection suivante, quelle que soit la raison, ne pas oublier que vous pouvez quand même recevoir votre injection jusqu'à deux semaines après la date prévue et qu'il n'est pas nécessaire de recourir à une méthode d'appoint.

Plus de deux semaines après la date de l'injection manquée : Vous pouvez quand même recevoir l'injection après plus de deux semaines suivant la date prévue si vous êtes raisonnablement certaine de ne pas être enceinte. *Vous devrez utiliser une méthode d'appoint pendant les sept premiers jours suivant l'injection.*

Directives à la cliente pour commencer les injectables à progestatifs seuls

En règle générale, on peut commencer les injectables n'importe quand pendant le cycle menstruel, tant que vous avez une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. Nous donnons au tableau qui suit les lignes directrices pour commencer les injectables en présumant avec une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte.

Tableau 6 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE POUR L'UTILISATION DES INJECTABLES À PROGESTATIFS SEULS

Critères	Début	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 à 7 du cycle
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	7 jours	
Femmes post-partum			
Allaitement exclusif (sans règles)*	6 mois post-partum	7 jours si ≥ 6 mois	Méthode d'appoint non requise avant 6 mois
Allaitement partiel (sans règles)*	6 semaines post-partum	7 jours	
N'allaitant pas	Immédiatement	7 jours si > 4 semaines	Méthode d'appoint non requise si début entre les semaines 0 et 4 post-partum
Femmes post- avortement			
≤ 7 jours post-avortement	Immédiatement	NON	
> 7 jours post-avortement	N'importe quand	7 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne aux injectables			
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	Présume une utilisation correcte et constante de la méthode, sans interruption entre les méthodes.
Passant d'un autre injectable	Au moment où l'injection est due	NON	
Méthode non hormonale	N'importe quand	7 jours	
Passant d'une DIU	Immédiatement	NON	
Femmes qui ont pris une PCU	Immédiatement OU entre les jours 1 à 7 du cycle menstruel	7 jours	

*Si les règles ont repris post-partum, suivre les instructions concernant les femmes réglées.

Effets secondaires des injectables à progestatifs seuls

Des **changements de profil des règles**, notamment taches, écoulement abondant ou prolongé et aménorrhée peuvent être constatés lors de l'utilisation des injectables, mais ne sont pas habituellement une indication de mettre fin à la méthode. Rassurer la cliente en lui précisant que ces changements sont courants et habituellement, non nuisibles. Tout saignement qui persiste, ou encore qui commence, si la cliente prend des injectables depuis plusieurs mois, exige une évaluation gynécologique afin de dépister les causes non liées à la méthode.

Les **céphalées** légères ou les migraines sans aura peuvent être traitées de façon systématique et ne constituent pas une indication absolue d'arrêt de la

méthode. Les migraines avec aura ou les céphalées qui deviennent plus fréquentes ou plus sévères lorsque la cliente reçoit ses injections indiquent qu'il faut mettre fin à la méthode et passer à une méthode non hormonale.

La **prise de poids** doit se situer en moyenne à 1 à 2 kg par année. Revoir le régime de la cliente avec elle et discuter de perte de poids.

Les **changements d'humeur, la dépression ou les changements dans la libido** peuvent être ou non liés aux injections. *Si la cliente présente une dépression grave, mettre fin aux injections et l'aiguiller vers un soutien psychosocial et en santé mentale, si disponible.* Les remèdes locaux peuvent également être utiles.

Une infection ou inflammation au site de l'injection est chose rare.

Tableau 7 : AVANTAGES DES CIC

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ très efficaces si les doses de rappel sont reçues à temps. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ discrets; ■ n'exigent pas d'examen pelvien, d'examen des seins ou d'épreuves de laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ reprise de la fécondité légèrement plus longue que dans les autres méthodes.

Contraceptifs injectables combinés (CIC, injectables mensuels)

Les contraceptifs injectables combinés (CIC) contiennent de l'œstrogène et de la progestine et sont administrés par voie intramusculaire une fois par mois. Le mécanisme d'action des CIC est analogue à celui des COC : prévention de l'ovulation et épaissement de la glaire cervicale. Les CIC sont très efficaces lorsque les injections sont reçues selon le calendrier prévu.

Qui peut utiliser les CIC?

Pour la majorité, les femmes peuvent en toute sécurité recourir à cette méthode d'injection mensuelle, notamment :

- les femmes voulant/pouvant se conformer à un régime de dose mensuelle;
- les femmes qui ont fait récemment un avortement spontané ou provoqué;
- les femmes qui fument et ont moins de 35 ans;
- les femmes qui fument < 15 cigarettes/jour et ont plus de 35 ans;
- les femmes souffrant ou ayant des antécédents d'anémie;
- les femmes ayant des varices;
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Qui ne devrait pas utiliser les CIC?

- les mères ayant opté pour l'allaitement exclusif et qui ont accouché depuis moins de six mois;
- les femmes de plus de 35 ans qui fument > 15 cigarettes/jour;
- les femmes atteintes d'une maladie hépatique active;
- les femmes souffrant d'hypertension (TA \geq 160/100 mmHg);
- les femmes souffrant ou ayant des antécédents de cardiopathie ischémique, de TVP, d'EP ou d'AVC;
- les femmes présentant des saignements vaginaux suspects et inexplicables;
- les femmes ayant des antécédents de troubles de coagulation;
- les femmes atteintes ou ayant des antécédents de cancer du sein;
- les femmes souffrant de migraine avec aura.

Instructions aux clientes pour commencer les CIC

En règle générale, on peut commencer les CIC n'importe quand pendant le cycle menstruel, tant que vous avez une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. Nous donnons ci-après les instructions aux clientes pour commencer les CIC, en supposant avec une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte.

Tableau 8 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE POUR COMMENCER LES CIC

Critères	Début	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 à 7 du cycle
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	7 jours	
Femmes post-partum			
Allaitement exclusif (sans règles)*	6 mois post-partum	7 jours	Avant six mois, méthode d'appoint non requise.
Allaitement partiel (sans règles)*	6 semaines post-partum	7 jours	
N'allaitant pas	21 jours post-partum	7 jours si \geq 4 semaines	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 21 à 28 post-partum
Femmes post-avortum			
\leq 7 jours post-avortement	Immédiatement	NON	
> 7 jours post-avortement	N'importe quand	7 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne aux CIC			
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	On présume une utilisation correcte et constante de la méthode, sans arrêt entre les méthodes.
Passant d'un autre injectable	Lorsque l'injection est due	NON	
Méthode non hormonale	N'importe quand	7 jours	
Passant d'un DIU	Immédiatement	NON	
Femmes ayant pris la PCU	Immédiatement	7 jours	

*Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Effets secondaires des CIC

Pour la plupart, les effets secondaires sont temporaires et n'exigent pas l'arrêt de la méthode ou de changement de méthode. Informer précisément la cliente sur les effets secondaires éventuels avant d'administrer les CIC et lui dire qu'il est important de continuer d'utiliser la méthode afin d'éviter une grossesse non désirée. Si les effets secondaires sont sévères, s'ils persistent après plusieurs mois ou apparaissent subitement après plusieurs mois d'utilisation de la méthode, il faudrait envisager d'autres méthodes.

Les changements dans le profil des règles, particulièrement tachetures ou règles abondantes ou prolongées figurent parmi les effets secondaires courants des CIC. Si les microorragies ou règles abondantes persistent ou causent d'autres problèmes de santé, arrêter les CIC et offrir une autre méthode de contraception. Si les saignements commencent abruptement et que la cliente reçoit des injections depuis un certain temps et que les règles étaient normales ou absentes, une évaluation gynécologique s'impose pour dépister les causes de saignement non liées à la méthode.

La prise de poids, la sensibilité des seins, les céphalées légères et les étourdissements ne sont habituellement pas une indication d'arrêter la méthode. La gestion est symptomatique. Les remèdes locaux pourraient être utiles.

Les migraines avec ou sans aura sont une indication d'arrêter les CIC si la cliente présente ces symptômes ou s'ils s'aggravent après le début de la méthode. Conseiller à la cliente d'autres méthodes et l'aider à en choisir une sans œstrogène.

Procédure d'administration des contraceptifs injectables

1. Préparer les fournitures :
 - flacon de contraceptif ou seringue pré-remplie (il est préférable d'utiliser les flacons monodose, si possible);
 - seringue jetable de 2 ml (non utilisée);
 - aiguille stérile de calibre 21 ou 23.

2. Vous laver les mains au savon et à l'eau.
3. Nettoyer le site d'injection s'il n'est pas propre (il n'est pas nécessaire d'utiliser un antiseptique).
4. Réchauffer le flacon à la température ambiante s'il est froid. Remuer doucement la formule contenant de l'DMPA avant de soutirer le médicament (les préparations contenant du NET-EN n'exigent pas d'être remuées).
5. Tirer la dose de médicament dans la seringue.
6. Injecter le médicament :
 - les injectables à progestatifs seuls (DMPA, NET-EN) se donnent par injection intramusculaire profonde dans la hanche, la fesse ou le bras, à la préférence de la cliente;
 - les CIC se donnent par injection intramusculaire profonde dans la hanche, la fesse, le bras ou la cuisse, à la préférence de la cliente.
7. Ne pas frotter le site après l'injection (demander également à la cliente de ne pas frotter le site).
8. Disposer de l'aiguille et de la seringue de façon sécuritaire.
9. Préciser à la cliente quand elle doit revenir pour l'injection suivante (il serait utile de lui remettre une carte de rappel portant la date de l'injection suivante).

IMPLANTS CONTRACEPTIFS

Renseignements généraux

Les implants sont de petits bâtonnets qui contiennent des hormones et qui, insérés sous la peau dans la partie supérieure du bras, libèrent lentement une hormone, la progestine, empêchant ainsi la grossesse pendant une longue période. Ils fonctionnent avant tout en supprimant l'ovulation et en provoquant l'épaississement de la glaire cervicale, empêchant donc le sperme de pénétrer dans la partie supérieure du tractus génital de la femme. Les implants provoquent également un épaississement de l'endomètre, réduisant la possibilité d'implantation de l'ovule.

Tableau 9 : AVANTAGES DES IMPLANTS

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ très efficaces; ■ sûrs; ■ faciles d'utilisation; ■ protection continue et à long terme; ■ efficaces 24 heures après l'insertion; ■ retour immédiat à la fécondité; ■ examen pelvien non requis 	<ul style="list-style-type: none"> ■ discrets; ■ réduisent le risque de MIP symptomatique; ■ réduisent le risque de grossesse ectopique; ■ n'affectent pas l'allaitement; ■ peuvent protéger contre l'anémie; ■ aucun effet lié aux œstrogènes; ■ peuvent réduire le flux menstruel. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ doivent être insérés et retirés par des prestataires formés; ■ il faut respecter les mesures de PI pendant l'insertion et le retrait; ■ le retrait peut être difficile (particulièrement en cas d'insertion inadéquate ou si le prestataire n'a pas les habiletés requises pour le retrait); ■ le rejet est possible, mais rare; ■ peuvent entraîner des changements au niveau des règles (microorragie, saignement prolongé, aménorrhée); ■ ne protègent pas contre les IST ou le VHI; ■ peuvent provoquer des kystes ovariens.

- Il existe plusieurs types différents d'implants et le nombre de bâtonnets varie, ainsi que la durée d'efficacité. Les deux implants les plus largement répandus sont Jadelle et Implanon :
- Le Jadelle utilise deux bâtonnets et est efficace cinq ans.
- L'Implanon utilise un bâtonnet et est efficace trois ans.

Qui peut recevoir des implants?

- les femmes qui veulent une méthode de contraception directe, de longue durée et très efficace;
- les femmes souffrant de drépanocytose;
- les accouchées, qu'elles allaitent (après six semaines) ou non;
- les femmes qui ont fait un avortement spontané ou provoqué ou une grossesse ectopique;
- les femmes qui fument, peu importe leur âge ou le nombre de cigarettes par jour;
- les femmes qui ont des varices;
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Qui ne devrait pas utiliser d'implants?

- les femmes qui ont accouché depuis moins de six semaines et qui allaitent;
- les femmes souffrant d'une maladie hépatique (jaunisse, hépatite virale, cirrhose grave, tumeur du foie bénigne ou maligne);
- les femmes souffrant de saignement vaginal anormal non diagnostiqué;
- les femmes atteintes ou ayant des antécédents de cancer du sein;
- les femmes souffrant de migraines avec aura;
- les femmes souffrant d'une TVP ou d'une EP;
- les femmes souffrant ou à antécédents de cardiopathie ischémique ou d'AVC;
- les femmes recevant un traitement de rifampicine, de médicaments contre les crises épileptiques ou sous TARV affectant les enzymes hépatiques.

Instructions aux clientes pour commencer les implants

En règle générale, les implants peuvent être insérés n'importe quand pendant le cycle menstruel, tant qu'il y a une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte. Nous donnons au tableau qui suit les lignes directrices pour amorcer la contraception par implants en supposant une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte.

Tableau 10 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE POUR COMMENCER LES IMPLANTS

Critères	Début	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 à 5 (Implanon) ou 1 à 7 (Jadelle) du cycle
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	7 jours	
Femmes post-partum			
Allaitement exclusif (sans règles)*	6 mois post-partum	7 jours si > 6 mois	Méthode d'appoint non requise si début entre 6 semaines et 6 mois
Allaitement partiel (sans règles)*	6 semaines post-partum	7 jours	
N'allaitant pas	Immédiatement	7 jours si ≥ 4 semaines	Méthode d'appoint non requise si début entre les semaines 0 et 4
Femmes post- avortement			
≤ 7 jours post-avortement	Immédiatement	NON	
> 7 jours post-avortement	N'importe quand	7 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne aux implants			
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	On présume une utilisation correcte et constante de la méthode, sans arrêt entre les méthodes.
Passant d'un autre injectable	Moment où l'injection est due	NON	
Méthode non hormonale	N'importe quand	7 jours	
Passant d'un DIU	Immédiatement	NON	
Femmes qui ont pris une PCU	Immédiatement	7 jours	

*Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Effets secondaires et complications des implants

- Les **changements dans les profils des règles**, y compris les microrragies, les saignements abondants ou prolongés et l'aménorrhée sont très courants et ne sont habituellement pas une indication qu'il faut changer la méthode. Ces changements peuvent régresser après les quelques premiers mois. Si les microrragies ou les saignements abondants persistent plusieurs mois ou si une cliente qui a des implants et des règles normales ou absentes commence subitement à avoir des saignements habituels, une évaluation gynécologique s'impose pour préciser les causes de saignements non liées à la méthode, avant de retirer les implants.
- Les **céphalées** légères ou les migraines sans aura peuvent être traitées de façon symptomatique. Les migraines avec aura ou céphalées devenant plus fréquentes ou plus sévères après l'insertion des implants sont l'indice qu'il faut arrêter la méthode et passer à une méthode non hormonale.
- La douleur locale après l'insertion ou le retrait des implants et non associée à une infection peut être traitée de façon symptomatique à l'aide de paracétamol ou d'ibuprofène.
- L'**infection ou inflammation sur le site de l'implant** doit être traitée sept à 10 jours aux antibiotiques oraux. NE PAS retirer les implants, sauf si l'infection persiste après l'antibiothérapie.
- En cas d'**abcès** sur le site de l'implant, inciser et drainer et traiter aux antibiotiques sept à 10 jours. NE PAS retirer les implants sauf si l'infection persiste.
- Le **rejet** des implants n'est pas courant, mais peut survenir, qu'il y ait eu ou non infection.
- Il peut y avoir **prise de poids, sensibilité des seins, nausées ou vertiges**, qui doivent être traités de façon symptomatique. Les remèdes locaux peuvent être utiles.
- Les **changements d'humeur**, la dépression et les changements dans la libido peuvent ou non être liés à la méthode. *Si la cliente présente une dépression majeure, l'aiguiller vers un soutien psychosocial et en santé mentale, si disponible.* Les remèdes locaux peuvent également être utiles.

Procédure d'insertion des implants

Seuls les prestataires formés et connaissant bien la procédure doivent insérer les implants. La technique d'insertion varie légèrement selon le type d'implant. Ainsi, certains implants (par exemple, Implanon) sont fournis dans des applicateurs préchargés n'exigeant pas le recours à un trocart pour l'insertion.

1. Vous présenter au besoin à la cliente et lui expliquer la procédure. Préciser qu'elle pourrait ressentir une certaine pression ou traction pendant la procédure, mais que cela ne devrait pas être douloureux. Avant d'amorcer la procédure, répondre à toute question qu'elle aurait à poser.

2. Positionner la cliente et s'assurer qu'elle est confortablement installée. Habituellement, la cliente est allongée sur le dos et le bras où l'implant sera inséré (habituellement, le bras non dominant) est appuyé. Si la cliente ou le prestataire le préfère, la procédure peut être exécutée avec la cliente assise et le bras appuyé.
3. Veiller à ce que le site d'insertion (face intérieure du bras) soit propre.
4. Avant de commencer la procédure, disposer le matériel et les instruments sur un plateau ou un chariot stérile afin qu'ils soient facilement accessibles. (Respecter les techniques aseptiques pendant la procédure.)
5. En respectant les règles aseptiques, préparer et recouvrir d'un champ stérile le site d'insertion.
6. Anesthésier la zone d'insertion de l'implant (au point d'entrée du trocart et le long des tracés sous-cutanés où seront insérés les implants) à l'aide d'un anesthésique topique à 1 % sans adrénaline (épinéphrine). Veiller à ce que l'anesthésique ne soit pas injecté dans un vaisseau sanguin, en soutirant légèrement le piston de la seringue avant de l'injecter.
7. Effectuer une petite incision au point d'entrée du trocart à l'aide de la pointe du scalpel et insérer le trocart et le piston dans l'incision jusqu'à ce que la marque distale sur le trocart se situe au niveau de l'incision.
8. Retirer le piston et le placer sur un plateau stérile, mais NE PAS retirer le trocart.
9. Charger le bâtonnet d'implant dans le trocart et réinsérer le piston jusqu'à ce que vous sentiez une certaine résistance.
10. Faire glisser doucement le trocart vers l'arrière (mais sans l'enlever) tout en maintenant en place le piston, laissant ainsi l'implant dans le tracé sous-cutané.
11. Retirer le trocart et le piston jusqu'à ce que la marque proximale sur le trocart soit située au niveau de l'incision. **Garder le trocart dans l'incision.**
12. Répéter la procédure jusqu'à ce que tous les implants aient été insérés (deux, dans le cas de Jadelle).
13. Appliquer une pression à l'aide des deux doigts sur le site de l'incision pour empêcher le saignement.
14. Palper les implants pour s'assurer qu'ils sont en place et ne saillent pas de l'incision.
15. Appliquer un pansement adhésif sur le site d'incision, couvrir d'une gaze stérile et recouvrir d'un pansement de gaze.
16. Avant de donner son congé à la cliente, la garder en observation au cas où il y aurait épanchement sanguin.

Instructions à la cliente après l'insertion des implants

Garder au sec le site d'insertion pendant quatre à cinq jours. Retirer le pansement de gaze après un ou deux jours, mais laisser le pansement adhésif en place pendant cinq jours. Il est normal de ressentir une certaine douleur dans le bras après que l'effet de l'anesthésie se soit dissipé. Revenir à la structure sanitaire si les implants commencent à sortir, si la douleur dans le bras dure plus d'une semaine ou n'importe quand si la zone en question devient rouge, chaude, enflée, très douloureuse ou si vous constatez la formation de pus. Consulter un prestataire de soins de santé pour faire remplacer ou retirer les implants avant qu'ils ne perdent leur efficacité (remettre à la cliente une carte portant la date de retrait ou de remplacement).

Procédure de retrait des implants

1. Expliquer la procédure à la cliente. L'informer qu'elle ressentira une certaine pression ou traction, mais que la procédure ne devrait pas être douloureuse.
2. Placer la cliente dans la position voulue, le bras appuyé. Palper le bras pour localiser les implants et faire une marque sur la peau.
3. Utiliser les techniques d'asepsie. Préparer le site, mettre des gants stériles et recouvrir la zone d'un champ stérile.
4. Anesthésier la zone (le site d'incision et les tracés sous-cutanés) à l'aide d'un anesthésique topique à 1 % sans adrénaline (épinéphrine). Veiller à ce que l'anesthésique ne soit pas injecté dans un vaisseau sanguin en exerçant une légère traction sur le piston de la seringue avant l'injection.
5. Faire une petite incision à l'aide de la pointe du scalpel.
6. Insérer une pince Mosquito dans l'incision et saisir l'implant le plus proche. Tourner la pince jusqu'à ce que l'extrémité de l'implant ressorte de l'incision.
7. Imprimer à la pince une demi-rotation. Utiliser la pointe du scalpel pour éliminer tout tissu fibreux de l'implant.
8. Retirer doucement l'implant.
9. Répéter la procédure pour les autres implants.
10. Exercer une pression sur le site d'incision pour empêcher le saignement. Appliquer un pansement adhésif et un pansement légèrement compressif sur le site.
11. Informer la cliente qu'elle doit garder le pansement compressif deux ou trois jours pour réduire l'œdème.
12. S'il s'agit de remplacer les implants, insérer les nouveaux implants au-dessus ou au-dessous du site précédent ou dans l'autre bras.
13. Avant de donner son congé à la cliente, la garder en observation au cas où il y aurait épanchement sanguin.

DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS (DIU)

Renseignements généraux

Le dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) est un petit objet de plastique contenant du cuivre ou une hormone stéroïde (lévonorgestrel ou progestérone) qui est placé dans la partie supérieure de l'utérus (fond de l'utérus) pour empêcher la grossesse. Le DIU fonctionne avant tout en empêchant la fertilisation et en provoquant des changements de l'endomètre qui empêchent l'implantation.

Il existe plusieurs types différents de DIU, dont la durée d'efficacité varie. Le DIU de cuivre T380A est efficace pendant 12 ans. Le Mirena, un DIU contenant du lévonorgestrel (DIU-LNG), a une durée d'efficacité de cinq ans.

Tableau 11 : AVANTAGES DES DIU

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ plus efficaces, protection à long terme contre la grossesse; ■ sécuritaires; ■ retour immédiat de la fécondité après le retrait. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ protègent contre la grossesse ectopique; ■ peuvent augmenter le plaisir sexuel; ■ ne nuisent pas aux rapports sexuels; ■ ne nuisent pas à l'allaitement. <p><i>DIU au cuivre :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ n'affectent pas le lait maternel et peuvent être insérés immédiatement après l'accouchement; ■ aucun effet secondaire hormonal; ■ aucune interaction médicamenteuse; ■ peuvent protéger contre le cancer de l'endomètre. <p><i>DIU hormonal :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ réduisent le flux menstruel et les crampes; ■ réduisent les symptômes d'endométriose; ■ protègent contre l'anémie; ■ peuvent protéger contre la MIP; ■ réduisent la nécessité d'une hystérectomie chez jusqu'à 85 % des femmes souffrant de ménorragie. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ l'insertion et le retrait doivent être effectués par un prestataire formé à cette fin; ■ il peut y avoir perforation de l'utérus; ■ les mesures de PI doivent être respectées pendant l'insertion et le retrait; ■ la cliente ne peut mettre fin par elle-même à la méthode; ■ le DIU peut être expulsé ou se déplacer; ■ ne protège pas contre les IST/le VIH; ■ le DIU au cuivre peut augmenter le flux menstruel et les crampes pendant les premiers mois.

Qui peut choisir un DIU?

- les femmes qui veulent une protection à long terme très efficace contre la grossesse;
- les femmes post-partum (quatre semaines pour le DIU hormonal et entre 0 et 48 heures pour le DIU de cuivre);
- les femmes qui ont subi un avortement au troisième trimestre (en l'absence de preuve d'infection);
- les femmes qui ont fait une grossesse ectopique;
- les femmes qui ont accouché par césarienne;
- les femmes dont les règles sont irrégulières;
- les femmes ayant des antécédents de MIP;
- les femmes souffrant d'anémie;
- les femmes souffrant de diabète avec ou sans complications;
- les femmes séropositives au VIH ou qui ont le sida et qui sont sous TARV et se portent bien cliniquement (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Les DIU au cuivre conviennent dans les cas suivants :

- les femmes ayant des multiples facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (tabagisme, diabète, hypertension);
- les femmes de tout âge;
- les femmes souffrant de cardiopathie ischémique, de TVP ou d'EP, d'AVC et de cardiopathie vasculaire sans complication;
- les femmes atteintes ou ayant des antécédents de cancer du sein;
- les femmes atteintes d'affections du foie et de la vésicule biliaire.

À qui ne conviennent pas les DIU?

- les femmes entre 48 heures et cinq semaines post-partum;
- les femmes souffrant de MIP, de cervicite purulente, de sepsie puerpérale ou qui viennent juste de subir un avortement septique;
- les femmes à haut risque de gonorrhée et/ou d'infection à Chlamydia;
- les femmes souffrant de pertes vaginales inexplicables et non évaluées;
- les femmes ayant un cancer pelvien (du col, de l'endomètre ou des ovaires);
- les femmes atteintes d'anomalies utérines congénitales ou de tumeurs de l'utérus entraînant une distorsion de la cavité;
- les femmes souffrant de tuberculose pelvienne diagnostiquée.

Les femmes ne doivent pas utiliser de DIU hormonaux dans les cas suivants :

- elles sont à moins de quatre semaines post-partum;
- souffrent d'une TVP ou d'une EP;
- ont une maladie hépatique active;
- sont atteintes ou ont des antécédents de cancer du sein.

Quand insérer le DIU?

En règle générale, le DIU peut être inséré n'importe quand tant qu'il y a une certitude raisonnable que la cliente n'est pas enceinte, même si, dans certaines circonstances, il faut confirmer qu'elle n'est pas enceinte avant d'insérer le DIU. Nous donnons au tableau suivant des lignes directrices précisant quand peuvent être insérés le DIU au cuivre et le DIU-LNG.

Tableau 12 : QUAND INSÉRER UN DIU AU CUIVRE?

Critères	Début	Test de grossesse	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	NON	NON	
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	OUI	NON	
Femmes post-partum				
Immédiatement après le post-partum	0 à 48 heures post-partum	NON	NON	Si non inséré dans les 48 heures, attendre jusqu'à au moins 4 semaines.
Allaitement exclusif (sans règles)*	4 semaines post-partum	NON	NON	
Allaitement partiel (sans règles)*	4 semaines post-partum	OUI	NON	
N'allaitant pas	4 semaines post-partum	OUI	NON	
Femmes post- avortement				
≤ 12 jours post-avortement (1 ^{er} /2 ^e trimestre seulement)	Immédiatement	NON	NON	En cas d'infection, traiter d'abord l'infection avant d'insérer le DIU.
> 12 jours post-avortement (1 ^{er} /2 ^e trimestre seulement)	N'importe quand	NON	NON	

Tableau 12 : Quand insérer un DIU au cuivre? (suite)

Critères	Début	Test de grossesse	Méthode d'appoint	Observations
Femmes passant d'une méthode moderne au DIU				
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	NON	On suppose une utilisation correcte et constante de la méthode, sans arrêt entre les méthodes.
Passant d'un injectable	Moment où l'injection est due	NON	NON	
Méthode non hormonale	N'importe quand	NON	NON	
Femmes qui ont pris la PCU	Immédiatement	NON	NON	

* Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Tableau 13 : QUAND INSÉRER LE DIU-LNG?

Critères	Début	Test de grossesse	Méthode d'appoint	Observations
Femmes réglées	N'importe quand	NON	7 jours	Méthode d'appoint non requise si début dans les jours 1 à 7
Femmes aménorrhéiques	N'importe quand	OUI	7 jours	
Femmes post-partum				
Immédiatement après le post-partum	NON			
Allaitement exclusif (sans règles)*	4 semaines post-partum	NON	7 jours si > 6 mois post-partum	Méthode d'appoint non requise de 4 semaines à 6 mois post-partum
Allaitement partiel (sans règles)*	4 semaines post-partum	OUI	7 jours	
N'allaitant pas	4 semaines post-partum	OUI	7 jours	
Femmes post- avortement				
≤ 7 jours post-avortement (1 ^{er} /2 ^e trimestre seulement)	Immédiatement	NON	NON	En cas d'infection, traiter d'abord l'infection avant d'insérer le DIU.
> 7 jours post-avortement (1 ^{er} /2 ^e trimestre seulement)	N'importe quand	NON	7 jours	
Femmes passant d'une méthode moderne au DIU-LNG				
Passant d'une méthode hormonale	Immédiatement	NON	NON	On présume une utilisation correcte et constante de la méthode, sans arrêt entre les méthodes.
Passant d'un injectable	Moment où l'injection est due	NON	7 jours	
Méthode non hormonale	N'importe quand	NON	7 jours	
Femmes qui ont pris la PCU	Immédiatement	NON	NON	

* Si les règles ont repris après l'accouchement, suivre les instructions pour les femmes réglées.

Effets secondaires et complications des DIU

- Les **changements de profil des règles** sont très courants, tant pour le DIU au cuivre que pour le DIU hormonal. L'aménorrhée est très courante dans le cas du DIU-LNG. Dans le cas du DIU au cuivre, les saignements abondants sont très courants. Les saignements irréguliers sont courants pour les deux types de DIU. Un examen gynécologique s'impose si les saignements persistent ou si la cliente présente des saignements vaginaux abondants ou irréguliers longtemps après l'insertion du DIU, pour vérifier s'il y a une cause non liée à la méthode.
- Les **crampes** surviennent communément immédiatement après l'insertion du DIU et sont aussi très courantes dans les trois à six premiers mois d'utilisation du DIU. Elles peuvent également être associées aux règles, à une MIP, à une expulsion partielle du DIU, à une perforation de l'utérus ou à une grossesse ectopique.
- Si les **cordelettes sont absentes**, ce peut être un signe d'expulsion ou de perforation de l'utérus. Si la cliente sait que le DIU est tombé, exclure d'abord la grossesse, fournir une méthode d'appoint et insérer un nouveau DIU lors des prochaines règles.
- Les **douleurs abdominales sévères** peuvent laisser supposer une perforation de l'utérus, une MIP ou une grossesse ectopique.

Directives à la cliente sur l'utilisation du DIU

- On vous a inséré dans l'utérus un DIU qui, une fois en place, fait qu'il est peu probable que vous deveniez enceinte.
- Le DIU de cuivre T380A peut demeurer dans l'utérus 12 ans. Le Mirena peut y demeurer cinq ans.
- Chaque mois après vos règles, vérifier le positionnement du DIU en insérant un doigt dans le vagin pour repérer les cordelettes (votre partenaire peut également vous aider à faire cela). Si vous ne sentez pas la présence des cordelettes, il est possible que le DIU ait été délogé. Vous rendre immédiatement à la structure sanitaire pour une évaluation.
- Vérifier vos serviettes sanitaires chaque mois avant de les jeter parce que, parfois, le DIU pourrait ressortir. Si cela se produit, vous rendre à la structure sanitaire immédiatement pour une évaluation. Si le DIU est tombé, vous n'êtes pas protégée contre la grossesse. Vous devez utiliser une méthode d'appoint pour empêcher la grossesse jusqu'à ce qu'un DIU soit réinséré ou que vous commenciez une autre méthode.
- Revenir à la clinique si vous constatez tout signe de danger, par exemple douleur abdominale sévère, douleur pendant les relations sexuelles, écoulement vaginal inhabituel, nausée/vomissement, fièvre ou frissons ou si vous croyez que vous pourriez être enceinte.

- Vous devriez faire une visite de suivi une fois par an à la structure sanitaire.

Procédure d'insertion du DIU

1. Vous présenter à la cliente, si ce n'est pas déjà fait. Lui montrer un DIU et lui expliquer la procédure. L'informer qu'elle pourrait ressentir certaines crampes ou pressions pendant la procédure, mais que cela ne devrait pas être douloureux. Lui dire de vous faire savoir si elle ressent de la douleur, à n'importe quel moment de la procédure.
2. Veiller à ce que les instruments et fournitures soient tous prêts avant de commencer la procédure.
3. Mettre des gants propres, effectuer un examen génital externe et un examen pelvien bi-manuel, évaluer s'il y a un écoulement, des masses ou des anomalies du vagin et du col. Évaluer la taille, la position et la fermeté de l'utérus. Vérifier la sensibilité du col au mouvement, ce qui laisserait supposer une MIP (si vous soupçonnez que la cliente a une MIP, NE PAS insérer de DIU à ce moment).
4. Mettre des gants stériles, insérer un spéculum stérile ou désinfecté de haut niveau dans le vagin et visualiser le col. Resserrer les vis à oreilles lorsque le col est bien positionné.
5. Nettoyer le vagin et le col avec un antiseptique, par exemple povidone-iodée ou chlorhexidine. Nettoyer le col en un mouvement circulaire, de l'ouverture vers l'extérieur.
6. Insérer le tenaculum dans le spéculum et saisir doucement le col pour stabiliser celui-ci et l'utérus (la cliente pourrait ressentir une sensation de pincement ou d'inconfort, à ce stade).
7. Faire passer doucement la sonde utérine à travers l'ouverture du col pour évaluer la position de l'utérus et mesurer la profondeur de la cavité utérine.
8. Sans ouvrir l'emballage stérile, charger le DIU sur l'inserteur. Retirer le DIU et l'inserteur de l'emballage stérile en veillant à ce qu'ils ne touchent aucune surface non stérile.
9. Insérer lentement et doucement le DIU à travers le col et le placer dans l'utérus à la profondeur indiquée. Retirer l'inserteur.
10. Couper les ficelles du DIU en les laissant dépasser de 3 à 4 cm dans le vagin.
11. Doucement, desserrer et retirer le tenaculum. En cas de saignement du col, appliquer une pression. Retirer le spéculum.
12. Laisser la cliente se reposer sur la table d'examen jusqu'à ce qu'elle se sente prête à se lever.

Procédure de retrait du DIU

Retirer le DIU est une procédure simple qui peut être effectuée à n'importe quel moment du mois, même si le retrait peut être plus facile pendant les règles.

1. Expliquer la procédure à la cliente. L'informer qu'elle pourrait ressentir un certain inconfort ou des crampes, mais que cela ne devrait pas être douloureux. Lui demander de vous faire savoir si elle éprouve de la douleur pendant la procédure.
2. Insérer un spéculum dans le vagin pour visualiser le col. Resserrer les vis à oreilles lorsque le col est dans la bonne position.
3. Nettoyer le col avec un antiseptique, par exemple povidone-iodé ou chlorhexidine.
4. Utiliser une pince hémostatique ou autre pince étroite, saisir les ficelles près du col et tirer doucement et délicatement jusqu'à ce que le DIU soit entièrement retiré. Ne pas forcer.
5. Montrer le DIU à la cliente. Si le DIU doit être remplacé, le nouveau DIU peut être inséré immédiatement.

MÉTHODES DE BARRIÈRE

Les méthodes de barrière empêchent le sperme d'avoir accès à la partie supérieure du tractus génital, empêchant ainsi la fécondation des œufs. Il existe plusieurs types de méthodes de barrière, notamment :

- préservatifs masculins;
- préservatifs féminins;
- diaphragme et cape cervicale;
- spermicides, par exemple comprimés de mousse, crèmes, suppositoires, gelées et film fondant.

Nous traiterons aux présentes des préservatifs masculins et féminins.

Préservatifs masculins

Le préservatif masculin est un mince fourreau habituellement fait de latex et qui est mis en place sur le pénis en érection avant la relation sexuelle et enlevé immédiatement après l'éjaculation. Le préservatif masculin agit comme barrière, empêchant le sperme de pénétrer dans le vagin et le col. Il protège également contre la transmission des IST/du VIH d'un partenaire à l'autre.

Qui devrait utiliser les préservatifs masculins?

Les préservatifs masculins sont sécuritaires et peuvent être utilisés par presque tous les hommes et les femmes.

Qui ne devrait pas utiliser les préservatifs masculins?

- Les personnes qui ont des allergies graves au latex (femmes et hommes).

Utilisation du préservatif masculin

1. Vérifier l'emballage du préservatif pour s'assurer qu'il est intact. Vérifier la date de péremption.
2. Ouvrir soigneusement l'emballage pour éviter de déchirer le préservatif (ne pas ouvrir l'emballage avec les dents ou un instrument pointu ou tranchant). Inspecter l'extrémité du préservatif et le positionner afin qu'il puisse être déroulé sur le corps de la verge.
3. Pincer l'extrémité du préservatif et la placer devant l'extrémité du pénis en érection.
4. Dérouler le préservatif précautionneusement le long de la verge jusqu'à la base du pénis en érection. Si le préservatif ne se déroule pas facilement ou s'il se déchire, il est possible qu'il soit trop vieux ou placé à l'envers. Jeter le préservatif et recommencer avec un autre.
5. Après l'éjaculation et tandis que le pénis est encore en érection, saisir le préservatif à la base du pénis et le maintenir en place pendant le retrait du pénis. Veiller à ce qu'il n'y ait pas d'écoulement accidentel pendant le retrait du pénis.
6. Retirer soigneusement le préservatif pour éviter que le sperme ne s'écoule et en disposer en l'enveloppant et le mettant dans la corbeille à déchets ou dans une latrine (non dans une toilette à chasse).

Effets secondaires des préservatifs masculins

- **Allergie ou irritation** : les allergies au latex sont très rares. En cas d'irritation locale sur le pénis ou dans le vagin, essayer d'abord de changer de marque de préservatif. Utiliser un lubrifiant (eau ou lubrifiant à base d'eau) peut également aider à réduire la friction qui peut être la cause de l'irritation. Si l'irritation persiste, vérifier s'il n'y aurait pas infection.

Tableau 14 : AVANTAGES DU PRÉSERVATIF MASCULIN

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none">■ efficace à 98 % si utilisé constamment et correctement (efficace à 85 % dans l'utilisation courante);■ efficace immédiatement;■ pas d'effets secondaires hormonaux;■ facile à obtenir.	<ul style="list-style-type: none">■ protège contre les IST/le VIH, en utilisation constante et correcte;■ peut empêcher l'éjaculation précoce;■ peut être utilisé sans l'aide d'un prestataire de services de santé.	<ul style="list-style-type: none">■ il faut utiliser un préservatif neuf à chaque rapport sexuel;■ doit être utilisé de façon constante et correcte pour un maximum d'efficacité;■ peut être endommagé par les lubrifiants à base d'huile, la chaleur excessive, l'humidité ou la lumière;■ l'utilisation exige la collaboration des deux partenaires.

Tableau 15 : AVANTAGES DU PRÉSERVATIF FÉMININ

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ efficace à 95 % si utilisé constamment et correctement; ■ efficace à 79 % en utilisation courante; ■ efficace immédiatement; ■ méthode contrôlée par la femme; ■ facile à utiliser; ■ aucun risque sanitaire associé. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ protège contre les IST/le VIH, si utilisé de façon constante et appropriée; ■ l'anneau extérieur offre à certaines femmes une stimulation sexuelle supplémentaire; ■ peut être inséré avant le rapport sexuel de façon à ne pas interrompre la relation; ■ n'a pas à être enlevé immédiatement après l'éjaculation. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ doit être inséré avant le rapport sexuel; ■ l'insertion peut être délicate; ■ peut être bruyant pendant le rapport sexuel; ■ coûteux; usage unique seulement.

Préservatifs féminins

Le préservatif féminin est un fourreau souple fait de plastique ou de latex et qui s'insère à l'intérieur du vagin comme protection contre la grossesse et les IST/le VIH. Le préservatif féminin est pourvu d'anneaux flexibles à chaque extrémité. L'anneau à l'extrémité fermée du préservatif s'insère dans le vagin et sert d'ancrage recouvrant le col. L'anneau extérieur forme le bord externe du dispositif et demeure à l'extérieur du vagin après l'insertion, offrant une protection à la base des lèvres et à la base du pénis pendant la relation. Le préservatif féminin fonctionne en formant une barrière empêchant le sperme de pénétrer dans le vagin et le col. Il protège aussi contre la transmission des IST/du VIH entre partenaires.

Qui devrait utiliser le préservatif féminin?

- toute femme, peu importe l'âge, l'état civil ou le nombre d'enfants;
- les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans;
- les femmes qui ont eu des enfants et celles qui n'en ont pas eus;
- les femmes ayant besoin d'une méthode d'appoint;
- les femmes ayant besoin d'une méthode temporaire de contraception;
- les femmes pour lesquelles les méthodes hormonales sont contre-indiquées;
- les femmes qui allaitent.

Qui ne devrait pas utiliser le préservatif féminin?

- il n'existe aucune pathologie médicale restreignant son utilisation;
- les femmes allergiques au latex (voir la section qui précède, sous Préservatifs masculins, pour plus de renseignements sur l'allergie au latex des préservatifs féminins).

Utilisation du préservatif féminin

1. Utiliser un nouveau préservatif pour chaque rapport sexuel. Le préservatif féminin peut être inséré jusqu'à huit heures avant la relation.

2. Vérifier l'emballage du préservatif pour vous assurer qu'il n'est pas endommagé et vérifier la date de péremption.
3. Si possible, vous laver les mains et choisir une position confortable pour insérer le préservatif (couchée, accroupie, assise, debout une jambe relevée).
4. Ouvrir soigneusement l'emballage et retirer le préservatif.
5. Frotter les deux côtés du préservatif ensemble pour étendre le lubrifiant.
6. Serrer l'anneau intérieur (à l'extrémité fermée du préservatif) entre le pouce et le majeur.
7. De l'autre main, ouvrir les lèvres et localiser l'ouverture du vagin.
8. Insérer l'anneau intérieur du préservatif aussi loin que possible dans le vagin. Insérer l'index dans le préservatif et le pousser jusqu'à ce qu'il soit en place.
9. Veiller à ce que le préservatif ne soit pas tordu et que l'anneau extérieur demeure à l'extérieur du vagin.
10. Pendant le rapport sexuel, veiller à ce que le pénis entre dans le préservatif et n'en sorte pas pendant la relation.
11. Si le préservatif sort ou est poussé dans le vagin pendant la relation, le remplacer soigneusement.
12. Après la relation, enlever le préservatif avant de vous lever.
13. Pincer et tordre l'anneau extérieur pour éviter l'écoulement accidentel du sperme.
14. Éliminer correctement le préservatif usagé (l'envelopper dans son emballage et le jeter dans des latrines ou aux déchets; ne pas le jeter dans les toilettes car il peut bloquer la plomberie).

Instructions spéciales sur l'utilisation des préservatifs féminins

- utiliser un nouveau préservatif à chaque relation;
- n'utiliser le préservatif qu'une fois;
- ne pas utiliser un préservatif s'il est endommagé ou vieux;
- éliminer correctement les préservatifs usagés.

Tableau 16 : AVANTAGES DES PCU

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ efficacité de 98 % à 99 % pour empêcher la grossesse, prises correctement (selon la formulation). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ tests et examens non requis avant de prendre les pilules; ■ sous le contrôle de la femme; ■ la cliente peut les avoir à portée en cas d'urgence; ■ réduisent les grossesses non désirées et, par conséquent, les demandes d'avortement. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ effets secondaires hormonaux indésirables; ■ délai limité d'efficacité; ■ ne protègent pas contre les IST/le VIH; ■ ne protègent pas contre la grossesse dans les rapports sexuels futurs; ■ ne devraient pas servir de méthode contraceptive habituelle.

CONTRACEPTION D'URGENCE

Par contraception d'urgence (CU), il faut entendre les méthodes contraceptives servant à prévenir la grossesse après une relation sexuelle non protégée. Les pilules contraceptives d'urgence (PCU), souvent appelées « pilules du lendemain » ou « contraception post-coïtale », fonctionnent d'abord en empêchant ou en retardant l'ovulation.

Il existe plusieurs formulations contraceptives pour la CU. Des comprimés contenant du lévonorgestrel et des combinaisons de lévonorgestrel et d'éthinyl estradiol sont commercialisés expressément comme PCU. Si ces formulations ne sont pas disponibles, tant des doses élevées que de faibles doses de COC peuvent aussi être utilisées (voir le tableau ci-après). Il est possible d'utiliser des PP pour la CU, mais cela exige un nombre extrêmement important de pilules, ce qui n'est pas pratique dans la plupart des situations d'urgence en raison de problèmes d'approvisionnement.

Qui peut utiliser les PCU?

- toutes les femmes en âge de procréer, y compris celles pour lesquelles les méthodes de contraception hormonale sont contre-indiquées;
- les femmes qui ont eu des relations sexuelles non protégées dans les dernières 120 heures, par exemple
 - rapport sexuel consensuel ou forcé;
 - bris de préservatif, expulsion du DIU;
 - réserve de contraceptifs oraux terminée;
 - trois PP ou plus oubliés;
 - en retard de plus de deux semaines pour un contraceptif injectable.

Qui ne devrait pas utiliser la PCU?

- les clientes qui utilisent déjà de façon constante une méthode contraceptive fiable;
- les clientes dont la grossesse est connue (même si on n'a pas signalé le moindre dommage causé par les PCU à la femme, au fœtus ou au déroulement de la grossesse).

Instructions à la cliente sur l'utilisation de la PCU

La PCU est efficace lorsqu'elle est prise dans les cinq jours (120 heures) suivant une relation sexuelle non protégée, mais elle l'est d'autant plus qu'elle est prise plus tôt. Prendre les PCU conformément aux instructions (voir les exemples au Tableau 17 ci-après).

Effets secondaires des PCU

Les effets secondaires les plus courants des PCU sont les nausées et les vomissements, les saignements légers irréguliers et un changement du cycle menstruel. Rassurer la cliente et lui dire que cela est prévu et temporaire. En cas de retard des règles, il faut soupçonner une grossesse.

DIU pour la CU

En plus des PCU, les DIU peuvent servir comme contraceptifs d'urgence chez les femmes qui désirent une méthode contraceptive à long terme. Pour plus de renseignements à cet égard, consulter le manuel Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.

Tableau 17 : INSTRUCTIONS À LA CLIENTE SUR L'UTILISATION DES PCU

Contraceptifs	Composition	Dose
PCU à la progestine seulement	Lévonorgestrel 0,75 mg Lévonorgestrel 1,5 mg	2 pilules en dose unique 1 pilule en dose unique
PCU combiné	Éthinyl estradiol 0,05 mg + Lévonorgestrel 0,25 mg	2 pilules maintenant et 2 pilules dans 12 heures
COC à faible dose	Éthinyl estradiol 0,03 mg + Lévonorgestrel 0,15 mg	4 pilules maintenant et 4 pilules dans 12 heures
COC à forte dose	Éthinyl estradiol 0,05 mg + Norgestrel 0,50 mg	2 pilules maintenant et 2 pilules dans 12 heures

MÉTHODES PERMANENTES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Stérilisation chirurgicale volontaire

La stérilisation chirurgicale volontaire ou contraception chirurgicale volontaire (CCV) est une méthode créant une stérilité permanente au moyen d'une intervention chirurgicale qui doit être exécutée avec consentement. Chez les femmes, la stérilisation se fait par ligature ou occlusion des trompes, ce qui empêche la fécondation par section ou occlusion des trompes de Fallope. Chez l'homme, l'intervention en question est la vasectomie, dans laquelle on coupe les canaux déférents, empêchant le passage du sperme (et la fécondation).

Counselling sur la stérilisation chirurgicale volontaire

Avant une stérilisation par chirurgie, il est important de conseiller la/le client(e) et d'obtenir son consentement éclairé à l'intervention. Les clients ou clientes doivent savoir :

- que la stérilisation est permanente (irréversible);
- que la stérilisation est efficace à > 99,5 %;
- qu'il existe des méthodes temporaires (y compris les méthodes à long terme);
- quelle est l'intervention chirurgicale et les complications possibles;
- quels sont les risques et les avantages et des solutions de rechange à la stérilisation chirurgicale;
- que la personne peut changer d'idée n'importe quand avant l'intervention.

Ligature des trompes (LT)

Qui peut être ligaturée?

- toute femme en âge de procréer, y compris les jeunes femmes et celles de plus de 40 ans, qui ont été bien conseillées et ont donné un consentement éclairé;
- les femmes certaines que la taille de la famille est suffisante;
- les femmes qui veulent une méthode permanente de contraception;
- les clientes chez qui la grossesse poserait un grave risque de santé;
- les femmes post-partum;

- les femmes qui allaitent;
- les femmes séropositives au VIH, qu'elles soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux femmes séropositives au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégées).

Qui ne devrait pas être ligaturée?

- les clientes qui ne savent pas si elles voudront plus tard avoir des enfants;
- les clientes qui ne donnent pas de consentement volontaire éclairé;
- les clientes actuellement enceintes.

Quand la LT devrait-elle être offerte avec réserve?

- les femmes de moins de 18 ans;
- les femmes sans enfant vivant;
- les femmes ayant des antécédents de MIP;
- les femmes dont l'utérus est fixé, quelle que soit la cause.

Procédures de LT

- *Ligature des trompes par laparoscopie* : Après avoir obtenu le consentement informé et veillé à la mise en place des procédures de PI, le prestataire fait un examen physique et pelvien. La LT par laparoscopie s'effectue sous légère sédation et anesthésie locale. On insère un laparoscope par une petite incision pratiquée dans la paroi abdominale de la femme et on obture chacune des deux trompes de Fallope à l'aide d'une pince ou d'un anneau ou par électrocoagulation. Après l'intervention, l'incision est obturée à l'aide de points de suture. La cliente peut retourner chez elle après quelques heures.
- *Mini-laparotomie* : Après avoir obtenu le consentement éclairé et veillé à l'application des procédures de PI, le prestataire fait un examen physique et pelvien. La LT par mini-laparotomie s'exécute sous sédation légère et anesthésie locale. On pratique une petite incision dans la paroi abdominale de la femme. On insère par le vagin et à travers le col, un élévateur utérin pour rapprocher les trompes de Fallope de l'incision. Chacun des tubes est noué et sectionné ou obturé à l'aide d'une pince ou d'un anneau. Après l'intervention, l'incision est fermée à l'aide de points de suture. La cliente peut retourner chez elle après quelques heures.

Tableau 18 : AVANTAGES DE LA LIGATURE DES TROMPES

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ très efficace; ■ efficace immédiatement; ■ permanente; ■ sans effet secondaire; ■ n'affecte pas l'allaitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ne modifie pas la fonction sexuelle; ■ n'interfère pas avec les rapports sexuels; ■ peut réduire le risque de cancer de l'ovaire; ■ réduit le risque de MIP; ■ n'exige pas d'examen sanguin; ■ n'exige pas de dépistage du cancer du col. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ irréversible; ■ risques liés à l'intervention chirurgicale; ■ ne protège pas contre les IST/le VIH; ■ douloureuse à court terme; ■ risque de grossesse faible, mais si elle se produit, elle sera probablement ectopique; ■ ne peut être pratiquée que par un prestataire formé.

Complications liées à la LT

Les *douleurs abdominales* et l'œdème sont courants après la LT et le soulagement est la plupart du temps obtenu à l'aide d'analgésiques, par exemple le paracétamol ou l'ibuprofène. Il faudrait également informer la cliente des autres complications postopératoires, par exemple saignements, infection sur le site de la blessure, et lui conseiller de revenir au centre de santé si cela se produit.

Vasectomie

Qui peut avoir une vasectomie?

- les hommes en âge de procréer, peu importe l'âge et qu'ils aient ou non des enfants, s'ils ont été conseillés et ont donné leur consentement éclairé;
- les hommes dont la famille a la taille souhaitée;
- les hommes souffrant de drépanocytose;
- les hommes séropositifs au VIH, peu importe qu'ils soient ou non sous TARV (il faudrait conseiller aux hommes séropositifs au VIH d'utiliser également des préservatifs pour être doublement protégés).

Qui devrait éviter la vasectomie?

- les clients incertains de leur désir futur en matière de fécondité;
- les clients qui ne donnent pas leur consentement éclairé.
- Dans quels cas la vasectomie ne devrait-elle être accordée qu'avec prudence?
- les hommes ayant une anomalie scrotale ou testiculaire ou ceux dont les testicules ne sont pas descendus;
- les hommes qui font du diabète, font une dépression ou sont très jeunes.

Procédure de la vasectomie (sans bistouri)

Méthode sans bistouri : Après avoir obtenu le consentement éclairé et veillé à la mise en place des procédures de PI, le prestataire fait une palpation et localise avec ses doigts l'un des canaux déférent. On a recours à l'anesthésie locale pour insensibiliser la peau du scrotum. Le canal est immobilisé par un clamp à travers la peau à l'endroit de l'anesthésie et la peau est perforée pour exposer le canal. Celui-ci est coupé et ligaturé à l'aide d'une suture absorbable et replacé dans

le scrotum. On répète la procédure pour l'autre canal. Lorsque les deux canaux sont sectionnés et ligaturés, on pince le site de la perforation et on applique une pression pendant quelques minutes. Aucune suture n'est nécessaire. Le client peut reprendre ses activités sexuelles dans les deux à trois jours, mais doit utiliser un préservatif ou une autre méthode de PF pour les 20 prochaines éjaculations ou pendant trois mois après l'intervention.

Méthode classique : La procédure est la même que celle illustrée précédemment, sauf que l'on pratique deux petites incisions dans la peau du scrotum à l'aide d'un scalpel pour exposer les canaux.

Complications associées à la vasectomie

Les complications de la vasectomie sont rares, mais on a observé parfois une infection de la blessure, la formation d'un hématome ou des douleurs scrotales ou testiculaires chroniques.

MÉTHODES CONTRACEPTIVES PLUS RÉCENTES

Plusieurs méthodes contraceptives ont été créées récemment, mais ne sont pas abordées en détails aux présentes. Les prestataires de services doivent connaître ces méthodes, au cas où les clients soulèveraient des questions ou que ces méthodes seraient offertes dans les zones où ils travaillent.

Patch contraceptif (OrthoEvra, Evra)

Il s'agit d'un patch contraceptif transdermique d'hormones combinées, appliqué sur la peau une fois par semaine, avec une semaine d'arrêt par mois, c'est-à-dire qu'en quatre semaines, on utilise trois patches. Le principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Anneau vaginal (NuvaRing)

C'est un anneau souple contenant des contraceptifs hormonaux combinés et qui est inséré dans le vagin, où les hormones sont lentement absorbées par la muqueuse vaginale. L'anneau est laissé dans le vagin trois semaines, suivies par une semaine d'arrêt. Son principal mécanisme d'action est l'inhibition de l'ovulation.

Tableau 19 : AVANTAGES DE LA VASECTOMIE

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none">■ très efficace;■ permanent.	<ul style="list-style-type: none">■ ne modifie pas la fonction sexuelle;■ n'interfère pas avec les relations sexuelles;■ dégage la femme du fardeau de la contraception.	<ul style="list-style-type: none">■ irréversible;■ non efficace immédiatement : une méthode d'appoint est nécessaire pour les 12 premières semaines suivant l'intervention;■ ne protège pas contre les IST/le VIH;■ risques chirurgicaux;■ ne peut être faite que par un prestataire formé.

MÉTHODES NATURELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Les méthodes naturelles de planification familiale (également appelées de « connaissance de la fécondité ») permettent aux partenaires d'obtenir une grossesse ou de l'éviter en planifiant leurs activités sexuelles selon les phases de fécondité et d'infécondité du cycle menstruel de la femme. On pratique l'abstinence de rapports sexuels vaginaux ou on utilise une méthode barrière pendant la phase de fécondité de la femme,

afin qu'il n'y ait pas fécondation. Selon l'usage courant, les méthodes naturelles de PF sont efficaces à 75 % pour prévenir de la grossesse. Utilisées constamment et correctement, toutefois, les méthodes naturelles peuvent être très efficaces (l'efficacité varie selon la méthode).

Les méthodes naturelles de PF sont classées en méthodes *basées sur le calendrier* ou méthodes *basées sur les symptômes*. Nous résumons au tableau qui suit plusieurs méthodes naturelles de planification familiale.

Tableau 20 : MÉTHODES NATURELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE		
Méthode	Description	Efficacité *
Méthodes basées sur le calendrier		
Méthode du calendrier (rythme)	Le couple prend note des cycles menstruels de la femme pendant six mois avant de commencer à calculer le premier et le dernier jour de la phase de fécondité. Le couple s'abstient de rapports vaginaux ou utilise une méthode barrière les jours féconds. Le calcul des jours féconds doit être actualisé chaque mois.	91 %
Méthode des jours fixes	Le couple prend note du cycle menstruel de la femme et s'abstient de rapports vaginaux ou utilise une méthode barrière du jour 8 au jour 19. Il convient d'utiliser un aide-mémoire, par exemple le collier du cycle, pour compter plus facilement les jours.	95 %
Méthodes basées sur les symptômes		
Méthode Billings (ou de la glaire cervicale)	La femme vérifie chaque jour ses sécrétions cervicales. Dès qu'elle constate la présence de sécrétions, elle peut être considérée comme féconde. Le couple s'abstient de rapports vaginaux ou utilise une méthode barrière jusqu'à trois jours suivant le jour « sommet » des sécrétions. Après cela, le couple reprend les rapports sexuels non protégés jusqu'au début des règles. Après la fin des règles, le couple peut reprendre les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce qu'apparaissent les sécrétions (mais ne doit pas avoir de rapports sexuels deux jours consécutifs).	97 %
Méthode des deux jours	La femme vérifie ses sécrétions cervicales tous les après-midis ou tous les soirs. Lorsqu'elle décèle des sécrétions, elle se considère comme féconde ce jour-là et le jour suivant. Le couple soit s'abstient de rapports vaginaux, soit utilise une méthode barrière les jours féconds. Le couple peut reprendre des rapports non protégés dès qu'il y a eu deux jours de suite sans sécrétions.	96 %
Méthode de la température basale du corps (TBC)	La femme prend sa température corporelle chaque matin avant de lever, de manger ou de boire. Le couple s'abstient de rapports vaginaux ou utilise une méthode barrière du premier jour du cycle menstruel (premier jour des règles) jusqu'à trois jours après qu'elle ait constaté une augmentation de la température corporelle. Après trois jours de température corporelle élevée, le couple peut reprendre les rapports sexuels non protégés.	99 %
Méthode symptothermique	La femme surveille sa température basale et son ovulation (à l'aide de la méthode Billings). La femme peut également surveiller d'autres signes physiques (sensibilité des seins, crampes). Le couple s'abstient de rapports ou utilise une méthode barrière du premier jour du cycle menstruel (premier jour des règles) jusqu'au quatrième jour suivant l'apparition des sécrétions cervicales ou après trois jours complets de température corporelle élevée (à l'échéance survenant la première).	98 %

* Le degré d'efficacité suppose une utilisation constante et correcte de la méthode; il s'agit de pourcentages différents de ceux attribués à l'usage courant.

Tableau 21 : AVANTAGES DES MÉTHODES NATURELLES DE PLANIFICATION FAMILIALE

Avantages contraceptifs	Avantages non contraceptifs	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ■ pas d'effet secondaire; ■ n'exigent ni intervention, ni fournitures. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ permettent à la femme d'être consciente de sa fécondité; ■ permettent à certains couples de respecter des normes culturelles ou religieuses; ■ exigent la participation de l'homme. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ les clients doivent s'abstenir de relations sexuelles ou utiliser une méthode barrière pendant la phase de fécondité; ■ les clientes dont le cycle menstruel est irrégulier ne devraient pas utiliser de méthode basée sur le calendrier.

MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode de PF temporaire qui repose sur la suppression hormonale naturelle de l'ovulation pendant l'allaitement exclusif ou quasi-exclusif.

Cette méthode n'est efficace que pour les clientes qui répondent aux critères suivants :

- moins de six mois post-partum;
- allaitement exclusif (ou quasi-exclusif) du nourrisson fréquemment, jour et nuit;
- les règles n'ont pas encore repris après l'accouchement.

LA MAMA est efficace à 99 % si elle est utilisée correctement pendant les six premiers mois suivant l'accouchement.

COÏT INTERROMPU (RETRAIT)

Le coït interrompu (retrait) est la méthode dans laquelle l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire avant d'éjaculer afin que le sperme n'entre pas dans le vagin ou ne touche pas l'extérieur des organes génitaux de celle-ci. Cette méthode est l'une des moins efficaces : efficace à 73 % dans l'usage courant. Ce faible taux d'efficacité est surtout dû à l'éjaculation précoce et à la difficulté de sentir constamment que l'éjaculation est sur le point de se produire.

ANNEXE A : LECTURES ESSENTIELLES

Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier. (OMS, JHUCCP/INFO Project, USAID).

Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale (OMS, JHUCCP/INFO Project).

Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, troisième édition, (OMS) Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale (Jhpiego), disponible à l'adresse <http://www.reproline.jhu.edu/french/6read/6multi/6pg/index.htm>

La santé reproductive en situations de crise humanitaire - Manuel de terrain inter-organisations

GATHER Guide to Counselling (Rinehart W., et coll.)

Contraception d'urgence pour les zones touchées par des conflits (Reproductive Health in Conflict Consortium)

ANNEXE B : EFFICACITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Nous donnons au tableau qui suit la liste des méthodes contraceptives modernes et leur efficacité.

* Utilisation correcte et constante signifie exactement selon les directives d'utilisation.

** Usage courant s'entend de la moyenne de respect de la méthode par les clients.

Tableau 22 : EFFICACITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES			
Méthode	Description	Efficacité *	
		Utilisation constante	Utilisation courante
Méthodes hormonales			
Contraceptifs oraux combinés (COC)	Un comprimé contenant de l'œstrogène et de la progestine, en prise quotidienne. Supprime l'ovulation.	99,7 %	92 %
Pilules progestatives (PP)	Un comprimé contenant de la progestine, en prise quotidienne. Provoque l'épaississement de la glaire cervical (inhibant la pénétration du sperme) et l'amincissement de l'endomètre (inhibant l'implantation).	99,7 %	92 %
Contraceptif injectable combiné	Injection intramusculaire mensuelle contenant de l'œstrogène et de la progestine. Supprime l'ovulation.	99,7 %	97 %
Implants	Capsules ou bâtonnets sous-cutanés dont la durée d'efficacité est variable (Jadelle, cinq ans; Implanon, trois ans). Provoque l'épaississement de la glaire cervicale et la suppression de l'ovulation.	99,95 %	99,95 %
Dispositifs intra-utérins			
DIU au cuivre	Dispositif intra-utérin dont la durée d'efficacité est de 12 ans. Empêche la fécondation et l'implantation.	99,4 %	99,2 %
DIU-LNG	Dispositif intra-utérin dont la durée d'efficacité est de 5 ans. Empêche la fécondation et l'implantation.	99,8 %	99,8 %
Méthodes de barrière			
Préservatif masculin	Fourreau de latex (ou de plastique) d'usage unique couvrant le pénis et empêchant la fécondation en bloquant l'entrée du sperme dans le tractus génital féminin pendant la relation sexuelle.	98 %	85 %
Préservatif féminin	Fourreau de plastique (ou de latex) d'usage unique s'insérant dans le vagin et empêchant la fécondation en bloquant l'entrée du sperme dans le tractus génital féminin pendant le rapport sexuel.	95 %	79 %
Méthodes permanentes			
Ligature des trompes	Intervention chirurgicale volontaire dans laquelle on sectionne ou obture les trompes de Fallope, ce qui empêche la fécondation.	99,5 %	99,5 %
Vasectomie	Intervention chirurgicale volontaire dans laquelle on sectionne ou obture les canaux déférents, de sorte que l'éjaculat est stérile.	99,9 %	99,85 %

BIBLIOGRAPHIE

Bluestone, J., R. Chase, E. Lu, *IUD Guidelines for Family Planning Programs*, troisième édition, Baltimore, MD: Jhpiego, 2006.

Division of Reproductive Health, Ministry of Health Kenya (DRH), *Family Planning Guidelines for Service Providers*, mars 2005.

Division of Reproductive Health, Ministry of Health (DRH), *National Guidelines for Quality Obstetrics and Perinatal Care*, novembre 2004.

Jhpiego, *Guide de poche à l'intention des prestataires de services de planification familiale*, deuxième édition, 1998.

Rinehart, W., S. Rudy et M. Drennan, *Guide de Counselling*, Population Reports, Series J, no 48. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, décembre 1998, <http://info.k4health.org/pr/prf/fj48edsum.shtml>

Organisation des Nations Unies, *Conférence internationale sur la population et le développement*, « Résumé du programme d'action », <http://www.un.org/ecosocdev/geninfo/populatin/icpd.htm>.

Organisation mondiale de la santé, *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, troisième édition, 2004.

Organisation mondiale de la santé, *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation des méthodes contraceptives*, deuxième édition, 2004.

Organisation mondiale de la santé, École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, USAID, *Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*, 2007.

Organisation mondiale de la santé (OMS) et École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, Center for Communication Programs, Information and Knowledge for Optimal Health (INFO), *Outil d'aide à la prise de décision à l'usage des clients et des prestataires de la planification familiale*, Baltimore, MD, INFO et Genève, OMS, 2005. (WHO Family Planning Cornerstone).

Référence pour les diagrammes sur les organes reproducteurs, etc.



Columbia University
MAILMAN SCHOOL
OF PUBLIC HEALTH



MARIE STOPES
INTERNATIONAL

www.raiseinitiative.org

L'Initiative RAISE est un programme conjoint de la Mailman School of Public Health de Columbia University et de Marie Stopes International.