

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

Soins après avortement



GUIDE DU
PARTICIPANT

**RAISE**

Reproductive
Health Access,
Information
and Services
in Emergencies

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

Soins après avortement



GUIDE DU
PARTICIPANT

REMERCIEMENTS

Le présent programme d'études sur les soins après avortement a été préparé à la suite de larges consultations auprès de personnes et d'organismes œuvrant à l'échelle mondiale dans les soins de santé de la reproduction. Le programme RAISE souhaiterait remercier les personnes suivantes de leur apport pendant la préparation du programme d'études :

1. *Mme Miriam Wagoro*, Université de Nairobi, École des sciences infirmières
2. *Dr Gathari Ndirangu*, hôpital Kenyatta National
3. *Mme Jemimah Khamadi*, Shekhinah Consultancy & Consulting Services
4. *Dr Solomon Orero*, spécialiste en santé de la reproduction
5. *Dr B. Omuga*, Université de Nairobi, École des sciences infirmières
6. *Dr Musili*, consultant en obstétrique/gynécologie, hôpital Pumuni
7. *M. Richard Maweu*, ministère de la Santé, Kenya
8. *Dr Emily Rogena*, Université de Nairobi, Service de pathologie
9. *M. Hadley Muchela*, Liverpool VCT Care & Treatment, Kenya
10. *Dr Boaz Otieno Nyunya*, Université Moi, Service de santé de la reproduction
11. *Dr Fred Akonde*, RAISE, Nairobi
12. *Mme Pamela Ochieng*, RAISE, Nairobi
13. *Mme Lilian Mumbi*, RAISE, Nairobi

Initiative RAISE. *Soins après avortement : Guide du participant. 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 À LA FORMATION	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
Jeux de rôle	7
Fiches d'apprentissage et listes de vérification	7
Simulations cliniques	9
COMPOSANTES DU KIT DE MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT (SAA)	11
CONCEPTION DU STAGE	11
ÉVALUATION	11
SOMMAIRE DU STAGE	12
Description du stage	12
Buts du stage	12
Objectifs de l'apprentissage	12
Méthodes de formation/d'apprentissage	12
Calendrier	13
Matériel pédagogique	15
Critères de sélection des participants	15
Durée du stage	15
DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE	15
RESPONSABILITÉS DU PARTICIPANT	15
RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE	15
COMPTE RENDU DES ACTIVITÉS	16
Journal de bord de l'expérience clinique	16
Fiches de travail des plans d'action	16
QUESTIONNAIRES DES CONNAISSANCES	16
QUESTIONNAIRE SUR LES CONNAISSANCES	17
SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : PRISE EN CHARGE DE L'AVORTEMENT INCOMPLET OU À RISQUE	21
1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)	22
2. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)]	23
PROCÉDURE EN CAS DE DIFFICULTÉS PENDANT L'AMIU	26

TABLE DES MATIÈRES (suite)

3. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL	27
4. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	29
ÉTUDES DE CAS	30
ÉTUDE DE CAS 1	30
ÉTUDE DE CAS 2	30
ÉTUDE DE CAS 3	31
GUIDE DE RÉFÉRENCE	33

ACRONYMES

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	L	Litre
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
C	Celsius	mcg	Microgramme
cc	Centimètres cubes	mg	Milligramme
CDV	Conseils et dépistage volontaires	MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée	mL	Millilitre
cm	Centimètre	mm	Millimètre
DDR	Date des dernières règles (premier jour)	mmHg	Millimètre de mercure
DHN	Désinfection de haut niveau	MSI	Marie Stopes International
DIU	Dispositif intra-utérin	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DVD	Disque numérique polyvalent	PdC	Produits de conception
F	Fahrenheit	PI	Prévention des infections
FAC	Formation axée sur les compétences	RAISE	Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies
g	Gramme	SAA	Soins après avortement
h	Heure	SNC	Système nerveux central
Hg	Mercure	SOU	Soins obstétricaux d'urgence
ICP	Interaction client-prestataire	SR	Santé de la reproduction
IM	Intramusculaire	TB	Tuberculose
IST	Infection sexuellement transmissible	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IV	Intraveineux	USAID	United States Agency for International Development

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 pour les soins après avortement 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

Ce stage de formation clinique sera réalisé d'une manière qui est différente des stages de formation traditionnels. D'abord, il part du principe que les gens participent aux formations car ils :

- Sont **intéressés** par le sujet
- Souhaitent **améliorer** leurs connaissances ou compétences et, partant, leur performance professionnelle
- Souhaitent **participer activement** aux activités du stage

Aussi, pour toutes ces raisons, tout le matériel de ce stage se concentre-t-il sur le **participant**. Par exemple, le contenu et les activités visent à encourager l'**apprentissage** et le participant devra s'engager activement dans **tous** les aspects de cet apprentissage.

En second lieu, dans ce stage de formation, le **formateur clinique** et le **participant** utilisent un kit analogue de matériel pédagogique. Le formateur clinique, en raison de sa formation et de son expérience, travaille avec les participants comme un expert du thème et les guide tout au long des activités d'apprentissage. En outre, le **formateur clinique** aide à créer un contexte d'apprentissage où chacun se sent à l'aise et encourage les activités qui aident le participant à acquérir les nouvelles connaissances, attitudes et compétences.

Enfin, l'approche pédagogique utilisée dans ce stage met en exergue l'importance de l'utilisation efficace par rapport aux coûts des ressources, et l'application de technologies pédagogiques pertinentes dont les techniques de formation humanistes. Celles-ci utilisent notamment des modèles anatomiques, tels que le simulateur de l'accouchement, pour minimiser les risques que courent les clientes et faciliter l'apprentissage.

APPROCHE À LA FORMATION

Apprendre pour maîtriser

L'approche de l'apprentissage pour maîtriser suppose que tous les participants peuvent maîtriser (apprendre) les connaissances, attitudes ou compétences nécessaires du moment qu'ils disposent du temps nécessaire et que les bonnes méthodes pédagogiques sont utilisées. Cette approche de l'apprentissage pour maîtriser a pour but d'arriver à ce que 100% des participants « maîtrisent » les connaissances et compétences sur lesquelles

repose l'apprentissage. Cette approche est très utilisée lors de la formation en cours d'emploi, où le nombre de participants, qui peuvent être des cliniciens qui exercent déjà, est souvent faible. Certes, les principes de l'approche de l'apprentissage pour maîtriser peuvent être utilisés lors de la formation avant l'emploi ou formation de base, mais cela crée certaines difficultés en raison du nombre important de participants.

Certains participants pourront acquérir immédiatement de nouvelles connaissances ou de nouvelles compétences, mais d'autres auront peut-être besoin de plus de temps ou d'autres méthodes pédagogiques avant d'être capables d'arriver à la maîtrise. 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. Des stratégies pédagogiques efficaces, telles que l'apprentissage pour maîtriser, tiennent compte de ces différences et utilisent toute une gamme de méthodes de formation.

L'approche « apprendre pour maîtriser » permet également au participant d'avoir une expérience d'apprentissage autodirigée. Cela demande au formateur d'être un animateur et de changer le concept de l'examen et de l'utilisation des résultats de ces tests ou examens. Qui plus est, la philosophie sur laquelle repose l'approche « apprendre pour maîtriser » entre dans l'évaluation continue de formation dans le cadre de laquelle le formateur informe régulièrement les participants des progrès qu'ils font en acquérant les nouvelles informations et compétences.

Lorsqu'on apprend pour maîtriser, l'évaluation de l'apprentissage est :

- Axée sur la compétence, cela veut dire que l'évaluation correspond aux objectifs de la formation et insiste sur l'acquisition des compétences essentielles et concepts d'attitude nécessaires pour effectuer une tâche, pas simplement pour acquérir de nouvelles connaissances.
- Dynamique, car elle permet aux participants de recevoir un feedback continu, leur montrant s'ils sont bien en train d'atteindre les objectifs du stage.
- Moins stressante car, dès le départ, les participants, tant individuellement qu'en groupe, savent ce qu'ils doivent apprendre, où ils peuvent trouver l'information et qu'ils ont d'amples possibilités de discussion avec le formateur.

L'apprentissage pour maîtriser s'inspire des principes de la formation pour adultes. En effet, l'apprentissage a un caractère participatif, pertinent et pratique. Il part de ce que le participant sait déjà ou fait déjà, et lui donne l'occasion d'exercer de nouvelles compétences. Voici les caractéristiques essentielles de l'apprentissage pour maîtriser :

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

Modélisation du comportement

La théorie de l'apprentissage social veut qu'une personne apprenne plus rapidement et plus efficacement lorsqu'elle observe quelqu'un d'autre exécuter une compétence ou une activité (modèle). Toutefois, si l'on veut que la modélisation réussisse, le formateur doit démontrer clairement la compétence ou l'activité pour que les participants saisissent clairement la performance escomptée de leur part.

La modélisation comportementale ou l'apprentissage par observation se déroule en trois étapes. Lors de la première étape, **acquisition de la compétence**, le participant voit d'autres exécuter la procédure et se fait une image mentale des étapes nécessaires. Une fois obtenue cette image mentale, le participant cherche à exécuter la procédure, généralement sous supervision. Ensuite, le participant s'exerce jusqu'à ce qu'il **maîtrise la compétence** et sache qu'il peut exécuter la procédure ou compétence. L'étape finale, la **maîtrise parfaite de la compétence**, demande une pratique répétée.

Acquisition de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) pour exécuter la procédure nécessaire mais a besoin d'assistance
Maîtrise de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et peut exécuter la compétence demandée
Maîtrise parfaite de la compétence	Connaît les étapes et leur séquence (si nécessaire) et exécute efficacement la compétence ou la procédure nécessaire

Formation axée sur la compétence

La formation axée sur la compétence (FAC) se fonde sur l'apprentissage en faisant soi-même (tiré du principe que « C'est en forgeant qu'on devient forgeron »). Cette formation se concentre sur des connaissances, attitudes et compétences particulières nécessaires pour exécuter la procédure ou l'activité. Une grande importance est accordée à la manière dont le participant

exécute la procédure (à savoir, la combinaison de connaissances, attitudes et surtout, de compétences) plutôt que simplement sur l'information apprise. La maîtrise de la compétence est évaluée objectivement en évaluant la performance générale.

Une FAC réussie demande que l'on divise la compétence ou l'activité clinique en étapes essentielles. Ensuite, chaque étape est analysée pour déterminer la manière la plus efficace et la moins risquée de l'exécuter et de l'apprendre. Ce processus est appelé standardisation. Une fois qu'une procédure, par exemple, la prise en charge active du troisième stade du travail, a été standardisée, on met au point des fiches d'apprentissage axées sur la compétence et des listes de vérification de l'évaluation pour faciliter l'apprentissage des étapes ou tâches nécessaires et évaluer de manière objective la performance du participant.

L'encadrement est un volet essentiel de la FAC. Le formateur clinique ou professeur commence par expliquer une compétence ou une activité et ensuite, en fait la démonstration en utilisant un modèle anatomique ou autre aide pédagogique, telle une vidéo. Une fois la procédure démontrée et discutée, le formateur ensuite observe et travaille avec les participants pour les guider tout au long de l'acquisition de la compétence ou de la technique, suivant les progrès, et les aidant à venir à bout de leurs problèmes.

L'encadrement permet d'apporter au participant un feed-back sur sa performance :

- **Avant** la pratique—Le formateur et les participants se rencontrent brièvement avant chaque séance pratique pour revoir la compétence/procédure, notamment les étapes/tâches sur lesquelles on insistera pendant la séance.
- **Pendant** la pratique—Le formateur observe, encadre et apporte un feed-back aux participants alors qu'ils exécutent les étapes/tâches mentionnées dans la fiche d'apprentissage.
- **Après** la pratique—De suite après la pratique, le formateur utilise la fiche d'apprentissage pour discuter des points forts de la performance du participant et pour faire par ailleurs des suggestions d'amélioration.

Techniques de formation humanistes

L'utilisation de techniques plus humaines (humanistes) renforce également l'apprentissage clinique. L'utilisation de modèles anatomiques qui simule de près le corps humain et d'autres aides pédagogiques est le pivot de la formation humaniste. Travaillant d'abord sur des modèles plutôt qu'avec des patients, les participants apprennent à maîtriser de nouvelles compétences dans un contexte simulé. Aussi, est-ce moins stressant pour le participant et moins risqué et inconfortable pour la patiente. Par conséquent, l'utilisation efficace de modèles (approche humaniste) est un facteur important pour améliorer la qualité de la formation clinique et, en fin de compte, de la prestation de services.

Avant qu'un participant n'exécute une intervention avec une patiente, deux activités d'apprentissage devraient être réalisées :

- Le formateur clinique devrait démontrer à plusieurs reprises les compétences nécessaires en utilisant un modèle anatomique, des jeux de rôle ou simulations.
- Guidé par le formateur, le participant devrait s'exercer à utiliser les compétences demandées et interactions avec la patiente en utilisant le modèle, les jeux de rôle ou des simulations, ainsi que les instruments effectifs dans un contexte qui ressemble autant que possible à la véritable situation.

C'est uniquement lorsque la compétence est maîtrisée que les participants auront leur premier contact avec une patiente. Ce contact n'est pas toujours facile dans le contexte de la formation de base suite au grand nombre de participants. Toutefois, il est important que le participant démontre la maîtrise de la compétence en utilisant des modèles, des jeux de rôle ou des simulations, surtout pour les compétences fondamentales, avant qu'il ne fournisse des services à une patiente.

Lorsque cette approche de maîtrise des compétences, guidée par les principes de la formation pour adultes et de la modélisation du comportement, est conjuguée à la FAC, la combinaison pédagogique qui en résulte est hautement efficace. Qui plus est, si on fait appel aux techniques de formation humanistes, par exemple utilisation de modèles anatomiques et autres aides pédagogiques, on réduit nettement le temps et les coûts de la formation.

MÉTHODES PÉDAGOGIQUES

Le kit de matériel pédagogique présente toute une gamme de méthodes de formation qui viennent compléter l'approche décrite dans la section précédente. Une description de chaque méthode est donnée ci-après.

Exposés illustrés

L'exposé est utilisé pour présenter l'information sur des thèmes spécifiques. Lors de l'exposé, le formateur posera des questions aux participants et les encouragera également à faire de même à n'importe quel moment de l'exposé. Autre stratégie qui encourage l'interaction : s'arrêter à des points déterminés à l'avance pendant l'exposé pour discuter des questions et informations revêtant 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. Les activités en groupe sont l'occasion pour les participants de travailler et d'apprendre ensemble. Les principales activités en groupes traitent de trois thèmes importants : prise de décisions cliniques, communication interpersonnelle et prévention des infections (PI). Les activités en groupe axées sur ces thèmes sont importantes puisqu'elles sont le fondement de l'acquisition des compétences nécessaires pour la prise de décisions cliniques, la communication interpersonnelle et la PI. Toutes ces compétences sont essentielles pour fournir les soins après avortement (SAA).

Études de cas

Les études de cas comprises dans le kit de matériel pédagogique aident les participants à acquérir et à pratiquer les compétences ou aptitudes nécessaires à la prise de décisions cliniques. Les études de cas peuvent être remplies en petits groupes ou individuellement, dans la salle de classe, sur le site clinique ou comme tâche individuelle que le participant réalisera en dehors du cours. 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 (voir *Enseigner la prise de décisions cliniques* dans la partie *Conseils pour les Formateurs*). 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.

Jeux de rôle

Le but des jeux de rôle est d'aider les participants à acquérir et à pratiquer des compétences de communication interpersonnelle. Chaque jeu de rôle fait appel à deux ou trois participants et les participants restants doivent observer le jeu de rôle. Une fois achevé le jeu de rôle, le formateur utilise les questions données pour guider la discussion.

Chaque jeu de rôle 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 les listes de vérification utilisées dans ce stage sont conçues pour aider le participant à apprendre à fournir des services de SAA. 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 existe des fiches d'apprentissage et des listes de vérification dans ce kit de matériel pédagogique :

Chaque fiche d'apprentissage comprend les étapes ou les tâches exécutées par le prestataire de soins pour la procédure en question.

Ces tâches correspondent à l'information présentée dans les chapitres pertinents des documents. Ainsi, il est plus facile aux participants de passer en revue l'information essentielle. On ne s'attend pas à ce que le participant exécute correctement toutes les étapes ou les tâches la première fois qu'il ou elle s'exerce. De fait, les fiches d'apprentissage visent à :

- Aider le participant à apprendre les étapes correctes et l'ordre dans lequel elles devraient être exécutées (**acquisition de la compétence**)
- Mesurer l'apprentissage progressif en petites étapes alors que le participant gagne en confiance et compétence (**maîtrise de la compétence**)

Avant d'utiliser les fiches d'apprentissage pour les procédures de SAA, le formateur clinique devra examiner chaque procédure avec les participants en utilisant le matériel d'apprentissage pertinent. De plus, les participants pourront voir l'exécution de chaque procédure de SAA lors des séances de démonstration avec le modèle adéquat et/ou observer la procédure exécutée en milieu clinique avec une patiente.

Utilisées avec constance, les fiches d'apprentissage et les listes de vérification permettent à chaque participant de suivre ses progrès et de cerner les domaines où il doit améliorer ses résultats. De plus, les fiches d'apprentissage facilitent la communication (encadrement et feed-back) entre le participant et le formateur clinique. Il est important, en utilisant les fiches d'apprentissage, que le participant et le formateur clinique travaillent ensemble, tel une équipe. Par exemple, avant que le participant essaye pour la première fois une compétence ou une technique (par exemple, l'aspiration manuelle intra-utérine), le formateur clinique devra brièvement revoir les étapes en question et discuter du résultat escompté. Le formateur demandera au participant s'il se sent à l'aise pour continuer. De plus, immédiatement après que se termine la procédure ou l'exercice de la compétence, le formateur clinique fera une brève synthèse avec le participant afin d'apporter un feed-back positif sur les progrès du participant et de définir les domaines (connaissances, attitudes ou pratiques) où une amélioration sera nécessaire lors de séances de pratique ultérieures.

Utiliser les fiches d'apprentissage

Les fiches d'apprentissage pour les procédures de SAA doivent être utilisées essentiellement lors des premières étapes de l'apprentissage (acquisition de compétences) lorsque le participant s'exerce sur des modèles.

La **Fiche d'apprentissage de la prise en charge d'un avortement incomplet ou dangereux avec misoprostol** et la **Fiche d'apprentissage des conseils pour la planification familiale après avortement** devraient être utilisées d'abord lors des séances de conseils simulées avec des volontaires ou avec des patientes dans des situations réelles.

Au début, le participant peut utiliser les fiches d'apprentissage pour suivre les étapes au fur et à mesure que le formateur clinique démontre les procédures sur un modèle de formation ou lors de jeux de rôle conseillant une femme. Ensuite, lors des séances de pratique en salle de classe, elles servent de guides, étape par étape, pour le participant, alors qu'il exécute la compétence en utilisant les modèles ou en conseillant une « cliente » volontaire.

Les fiches d'apprentissage sont utilisées pour renforcer l'acquisition de compétences et il est donc important que la notation (le score) soit fait attentivement et aussi objectivement que possible. L'exécution de chaque étape par le participant est notée sur une échelle de trois points de la manière suivante :

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

Utiliser les listes de vérification aux fins de pratique

Les listes de vérification pour les procédures de SAA s'inspirent de l'information donnée dans les fiches d'apprentissage. Au fur et à mesure que le participant progresse tout au long du stage et acquiert plus d'expérience, il dépendra de moins en moins des fiches d'apprentissage détaillées et les listes de vérification peuvent être utilisées à leur place. Les listes de vérification ne se concentrent que sur les étapes clés de la procédure **entière** et peuvent être utilisées par le participant lorsqu'il fournit des services dans une situation clinique pour noter sa propre performance. Ces listes de vérification qu'utilise le participant aux fins de pratique sont les mêmes que les listes de vérification qu'utilisera le formateur clinique pour évaluer la performance du participant à la fin du stage. L'échelle de notation est décrite ci-après :

Satisfaisant	Exécute l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards
Insatisfaisant	Incapable d'exécuter l'étape ou la tâche conformément aux procédures ou aux directives standards
Non observé	L'étape ou la tâche n'a pas été exécutée par le participant pendant l'évaluation de la part du formateur

Séances de pratique des compétences

Ces séances sont pour le participant l'occasion d'observer et de pratiquer des compétences cliniques, généralement dans un contexte simulé.

Lors de la première étape d'une séance de pratique des compétences, les participants revoient la **fiche d'apprentissage** en question, qui présente les étapes ou tâches individuelles, en séquence (si nécessaire), servant à l'exécution d'une compétence ou d'une procédure d'une manière standardisée. Les fiches d'apprentissage sont conçues pour aider à suivre les étapes et la séquence correcte dans laquelle elles devraient être exécutées (acquisition des compétences) et à mesurer l'apprentissage progressif en petites étapes au fur et à mesure que le participant devient plus confiant et connaît mieux la compétence (maîtrise la compétence).

Ensuite, le formateur démontre à plusieurs reprises, si nécessaire, les étapes/tâches de la technique ou activité et ensuite, les participants travaillent en paires ou en petits groupes pour pratiquer les étapes/tâches et observer la performance de leurs collègues, en utilisant la fiche d'apprentissage en question. Le formateur devrait être disponible tout au long de la séance pour observer la performance des participants et fournir des directives. Les participants devraient être en mesure d'exécuter toutes les étapes/tâches dans la fiche d'apprentissage avant que le formateur n'évalue la maîtrise de la compétence dans le contexte simulé en utilisant la **liste de vérification** pertinente. Ensuite, une pratique supervisée aura lieu au site clinique avant que le formateur n'évalue la maîtrise de la compétence avec des clientes en utilisant la même liste de vérification.

La durée nécessaire pour la pratique et la maîtrise de la compétence varie. Elle peut aller de quelques heures à des semaines ou mois, suivant la complexité de la compétence, les capacités individuelles des participants et l'accès aux modèles adéquats. Aussi, faudra-t-il probablement de nombreuses séances pratiques pour maîtriser la compétence avant de passer à la pratique clinique.

Simulations cliniques

Une simulation clinique est une activité où le participant exécute l'intervention dans une situation clinique recrée de manière réaliste et planifiée attentivement. Le participant travaille avec des personnes et des choses dans le contexte même, applique les connaissances et compétences acquises pour répondre à un problème et reçoit un feedback sur ces réponses sans devoir se préoccuper de conséquences réelles. Les simulations cliniques visent à développer l'aptitude à prendre des décisions cliniques chez le participant.

Aussi, les simulations cliniques offrent aux participants l'occasion d'acquérir des compétences et aptitudes dont il aura besoin pour faire face à des situations complexes, rares ou extrêmement graves, quand la vie de la patiente est en jeu, **avant** de passer à la pratique clinique. De fait, les simulations cliniques seront peut-être la **seule** occasion pour les participants de prendre connaissance de quelques situations rares et représenteront également la seule manière dont un formateur peut évaluer les capacités des participants à réagir dans de telles situations.

Les simulations dans ce kit pédagogique combinent des éléments des études de cas, des jeux de rôle et des pratiques de compétence en utilisant les modèles anatomiques (si disponibles). Les situations qu'elles présentent ont été choisies parce qu'elles sont importantes sous l'angle clinique, suscitent l'engagement actif des participants et font entrer en jeu les aptitudes décisionnelles et les compétences de résolution de problèmes. Les situations sont structurées de manière à refléter exactement la manière dont les situations cliniques évoluent dans la vie réelle. On ne donne qu'une quantité limitée d'information au départ aux participants. Alors qu'ils analysent cette information et voient quelle est l'information supplémentaire dont ils ont besoin, celle-ci leur est fournie. Les participants peuvent aussi réaliser des procédures ou autres compétences tel que nécessaire si les modèles et l'équipement sont disponibles. En fonction des données qu'ils collectent, les participants prennent des décisions concernant les diagnostics, le traitement et l'information supplémentaire dont ils ont besoin. Le formateur pose des questions aux participants concernant ce qu'ils font, pourquoi un tel choix a été fait, quelles seraient les autres options possibles, qu'est-ce qui pourrait se passer si les circonstances ou les résultats devaient changer, etc. En d'autres mots, le formateur sonde le processus décisionnel des participants et leurs connaissances et compréhension et leur donne feedback et suggestions d'amélioration.

La simulation devrait être faite dans un contexte aussi réaliste que possible, ce qui veut dire que les modèles, le matériel et les fournitures nécessaires pour prendre en charge la situation devraient être mis à la disposition du participant. Bien des situations traitées dans les simulations sont complexes du point clinique et il faut souvent créativité et ingéniosité pour fournir les modèles et autres équipements. Les participants auront

besoin de temps et de pratique répétée pour maîtriser la prise en charge de situations complexes présentées dans les simulations. Il faudrait leur donner autant de possibilités que possible de participer aux simulations.

La même simulation peut être utilisée à maintes reprises jusqu'à ce que la situation qu'elle présente soit maîtrisée. Elle peut également être adaptée pour traiter différentes causes du problème qu'elle présente, différentes options de traitement ou différents résultats afin de fournir aux participants la gamme la plus vaste possible d'expériences. Lorsqu'une simulation est utilisée pour l'évaluation, une version standard devrait être employée avec tous les participants aux fins de garantir le caractère constant des normes de l'évaluation et de permettre la comparaison de la performance des divers participants.

COMPOSANTES du KIT de MATÉRIEL PÉDAGOGIQUE pour les SOINS APRÈS AVORTEMENT (SAA)

CONCEPTION DU STAGE

Le stage a pour fondement les connaissances que possède déjà chaque participant et tire partie de sa motivation à accomplir les tâches de formation en un temps minimum. La formation insiste sur l'acte concret, « **le faire** », pas simplement le savoir, et utilise **l'évaluation, axée sur la compétence**, de la performance.

Points saillants de ce stage :

- Le premier matin, les participants rempliront un **Questionnaire préalable** au stage pour faire le point de leurs connaissances des SAA.
- Séances théoriques et cliniques sur les aspects essentiels des SAA.
- Les progrès au niveau de l'acquisition des connaissances sont mesurés tout au long du stage en utilisant une évaluation écrite standardisée (**Questionnaire à mi-stage**).
- La formation en compétences cliniques a pour fondement l'expérience précédente des participants en matière de SAA. Pour un grand nombre des compétences, les participants s'exerceront d'abord sur les modèles anatomiques en utilisant les fiches d'apprentissage qui donnent les étapes essentielles de l'exécution des compétences/procédures pour la prise en charge des urgences obstétricales. Ainsi, ils apprendront plus rapidement les compétences standardisées.
- Les progrès au niveau de l'acquisition des nouvelles compétences sont mesurés en utilisant les fiches d'apprentissage des compétences cliniques.
- Un formateur clinique utilise les listes de vérification axées sur la maîtrise de la compétence pour évaluer la performance de chaque participant.
- La prise de décisions cliniques est acquise et évaluée par le biais des études de cas et des exercices simulés et lors de la pratique clinique avec des patientes.
- Les aptitudes interpersonnelles sont acquises lors de la modélisation du comportement, des jeux de rôle et de l'évaluation pendant la pratique clinique avec les patientes.

La réussite du stage se fonde sur la maîtrise des compétences des composantes de connaissance et aptitudes, ainsi que sur l'exécution satisfaisante en général de la prestation de soins à des femmes qui ont besoin des soins après avortement.

ÉVALUATION

Ce stage de formation clinique vise à mettre sur pied dans les centres de santé et des hôpitaux des équipes de prestataires de soins (médecins, sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales) qualifiés pour fournir des SAA. La qualification est donnée par l'institut de formation stipulant que le participant a satisfait aux normes du stage du point de vue connaissance, compétence et pratique. La qualification n'implique **pas** la certification. Seule une organisation autorisée peut certifier le personnel.

La qualification se fonde sur les résultats du participant dans trois domaines :

- **Connaissance** - Un score d'au moins 85% sur le **Questionnaire à mi-stage**.
- **Compétences** - Exécution satisfaisante des compétences cliniques pour la prise en charge des avortements incomplets ou dangereux.
- **Pratique** - Capacité démontrée à fournir des soins dans le contexte clinique pour les femmes qui ont besoin des soins après avortement.

Le participant et le formateur partagent la responsabilité de la qualification du participant.

Les méthodes d'évaluation utilisées dans le stage sont brièvement décrites ci-après :

- **Questionnaire à mi-stage.** Les connaissances seront évaluées à la fin de la première semaine du stage. Un score de 85% ou plus indique une maîtrise des connaissances du contenu présenté lors des séances théoriques. Pour les participants dont la note est inférieure à 85% lors du premier essai, le formateur clinique devrait revoir les résultats avec le participant individuellement et lui indiquer comment utiliser le manuel ou les manuels de référence pour acquérir l'information demandée. Les participants dont la note est inférieure à 85% peuvent remplir à nouveau le Questionnaire à mi-stage à n'importe quel moment pendant le restant du stage.
- **Compétences cliniques.** L'évaluation des compétences cliniques se fera dans trois contextes pendant les deux premières semaines du stage, dans un contexte simulé et avec des patients au site de formation clinique et lors des six semaines à trois mois de pratique autodirigée, au moment de la visite d'encadrement à l'hôpital du participant. Dans

chaque contexte, le formateur clinique utilisera les listes de vérification des compétences nécessaires pour prendre en charge les avortements incomplets ou dangereux et interagir avec les patientes. Etudes de cas et simulations cliniques seront utilisées pour évaluer les compétences liées à la résolution de problèmes et à la prise de décisions. L'évaluation des compétences de communication interpersonnelle de chaque participant peut se faire à n'importe quel moment pendant cette période en observant les participants lors des jeux de rôle.

Les participants devraient exécuter correctement les étapes/tâches pour une compétence ou une procédure particulière dans un contexte simulé avant de passer à la pratique supervisée sur le site clinique. S'il est certes souhaitable que toutes les compétences/procédures comprises dans le stage de formation soient apprises et acquises de cette manière, cela n'est pourtant pas toujours possible. Par exemple, les cas d'avortement incomplet ou dangereux ne sont pas courants et, par conséquent, les occasions de mettre en pratique des compétences particulières avec les clientes peuvent être limitées. Aussi, la pratique et l'évaluation de la maîtrise de la compétence se fera-t-elle dans un contexte simulé.

- **Pratique clinique.** Le formateur clinique est responsable d'observer la performance générale de chaque participant au niveau de la prestation des SAA pendant le stage collectif et lors de la pratique autodirigée. A cet effet, l'attitude du participant sera observée—composante d'importance critique d'une prestation de services de qualité—envers les femmes avec des urgences obstétricales et envers les membres de l'équipe de SAA. C'est ainsi que le formateur clinique évalue comment le participant utilise ce qu'il a appris.

Une évaluation est faite lors de la pratique autodirigée de six semaines à trois mois (voir ci-après). Elle est importante pour plusieurs raisons. Premièrement, cela apporte au participant non seulement un feedback direct sur sa performance, mais c'est également l'occasion de discuter de contraintes ou de problèmes liés à la prestation des SAA (manque d'instruments, médicaments et autres fournitures). Deuxièmement, chose tout aussi importante, cela apporte au centre de service/formation, par l'entremise du formateur clinique, une information essentielle sur l'adéquation de la formation et sa pertinence face aux conditions locales.

SOMMAIRE DU STAGE

Description du stage.

Ce stage de formation clinique vise à préparer les participants pour qu'ils puissent prendre en charge des avortements incomplets et dangereux et travailler efficacement en tant que membres d'une équipe. Le stage commence par trois semaines dans un site de formation et se concentre sur l'acquisition, l'application et

l'évaluation des connaissances et des compétences. La première semaine se déroule dans une salle de classe et les deuxième et troisième semaines dans des sites cliniques qui devraient être aussi proches que possible de la salle de classe. Les trois premières semaines sont suivies immédiatement par une pratique autodirigée de six semaines à trois mois sur les lieux de travail du participant pendant laquelle les formateurs cliniques du stage font au moins une visite de suivi aux fins d'encadrement et d'évaluation supplémentaire. Voir pages 17 pour les directives de la pratique autodirigée destinée aux participants.

Buts du stage

- Influencer de manière positive les attitudes du participant envers le travail en équipe et ses capacités à prendre en charge et à fournir des services de SAA.
- Fournir au participant les connaissances et compétences cliniques nécessaires pour répondre adéquatement aux avortements incomplets et dangereux.
- Fournir au participant les compétences liées à la prise de décisions nécessaires.
- Fournir au participant les compétences à la communication interpersonnelle nécessaires pour respecter le droit des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité.

Objectifs de l'apprentissage

À la fin du stage de formation, le participant sera en mesure de :

1. Utiliser les pratiques de PI dans tous les aspects des SAA;
2. Décrire le processus d'évaluation initiale rapide et de prise en charge d'une femme qui se présente avec un problème;
3. Décrire et identifier les signes révélateurs et les symptômes de choc et décrire la prise en charge immédiate et spécifique;
4. Décrire et identifier les signes révélateurs et les symptômes de complication d'un avortement à risque ou incomplet;
5. Offrir des conseils et une méthode de planification familiale après avortement.

Méthodes de formation/d'apprentissage

- Exposés illustrés et discussions de groupe
- Études de cas
- Jeux de rôle
- Pratique simulée avec modèles anatomiques
- Simulations pour la prise de décisions cliniques
- Activités cliniques guidées (soins et actes pour les femmes qui ont besoin des soins après avortement)

Calendrier : Semaine 1 (Jours 1 à 6)

HEURE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5	JOUR 6
8 h 30-10 h 30	<p>Séance 1 Inscription Accueil et présentations Attentes des participants Normes du groupe Questionnaire préalable Formulaire de données biométriques Logistique Buts du cours, objectifs et horaire Examen du matériel de cours Examen du système d'évaluation du cours</p>	<p>Ordre du jour Réchauffement Récapitulation</p> <p>Session 3 AMIU Contrôle de la douleur pour l'AMIU</p>	<p>Ordre du jour Réchauffement Récapitulation</p> <p>Session 5 Prévention des infections</p>	<p>Ordre du jour Réchauffement Récapitulation</p> <p>Session 8 Planification familiale après avortement</p>	<p>Ordre du jour Réchauffement Récapitulation</p> <p>Préparation aux exercices pratiques</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>
10 h 30-11 h	PAUSE-THÉ DU MATIN					
11 h-13 h	<p>Session II Introduction aux SAA Concept de soins complets de l'avortement</p>	<p>Exécution de la procédure d'AMIU</p>	<p>Session 6 Complications après avortement</p>	<p>Session 9 Tenue de dossier</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>
13 h-14 h	PAUSE REPAS					
14 h-15 h 30	<p>Évaluation et préparation de la cliente</p>	<p>Session 4 Conseils</p>	<p>Complications après avortement</p>	<p>Travail sur modèles</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>
15 h 30-16 h	PAUSE-THÉ DE L'APRÈS-MIDI					
16 h-17 h	<p>Méthodes disponibles d'avortement</p>	<p>Conseils</p>	<p>Session 7 Liens communautaires</p>	<p>Travail sur modèles (suite)</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>	<p>EXERCICES PRATIQUES</p>
17 h-17 h 30	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>	<p>Évaluation de fin de journée Résumé</p>

Semaine 2 (Jours 8 à 12)

HEURE	JOUR 8	JOUR 9	JOUR 10	JOUR 11	JOUR 12
8 h 30-10 h 30	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	Récapitulation et discussion du cours Examen de fin de cours
10 h 30-11 h	PAUSE-THÉ DU MATIN				
11 h-13 h	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	Élaboration de plans d'action
13 h-14 h	PAUSE REPAS				
14 h-15 h 30	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	Feed-back post-examen
15 h 30-16 h	PAUSE-THÉ DE L'APRÈS-MIDI				
16 h-17 h	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	EXERCICES PRATIQUES	Revue de l'évaluation de fin de cours et fin
17 h-17 h 30	Évaluation de fin de journée Résumé	Évaluation de fin de journée Résumé	Évaluation de fin de journée Résumé	Évaluation de fin de journée Résumé	

Matériel pédagogique

Le matériel pédagogique est le suivant :

- Manuels de référence :
 - MSI - DVD. The Marie Stopes Procedure
 - MSI - DVD. Vocal Local
 - MSI - DVD. Preventing the Spread of Infection
- Instruments et équipement:
 - Spéculum vaginal (Sims)
 - Pince porte-compresse ou pour pansements utérins
 - Pincettes de Pozzi (Pince tenaculum) à griffe unique
 - Instruments d'évaluation utérine de base PLUS:
 - Seringues à vide (unique / double valve)
 - Lubrifiant en silicone
 - Adaptateurs
 - Canules flexible, 4 - 12mm
 - Modèles pelviennes
- Additional materials:
 - Planification familiale : Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier/ Éléments de la technologie de la contraception

Critères de sélection des participants

Les participants à ce stage :

- sont des cliniciens qui exercent (médecins, sages-femmes et/ou infirmières avec compétences obstétricales) qui travaillent dans une structure sanitaire où les SAA sont fournis ou prévus.
- doivent être engagés activement dans la prise en charge des avortements incomplets ou dangereux au début du stage et doivent être engagés à continuer une fois le cours achevé, y compris la prestation des SAA.
- doivent être choisis auprès des structures sanitaires capables de fournir un soutien institutionnel constant pour les SAA (fournitures, équipement, supervision, liens avec l'établissement de référence, etc.).
- devraient être soutenus par leurs superviseurs ou responsables pour améliorer leur performance professionnelle après avoir achevé le stage. Les participants devraient notamment chercher à communiquer avec les superviseurs ou responsables à propos du stage et obtenir leur approbation et soutien et s'assurer ainsi qu'ils les aideront à utiliser leurs nouvelles compétences et connaissances dans leur travail.

Durée du stage

Le stage comprend 10 séances en salle de classe (4 jours), suivies par une semaine de pratique clinique supervisée et d'une pratique autodirigée de 6 semaines à 3 mois. Il est important de noter que la durée du stage peut varier en fonction de l'expérience des

participants et de la rapidité avec laquelle ils maîtrisent les nouvelles connaissances et compétences. Par exemple, si les participants n'arrivent pas à la maîtrise des compétences à la fin du stage, il faudra peut-être étendre la pratique clinique supervisée et/ou la pratique autodirigée. Ou alors, il faudra peut-être renforcer la composante théorique du stage.

DIRECTIVES POUR LA PRATIQUE AUTODIRIGÉE

Lors de la pratique autodirigée de six semaines à trois mois, les participants ont l'occasion d'appliquer les connaissances et compétences acquises pendant les deux premières semaines du stage de formation en SAA sur leurs lieux de travail. Lors de la pratique autodirigée, les formateurs rendront visite aux participants sur les lieux du travail de ces derniers vers la fin du premier et du troisième mois de la pratique afin d'apporter directive, soutien et évaluation, au niveau individuel et à l'équipe. Des visites supplémentaires seront organisées, si nécessaire, en fonction des besoins des participants, à titre individuel ou collectif. Les dates des visites d'encadrement seront fixées avant que ne commence la pratique.

RESPONSABILITÉS DU PARTICIPANT

Lors de la pratique autodirigée, les participants devront appliquer leurs connaissances et compétences tout en prodiguant des soins après avortement. Le participant doit noter son expérience dans son Journal d'expérience clinique, y compris le numéro de la cliente, du service et de l'hôpital, les symptômes présents, le diagnostic, le traitement et le dénouement. Les participants rechercheront toute possibilité d'apprentissage qui les aidera à atteindre les buts spécifiques de la formation notés à la fin de la période de pratique de trois semaines qui précède la pratique autodirigée.

Conjointement avec la pratique des compétences, les participants devront :

- Montrer qu'ils sont responsables de leurs actions.
- Montrer qu'ils reconnaissent et respectent le droit des femmes à la vie, à la santé, à l'intimité et à la dignité.
- Utiliser des aptitudes adéquates à la communication interpersonnelle lorsqu'ils fournissent les soins, en insistant notamment sur les SAA.
- Appliquer les pratiques de PI recommandées.

RESPONSABILITÉS DE L'ÉQUIPE

En tant que membres d'une équipe, les participants seront responsables de **mettre en œuvre le plan d'action** élaboré à la fin de la pratique clinique de deux semaines. S'agissant notamment au minimum de :

- Réaliser des exercices d'alerte

- Vérifier que tout est prêt dans la structure sanitaire pour la prise en charge des complications de l'avortement
- Vérifier que l'équipement, les fournitures et les médicaments sont toujours disponibles pour les complications d'avortement
- Adopter les pratiques de PI

De plus, les membres de l'équipe devraient se rencontrer deux fois par semaine (les lundis et vendredis) pour discuter des aspects suivants :

Réunions de début de la semaine :

- Planifier pour la semaine
- Préparation de toutes les zones de l'hôpital pour la prise en charge des complications de l'avortement
- Disponibilité de l'équipement, des fournitures et des médicaments

Réunions de fin de la semaine :

- Cas cliniques des complications de l'avortement : symptômes présents, diagnostic, traitement et dénouement
- Facteurs qui facilitent le perfectionnement des compétences cliniques
- Facteurs qui entravent le perfectionnement des compétences cliniques; moyens de surmonter les difficultés
- Forces individuelles et collectives en ce qui concerne la pratique clinique
- Aspects du travail individuel et en équipe qui doivent être renforcés et manière d'y arriver

COMPTE RENDU DES ACTIVITÉS

Les participants utiliseront leur Journal de l'expérience clinique et leurs Fiches de travail des plans d'action pour faire le compte rendu des activités exécutées pendant la pratique autodirigée.

Journal de bord de l'expérience clinique

Les participants doivent noter tous les jours les activités/expériences dans la section correspondante du Journal de l'expérience clinique. Il s'agit notamment de l'information sur les clients/patients auxquelles des SAA ont été fournis, des notes sur leurs progrès individuels, ainsi que sur les réunions/progrès de l'équipe.

Fiches de travail des plans d'action

Les participants annotent leurs plans d'action avec les dates auxquelles les étapes ont été prises ou revoient tel ou tel aspect du plan général. Lors des visites d'encadrement et visites de supervision ultérieures, le formateur/superviseur évalue la mesure dans laquelle ces étapes ont été accomplies.

QUESTIONNAIRES DES CONNAISSANCES

Comment les résultats seront-ils utilisés ?

Le principal objectif du Questionnaire préalable des connaissances est d'aider aussi bien le formateur que le participant alors qu'ils commencent à travailler ensemble en évaluant ce que les participants, individuellement et en groupe, savent à propos des thèmes ou du contenu du stage. Ainsi, le formateur peut retenir des thèmes sur lesquels il faudra insister davantage pendant le stage. La communication, aux participants, des résultats de l'évaluation préalable leur permet de se concentrer sur leurs besoins d'apprentissage individuel. De plus, les questions informent les participants du contenu qui sera présenté pendant le stage.

Les questions sont présentées sous le format vrai-faux. Un formulaire spécial, la Matrice d'évaluation individuelle et collective, est donné pour noter les résultats de tous les participants au stage. En utilisant ce formulaire, le formateur et les participants peuvent rapidement porter sur leur graphique le nombre de réponses correctes pour chacune des questions. Examinant les données de la matrice, le groupe peut facilement déterminer ses points forts et ses points faibles et voir ensemble avec le formateur comment utiliser au mieux le temps alloué par le stage pour arriver aux objectifs de formation souhaités.

Pour le formateur, les résultats du questionnaire permettront de cerner les thèmes particuliers sur lesquels il faudra peut-être insister pendant le stage. Par contre, pour les catégories où 85% ou plus des participants répondent correctement aux questions, le formateur pourra utiliser une partie de ce temps à d'autres fins.

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

Instructions :

Dans l'espace prévu, inscrire un **V** majuscule si l'énoncé est **VRAI** ou un **F** majuscule si l'énoncé est **FAUX**.

1.	Le droit des femmes de choisir quand, si et avec qui avoir une relation sexuelle et de décider d'avoir ou non des enfants et à quel moment est un droit humain fondamental.	
2.	L'avortement à risque est une procédure exécutée soit par des personnes n'ayant pas les compétences nécessaires, soit dans un environnement non conforme aux normes médicales.	
3.	Absorber des herbes, du poison ou un médicament traditionnel pour provoquer un avortement peut provoquer des crampes, des nausées et des vomissements.	
4.	L'aspiration manuelle intra-utérine est la méthode recommandée la plus largement utilisée pour l'évacuation utérine.	
5.	Si une cliente souffre d'un choc, elle devrait se reposer dans une pièce au calme, loin des autres clientes.	
6.	L'hypertension artérielle est un signe de choc.	
7.	La procédure AMIU peut commencer avant que la taille de l'utérus ait été établie.	
8.	La taille de l'utérus peut être établie par examen bimanuel.	
9.	Au cours de l'examen abdominal, il faut vérifier s'il y a des masses, une sensibilité supra-pubienne ou pelvienne et une distension de l'abdomen avec diminution des bruits intestinaux.	
10.	L'avortement spontané se produit dans 20 % (un cas sur 5) des grossesses cliniquement reconnues.	
11.	Les instruments de l'AMIU sont une canule semi-rigide et une seringue créant un vide.	
12.	Pour la procédure d'AMIU, on utilise n'importe quel calibre de canule.	
13.	Les risques associés aux procédures d'AMIU sont moindres que ceux des procédures de curetage avec instruments tranchants et de l'accouchement à terme.	
14.	Après une procédure de SAA, les règles normales devraient recommencer dans les deux semaines.	
15.	L'objectif de la prise en charge de la douleur est de veiller à ce que la procédure puisse être exécutée aussi rapidement que possible, afin de pouvoir recevoir de nombreuses patientes en une journée.	
16.	La crainte et l'anxiété peuvent accroître l'intensité de la douleur.	
17.	La procédure d'AMIU ne cause aucune douleur à la cliente.	
18.	La verbalisation locale est une méthode de gestion de la douleur non médicamenteuse reposant sur une diminution de l'anxiété; cela fait appel à la cliente et démedicalise la procédure.	
19.	Le misoprostol, médicament efficace dans les soins après avortement, est administré en 4 doses.	

Questionnaire sur les connaissances (suite)

20. Les saignements sont considérés comme un effet secondaire après l'administration du misoprostol.	
21. L'attitude du personnel envers la cliente peut être utile mais n'est pas tellement importante.	
22. Le retour de la fécondité chez la femme survient 4 semaines après l'avortement.	
23. Les méthodes de planification familiale devraient être disponibles sur place, là où la procédure de SAA est offerte.	
24. Une personne désignée dans chaque structure sanitaire devrait être responsable de la prévention des infections.	
25. Il est essentiel de manipuler avec prudence les objets pointus, afin que le personnel ne soit pas exposé à la TB.	
26. Pour désinfecter les instruments, il faut utiliser une solution de chlore à 50 %.	
27. Dix minutes est un délai suffisant de trempage des instruments dans une solution de chlore.	
28. Il n'est pas nécessaire de nettoyer et de désinfecter les instruments avant une stérilisation par autoclave.	
29. Le délai maximum de stockage des articles stériles emballés est de 14 jours.	
30. Les objets tranchants peuvent être détruits par incinération.	

Matrice d'évaluation individuelle et collective de mi-stage

Correct – ✓ Erroné – ✗

Dates :

Formateur clinicien :

N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													

Matrice d'évaluation individuelle et collective de mi-stage (suite)

N° de la QUESTION	RÉPONSES CORRECTES (PARTICIPANTS)												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
POURCENTAGE													

SÉANCES DE PRATIQUE
DES COMPÉTENCES :
FICHES D'APPRENTISSAGE



SÉANCE de PRATIQUE des COMPÉTENCES : PRISE en CHARGE de l'AVORTEMENT INCOMPLET ou à RISQUE

Objet

L'objet de l'activité est de permettre aux participants de s'exercer à la prise en charge d'un avortement incomplet ou à risque à l'aide de l'AMIU ou du misoprostol, d'acquérir la maîtrise des compétences requises et d'acquérir des compétences de counselling en planification familiale après avortement.

Instructions

L'activité doit être menée dans un cadre de simulation, à l'aide du modèle approprié.

Les participants doivent consulter la Fiche d'apprentissage sur les soins après avortement (AMIU) avant de commencer l'activité, ainsi que la Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale après avortement.

Le formateur doit faire la démonstration aux participants des étapes préliminaires (évaluation médicale, explication de la procédure, examen pelvien), ainsi que des étapes de la procédure AMIU. 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 sur les soins après avortement (AMIU).

Le formateur doit ensuite faire la démonstration des étapes/tâches dans la prestation du counselling en planification familiale après avortement.

Sous la direction du formateur, les participants doivent alors travailler en groupe de trois et s'exercer aux étapes/tâches et observer mutuellement leur performance; un participant doit jouer le rôle de la femme après avortement, le second devrait s'exercer aux compétences en counselling et le troisième, observer l'exécution à l'aide de la Fiche d'apprentissage sur le counselling en planification familiale après avortement. Les participants doivent alors inverser les rôles jusqu'à ce que chacun ait eu la possibilité de s'exercer aux compétences en counselling.

Les participants doivent être à même d'exécuter les étapes/tâches détaillées dans la Fiche d'apprentissage sur les soins après avortement (AMIU) et la Fiche d'apprentissage sur le counselling en planification familiale après avortement, avant que le formateur, dans l'environnement simulé, n'évalue leur maîtrise de la compétence à l'aide de la Fiche de vérification sur les soins après avortement (AMIU) et de la Fiche de vérification sur le counselling en planification familiale après avortement.

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 soins après avortement (AMIU) et de la Liste de vérification pour les conseils en planification familiale après avortement.¹

¹ Si les clientes ne sont pas disponibles au site clinique pour que les participants puissent pratiquer les SAA dans un contexte d'urgence obstétricale, les compétences doivent être enseignées, pratiquées et évaluées en environnement simulé.

Ressources

Le matériel qui suit ou ce qui en tient lieu :

- Modèle pelvien
- Gants chirurgicaux désinfectés de haut niveau ou stériles
- Matériel de protection personnelle
- Seringues et canules d'AMIU
- Spéculum vaginal
- Pince de Pozzi à un seul mors ou pince de Museux

Fiche d'apprentissage sur les soins après avortement (AMIU)

Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale après avortement

Fiche d'apprentissage sur les soins après avortement (AMIU)

Fiche d'apprentissage pour le counselling en planification familiale après avortement

1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)

(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
SÉLECTIONNER LA CANULE ET LA SERINGUE					
1. Évaluer la taille de l'utérus.					
2. Sélectionner la canule appropriée à la taille de l'utérus et à la dilatation du col.					
3. Vérifier si la canule est craquelée ou porte des signes de faiblesse. Si c'est le cas, la jeter.					
4. Sélectionner la seringue et l'adaptateur (si nécessaire).					
5. Vérifier si la seringue et l'adaptateur sont fissurés ou portent des signes de faiblesse. Si c'est le cas, les jeter.					
ASSEMBLER LA CANULE ET LA SERINGUE					
1. Fixer l'adaptateur (si nécessaire) à l'extrémité de la seringue ou de la canule.					
2. S'assurer que le plongeur est entièrement enfoncé dans le barillet de la seringue, la valve de compression ouverte et le bouton de la valve sorti.					
3. Saisir le barillet de la seringue et retirer le piston jusqu'à ce que les bras du piston sortent vers l'extérieur.					
4. S'assurer que le piston ne peut progresser sans être débloqué.					
5. Vérifier l'étanchéité du vide de la seringue en la laissant ainsi quelques minutes après l'établissement du vide et, ensuite, en ouvrant la valve de compression et en écoutant l'appel d'air dans la seringue.					
6. Placer le matériel préparé sur un drap stérile et le couvrir jusqu'au début de la procédure.					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)]

(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
ÉVALUATION INITIALE					
1. Accueillir la femme avec respect et amabilité.					
2. Examiner la cliente pour déceler s'il y a choc ou une autre pathologie mettant en jeu le pronostic vital.					
3. Si des complications sont décelées, stabiliser la cliente et, au besoin, la transférer.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Obtenir l'anamnèse en matière de reproduction.					
2. Effectuer des examens physiques (cœur, poumons et abdomen) et pelvien limités.					
3. Faire effectuer les épreuves de laboratoire indiquées.					
4. Fournir à la femme des renseignements sur son état et sur ce qui est à prévoir.					
5. Discuter avec elle de ses objectifs en matière de reproduction, si c'est approprié.					
6. Si elle envisage le recours à un DIU : <ul style="list-style-type: none"> ■ Elle doit bénéficier de conseils complets concernant l'utilisation du DIU. ■ La décision d'insérer un DIU après la procédure d'AMIU dépendra de l'état clinique. 					
PRÉPARATION					
1. Expliquer à la femme (et à l'accompagnant) la procédure qui sera exécutée, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Apporter un soutien affectif continu et la rassurer, si faisable.					
3. Lui expliquer qu'elle peut ressentir un certain inconfort à certaines étapes de la procédure et que vous l'avertirez d'avance.					
4. Lui administrer du paracétamol par voie orale 30 minutes avant la procédure.					
5. S'assurer que le matériel et les fournitures nécessaires sont présents : <ul style="list-style-type: none"> ■ S'assurer que les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau qui sont nécessaires sont présents. ■ S'assurer que la canule de la taille appropriée et les adaptateurs sont disponibles. 					
6. Vérifier la seringue d'AMIU et la charge (établir le vide).					
7. S'assurer que la cliente a récemment vidé sa vessie.					
8. S'assurer que la cliente s'est bien lavé et rincé la région du périnée. Si elle n'est pas assez bien pour le faire, veiller à ce que cela soit fait pour elle.					
9. Mettre le matériel de protection personnelle.					
10. Utiliser un désinfectant pour les mains ou se bien laver les mains au savon et à l'eau et les assécher à l'aide d'un tissu stérile ou au séchoir.					
11. Mettre aux deux mains des gants stériles ou désinfectés de haut niveau.					
12. Placer sur le plateau stérile ou dans le contenant désinfecté à haut niveau les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau.					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE OU AMIU] (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
1. Renseigner la cliente sur chaque étape de la procédure avant de l'exécuter.					
2. Faire un examen pelvien bimanuel, vérifier la taille et la position de l'utérus et le degré de dilatation du col.					
3. Insérer le spéculum et retirer du vagin le sang ou les tissus à l'aide d'une éponge, des pinces et de tampons.					
4. Badigeonner trois fois le col et le vagin d'une solution antiseptique à l'aide d'une gaze ou d'une éponge de coton.					
5. Retirer tous les produits de la conception (PDC) de l'ouverture du col et vérifier s'il y a des déchirures au niveau du col.					
BLOC PARACERVICAL (SI NÉCESSAIRE)					
1. Préparer 20 mL d'une solution de lidocaïne à 0,5 % sans adrénaline.					
2. Aspirer 10 mL de la solution de lidocaïne à 0,5 % dans une seringue.					
3. Si on utilise une pince de Pozzi à un seul mors, injecter 1 mL de solution de lidocaïne dans la lèvre antérieure ou postérieure du col (en général, on fait l'injection en position 10 heures ou midi par rapport au col utérin).					
4. Saisir délicatement la lèvre antérieure du col avec une pince de Pozzi à un seul mors ou une pince de Museux (il est préférable d'utiliser une pince porte-tampon en cas d'avortement incomplet).					
5. À l'aide de la pince de Pozzi ou de Museux, exercer sur le col une traction et un mouvement légers pour cerner la zone entre l'épithélium cervical lisse et les tissus vaginaux.					
6. Insérer l'aiguille juste en dessous de l'épithélium et aspirer en retirant un peu le piston pour être sûr que l'aiguille ne pénètre pas dans un vaisseau sanguin.					
7. Injecter environ 2 mL d'une solution de lidocaïne à 0,5 % juste en dessous de l'épithélium, à pas plus de 3 mm de profondeur, à 3, 5, 7 et 9 heures.					
8. Attendre deux minutes et ensuite, pincer le col avec la pince. (Si la femme sent le pincement, attendre deux minutes ou plus et ensuite, faire à nouveau le test.)					
PROCÉDURE AMIU					
1. Exercer une légère traction sur le col pour redresser le canal cervical et la cavité utérine.					
2. Si nécessaire, dilater le col en insérant une canule de plus en plus grande.					
3. Tout en maintenant fermement le col, pousser doucement la canule choisie dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10 cm. Ensuite, retirer lentement la canule du fond utérin.					
4. Fixer la seringue à AMIU préparée à la canule en tenant la canule dans une main et la pince de Museux et la seringue dans l'autre. S'assurer que la canule n'avance pas lors de la fixation de la seringue.					
5. Ouvrir la ou les valves de compression de la seringue pour créer le vide dans la cavité utérine par l'intermédiaire de la canule.					
6. Évacuer tout débris restant dans la cavité utérine en imprimant une rotation de la canule et de la seringue entre 10 heures et 2 heures et en faisant lentement reculer et avancer la canule dans l'utérus.					
7. Si la seringue est à moitié remplie avant la fin de la procédure, détacher la canule de la seringue. Retirer uniquement la seringue, en laissant la canule en place.					
8. Pousser le piston pour vider les produits restants de la conception dans le bassin.					

2. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE OU AMIU)] (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
9. Recharger la seringue, la fixer à la canule et ouvrir la ou les valves de compression.					
10. Chercher les signes indiquant que l'aspiration est terminée (mousse rouge ou rose dans la canule et absence de tissus, sensation de « crissement » et contraction de l'utérus sur la canule). Retirer doucement la canule et la seringue à AMIU.					
11. Retirer la canule et la seringue à AMIU et pousser le piston pour vider les PdC dans le bassinnet.					
12. Retirer la pince de Pozzi ou de Museux avant de retirer le spéculum.					
13. Faire un examen bimanuel pour vérifier la taille et la fermeté de l'utérus.					
14. Rincer si nécessaire les tissus avec de l'eau ou une solution saline.					
15. Inspecter rapidement les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'utérus est entièrement vidé.					
16. S'il ne voit aucun PdC, réévaluer la situation pour exclure la grossesse ectopique.					
17. Insérer doucement le spéculum et vérifier s'il y a saignement.					
18. Si l'utérus est encore mou ou que les saignements continuent, répéter les étapes 3 à 10.					
TÂCHES APRÈS LA PROCÉDURE					
1. Avant de retirer les gants, placer les déchets dans un récipient étanche ou un sac de plastique.					
2. Placer tous les instruments 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5 % pour les décontaminer.					
3. Fixer la canule utilisée à la seringue AMIU et rincer l'ensemble avec une solution chlorée à 0,5 %.					
4. Détacher la canule de la seringue et les tremper 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5 % pour les décontaminer.					
5. Jeter les PdCPdC dans l'évier, des toilettes à chasse d'eau, des latrines ou un récipient qui ferme hermétiquement.					
6. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains au savon et à l'eau et les sécher avec une serviette propre ou à l'air.					
7. S'assurer que les saignements ont cessé et les crampes, diminué, avant de la laisser partir.					
8. Renseigner la cliente sur les SAA et les signes d'alerte.					
9. Lui dire quand revenir si un suivi est nécessaire et ajouter qu'elle peut également revenir n'importe quand si elle a des problèmes.					

PROCÉDURE EN CAS DE DIFFICULTÉS PENDANT L'AMIU

(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. Perte d'aspiration : seringue pleine.					
1.1 Fermer les valves, débrancher la seringue de la canule, vider la seringue dans un haricot.					
1.2 Recharger la seringue et la refixer à la canule et rouvrir les valves de compression pour reprendre l'aspiration.					
2. Perte de vide : embout de la canule retiré au-delà de l'ouverture du col.					
2.1 Retirer la canule en veillant à ne pas la contaminer par contact avec la paroi du vagin ou d'autres surfaces non stériles.					
2.2 Fermer la ou les valves de compression de la seringue.					
2.3 Dissocier la seringue de la canule, la vider et la recharger.					
2.4 Réinsérer la canule si elle n'a pas été contaminée ou, sinon, en insérer une autre, stérile.					
2.5 Rebrancher la seringue, débloquent les valves et reprendre l'aspiration.					
3. La canule se bouche de PdC.					
3.1 Retirer la seringue de la canule en veillant à ne pas contaminer celle-ci par contact avec la paroi vaginale ou une surface non stérile.					
3.2 Sans contaminer la canule, retirer les débris de l'ouverture de celle-ci à l'aide d'une pince stérile ou d'une éponge. Procéder comme dans les étapes 2.2 à 2.5.					
4. Le saignement persiste après l'AMIU et l'utérus demeure mou.					
4.1 Répéter les étapes 12 à 18 de la procédure AMIU.					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL

(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
ÉVALUATION INITIALE					
1. Accueillir la femme avec respect et amabilité.					
2. Vérifier si la cliente est allergique aux prostaglandines, notamment au misoprostol, ou si elle est en choc, fait une grossesse ectopique ou montre des signes d'infection pelvienne et/ou de septicémie.					
3. En présence de l'une de ces complications, ne pas administrer le misoprostol.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Établir une anamnèse de la santé de la reproduction.					
2. Faire un examen physique (cœur, poumons, abdomen) et pelvien limités pour confirmer si l'avortement est incomplet.					
3. Signes cliniques essentiels : col ouvert et taille utérine inférieure à 12 semaines de grossesse.					
4. Si possible, utiliser l'échographie comme outil supplémentaire de diagnostic si l'anamnèse ou l'examen clinique ne peut confirmer que l'avortement est incomplet.					
5. Renseigner la femme sur son état et sur ce qui est à prévoir.					
6. Discuter de ses buts en matière de reproduction, si cela est approprié.					
7. Si un DIU est en place, il doit être enlevé avant l'administration du médicament.					
8. S'assurer qu'elle n'a pas de trouble de coagulation et ne prend actuellement aucun anticoagulant.					
PRÉPARATION					
1. Renseigner la femme (et l'accompagnant) sur le produit qui sera administré à celle-ci, l'écouter et répondre attentivement à ses questions et préoccupations.					
2. Lui apporter un soutien affectif continu et la rassurer, si faisable.					
3. Lui expliquer qu'elle pourrait ressentir certains effets secondaires.					
4. Informer la cliente du déroulement du traitement, qui suppose une visite de suivi.					
SCHÉMA POSOLOGIQUE					
1. Dose unique de 600 mcg par voie orale.					
TRAITEMENT					
1. Expliquer à la femme quel est l'usage du misoprostol, ses effets secondaires possibles et le taux de réussite. Préciser que, chez certaines femmes, une intervention chirurgicale peut être nécessaire pour vider l'utérus.					
2. Lui expliquer que l'expulsion peut se dérouler en plusieurs heures ou plusieurs semaines et que les pertes sanguines seront très probablement très abondantes pendant trois ou quatre jours et suivies de plusieurs semaines de saignements légers ou microrragie.					

3. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT - TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
3. La femme peut prendre le misoprostol à la structure sanitaire ou chez elle. L'encourager à poser des questions ou à exprimer ses préoccupations.					
4. L'antibiothérapie de routine n'est pas nécessaire et il faut suivre les normes locales sur l'usage des antibiotiques si la femme a besoin d'une antibiothérapie, d'après l'anamnèse ou l'examen physique.					
VISITE DE SUIVI DANS LES 7 À 14 JOURS					
1. Prendre les antécédents cliniques et procéder à un examen bimanuel pour voir si l'utérus est ferme et bien involuté.					
2. Décider de terminer par chirurgie uniquement d'après l'état clinique de la femme.					
3. L'intervention chirurgicale n'est pas recommandée avant 7 jours suivant le traitement, sauf nécessité médicale (c.-à-d. contrôle de l'hémostase ou d'une infection).					
4. Fournir des conseils en PF et une méthode contraceptive adéquate si la cliente le souhaite (voir la Fiche d'apprentissage sur les conseils en PF après avortement).					
EFFETS ET EFFETS SECONDAIRES					
1. Saignements : lui conseiller de voir le médecin si elle détrempe plus de deux serviettes sanitaires super-absorbantes ou l'équivalent par heure pendant deux heures consécutives.					
2. Crampes : administrer un analgésique (p. ex., paracétamol).					
3. Fièvre et/ou frissons : lui conseiller de voir un médecin si elle fait de la fièvre et que celle-ci persiste plus de 24 heures après la prise du misoprostol.					
4. L'informer de la possibilité qu'il y ait des nausées et vomissements dans les deux à six heures après la prise du misoprostol et qu'habituellement, ce symptôme disparaît dans les six heures.					
5. L'informer de la possibilité qu'il y ait diarrhée, mais que cela devrait disparaître en moins d'une journée.					
6. L'avertir qu'il pourrait y avoir éruption cutanée, mais que cela devrait disparaître en quelques heures.					

4. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT

(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. Accueillir la femme avec respect et amabilité.					
2. Évaluer si le counselling est approprié à ce moment (dans le cas contraire, organiser une séance-conseil à un autre moment et s'assurer qu'elle comprend qu'elle peut devenir enceinte avant ses prochaines règles).					
3. Veiller à ce que la cliente ait toute l'intimité nécessaire.					
4. Lui demander si elle a utilisé une méthode de contraception avant de devenir enceinte. Le cas échéant, il faut établir ce qui suit :					
■ Si elle a utilisé la méthode correctement;					
■ Si elle a abandonné la méthode;					
■ Si elle a eu des difficultés à utiliser la méthode;					
■ Si elle a des préoccupations concernant la méthode.					
5. Discuter des préférences de la cliente en matière de fécondité et de son désir de devenir enceinte bientôt ou de retarder/limiter les grossesses futures.					
6. S'assurer qu'elle n'a pas de pathologie médicale qui rendrait l'utilisation de telle ou telle méthode contre-indiquée. (voir Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier)					
7. Fournir des renseignements généraux sur la planification familiale.					
8. Donner à la femme des renseignements sur les choix possibles en matière de contraception et les avantages et limitations de chacune des méthodes :					
■ Indiquer quand et de quelle façon chacune est utilisée.					
■ Expliquer le fonctionnement de la méthode et préciser son efficacité.					
■ Expliquer les effets secondaires possibles et autres problèmes de santé.					
■ Expliquer les effets secondaires courants.					
9. Discuter des besoins, des préoccupations et des craintes de la femme en long et en large et avec bienveillance.					
10. Aider la femme à choisir une méthode appropriée.					
11. Expliquer les effets secondaires éventuels et s'assurer qu'elle les a bien compris.					
12. Effectuer une évaluation (examen physique) plus approfondie, au besoin. (Les conseillers qui ne sont pas médecins doivent orienter la femme vers une évaluation plus poussée.)					
13. Discuter de ce qu'il faut faire si la femme éprouve des effets secondaires ou des problèmes.					
14. Fournir des instructions sur la visite de suivi.					
15. Préciser à la femme qu'elle peut revenir à la même structure à n'importe quel moment pour recevoir des conseils ou voir un médecin.					
16. Demander à la femme de répéter les instructions.					
17. Répondre aux questions de la femme.					

ÉTUDE DE CAS 1 :

Maria demeure chez sa mère dans un camp de réfugiés. Sa mère l'emmène en consultation à la clinique. Son flux menstruel est abondant. Vous l'évaluez et diagnostiquez un avortement incomplet.

Évaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/épreuves de laboratoire)

1. Quels seraient les éléments de votre évaluation initiale de Maria?
2. Quels sont les aspects précis de l'examen physique de Maria qui vous aideront à porter un diagnostic ou à préciser ses problèmes/besoins? Pourquoi?

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

En examinant Maria, vous constatez ce qui suit :

3. Dans ce qui précède, quelles sont les constatations qui vous aident à porter un diagnostic d'avortement incomplet pour Maria? Pour quelle raison?

Soins (planification et intervention)

4. En fonction de votre diagnostic (problèmes/besoins identifiés), quel plan de soins prévoyez-vous pour Maria? Pour quelle raison?

Lorsque vous avez aidé Maria à décider de la meilleure conduite à tenir, lui fournir le traitement approprié.

5. Quelle instruction donneriez-vous à Maria avant de lui donner son congé?

ÉTUDE DE CAS 2 :

Caroline a 24 ans et vit seule. Elle éprouve des étourdissements et saigne depuis quatre jours. À l'examen, vous la trouvez pâle, faible et constatez que les saignements vaginaux sont abondants.

Évaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/épreuves de laboratoire)

1. Quels sont les éléments qui figurent dans votre évaluation initiale? Pourquoi?
2. Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Caroline qui vous aideront à poser un diagnostic d'avortement incomplet?

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

À l'examen de Caroline et à la prise de l'anamnèse, vous constatez ceci :

3. Quels sont les symptômes et signes qui vous aident à porter le diagnostic?

Soins (planification et intervention)

4. D'après votre diagnostic (identification du problème/du besoin), quel est votre plan de soins pour Caroline? Pourquoi?

ÉTUDE DE CAS 3 :

Amina a 32 ans. Elle se présente à la clinique avec des antécédents de saignements vaginaux depuis cinq jours, après une aménorrhée de huit semaines. Vous constatez qu'elle est fiévreuse et que l'utérus est sensible. À l'examen vaginal, vous constatez la présence de produits de la conception (PdC) sentant mauvais.

Évaluation (anamnèse, examen physique, procédures de dépistage/épreuves de laboratoire)

1. Quels sont les éléments qui figureraient dans votre évaluation initiale d'Amina?
2. Quelles sont les constatations précises de l'examen physique qui vous aideront à porter un diagnostic ou à préciser ses problèmes/besoins? Pourquoi?

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

3. D'après ces constatations, quel serait votre diagnostic à propos d'Amina (problème/besoin)? Pourquoi?

Soins (planification et intervention)

4. D'après votre diagnostic (identification du problème/besoin), quel serait votre plan de soins pour Amina? Pourquoi?

Évaluation

Amina a subi sans problème l'AMIU. Elle ne veut pas d'enfant avant cinq ans.

5. Sur la base de ces constatations, quel serait le plan de soins continus pour Amina? Pourquoi?

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

Soins après avortement



GUIDE DE
RÉFÉRENCE

REMERCIEMENTS

Le présent programme d'études sur les soins après avortement a été préparé à la suite de larges consultations auprès de personnes et d'organismes présents à l'échelle mondiale dans le domaine des soins de santé liés à la reproduction. Raise souhaiterait remercier les personnes suivantes de leur contribution au cours de la préparation du présent programme d'études :

1. *Mme Miriam Wagoro*, Université de Nairobi, École des sciences infirmières
2. *Dr Gathari Ndirangu*, Hôpital Kenyatta National
3. *Mme Jemimah Khamadi*, Shekhinah Consultancy & Consulting Services
4. *Dr Solomon Orero*, Spécialiste en santé de la reproduction
5. *Dr B. Omuga*, Université de Nairobi, École des sciences infirmières
6. *Dr Musili*, Consultant en obstétrique/gynécologie, Hôpital Pumuni
7. *M. Richard Maweu*, Ministère de la Santé, Kenya
8. *Dr Emily Rogena*, Université de Nairobi, Service de pathologie
9. *M. Hadley Muchela*, Liverpool VCT Care & Treatment, Kenya
10. *Dr Boaz Otieno Nyunya*, Université Moi, Santé de la reproduction
11. *Dr Fred Akonde*, RAISE, Nairobi
12. *Mme Pamela Ochieng*, RAISE, Nairobi
13. *Mme Lilian Mumbi*, RAISE, Nairobi

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

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

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	37
INTRODUCTION	38
APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS	39
DÉFINITIONS	39
ÉVALUATION INITIALE	40
PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS APRÈS AVORTEMENT	40
État de choc	40
Anamnèse	41
Examen physique	42
Examen pelvien	42
Examen au spéculum	42
Saignement vaginal	43
Prise en charge de la menace d'avortement	43
Prise en charge de l'avortement incomplet	43
Prise en charge de l'avortement complet	44
Suivi	44
Prise en charge de la grossesse ectopique	44
Prise en charge de la grossesse molaire	45
EXÉCUTION D'UNE ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)	46
INSTRUMENTS	46
LA PROCÉDURE D'AMIU	47
PRÉPARATION À LA PROCÉDURE	47
TECHNIQUE SANS CONTACT	47
EXÉCUTION DE LA PROCÉDURE	48
Aspiration du contenu de l'utérus	48
Inspection des tissus évacués	49
Difficultés techniques	49
Complications possibles	50
SOINS POST-INTERVENTION	50
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	51
PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'AVORTEMENT INCOMPLET	53
RÉGIME POSOLOGIQUE	53
TRAITEMENT ET SUIVI	53
SAIGNEMENTS	54
EFFETS SECONDAIRES	54

TABLE DES MATIÈRES (suite)

COMMUNICATION	55
ATTITUDE DU PERSONNEL	55
DÉFINITION DU COUNSELLING	55
INTIMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ	56
PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	56
PRÉVENTION DES INFECTIONS	58
LES GANTS ET LEUR UTILISATION	58
TECHNIQUE ASEPTIQUE	60
TRAITEMENT DES INSTRUMENTS	60
ÉLIMINATION DES DÉCHETS	65

ACRONYMES

AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	L	Litre
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine	MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
C	Celsius	mcg	Microgramme
cc	Centimètre cube	mg	Milligramme
CDV	Conseil et dépistage volontaires	MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée	mL	Millilitre
cm	Centimètre	mm	Millimètre
DDR	Date des dernières règles (premier jour)	mmHg	Millimètre de mercure
DHN	Désinfection de haut niveau	MSI	Marie Stopes International
DIU	Dispositif intra-utérin	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
DVD	Disque numérique polyvalent	PdC	Produits de conception
F	Fahrenheit	PI	Prévention des infections
FAC	Formation axée sur les compétences	Raise	Reproductive Health Access, Information and Services in Emergencies
g	Gramme	SAA	Soins après avortement
h	Heure	SNC	Système nerveux central
Hg	Mercure	SOU	Soins obstétricaux d'urgence
ICP	Interaction client-prestataire	SR	Santé de la reproduction
IM	Intramusculaire	TB	Tuberculose
IST	Infection sexuellement transmissible	USAID	United States Agency for International Development
IV	Intraveineux	VH	Virus de l'immunodéficience humaine

Il existe diverses raisons pour lesquelles une femme peut vouloir des soins d'avortement. Il faut des services de qualité, offerts par des prestataires non critiques en cas d'avortement spontané, également appelé fausse-couche, ainsi que pour les femmes qui veulent provoquer un avortement ou veulent être traitées pour la prise en charge d'un avortement insalubre. Pour que les femmes aient accès à des services de soins après avortement (SAA), ces derniers devraient être disponibles à la structure sanitaire la plus bas possible. Le misoprostol peut être fourni dans un simple dispensaire, pourvu que l'on offre à proximité la technique d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU)¹. L'AMIU peut être effectuée au niveau du centre de santé par des prestataires qualifiés de niveau intermédiaire. La chirurgie, par exemple pour la réparation en cas de rupture de l'utérus, devrait être effectuée à l'hôpital de référence et des services de transfusion devraient y être disponibles.

Les femmes ont le droit de demander des services de SAA. Les prestataires devraient traiter toutes les clientes avec respect et compréhension. La femme devrait pouvoir obtenir les services peu importe son âge, le nombre d'enfants ou le statut conjugal.

Les services de SAA de qualité reposent sur les méthodes internationalement reconnues en matière de prise en charge des complications de l'avortement. La méthode recommandée la plus largement utilisée pour l'évacuation utérine est l'AMIU. Récemment, on a reconnu que l'utilisation du misoprostol était une méthode sûre et non envahissante pour parvenir au même résultat. De bonnes pratiques de prévention des infections (PI), une gestion efficace de la douleur et la prise en charge des complications sont des éléments essentiels de services de SAA de qualité.

Composantes de services de soins après avortement de qualité

- Le personnel fait preuve d'empathie, ne porte pas de jugement et possède de bonnes compétences en communication.
- Le personnel est qualifié pour fournir des services d'évacuation utérine conformes aux méthodes reconnues internationalement.
- Les protocoles de prévention des infections (PI) sont en place et suivis.
- La prise en charge de la douleur commence dès l'arrivée de la femme, par des techniques verbales et, au besoin, un soulagement pharmaceutique de la douleur.
- Les services sont privés et confidentiels.
- Des conseils en planification familiale après avortement sont fournis à toutes les clientes des SAA.
- Les femmes qui souhaitent retarder ou limiter les grossesses futures disposent de diverses méthodes contraceptives.
- Le recours à des services connexes est offert aux femmes qui ont besoin de services supplémentaires, par exemple la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et les conseils psychosociaux aux clientes victimes de violence basée sur le genre.

Méthodes d'évacuation de l'utérus

- AMIU (jusqu'à 12 semaines de grossesse)
- Misoprostol (jusqu'à 12 semaines de grossesse pour la prise en charge de l'avortement incomplet)
- Dilatation et évacuation (après 13 semaines de grossesse)

¹ Organisation mondiale de la santé, Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Genève, 2003.

APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS

Le droit des femmes de décider si elles veulent avoir des rapports sexuels, à quel moment et avec qui et d'avoir ou non des enfants et à quel moment est reconnu dans nombre de documents sur les droits de la personne. Les droits des femmes déplacées et réfugiées, en matière de reproduction, ont été expressément reconnus au Caire, en 1994, à la Conférence sur la population et le développement. En plus de connaître les cadres mondiaux en matière de droits, les prestataires doivent être au courant du statut juridique de l'avortement dans le pays où ils travaillent. L'avortement est totalement restreint dans un très petit nombre de pays du monde. Dans la plupart des pays, on n'a pas imposé de restrictions en matière d'avortement, afin de sauver la vie des femmes. Le viol est l'une des raisons pour lesquelles on peut obtenir l'avortement sans restriction dans plus de la moitié des pays du monde.

Dans une situation d'urgence, la prestation de services de SAA peut être très difficile. Le viol peut être plus répandu dans les milieux affectés par des conflits. Les SAA, la planification familiale et d'autres services

de santé de la reproduction pourraient ne pas être disponibles dans les milieux de conflits. Malgré les difficultés, les prestataires devraient pouvoir fournir des services après avortement de qualité.

Voici les éléments essentiels des SAA, pour réduire la mortalité et les souffrances découlant des complications des avortements dangereux et spontanés :

- traitement de l'avortement incomplet et dangereux et des complications liées à l'avortement;
- conseils pour préciser les besoins de la femme en matière de santé émotionnelle et physique et y répondre, ainsi qu'à ses autres préoccupations;
- disponibilité des conseils en planification familiale et des méthodes pour aider les femmes à prévenir les grossesses non désirées;
- liens ou recours à d'autres services connexes, notamment prise en charge des infections sexuellement transmissibles et soutien psychosocial en cas de violence fondée sur le sexe.

DÉFINITIONS

Avortement spontané	<p>Fin de la grossesse avant la viabilité du fœtus (22 semaines de grossesse). Voici les stades de l'avortement spontané :</p> <ul style="list-style-type: none">■ Menace d'avortement - la cliente peut avoir des saignements et des crampes. À l'examen, on constate que l'orifice du col est fermé. La grossesse peut se poursuivre.■ Avortement inévitable - la grossesse ne se poursuivra pas, les saignements et les crampes entraînent l'expulsion des produits de conception (PdC).■ Avortement incomplet - expulsion partielle des PdC. Il peut s'agir d'un avortement spontané ou provoqué. Les saignements peuvent se poursuivre et menacer la vie.■ Avortement complet - les PdC sont totalement expulsés. L'intervention médicale peut ne pas être nécessaire.
Avortement provoqué	<p>Terminaison de la grossesse par intervention délibérée visant à y mettre fin et qui peut être de nature médicale, chirurgicale ou résulter de l'utilisation de préparations d'herbes ou autres pratiques traditionnelles par lesquelles l'utérus expulse en tout ou en partie son contenu (OMS, 2003).</p>
Avortement dangereux	<p>Procédure exécutée soit par des personnes ne possédant pas les compétences nécessaires, soit dans un environnement ne répondant pas aux normes médicales minimales ou les deux (OMS, 1992).</p>
Avortement septique	<p>Avortement compliqué par une infection. Peut se produire à la suite de n'importe quel type d'avortement, mais est plus courant à la suite d'un avortement illégal ou incomplet. La septicémie peut découler d'une infection si des microorganismes peuvent se répandre à partir de la région inférieure du canal génital à la suite d'un avortement spontané ou dangereux.</p>

ÉVALUATION INITIALE

Les prestataires devraient envisager l'éventualité d'un avortement incomplet si, au diagnostic différentiel, on constate un saignement vaginal. Peut-être qu'elle ne sait pas ou ne soupçonne pas qu'elle est enceinte, sans égard à ses antécédents obstétricaux, menstruels ou contraceptifs.

La première étape pour fournir des soins à la femme en cas de soupçon d'avortement incomplet est d'évaluer son état clinique. L'évaluation initiale peut faire ressortir ou envisager la présence de complications menaçant immédiatement la vie, par exemple état de choc, saignement vaginal sévère, infection/septicémie ou lésion intra-abdominale. Ces problèmes doivent être pris en charge dans les plus brefs délais pour protéger la vie de la cliente ou empêcher son état de s'aggraver. Même sans complications, l'avortement incomplet peut menacer la vie si le traitement définitif (enlèvement de tout produit de la conception restant) est retardé. L'évaluation initiale doit être suivie promptement par le traitement ou, si cela est indiqué, la stabilisation et le transfert de la cliente à un établissement de niveau supérieur.

Objectifs de l'évaluation initiale :

- porter des diagnostics précis :
 - préciser les conditions qui menacent la vie;
 - confirmer la présence d'un avortement incomplet/inévitable;
 - préciser la taille de l'utérus;
- déceler la présence de complications;
- préciser la nécessité d'un traitement approprié, notamment :
 - traitement approprié pour l'évacuation de l'utérus (misoprostol, AMIU, dilatation et évacuation);
 - antibiothérapie;
- préciser les contraintes de traitement ou les contre-indications :
 - réactions allergiques;
 - maladies chroniques;
 - troubles hémorragiques.

PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS APRÈS AVORTEMENT

État de choc

L'état de choc est une condition potentiellement mortelle qui exige un traitement intensif et immédiat pour protéger la vie de la patiente. Le choc est caractérisé par l'incapacité du système circulatoire d'entretenir l'irrigation et l'oxygénation des tissus. Il peut découler de nombreuses causes; toutefois, dans le cas de l'avortement incomplet, le choc est habituellement provoqué par la perte sanguine (hémorragie), une infection/septicémie ou le traumatisme.

Les patientes en état de choc doivent être traitées immédiatement et surveillées de près, car leur état peut s'aggraver rapidement. L'objectif premier du traitement du choc est de stabiliser la patiente, c'est-à-dire de rétablir le volume et l'efficacité du système circulatoire, la mesure étant une augmentation de la tension artérielle et un ralentissement du pouls et du rythme respiratoire.

Voici les signes de choc :

- pouls rapide et faible (rythme < 110 par minute)
- tension basse (< 60mmHg/90mmHg)
- pâleur (surtout l'intérieur de la paupière, les paumes et le tour de la bouche)
- sudation/peau moite
- respiration rapide (rythme > 30 respirations par minute)
- cliente anxieuse, confuse ou inconsciente.

Traitement initial

Les premières mesures pour soigner l'état de choc peuvent être salvatrices :

- S'assurer que les **voies aériennes** sont dégagées. Si possible, donner de l'oxygène, 6 à 8 L/minute au moyen d'un masque ou d'une canule nasale.
- S'assurer que la cliente **respire** régulièrement.

- Relever les jambes de la patiente ou le pied du lit pour faciliter le retour du sang vers le cœur et améliorer la **circulation**. Si cela provoque des difficultés respiratoires, on peut soupçonner une défaillance cardiaque et un œdème pulmonaire. En pareil cas, descendre les jambes et lui relever la tête pour réduire la pression circulatoire sur les poumons.
- Garder la patiente au chaud, car il y a risque d'hypothermie, mais ne pas appliquer de source extérieure de chaleur. Lui tourner la tête sur le côté de sorte que, si elle vomit, il soit moins risqué qu'elle respire les vomissures.
- Surveiller périodiquement la respiration, le pouls et la tension artérielle.
- Surveiller l'excrétion urinaire si possible. Le débit horaire d'urine, s'il est inférieur à 30mL, peut laisser penser à une diminution de volume du liquide circulatoire (hypovolémie) et pourrait être l'indice d'une défaillance rénale aiguë.

NOTA : *S'il n'est pas possible d'administrer des liquides et d'autres médicaments par IV, prendre des dispositions pour transférer immédiatement la patiente à une structure sanitaire pouvant le faire.*

Traitement du choc

- Pour rétablir le volume circulatoire, administrer immédiatement des liquides par IV (soluté lactate de Ringer ou solution saline isotonique à un débit de 1L en 15 à 20 minutes). Il peut falloir de 1 à 3L de liquide par IV pour stabiliser la cliente si elle a perdu beaucoup de sang ou est en choc. Ne pas administrer de liquides par voie orale.
- Si l'hémoglobine est à 5g/100mL ou moins, ou l'hématocrite est de 15 ou moins, une transfusion sanguine s'impose.
- Au moindre indice de la présence éventuelle d'une infection, notamment fièvre, frissons ou pus, administrer des antibiotiques à large spectre (par IV ou IM).
- Envisager une grossesse ectopique avec rupture ou un avortement septique et préciser les options thérapeutiques ou la nécessité d'un renvoi à l'établissement de recours.

Épreuves de laboratoire :

S'il est possible de faire effectuer des épreuves de laboratoire, cela peut faciliter la prise en charge de la cliente après l'avortement. Voici les tests qui pourraient être utilisés :

- hémoglobine
- hématocrite
- numération formule sanguine, paquettes comprises
- type de facteur Rhésus et compatibilité sanguine
- urée et électrolytes

Anamnèse

Données génésiques

Parmi les renseignements spécifiques en santé de la reproduction, il faut mentionner :

- antécédents de règles, y compris irrégularité et antécédents d'aménorrhée depuis le premier jour de la date des dernières règles (DDR)
- anamnèse de la grossesse, y compris accouchements et pertes
- infections précédentes ou actuelle de l'appareil reproducteur
- utilisation actuelle et antérieure de contraceptifs
- saignements vaginaux (durée et quantité)
- crampes (durée et gravité)
- évanouissement (syncope) et pertes de conscience
- fièvre, frissons ou malaise général
- douleurs abdominales ou aux épaules
- validité du vaccin antitétanique
- exposition éventuelle au tétanos.

Renseignements médicaux

- allergies médicamenteuses
- troubles de saignement
- médication chronique
- ingestion de poison
- autre pathologie en matière de santé, y compris les chirurgies antérieures.

Interprétation de l'information

Après avoir obtenu les renseignements en matière de santé, il est important de les interpréter correctement :

- Une herbe, un poison ou un médicament, par exemple, peut avoir de graves effets secondaires, notamment crampes, nausées et vomissements.
- La fièvre peut être due au paludisme dans la grossesse.
- Les DIU, les implants ou les progestatifs injectables et pilules peuvent être associés à des saignements. Il est possible qu'il y ait confusion entre cela ou une menace d'avortement ou un avortement incomplet.
- Les douleurs abdominales ou aux épaules peuvent indiquer une blessure intra-abdominale ou une grossesse ectopique.
- L'exposition éventuelle au tétanos doit être envisagée, s'il y a preuve d'insertion d'instruments non propres ou autres objets dans l'utérus.
- Les troubles du saignement, par exemple un désordre plaquettaire, peuvent causer un saignement excessif.

Examen physique

Dans l'évaluation initiale, il est nécessaire de procéder à un examen physique. Expliquer à la cliente ce qui se produira. Vous assurer qu'elle reste couverte d'un drap ou d'une serviette pendant l'examen afin de protéger son intimité.

Au cours de l'examen physique :

- Vérifier et noter les signes vitaux de la cliente (température, pouls, rythme respiratoire et tension artérielle).
- Noter son état de santé général (alimentation, anémie).
- Procéder à un examen systémique (poumons, cœur, extrémités, système nerveux).
- Au cours de l'examen abdominal, vérifier ce qui suit :
 - masses, utérus palpable ou anomalies marquées;
 - abdomen distendu et diminution des bruits intestinaux;
 - douleur à la détente brusque de la paroi abdominale après palpation avec réaction de défense;
 - sensibilité suprapubienne ou pelvienne.

Examen pelvien

Avant de procéder à l'examen pelvien, en expliquer la raison à la cliente et veiller à ce qu'elle ait vidé sa vessie auparavant. Pendant l'examen, la cliente doit s'étendre sur la table d'examen; elle doit être couverte d'un tissu

ou d'un voile pour protéger son intimité et sa dignité. Le clinicien doit porter des gants propres et intacts pendant l'examen pelvien.

L'examen tactile de la région pelvienne vise les fins suivantes :

- préciser la taille, la fermeté et la position de l'utérus;
- vérifier sa sensibilité;
- préciser le niveau de dilatation du col;
- évaluer soigneusement le vagin et le col et vérifier s'il y a déchirures et saignements.

S'il est difficile d'évaluer la taille de l'utérus, c'est peut-être parce qu'il est tourné vers l'arrière (rétroversion), que la cliente a un excédent de poids ou qu'il y a une réaction de défense abdominale (relaxation insuffisante de l'abdomen pour pouvoir palper l'utérus). Il est important de ne pas amorcer la procédure AMIU pour avortement incomplet avant d'avoir précisé la taille de l'utérus. En cas de problème pour établir la taille ou la position de l'utérus, demander à un clinicien possédant plus d'expérience (s'il est disponible) d'évaluer la taille de l'utérus. S'il y a le moindre doute, traiter la femme comme si la grossesse était plus avancée qu'on le soupçonnait au départ.

Examen au spéculum

- Avant d'insérer le spéculum :
 - Examiner la région génitale pour vérifier s'il y a un saignement et en évaluer la quantité;
 - vérifier l'odeur et la couleur de l'écoulement ou du saignement vaginal.
- Insérer le spéculum pour visualiser le col. Retirer du canal vaginal ou de l'orifice du col tout PdC visible et réserver les tissus aux fins d'examen.
- Noter tout écoulement d'odeur anormale, le volume du saignement et si le col est ouvert (dilaté) ou non. Vérifier s'il y a des déchirures cervicales ou vaginales, des lacérations ou des perforations. Vérifier soigneusement s'il y a présence de pus au col. Une infection du col augmente la possibilité d'infections utérines postopératoires. Cela comprend la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) aiguë. En cas d'infection constatée ou soupçonnée, prendre des échantillons pour culture bactérienne si possible. Amorcer une antibiothérapie à l'aide d'antibiotiques à large spectre avant d'effectuer l'AMIU.

Saignement vaginal

DIAGNOSTIC DE SAIGNEMENT VAGINAL EN DÉBUT DE GROSSESSE		
Symptôme révélateur et autres symptômes et signes habituellement présents	Symptômes et signes parfois présents	Diagnostic probable (Nota : Cela ne donne pas un diagnostic différentiel. Envisager d'autres causes, par exemple une grossesse ectopique.)
<ul style="list-style-type: none"> ■ saignement léger ■ col fermé ■ taille utérine correspondant au terme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ crampes/douleurs abdominales basses ■ utérus plus mou que la normale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avortement imminent ou menace d'avortement
<ul style="list-style-type: none"> ■ saignement léger ■ douleur abdominale ■ col fermé ■ utérus légèrement plus gros que la normale ■ utérus plus mou que la normale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ évanouissements ■ masse latéro-utérine sensible ■ aménorrhée ■ mobilisation du col douloureuse ■ signes de choc 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grossesse ectopique
<ul style="list-style-type: none"> ■ saignement léger ■ col fermé ■ utérus plus mou que la normale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ crampes/douleurs abdominales basses légères ■ antécédents d'expulsion de PdC 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avortement complet
<ul style="list-style-type: none"> ■ saignement abondant ■ col dilaté ■ taille utérine correspondant au terme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ crampes/douleurs abdominales basses ■ expulsion partielle de PdRC 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avortement inévitable
<ul style="list-style-type: none"> ■ saignement abondant ■ col dilaté ■ utérus gros pour le terme ■ utérus plus mou que la normale ■ expulsion partielle de PdC en grappe de raisin 	<ul style="list-style-type: none"> ■ nausées/vomissements ■ avortement spontané ■ crampes/douleurs abdominales basses ■ kystes ovariens (qui se rompent facilement) ■ pré-éclampsie précoce ■ pas de fœtus apparent 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grossesse molaire
<p>a) Saignement de léger à modéré : il faut plus d'une heure pour souiller complètement une serviette propre ou un linge. b) Saignement abondant : une serviette complètement imbibée de sang en une heure pendant deux heures consécutives.</p>		

Prise en charge de la menace d'avortement

- En général, aucun traitement médical n'est nécessaire.
- Conseiller à la patiente d'éviter les activités demandant un effort, ainsi que les rapports sexuels. Elle pourrait devoir garder le lit.
- Si le saignement cesse, inciter la patiente à aller en consultation prénatale. Si le saignement reprend, la réexaminer.
- Si le saignement persiste, vérifier si le fœtus est viable à l'aide d'un test de grossesse ou d'une échographie, si possible, ou vérifier s'il ne s'agissait pas d'une grossesse ectopique.

Ne pas administrer de médicaments, par exemple des hormones (notamment œstrogènes ou progestatifs), ni des agents tocolytiques (p. ex., salbutamol ou indométhacine) car ils ne préviennent pas l'avortement.

Prise en charge de l'avortement incomplet

- Si la grossesse a moins de 12 semaines et qu'il s'agit d'un avortement spontané, discuter avec la cliente de ses préférences, soit pour le traitement expectative, soit pour l'évacuation utérine. Si elle opte pour le traitement abstentionniste, la renseigner sur ce qui peut survenir pendant le processus, ainsi que sur les signes avertisseurs indiquant qu'elle devrait revenir à la structure sanitaire.
- Si le saignement est de léger à modéré et que la grossesse a moins de 16 semaines, extraire les produits de conception faisant protrusion à travers le col, manuellement ou à l'aide d'une pince porte-tampons.

- Si la cliente préfère l'évacuation utérine ou que c'est la solution choisie en raison d'un avortement provoqué, administrer par voie orale 600mcg de misoprostol²
- S'il y a déjà eu insertion d'objets étrangers dans le vagin ou l'utérus pour provoquer l'avortement ou en cas de signes d'infection, administrer des antibiotiques à titre prophylactique.

Dans tous les cas d'avortement incomplet, fournir des conseils et une méthode de planification familiale si cela est approprié.

Prise en charge de l'avortement complet

- En général, il n'est pas nécessaire de procéder à l'évacuation utérine.
- Observer s'il y a saignement abondant.
- Fournir des conseils et une méthode de planification familiale, si cela est approprié.
- Assurer le suivi de la patiente après le traitement.

Suivi

- Avant d'autoriser le congé, dire à la femme qui a fait un avortement spontané que cette situation n'est pas rare et se produit dans jusqu'à 20 % (une sur cinq) des grossesses cliniquement reconnues³. La rassurer également en lui disant que la probabilité de pouvoir mener une nouvelle grossesse à terme est bonne.
- Certaines femmes peuvent souhaiter devenir enceintes aussitôt après l'avortement incomplet. Il faut inciter la cliente à retarder la prochaine grossesse jusqu'à complet rétablissement. D'après les données actuelles, les femmes qui ont subi un avortement doivent attendre au moins six mois avant d'essayer de redevenir enceinte⁴.
- Il est important de fournir aux femmes qui ont connu un avortement insalubre des services de planification familiale, car certaines méthodes de planification familiale peuvent être amorcées immédiatement (voir *Planification familiale après avortement*, p. 56).

- Préciser si la femme a besoin d'autres services en santé de la reproduction, par exemple, certaines femmes pourraient avoir besoin de ce qui suit :
 - prophylaxie antitétanique ou injection de rappel antitétanos;
 - traitement/prise en charge d'une infection de l'appareil reproducteur et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH);
 - soutien psychosocial pour les victimes de violence basée sur le genre, y compris la violence du partenaire intime.

Prise en charge de la grossesse ectopique

La grossesse ectopique est une grossesse implantée hors utérine. Les trompes de Fallope sont le siège le plus fréquent des grossesses ectopiques (plus de 90 % des cas).

Les signes et symptômes sont extrêmement variables selon que la grossesse s'est rompue ou non. Confirmer le diagnostic par échographie, si possible.

La grossesse ectopique rompue est une affection mettant en jeu le pronostic vital et exige une intervention chirurgicale immédiate.

Si la grossesse ectopique n'est pas rompue, la patiente peut être traitée à l'aide de méthotrexate seulement, si le médicament est disponible.

Si le méthotrexate n'est pas disponible ou est contre-indiqué, il faut procéder par chirurgie.

Prise en charge dans l'immédiat d'une grossesse ectopique rompue

- En cas de signes de choc, procéder au traitement approprié.
- Si la chirurgie n'est pas disponible, organiser le transfert immédiat à la structure sanitaire de référence.
- Faire un contrôle de compatibilité du sang et prendre les dispositions nécessaires pour une laparotomie immédiate. **Ne pas attendre l'arrivée du sang pour commencer l'intervention chirurgicale.**

² Blum J., B. Winikoff, K. Gemzell-Danielsson, P. C. Ho, R. Schiavon et A. Weeks, Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: Supplément, pp.186-189.

³ Alberman E., Spontaneous Abortion: Epidemiology. Dans : Stable S., G. Grudzinkas et T. Chard, réd. *Spontaneous Abortion: Diagnosis and Treatment*. Londres : Springer-Verlag. 1992, pp. 9-20.

⁴ What works: A Policy and Program Guide to the Evidence on Post-abortion Care, USAID 2007. <http://www.infoforhealth.org/pac/research/Compendium.pdf>

- Pendant la chirurgie, inspecter les deux ovaires et les trompes de Fallope :
 - Ne pas retirer l'ovaire ou la trompe de Fallope tant que la grossesse ectopique n'a pas été identifiée.
 - Si la **trompe est gravement altérée**, faire une salpingectomie (exciser ensemble la trompe qui saigne et les produits de conception). C'est le traitement de choix dans la plupart des cas.
 - Plus rarement, si la **trompe n'est que peu altérée**, faire une salpingostomie (ce qui permet d'extraire les produits de conception tout en conservant la trompe). Ne procéder ainsi que s'il est très important pour la patiente de préserver sa fécondité, car le risque d'une autre grossesse ectopique est élevé.

Prise en charge ultérieure

- Avant d'autoriser la sortie, fournir à la femme des conseils et l'informer du pronostic de fécondité. Le risque d'une nouvelle grossesse ectopique étant accru, il est particulièrement important de conseiller la patiente en matière de planification familiale et de lui fournir, si elle le souhaite, une méthode de planification familiale.
- Corriger l'anémie en donnant à la patiente du sulfate ferreux ou du fumarate ferreux. La dose variera selon la gravité de l'anémie.
- Programmer une visite de suivi à quatre semaines.

Prise en charge de la grossesse molaire

La grossesse molaire est une anomalie du placenta provoquée par un problème survenu lors de la rencontre de l'œuf et du sperme. Au lieu de déboucher sur une grossesse viable, le placenta devient rapidement une masse sans cesse croissante de kystes (môle hydatiforme).

Prise en charge dans l'immédiat

- Si le diagnostic de grossesse molaire est établi, faire une transfusion sanguine ou transférer la patiente vers un centre où elle pourra recevoir une transfusion sanguine.
- Procéder à une AMIU pour évacuer la cavité utérine.
 - Disposer de trois seringues assemblées et prêtes à l'emploi pour l'évacuation de l'utérus; le contenu de l'utérus est abondant et il est important de l'évacuer rapidement.
 - S'il y a lieu, utiliser l'aspiration électrique et des canules souples.

Prise en charge ultérieure

- Recommander à la patiente d'utiliser une méthode de planification familiale très fiable pendant au moins un an afin d'empêcher la grossesse. Il est possible de lui proposer une ligature des trompes si elle a autant d'enfants qu'elle en voulait.
- Suivre la patiente aux huit semaines pendant au moins un an et faire chaque fois à un test urinaire de grossesse à cause du risque de maladie trophoblastique persistante ou de choricarcinome. Si le **test urinaire de grossesse n'est pas négatif au bout de huit semaines** ou est à nouveau positif dans la première année, diriger la patiente vers un centre de soins tertiaires pour un suivi et une prise en charge approfondis.

EXÉCUTION *d'une* ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE

L'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est une méthode sécuritaire, efficace et peu coûteuse d'évacuation utérine et utilisée pour le traitement de l'avortement incomplet. L'AMIU peut être pratiquée aux soins externes, donnant ainsi à la femme un meilleur accès aux services de soins. La procédure peut être exécutée par un prestataire ayant reçu la formation voulue, dans une simple salle d'intervention et est donc idéale dans les situations d'urgence.

INSTRUMENTS

Les instruments de l'AMIU (canule et seringue) aujourd'hui largement utilisés, ont été mis au point par IPAS. Ce sont les instruments à utiliser au cours de la présente formation sur l'AMIU. Toutefois, d'autres seringues et canules sont disponibles. Si l'on dispose d'autres matériels, de légères adaptations pourraient s'imposer.

Voici les pièces composant l'équipement AMIU :

- une valve à deux boutons réglant le vide, un capuchon et une gaine amovible;
- un piston avec poignée de piston et joint d'étanchéité de piston;
- un cylindre de 60cc pour contenir les débris utérins évacués, avec clip de retenue du collier de blocage;
- un collier de blocage;
- les canules de diamètre plus petits (4mm à 8mm) à deux lumières opposées;
- les canules de plus gros diamètre (9, 10 et 12mm) munies d'une seule lumière plus large;
- les points imprimés sur chaque canule indiquent l'emplacement de l'ouverture principale; le premier point est à 6cm de l'extrémité de la canule et les autres points sont à intervalles de 1cm;
- les canules sont semi-rigides et comportent une base fixe à codecouleur; elles ne nécessitent pas d'adaptateur séparé. Les ailettes sur les bases

facilitent son raccordement à l'aspirateur et son détachement de ceul-ci. Pour certaines seringues, il peut falloir un adaptateur pour le branchement aux canules.

Lors du choix de la seringue et des canules, vérifier si elles ont des défauts ou des fissures. Dans l'un ou l'autre des cas suivants, jeter l'instrument et le remplacer.

Aspirateur

- le cylindre fissuré ou dont le plastique est cassant ou des dépôts minéraux empêchent le déplacement du piston;
- les pièces des valves sont fissurées, déformées ou cassées;
- les boutons sont endommagés;
- les bras du piston ne se verrouillent pas;
- l'aspirateur ne garde plus son vide.

Canule

- la canule est devenue cassante;
- la canule est fissurée, déformée ou courbée, particulièrement à l'ouverture;
- le nettoyage de la canule ne permet pas d'éliminer totalement les tissus.

Montage et charge de la seringue pour l'aspiration

Avant usage, l'aspirateur doit d'abord être chargé, c'est-à-dire qu'on doit y faire le vide comme suit :

1. Ouvrir la valve et mettre la pièce interne à l'intérieur de la valve en alignant les reliefs internes. Ensuite, fermer la valve et cliquer le capuchon en place.
2. Vérifier le joint d'étanchéité. S'assurer que le joint d'étanchéité est dans la rainure à l'extrémité du piston. Lubrifier d'une seule goutte de lubrifiant, par exemple silicone, glycérol ou détergent liquide. Ne jamais utiliser sur le joint d'étanchéité des produits

à base de pétrole, par exemple pétrolatum, car cela peut détériorer le caoutchouc. Veiller à ne pas surlubrifier l'anneau.

3. Placer la seringue dans la valve tout en veillant à ne pas engager des boutons.
4. Insérer totalement le piston dans le cylindre. S'assurer que les boutons, le bord élargi de la base du cylindre et la poignée du piston sont alignés.
5. Poser ensuite le collier de blocage en le faisant glisser sous le clip de retenue et en poussant les pattes dans les trous à la base du cylindre.
6. Enfoncer les boutons en glissant vers l'avant jusqu'à ce qu'ils cliquent en place.
7. Créer le vide dans l'aspirateur en tirant le piston jusqu'à ce que les bras se déploient vers l'extérieur et s'appuient sur les bords élargis du cylindre. Lorsque les bras sont dans cette position, le piston ne peut plus avancer dans la seringue et le vide est maintenu. Si les bras sont mal positionnés, ils peuvent glisser à nouveau dans le cylindre et, éventuellement, injecter le contenu de l'aspirateur dans l'utérus.
8. Ne jamais saisir l'aspirateur par les bras du piston.

Avant l'emploi, vérifier que l'aspirateur est bien étanche à l'air

1. Après avoir créé le vide, laisser l'aspirateur reposer pendant quelques minutes et ensuite, débloquer les boutons.
2. Vous devriez entendre l'air s'engouffrant dans l'aspirateur, indiquant qu'il y a un vide.
3. Si vous n'entendez pas de refoulement d'air, déplacer le collier du blocage, retirer le piston et vérifier que le joint d'étanchéité est bien placé, lubrifié, en bon état et sans corps étrangers.
4. S'assurer que le cylindre est solidement positionné dans la valve. Ensuite, réinsérer le piston, repositionner le collier de blocage et revérifier l'aspirateur.
5. Si, à nouveau, le vide n'est pas maintenu, l'aspirateur est inutilisable. Le jeter et en prendre un autre.

LA PROCÉDURE D'AMIU

Préparer le plateau à instruments stériles.

- Placer le matériel suivant qui pénétrera dans la cavité utérine dans l'espace « sans contact » :
 - extrémités de canules
 - pinces hémostatiques longues (comme sécurité).

- Mettre le matériel qui suit dans la partie « mains gantées » du plateau :
 - poignées de la pince circulaire
 - spéculum
 - pince pour le nettoyage du col
 - pince à plusieurs mors (ou pince de Museux).

Soins de la cliente pendant l'AMIU

- Expliquer à la cliente la procédure d'AMIU.
- Lui demander si elle est allergique aux antiseptiques ou anesthésiques.

PRÉPARATION À LA PROCÉDURE

1. Vérifier la disponibilité de la totalité de l'équipement et des fournitures nécessaires.
2. Sélectionner les canules appropriées. Il est souhaitable de disposer de canules de plusieurs tailles. Si la canule utilisée est trop petite, il peut y avoir rétention de tissus ou perte d'aspiration.
3. Vérifier si les fournitures et l'équipement d'urgence sont disponibles dans la salle d'intervention : kit de perfusion intraveineuse et liquides (ou un mécanisme de stabilisation et de transfert).
4. Inspecter les instruments. S'assurer que l'aspirateur garde le vide. Jeter l'aspirateur en cas de fissures ou de défauts visibles et s'il ne garde pas le vide.
5. Charger l'aspirateur. Si le vide n'est pas maintenu, vérifier le joint d'étanchéité et la lubrifier au besoin. S'il le vide n'est pas encore maintenu, jeter l'aspirateur et en prendre un autre.

TECHNIQUE SANS CONTACT

Dans les procédures comme l'AMIU, où il y a pénétration dans la cavité utérine, il demeure un risque d'introduire des pathogènes dans l'utérus, ce qui pourrait aboutir à une infection potentiellement grave. Les cliniciens doivent, pour éviter l'infection, recourir toujours à la technique sans contact pendant toute la procédure et n'utiliser que des instruments préalablement stérilisés ou désinfectés à haut niveau.

L'application de la technique sans contact signifie que la partie de la canule ou de quelque autre instrument pénétrant dans la cavité utérine ne doit pas entrer en contact avec des surfaces contaminées avant l'insertion par le col utérin. Plus particulièrement, la pince, la canule ou la pointe du dilateur cervical ne doivent pas toucher la table d'examen, les zones non stériles du plateau à instruments, les gants ou les parois du vagin

avant l'insertion. Les cliniciens ne doivent manipuler les canules et autres instruments que par l'endroit ou l'extrémité qui n'entre pas en contact avec la patiente. Ainsi, si les deux extrémités des dilateurs métalliques ou de plastique sont insérées, elles doivent être maintenues par le milieu et retournées soigneusement afin de ne pas toucher le spéculum ou les parois du vagin. De plus, ne pas oublier de faire passer les canules et les dilateurs par l'orifice du col aussi peu souvent que possible. (Cela réduit la contamination de la cavité utérine par introduction de micro-organismes pendant la dilatation et l'AMIU.)

EXÉCUTION DE LA PROCÉDURE

La procédure d'AMIU peut commencer lorsque les fournitures et instruments sont tous prêts et que la femme est prête et a donné son consentement au début de l'intervention. S'assurer qu'elle a vidé sa vessie et est en position de semi-lithotomie ou de lithotomie.

1. Commencer l'anesthésie vocale.
2. Confirmer les constatations de l'examen initial par un examen bimanuel, en surveillant tout signe d'infection et en le traitant promptement selon les protocoles.
3. Insérer doucement le spéculum en sens oblique. Puisque les mains ont touché la paroi vaginale, les gants ne sont plus stériles.
4. Effectuer la préparation antiseptique du col.
5. Administrer, si indiqué, un bloc paracervical (lidocaïne).
6. Placer le tenaculum ou la pince en coeur et appliquer une légère traction.
7. Dilater le col, si nécessaire.
 - La dilatation du col est nécessaire si le canal cervical ne permet pas le passage de la canule appropriée à la taille de l'utérus.
 - Si la dilatation est nécessaire, elle doit être exécutée avec précaution, à l'aide de canules de diamètre croissant ou de dilateurs mécaniques à bout conique, en veillant à ne pas traumatiser le col. On peut également utiliser le misoprostol pour amollir le col (200mcg en insertion vaginale trois heures avant l'intervention).

Aspiration du contenu de l'utérus

Introduire doucement la canule juste au delà de l'ouverture interne du canal cervical. Pousser doucement la canule dans la cavité utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond et ensuite, la retirer légèrement. La faire tourner en exerçant une faible pression pour faciliter l'insertion.

- Ne pas insérer de force la canule, car les mouvements forcés peuvent causer des douleurs indues ou une perforation de l'utérus ou endommager le col, les organes pelviens ou les vaisseaux sanguins.
- Surveiller tout signe pouvant indiquer une perforation, tout au long de la procédure, et interrompre immédiatement l'aspiration en cas de perforation.

Assembler la canule et l'aspirateur, en maintenant le tenaculum et l'extrémité de la canule d'une main et l'aspirateur dans l'autre. Glisser l'aspirateur vers l'arrière pour le fixer à la canule afin d'éviter tout mouvement en sens opposé qui pourrait provoquer une perforation.

- Libérer le vide en enfonçant les boutons; l'aspiration commencera immédiatement.
- Evacuer le contenu de l'utérus par une rotation circulaire lente et légère de la canule et de l'aspirateur en même temps qu'un mouvement vers l'avant et vers l'arrière. Veiller à ne pas retirer l'extrémité de la canule hors du canal cervical, car cela entraînera la perte de vide.
- Le sang et le débris ovulaires seront visibles à travers la canule et le cylindre de l'aspirateur.
- Surveiller les signes d'achèvement :
 - i) mousse rouge ou rose sans tissu, traversant la canule;
 - ii) sensation de rugosité lorsque la canule passe sur la paroi utérine évacuée;
 - iii) contraction de l'utérus sur la canule;
 - iv) la patiente ressent une augmentation des crampes lorsque l'utérus est vide, ce qui indique une contraction.
- Une fois la procédure est terminée, relâcher les boutons et détacher l'aspirateur de la canule. Autre solution : retirer ensemble la canule et l'aspirateur, sans relâcher les boutons.

Inspection des tissus aspirés

Il est essentiel de procéder à une inspection des tissus aspirés pour vérifier la présence et la quantité ou l'absence de PdRC. Vider le contenu de l'aspirateur dans un récipient approprié en vérifiant que la canule est bien détachée, en relâchant les boutons, et en appuyant les bras du piston et en repoussant totalement le piston dans le cylindre. Veiller à ce que l'instrument soit disponible au cas où une nouvelle aspiration serait nécessaire. L'inspection des tissus aspirés est d'une extrême importance, car cela indique si l'évacuation est complète ou s'il y a possibilité de grossesse ectopique ou molaire.

Si vous n'observez pas de PdC, il faut envisager la possibilité d'une grossesse ectopique, d'une procédure non terminée ou d'un avortement spontané complet.

- Si on soupçonne qu'il reste des tissus dans la cavité, reprendre l'aspiration.

Après avoir établi que la procédure est terminée, essuyer l'excédent de sang du col et évaluer la quantité de sang qui continue à s'écouler de l'utérus ou d'ailleurs.

- S'assurer que le saignement est minime.
- Procéder à toute autre procédure simultanée, par exemple insertion d'un DIU ou ligature des trompes, à laquelle la patiente aura donné son consentement au cours de la séance de planification familiale avant avortement.
- Nettoyer les instruments et effectuer les préparatifs pour la cliente suivante.

Difficultés techniques

Le problème technique le plus courant, concernant des instruments d'AMIU, est la perte de vide. Dans la majorité des procédures d'AMIU, le vide demeure constant, jusqu'à ce que l'aspirateur soit plein à environ 80 % ou 50mL. Toutefois, il peut y avoir perte de vide avant que la fin de l'aspiration pour diverses raisons, notamment :

- l'aspirateur est plein;
- la canule a été retirée au-delà de l'ouverture externe du canal cervical;
- la canule est bouchée.

Si le cylindre se remplit au point où il n'y a plus de suction :

- relâcher les boutons;
- détacher la canule de l'aspirateur en laissant celle-ci en place à l'intérieur de l'utérus;

- vider l'aspirateur dans un récipient en relâchant les boutons et en poussant le piston dans le cylindre;
- rétablir le vide dans l'aspirateur, le rebrancher à la canule et reprendre l'aspiration.

Ne jamais essayer de vider ou de déboucher la canule en repoussant le piston dans le cylindre.

De nombreux prestataires ont à disposition un deuxième aspirateur tout prêt et changent d'aspirateur lorsque le premier est plein.

Si l'ouverture de la canule sort de l'utérus au-delà de l'ouverture externe du canal cervical, retirer la canule en prenant soin de ne pas la contaminer par contact avec les parois du vagin ou autres surfaces non stériles :

- détacher l'aspirateur de la canule, vider l'aspirateur et ensuite, rétablir le vide;
- réinsérer la canule si elle n'a pas été contaminée;
- s'il y a eu contamination, insérer une autre canule stérile ou désinfectée à haut niveau (DHN);
- rebrancher l'aspirateur, rétablir le vide et poursuivre l'aspiration.

Si la canule se bouche, on remarquera l'absence de tissus ou des bulles arrivant dans l'aspirateur :

- retirer partiellement la canule, sans sortir son extrémité du canal cervical.

Si cela ne débouche pas la canule :

- relâcher les boutons et détacher la canule de l'aspirateur avant de la retirer de l'utérus ou retirer la canule sans relâcher les boutons;
- dégager les tissus de l'ouverture de la canule à l'aide d'une pince stérile/DHN ou d'une gaze stérile en veillant à ne pas contaminer la canule;
- réinsérer la canule en respectant la technique sans contact;
- réassembler l'aspirateur et la canule et poursuivre l'aspiration.

Il existe d'autres raisons pour lesquelles l'aspirateur ne maintient pas le vide :

- assemblage incorrect;
- aspirateur défectueux;
- nécessité d'une canule d'un plus gros calibre pour créer une meilleure étanchéité au niveau du col de l'utérus.

Tableau 1

SIGNES ET SYMPTÔMES	DIAGNOSTICS POSSIBLES
Saignement vaginal : utérus plus petit que prévu; moins de tissus que prévu; douleurs abdominales; signes d'infection	Évacuation incomplète Il reste des tissus dans l'utérus
Col déchiré ou lacéré; saignement vaginal abondant; saignement vaginal après l'évacuation; douleur aiguës soudaines; rythme cardiaque rapide; chute de la tension artérielle; pose des instruments plus loin que prévue; présence de tissu adipeux ou intestinal ou d'épiploon dans le contenu aspiré	Lésion cervicale ou abdominale Perforation de l'utérus
Saignement vaginal, utérus mou et élargi	Grossesse molaire PdC retenus à un âge gestatif plus avancé
Fièvre; frissons; pertes vaginales malodorantes; douleurs au bas ventre; saignement vaginal prolongé; sensibilité utérine	Infection pelvienne
Test de grossesse positif; maintien des signes de grossesse; absence de PdC à l'inspection des tissus	Grossesse ectopique ou molaire Exige une intervention immédiate
Détresse respiratoire; éruption cutanée; oedème du visage; goût métallique; tintement dans les oreilles; désorientation; convulsions; élocution pâteuse	Réaction médicamenteuse - lidocaïne
Utérus gros, dur, rempli de sang des heures/jours après l'intervention; douleur pelvienne; saignements vaginaux faibles; douleur disproportionnée par rapport à la procédure	Hématométrie aiguë
Sang ne se coagulant pas; saignement séro-sanguinolent	Coagulation intravasculaire disséminée (CIVD)

Complications possibles

Dans les procédures AMIU, si la taille utérine est inférieure à 12 semaines depuis la DDR, les complications sont rares, surtout si l'intervention est exécutée par des prestataires formés. Les risques d'une AMIU sont considérablement moins élevés que ceux d'un curetage avec instruments tranchants ou d'un accouchement à terme.

Le Tableau 1 (voir ci-dessus) contient la liste des complications possibles pendant ou après une procédure AMIU. Le risque de complications augmente avec la taille de l'utérus, mais toutes ces complications sont peu fréquentes. Certaines peuvent conduire à une infécondité secondaire, d'autres graves séquelles, voire le décès de la patiente. Les prestataires réalisant les procédures d'AMIU doivent également être conscients qu'il peut y avoir de réaction vagale (évanouissement).

SOINS POST-INTERVENTION

Surveiller le rétablissement de la patiente. Aider la patiente à trouver une position confortable. Évaluer son état émotionnel et réagir avec empathie. La garder en observation jusqu'à ce que:

- son pouls et sa tension artérielle soient normaux pour elle;
- elle puisse marcher et boire des liquides;

- elle n'éprouve plus de douleur ou saignement excessif;
- elle ait pu uriner.

Lui fournir des conseils et des renseignements post-intervention. La période post-avortement offre une occasion bien particulière de fournir des renseignements sur la contraception, le rétablissement, les soins de suivi et autres questions de santé sexuelle et de la reproduction. Les femmes devraient recevoir des renseignements détaillés sur ce qui suit :

- Contraception après l'avortement :
 - La femme peut devenir enceinte dès 10 jours après l'intervention.
 - Il faudrait amorcer certaines méthodes contraceptives immédiatement après l'intervention.
 - Les conseils en matière de contraception et la méthode choisie par la femme doivent être fournis avant son départ de la clinique.

Directives en matière de soins

- directives sur la prise des médicaments;
- renseignements sur l'hygiène de routine;
- renseignements sur l'activité sexuelle : elle ne devrait reprendre que lorsque les saignements après avortement ont cessé, soit habituellement cinq à sept jours;

- les signes et symptômes exigeant une attention d'urgence;
- où s'adresser pour obtenir des soins d'urgence si nécessaire;
- liste des divers services disponibles, notamment les conseils;
- date, heure et lieu de la visite de suivi, si nécessaire.

Signes de rétablissement normal

- La patiente peut s'attendre à des crampes utérines au cours des quelques prochains jours, un peu comme celles des règles.
- L'inconfort peut être allégé par des analgésiques doux, des compresses chaudes ou un bain.
- Les microrragies ou saignements ne devraient pas dépasser les règles normales.
- Les menstruations normales devraient commencer dans les quatre à huit semaines.

Signes et symptômes exigeant des soins immédiats

- fièvre, frissons, nausées ou vomissements durant plus de 24 heures;
- crampes depuis plus de quelques jours;
- sensibilité, douleur ou distension de l'abdomen;
- saignement abondant, détrempant plus d'une serviette par heure pendant deux heures consécutives;
- écoulement vaginal malodorant;
- retard de plus de huit semaines dans la reprise des règles;
- évanouissements ou étourdissements.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

L'AMIU peut être effectuée ailleurs que dans la salle d'opération d'un hôpital. On y trouve de nombreux avantages, notamment le contrôle non pharmacologique de la douleur. Ce contrôle non pharmacologique de la douleur offre de nombreux avantages, notamment l'élimination des complications éventuelles pouvant découler des effets secondaires des analgésiques. Dans les milieux affectés par les conflits, il est possible que les médicaments ne soient pas disponibles et, par conséquent, il est de bonne pratique pour les prestataires d'utiliser d'autres

méthodes de prise en charge de la douleur. Il est préférable de disposer d'analgésiques et de l'anesthésie locale afin que la cliente ait le choix concernant sa prise en charge de la douleur et puisse choisir, si elle le préfère, un contrôle pharmacologique de la douleur.

Objectif de la prise en charge de la douleur

L'objectif est de veiller à ce que la patiente n'éprouve qu'un minimum d'inquiétude et d'inconfort et que les risques pour sa santé soient les moins élevés possible.

Types de douleur

1. **Douleur préexistante** : Les femmes qui ont subi un avortement incomplet ou avec complications souffrent peut-être déjà à leur arrivée au centre de santé, pour l'une ou l'autre des raisons suivantes :
 - expulsion du contenu de l'utérus;
 - infection possible;
 - traumatisme possible;
 - voyage difficile jusqu'au centre de santé.
2. **La crainte et l'angoisse** intensifieront également la douleur existante chez certaines femmes. La femme peut avoir peur de diverses choses :
 - un problème grave qui pourrait nécessiter un traitement coûteux et prolongé;
 - sa santé et sa fécondité futures;
 - blâme et réprobation du personnel du centre de santé;
 - persécutions (dans certaines régions);
 - blâme du mari, du père et de la mère, des parents ou des membres de la communauté.
3. **La procédure d'AMIU elle-même** peut causer des douleurs et crampes supplémentaires. Les patientes qui subissent une AMIU à titre de traitement d'un avortement incomplet peuvent habituellement éprouver deux types de douleur :
 - i) douleur et crampes profondes provoquées par la dilatation du col et la stimulation de la paroi interne de l'orifice du col;
 - ii) une douleur au bas ventre diffuse accompagnée de crampes, provoquée par le mouvement de l'utérus, le grattage de la paroi utérine et la contraction des muscles utérins liés à l'enlèvement du contenu de la cavité utérine.

Essayer de dilater de force ou trop rapidement le col peut causer une douleur intense autant qu'inutile.

Exigences des techniques de prise en charge de la douleur :

- équipe efficace et bien formée;
- salle de traitement calme, non menaçante (démédicalisation);
- prestataires amicaux, calmes, non critiques et attentionnés;
- sollicitude du personnel, avant, pendant et après l'intervention;
- explications claires de ce qui se produit;
- évaluation précise du seuil de douleur de base de la patiente, de son anxiété et de ses réserves actuelles (à quel point elle est épuisée);
- évaluation précise de l'impact de la procédure prévue sur le niveau de confort de la patiente (difficulté et durée prévue de l'intervention);
- utilisation opportune des mesures de contrôle de la douleur;
- évacuation délicate utérine;
- soulagement de la douleur au besoin après l'intervention.

Anesthésie verbale

L'une des approches les plus sûres à la gestion de la douleur dans l'AMIU est d'offrir à la patiente une anesthésie verbale. Puisque l'AMIU est une procédure rapide et douce, il suffit parfois, pour contrôler la douleur, de réduire l'anxiété de la patiente par l'anesthésie verbale.

Pratique de l'« anesthésie verbale »

Les prestataires peuvent aider les patientes à mieux gérer la douleur par un appui thérapeutique appelé anesthésie verbale.

Pour offrir l'anesthésie verbale :

- Démédicaliser l'aménagement de la clinique afin que l'environnement ait l'air d'un chez-soi accueillant. Garder couverts les médicaments et l'équipement afin qu'ils soient hors de vue.
- La salle est disposée avec l'équipement en place de manière à ce que la cliente ne séjourne que peu de temps dans la salle d'intervention.
- L'interaction cliente-prestataire- (ICP) devrait être chaleureuse et amicale.
- L'un des prestataires conduit la cliente dans la salle et lui parle tout au long de la procédure. Le prestataire encourage la cliente à s'exprimer. Ce partenariat avec la patiente réduit la crainte et la fait se sentir membre de l'équipe de contrôle de la douleur.
- L'un des prestataires exécute la procédure, rapidement et en procédant délicatement sur le plan technique.
- Faire des mouvements lents, non saccadés, non trop vifs.
- Utiliser des instruments souples, non traumatisants.

Nota : Voir *Marie Stopes International - Training Manual on Vocal Local*.

PRISE *en* CHARGE MÉDICALE *de* l'AVORTEMENT INCOMPLET

Grâce aux progrès accomplis en pharmacothérapie, l'aspiration chirurgicale n'est plus la seule méthode sécuritaire pour éliminer les produits de conception retenus. Le misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 qui agit sur le col et provoque des contractions de l'utérus. Il est relativement peu coûteux, a une longue durée de conservation et est stable à la température ambiante, donc idéal pour les environnements à faibles ressources. Il peut être administré par les prestataires sans formation en chirurgie, dans les structures sanitaires primaires.

On a également constaté l'efficacité du misoprostol dans les SAA.

RÉGIME POSOLOGIQUE

Une dose unique de **600mcg par voie orale** est indiquée pour le traitement de l'avortement incomplet pour les femmes chez qui, à l'arrivée, on constate que l'orifice du col est ouvert et que la taille de l'utérus est équivalente à 12 semaines de grossesse. Il est possible de préciser la gestation d'après l'anamnèse de la cliente et l'examen clinique. Il faut également évaluer s'il est indiqué d'utiliser le misoprostol.

Le misoprostol ne doit pas être administré à la femme dans les cas suivants :

- on soupçonne une grossesse ectopique;
- on observe des signes d'infection pelvienne et/ou de septicémie;
- on sait qu'elle est allergique aux prostaglandines;
- un DIU est en place.

TRAITEMENT ET SUIVI

Le traitement est simple et suppose deux visites au centre de santé. À la première, on évalue l'état de la grossesse et étudie avec la cliente les options de prise en charge de l'avortement incomplet. On lui explique les diverses options, notamment prise en charge expectative, chirurgie ou intervention médicale. La femme, avec l'aide du prestataire, choisit les modalités de traitement qui lui conviennent le mieux.

Le déroulement du traitement est court et suppose habituellement deux visites en consultation externe. À la première, on confirme que l'avortement est incomplet par l'anamnèse et l'examen clinique et on évalue si on peut utiliser le misoprostol. La femme prend la dose unique de misoprostol, soit au centre de santé, soit chez elle.

À la seconde visite, sept à 14 jours après l'administration du misoprostol, le prestataire vérifie si l'avortement est complet.

Il n'est pas nécessaire de fournir de routine une antibiothérapie. Toutefois, en cas de signes ou symptômes d'infection, le prestataire peut administrer les antibiotiques appropriés. Lors de la visite de suivi, on parle de conseils en matière de contraception et la méthode choisie est fournie.

On informe la femme sur ce qui se passe et ce à quoi elle peut s'attendre. Les effets secondaires sont minimes et de courte durée. On lui précise également le taux de réussite et toute éventualité qu'elle doive subir une AMIU chirurgicale pour évacuer la cavité utérine.

SAIGNEMENTS

Les saignements sont un effet désiré après l'administration du misoprostol et, par conséquent, ne sont pas considérés comme un effet secondaire. Les saignements peuvent être abondants pendant trois à quatre jours avant de devenir modérés. Cela durera habituellement jusqu'à deux semaines, suivies de microrragies pouvant continuer jusqu'aux prochaines règles.

La femme doit communiquer avec le prestataire dans les cas suivants :

- si elle détrempe une ou plusieurs serviettes super absorbantes par heure pendant deux heures consécutives;
- si elle éprouve subitement un saignement abondant après que les saignements aient diminué ou stoppé pendant plusieurs jours;
- si elle a un saignement qui ressemble à des règles normales, mais qui se poursuit pendant deux semaines;
- si elle commence à avoir des vertiges ou à délirer.

EFFETS SECONDAIRES

Crampes : Les crampes peuvent commencer dans les 10 minutes suivant l'administration du misoprostol. La douleur peut être comparable à la douleur habituelle des menstruations ou moins intense et peut être prise en charge par des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou d'autres analgésiques, par exemple le paracétamol.

Fièvre et/ou frissons : Les frissons sont un effet secondaire courant du misoprostol, mais cessent habituellement rapidement. La fièvre est moins courante, mais ce n'est pas nécessairement l'indice d'une infection. Si la fièvre ou les frissons persistent plus de 24 heures après la prise du misoprostol, la femme doit consulter un prestataire car elle pourrait faire une infection.

Nausées et vomissements : Il peut y avoir nausées et vomissements et ils surviendront six heures après l'administration. Au besoin, on peut administrer un antiémétique.

Diarrhée : Habituellement, la diarrhée disparaît dans la journée.

Éruptions cutanées : Occasionnellement, il se produit une éruption cutanée après l'administration du misoprostol; elle devrait disparaître en quelques heures.

L'expérience de la femme pendant les soins après avortement (SAA) se situe sur les plans à la fois physique et émotionnel. Il en est ainsi peu importe que l'avortement soit spontané ou provoqué, sécuritaire ou dangereux. Lorsque la femme cherche des soins de santé professionnels, elle peut s'attendre à trouver un soutien émotionnel en plus du traitement médical. Lorsqu'il en est ainsi, la femme est mieux à même de comprendre et d'accepter son état, de gérer la douleur s'il y a lieu, de terminer le traitement recommandé et de faire face aux conséquences possibles et aux préoccupations connexes en matière de santé. Aider les femmes à y parvenir par une approche démedicalisée et des conseils est une excellente façon pour les prestataires d'offrir un soutien émotionnel aux femmes recevant des SAA.

Le counselling efficace fait partie intégrante des SAA de qualité. Le counselling offre la possibilité d'aider la patiente à explorer ses sentiments, à évaluer ses capacités d'adaptation, à prendre en charge son angoisse et à saisir l'information dont elle a besoin pour prendre des décisions éclairées. Le counselling aide les prestataires à préciser si la patiente a besoin de soins spéciaux en raison d'une détresse émotionnelle extrême ou de circonstances personnelles. Les avantages les plus immédiats du counselling sont une plus grande efficacité de la relation patiente-prestataire, un traitement moins douloureux et moins stressant et une plus grande satisfaction de la patiente à l'égard de son expérience des soins de santé.

ATTITUDE DU PERSONNEL

La femme qui se rend à une structure sanitaire pour obtenir des SAA peut être en détresse et angoissée. La façon dont le personnel communique et établit des rapports avec la cliente est un aspect important de l'expérience qu'elle en retirera. Peut-être trouvera-t-elle le traitement moins difficile si elle sent que le personnel

lui témoigne de la sympathie et ne la juge pas. Voici, pour les clientes des SAA, les éléments clés de l'attitude du personnel :

- attitude non critique;
- questions ouvertes;
- bienveillant, tout en étant professionnel;
- conscient que ses propres valeurs peuvent être différentes de celles des clientes;
- respect des valeurs et attitudes des clientes;
- conscient du langage gestuel et des autres moyens de communication non verbale.

DÉFINITION DU COUNSELLING

On appelle counselling une interaction structurée dans laquelle une personne reçoit volontairement un soutien émotionnel et des orientations de la part d'une personne formée, dans un environnement propice au partage ouvert des idées, des sentiments et des perceptions.

Le counselling, c'est ...

- demander à connaître les sentiments et les réflexions de la personne;
- accepter les sentiments et les perceptions de la personne sans égard aux normes sociétales;
- respecter l'intimité de la personne et la confidentialité de la relation;
- se concentrer sur les besoins et préoccupations de la personne et non sur ceux du conseiller;
- communiquer efficacement;
- appuyer la femme pour qu'elle prenne elle-même sa décision et agisse en conséquence;
- fournir des renseignements et aider la personne à appliquer ces renseignements et répondre à ses besoins et désirs.

Soutien émotionnel aux clientes des SAA

Offrir un soutien efficace aux clientes des SAA commence dès que la cliente entre dans la structure sanitaire, d'abord par un environnement non médicalisé où l'équipement et les fournitures sont discrètement couverts et maintenus hors de vue dans des armoires. La cliente est accueillie de façon chaleureuse et non critique par le personnel qui la reçoit au centre de santé. La communication bilatérale entre la cliente et les membres du personnel se poursuit dans tous ses contacts avec les membres du personnel.

La cliente obtient des renseignements supplémentaires avant son départ du centre de santé, notamment :

- renseignements sur son traitement, l'issue et les résultats de tout test, ainsi que sur les visites de suivi qui pourraient être nécessaires;
- quand elle peut reprendre ses activités sexuelles;
- renseignements sur la planification familiale (voir le Tableau 2, p. 57)
- tout renseignement supplémentaire dont elle aurait besoin.

INTIMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ

La cliente qui fréquente des services de santé doit s'attendre à ce qu'on respecte son intimité et la confidentialité des renseignements et cela peut être particulièrement important dans le cas des clientes des SAA.

- Par intimité, on entend la prestation de services, dont les consultations, les tests et les traitements, sans que d'autres personnes puissent voir ou entendre.
- La confidentialité touche la nature privée de l'information divulguée par la cliente et qui ne devrait pas être communiquée à d'autres sans le consentement de celle-ci.

Il est important que la cliente puisse consulter le personnel en privé, qu'il s'agisse d'un clinicien ou d'un conseiller, sans la présence de la famille ou du partenaire.

PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT

La femme peut redevenir féconde dans les 10 jours suivant l'avortement, de sorte que les services de planification familiale devraient lui être offerts dans le cadre des SAA, sauf si elle est extrêmement mal. Il faudrait offrir à toutes les femmes des conseils en planification familiale après avortement afin d'évaluer ses sentiments à propos de la grossesse qui vient juste de se terminer et ses préférences en matière de fécondité future. En majorité, les femmes qui ont recours aux SAA auront besoin de services de planification familiale après avortement. De nombreuses femmes connaissent des grossesses non désirées et, d'après les estimations, approximativement 60 % des femmes qui ont recours aux SAA ne souhaitent pas être enceintes à ce moment. Les femmes qui font l'expérience de la perte d'une grossesse désirée peuvent également avoir besoin de services de planification familiale. Dans les directives actuelles, on recommande que les femmes attendent au moins six mois après un avortement avant de redevenir enceintes⁵.

La femme devrait avoir le choix entre diverses méthodes afin qu'on puisse l'aider à choisir la méthode la plus appropriée.

La méthode de planification familiale qui sera la plus appropriée dépendra de ce qui suit :

- la nature et la gravité des complications;
- la question de savoir si la grossesse était ou non désirée;
- le risque d'infections sexuellement transmissibles;
- ses préférences en matière de choix d'une méthode.

Les méthodes devraient être disponibles là où les SAA sont fournis, car on a constaté que les femmes qui adoptent une méthode de planification familiale au moment des SAA sont plus susceptibles d'adopter une méthode efficace et risquent moins de faire un autre avortement dans les deux ans⁶.

Les femmes traitées pour des complications après avortement peuvent présenter des pathologies médicales qui pourraient influencer sur le choix d'une méthode contraceptive. Nous donnons au Tableau 2 (p. 57) un certain nombre d'éléments dont il faut tenir compte dans le choix d'une méthode contraceptive.

⁵ <http://www.infoforhealth.org/pac/research/Compendium.pdf>

⁶ Johnson B. R., S. Ndhlovu, S. L. Farr et T. Chipato, *Studies in family Planning*, juin 2002, 33(2), pp. 195-202.

Tableau 2

MÉTHODE	TIMING
Préservatifs - masculins ou féminins	Dès la reprise des activités sexuelles
Contraceptifs oraux journaliers	Immédiatement
Contraceptifs injectables	Si les saignements abondants ont provoqué une anémie aiguë, attendre que le problème soit réglé. En cas de saignements de modérés à légers, commencer immédiatement.
Implants	Si les saignements abondants ont provoqué une anémie aiguë, attendre que le problème soit réglé. En cas de saignements de modérés à légers, commencer immédiatement.
DIU	En l'absence de complications, peut être inséré au moment de la procédure. En cas d'infection soupçonnée ou confirmée, retarder jusqu'à ce que l'infection soit traitée (trois mois). En cas de saignements et de blessures, retarder jusqu'à la guérison des blessures. En cas d'anémie, traiter l'anémie et retarder jusqu'au rétablissement.
Stérilisation féminine	Peut être possible au moment de la procédure, compte tenu des complications. Une référence peut être nécessaire. Prévoir un délai adéquat pour que la femme puisse prendre une décision concernant une méthode permanente.
Vasectomie	Peut être effectuée immédiatement Prévoir un délai adéquat pour que le couple prenne sa décision concernant une méthode permanente.

Source : *Blumenthal et McIntosh, 1995; Leonard et Ladipo, 1994.*

Les méthodes naturelles de planification familiale qui reposent sur le cycle féminin ne sont pas recommandées tant que le cycle menstruel régulier n'est pas établi. Pour plus de précisions sur les méthodes appropriées de planification familiale, voir *Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*⁷.

⁷ Organisation mondiale de la santé, Département de santé et recherche en matière de reproduction (OMS/SRR) et Johns Hopkins, École de santé publique Bloomberg, Centre pour les programmes de communication (CCP), Projet Info : Planification familiale - Un manuel à l'intention des prestataires des services du monde entier (version de 2008), Baltimore et Genève : CCP et OMS, 2008.

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.

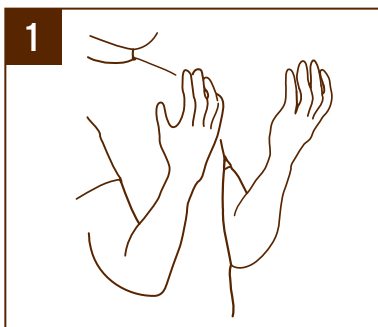
De plus, nous ne savons peut-être pas combien de nos clients contractent des infections, par exemple le VIH ou l'hépatite B ou C, pour avoir eu recours aux services de santé. Les clients peuvent s'adresser ailleurs pour être traités et il peut être difficile de dépister une infection pour remonter jusqu'à 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

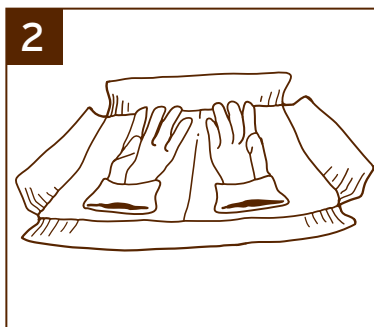
Les gants protègent à la fois les clientes et les membres de l'équipe en instaurant une barrière contre les microorganismes. Il existe trois types de gants :

- 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.

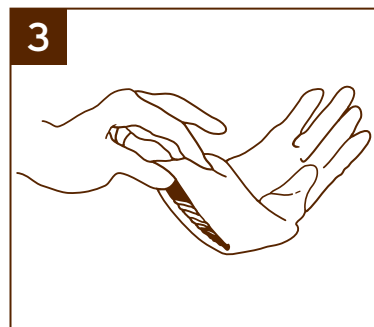
Étapes à suivre pour mettre des gants chirurgicaux



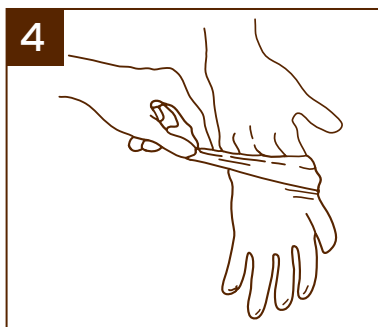
1 Préparer une surface assez grande, propre et sèche, pour ouvrir l'emballage des gants. Vous pouvez soit ouvrir l'emballage extérieur et ensuite procéder au lavage chirurgical ou encore, faire le lavage chirurgical et demander à quelqu'un d'ouvrir pour vous l'emballage des gants.



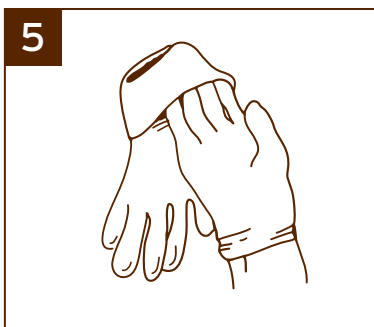
2 Ouvrir l'emballage intérieur des gants, exposant manchettés, paumes vers le haut. Les gants sont manchettés pour être plus faciles à enfiler sans les contaminer. En mettant les gants stériles, ne pas oublier que le premier gant doit être pris par la manchette seulement. Le second gant ne devrait alors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



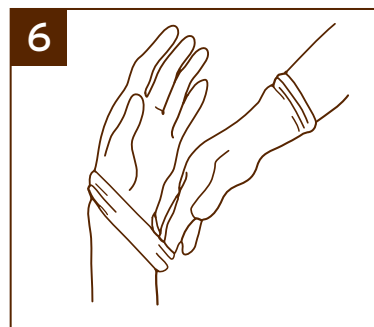
3 Prendre le premier gant par la manchette en ne touchant que la partie de la manchette qui va à l'intérieur (l'intérieur est le côté entrant en contact avec la peau une fois le gant mis).



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 :

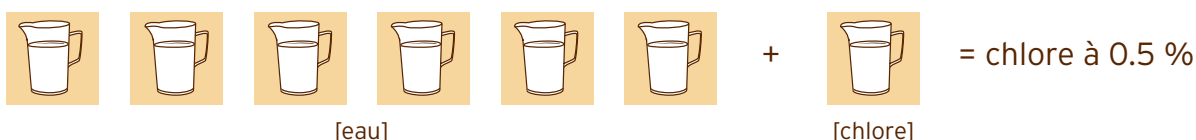
- elle élimine les matières organiques, la saleté et les autres matières qui peuvent empêcher la stérilisation ou la DHN;
- elle réduit le nombre de microorganismes, même les endospores bactériennes, sur les instruments et autres articles.

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 fermé, 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.



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.