

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

Soins après avortement



GUIDE DU
FORMATEUR


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
FORMATEUR

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

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

TABLE DES MATIÈRES

ACRONYMES	3
INTRODUCTION	4
INTRODUCTION AU COURS DE FORMATION	5
APERÇU	5
APPROCHE 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 — CLÉ DES RÉPONSES	17
SÉANCE DE PRATIQUE DES COMPÉTENCES : PRISE EN CHARGE DE L'AVORTEMENT INCOMPLÈT OU À RISQUE	21
1. FICHE D'APPRENTISSAGE POUR LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)	22
1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)	23
2. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)]	24
PROCÉDURE EN CAS DE DIFFICULTÉS PENDANT L'AMIU	27
2. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)]	28

TABLE DES MATIÈRES (suite)

3. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL	30
3. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT - TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL	32
4. FICHE D'APPRENTISSAGE SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	34
4. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	35
ÉTUDES DE CAS	36
ÉTUDE DE CAS 1	36
ÉTUDE DE CAS 2	38
ÉTUDE DE CAS 3	39
CONSEILS POUR LES FORMATEURS	41
ÊTRE UN FORMATEUR EFFICACE	41
CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE	41
TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT	42
CRÉER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF	42
SE PRÉPARER AU STAGE	42
COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT	43
UTILISER DES COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES	45
RÉALISER DES ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES	46
FAIRE DES PRÉSENTATIONS INTERACTIVES	46
FACILITER LES DISCUSSIONS EN GROUPE	48
FACILITER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES (BRAINSTORMING)	49
FACILITER LES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES	49
DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE	50
ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES	51
GÉRER LA PRATIQUE CLINIQUE	52
INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC DES PATIENTES	53
CRÉER DES POSSIBILITÉS D'APPRENTISSAGE	53
RÉUNIONS PRÉ ET POST-PRATIQUE CLINIQUE	55
LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR	55
LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR	56
GUIDE DE RÉFÉRENCE	59

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 feed-back 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 feed-back 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 — CLÉ DES RÉPONSES

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. <i>Ce droit a été reconnu dans divers documents sur les droits de la personne.</i>	VRAI
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.	VRAI
3.	Absorber des herbes, du poison ou un médicament traditionnel pour provoquer un avortement peut provoquer des crampes, des nausées et des vomissements.	VRAI
4.	L'aspiration manuelle intra-utérine est la méthode recommandée la plus largement utilisée pour l'évacuation utérine.	VRAI
5.	Si une cliente souffre d'un choc, elle devrait se reposer dans une pièce au calme, loin des autres clientes. <i>Les cas de choc exigent un traitement immédiat et intensif pour sauvegarder la vie de la patiente. L'état de celle-ci peut s'aggraver rapidement et elle doit donc faire l'objet d'une étroite surveillance.</i>	FAUX
6.	L'hypertension artérielle est un signe de choc. <i>Si une cliente est en choc, elle fera plutôt de l'hypotension artérielle.</i>	FAUX
7.	La procédure AMIU peut commencer avant que la taille de l'utérus ait été établie. <i>Il faut d'abord mesurer la taille de l'utérus.</i>	FAUX
8.	La taille de l'utérus peut être établie par examen bimanuel. <i>On peut également utiliser la canule de l'AMIU ou une sonde utérine.</i>	VRAI
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.	VRAI
10.	L'avortement spontané se produit dans 20 % (un cas sur 5) des grossesses cliniquement reconnues.	VRAI
11.	Les instruments de l'AMIU sont une canule semi-rigide et une seringue créant un vide.	VRAI
12.	Pour la procédure d'AMIU, on utilise n'importe quel calibre de canule. <i>Il faut disposer de plusieurs calibres. Si la canule est trop petite, il y aura rétention des tissus ou perte de succion.</i>	FAUX
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.	VRAI
14.	Après une procédure de SAA, les règles normales devraient recommencer dans les deux semaines. <i>Les règles normales sont à prévoir 4 à 6 semaines après les SAA.</i>	FAUX
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. <i>L'objectif est de veiller à ce que la patiente éprouve un minimum de souci et d'inconfort et qu'il y ait le moins de risques possibles pour sa santé.</i>	FAUX
16.	La crainte et l'anxiété peuvent accroître l'intensité de la douleur.	VRAI
17.	La procédure d'AMIU ne cause aucune douleur à la cliente. <i>La procédure d'AMIU causera des douleurs et des crampes supplémentaires.</i>	FAUX

Questionnaire sur les connaissances – Clé des réponses (suite)

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. <i>On l'appelle souvent « anesthésie verbale ».</i>	VRAI
19.	Le misoprostol, médicament efficace dans les soins après avortement, est administré en 4 doses. <i>Il est administré en 2 doses, la seconde administrée de 7 à 14 jours après la première.</i>	FAUX
20.	Les saignements sont considérés comme un effet secondaire après l'administration du misoprostol. <i>Les saignements sont un effet désiré et peuvent être abondants pendant 3 à 4 jours avant de devenir modérés. Les effets secondaires sont la nausée, les vomissements, la diarrhée, les éruptions cutanées et les crampes.</i>	FAUX
21.	L'attitude du personnel envers la cliente peut être utile mais n'est pas tellement importante. <i>L'attitude du personnel est très importante. Le personnel ne doit pas juger, mais doit faire preuve d'empathie et offrir un soutien émotionnel. Il doit également posséder des bonnes compétences en communication et counselling.</i>	FAUX
22.	Le retour de la fécondité chez la femme survient 4 semaines après l'avortement. <i>La femme peut être à nouveau féconde 10 jours après l'avortement. Il est important que cela lui soit expliqué clairement afin de discuter ensemble des méthodes de PF utilisables.</i>	FAUX
23.	Les méthodes de planification familiale devraient être disponibles sur place, là où la procédure de SAA est offerte. <i>D'après les études, les femmes auxquelles on a offert une méthode de planification familiale au moment des SAA étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode de PF et moins susceptibles de subir un autre avortement dans les 2 ans.</i>	VRAI
24.	Une personne désignée dans chaque structure sanitaire devrait être responsable de la prévention des infections. <i>La PI est la responsabilité de tous et chacun dans une structure sanitaire, car il est nécessaire de suivre les procédures dans tous les secteurs de la structure et à tous les points du « cheminement » de la cliente.</i>	FAUX
25.	Il est essentiel de manipuler avec prudence les objets pointus, afin que le personnel ne soit pas exposé à la TB. <i>Les blessures par objets pointus exposent le personnel au VIH, à l'hépatite C et à l'hépatite B.</i>	FAUX
26.	Pour désinfecter les instruments, il faut utiliser une solution de chlore à 50 %. <i>Il faut utiliser une solution de chlore à 0,5 %.</i>	FAUX
27.	Dix minutes est un délai suffisant de trempage des instruments dans une solution de chlore. <i>Un trempage plus long que 10 minutes provoquera la corrosion du métal.</i>	VRAI
28.	Il n'est pas nécessaire de nettoyer et de désinfecter les instruments avant une stérilisation par autoclave. <i>Les instruments doivent être nettoyés et désinfectés avant la stérilisation à l'autoclave ou la désinfection chimique ou à chaleur sèche. Les caillots de sang peuvent encore contenir des micro-organismes nuisibles même après le passage à l'autoclave.</i>	FAUX
29.	Le délai maximum de stockage des articles stériles emballés est de 14 jours. <i>Le délai maximum est de 7 jours, après quoi il faut stériliser à nouveau les instruments.</i>	FAUX
30.	Les objets tranchants peuvent être détruits par incinération. <i>Les objets pointus ne seront détruits que dans des incinérateurs industriels. Les récipients d'objets tranchants doivent être retirés lorsqu'ils sont aux $\frac{3}{4}$ pleins, on doit y verser du combustible et y mettre le feu : les matières plastiques et le seringues fondront et emprisonneront les objets pointus qui peuvent alors être enfouis en toute sécurité.</i>	FAUX

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													



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



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

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.

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.

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

Liste de vérification sur les soins après avortement (AMIU)

Liste de vérification sur le counselling en planification familiale après avortement

Liste de vérification sur les soins après avortement (AMIU)

Liste de vérification sur 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.					

1. LISTE DE VÉRIFICATION POUR LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL D'ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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 bassin.					
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.					

2. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)]

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
ÉVALUATION INITIALE					
1. Accueillir la femme avec respect et amabilité.					
2. Examiner la cliente pour déceler s'il y a choc ou une autre complication.					
3. En cas de complications décelées, stabiliser la cliente et, au besoin, la transférer.					
ÉVALUATION MÉDICALE					
1. Prendre l'anamnèse en matière de reproduction et effectuer un examen physique et les tests de laboratoire.					
2. L'informer sur son état.					
3. Discuter de ses buts en matière de reproduction.					
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 administrer du paracétamol par voie orale 30 minutes avant la procédure.					
4. Lui demander si elle a des allergies aux antiseptiques et anesthésiques.					
5. S'assurer de disposer des instruments stériles ou à désinfection de haut niveau nécessaires.					
6. S'assurer de disposer d'adaptateurs et de canules de dimensions appropriées. Vérifier la seringue à AMIU et la charger (établir le vide).					
7. S'assurer que la cliente a récemment vidé sa vessie et s'est lavé la région du périnée.					
8. Mettre le matériel de protection personnelle.					
9. 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.					
10. Placer les instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sur le plateau stérile ou dans le contenant désinfecté à haut niveau.					
TÂCHES PRÉALABLES À LA PROCÉDURE					
1. Expliquer à la cliente chaque étape de la procédure avant de l'exécuter.					
2. Effectuer l'examen bimanuel.					
3. Insérer le spéculum.					
4. Badigeonner trois fois d'antiseptique le col et le vagin.					
5. Retirer tout PdC et vérifier s'il y a des déchirures au niveau du col.					

2. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT [ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE OU AMIU] (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
PROCÉDURE AMIU					
1. Installer la pince de Pozzi ou de Museux sur la lèvre inférieure du col.					
2. Administrer (si nécessaire) un bloc paracervical.					
3. Appliquer une traction sur le col.					
4. Dilater le col (si nécessaire).					
5. Insérer la canule dans la cavité utérine en passant par le col.					
6. Fixer la seringue préparée à la canule.					
7. Aspirer le contenu de l'utérus.					
8. S'il observe des signes d'achèvement, retirer la canule et la seringue à AMIU. Vider le contenu de la seringue à AMIU dans un bassinnet.					
9. Retirer la pince de Pozzi ou de Museux et le spéculum.					
10. Procéder à un examen bimanuel.					
11. Inspecter les tissus retirés de l'utérus pour être sûr que l'aspiration est complète.					
12. Insérer le spéculum et vérifier s'il y a saignement.					
13. Si l'utérus est encore mou ou que le saignement persiste, répéter les étapes 5 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. Rincer la seringue à AMIU et la canule à l'aide d'une solution de chlore à 0,5 % et les immerger dans la solution pour les décontaminer.					
3. Retirer les gants et les jeter dans un contenant anti-fuites ou un sac de plastique.					
4. Se frotter les mains avec un antiseptique ou se laver soigneusement les mains.					
5. S'assurer que les saignements ont cessé et les crampes, diminué, avant de la laisser partir.					
6. Renseigner la cliente sur les SAA.					
7. Discuter avec elle de ses objectifs en matière de procréation et, au besoin, lui fournir une méthode de planification familiale.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

3. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT - TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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. Faire l'anamnèse de la santé de la reproduction.					
2. Effectuer un examen physique (cœur, poumons, abdomen) et pelvien limités pour confirmer que 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 de médicaments.					
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 rassure, 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.					

3. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET AU MISOPROSTOL (suite)

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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. La femme peut prendre le misoprostol à l'établissement de santé 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 concernant 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'avertit qu'il pourrait y avoir éruption cutanée, mais que cela devrait disparaître en quelques heures.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.					

4. LISTE DE VÉRIFICATION SUR LES CONSEILS EN PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT

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

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

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

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

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

Participant :

Date observée :

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

ÉTAPE/TÂCHE	CAS				
	1	2	3	4	5
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).					
3. Veiller à ce que la cliente ait toute l'intimité nécessaire.					
4. 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.					
5. S'informer des expériences antérieures de celle-ci en matière de contraception. Fournir des renseignements généraux sur la planification familiale.					
6. Donner à la femme des renseignements sur les choix possibles en matière de contraception et les avantages et limitations de chacune des méthodes.					
7. Discuter des besoins, des préoccupations et des craintes de la femme. L'aider à amorcer son choix d'une méthode appropriée.					
8. Effectuer un examen physique, si nécessaire. (Les conseillers non-médecins doivent orienter la femme vers une évaluation plus poussée.)					
9. Discuter de ce qu'il faut faire si la femme éprouve des effets secondaires ou des problèmes.					
10. Fournir des instructions sur la visite de suivi et rassurer la femme, en lui disant qu'elle peut revenir à la même structure n'importe quand.					
11. Demander à la femme de répéter les instructions et répondre à ses questions.					
TECHNIQUE/ACTIVITÉ EXÉCUTÉE DE FAÇON SATISFAISANTE					

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.

CLÉ DES RÉPONSES

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

- 1. Quels seraient les éléments de votre évaluation initiale de Maria?**

 - Accueillir Maria avec respect et amabilité.
 - Lui expliquer, ainsi qu'à sa mère, que vous devez voir Maria en privé et que sa mère doit demeurer dans la salle d'attente.
 - Lui expliquer ce qui sera fait et l'écouter attentivement. De plus, répondre à ses questions de façon calme et rassurante.
 - Procéder à une évaluation initiale rapide afin d'établir si elle est en état de choc et si elle a besoin d'un traitement d'urgence/de réanimation. L'évaluation initiale comprend également une observation rapide pour évaluer l'état de conscience, la présence de convulsions, la température, le volume des saignements en vérifiant combien de serviettes sanitaires elle utilise.
 - Lui demander si elle a évacué des caillots.
- 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?**

 - Exécuter un examen de l'abdomen pour vérifier si une masse est présente dans la région pelvienne, afin d'établir si elle a eu des fibromes qui pourraient être à l'origine du saignement vaginal.
 - Effectuer délicatement un examen bimanuel pour vérifier si le col est ouvert.

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

En examinant Maria, vous constatez ce qui suit :

- La température est de 36,8°C. Son pouls est de 72 battements/minute. Vous ne décelez aucune pâleur. L'abdomen n'est pas sensible. À la palpation, aucune masse n'est détectée dans l'abdomen. Les saignements vaginaux sont modérés. Le col est ouvert. L'utérus est volumineux, de la taille correspondant à environ huit semaines de grossesse.
- Maria ne veut pas que sa mère sache qu'elle est enceinte.

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

Les symptômes et signes de Maria (saignement vaginal, ouverture du col, PdC palpés à l'ouverture du col, utérus volumineux) correspondent à un avortement incomplet.

Soins (planification et intervention)

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

- Lui expliquer les solutions possibles (prise en charge de la grossesse, évacuation médicale au misoprostol ou par AMIU).
- Lui expliquer à quoi s'attendre dans chaque cas et l'aider à prendre sa décision, compte tenu qu'elle ne veut pas que sa mère sache qu'elle est enceinte.
- Avantages du traitement abstentionniste :
- Aucune intervention, aucune nécessité de soins médicaux supplémentaires si l'évacuation devient complète.
- Points à considérer : les saignements peuvent continuer pendant un certain temps; il peut falloir intervenir en raison de l'avortement incomplet; sentiment d'incertitude.
- Avantages de l'évacuation médicale : pas d'intervention chirurgicale; taux d'achèvement >90%.
- Points à considérer : effets secondaires, peu de risque qu'elle ait besoin de revenir pour une AMIU.
- Avantages de l'AMIU : rapide, saignement minimum, haute efficacité.
- Points à considérer : procédure envahissante, risque faible de complications, notamment d'infection.

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?

- Elle doit éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que les saignements aient cessé.
- Lui fournir des conseils en planification familiale et la méthode qu'elle a choisie.
- Lui fournir des conseils sur les infections sexuellement transmissibles.
- Lui donner des analgésiques.
- En cas d'AMIU, administrer des antibiotiques en prophylaxie. (p. ex., doxycycline, 100 mg pendant cinq jours).
- Elle doit revenir pour un contrôle si elle constate ce qui suit :
 - écoulement sentant mauvais, frissons, saignement important durant plus de sept jours.

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.

CLÉ DES RÉPONSES

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

1. **Quels sont les éléments qui figurent dans votre évaluation initiale? Pourquoi?**
 - Accueille Caroline avec respect et amabilité.
 - Lui explique ce qui se passera, l'écoute attentivement et répond à ses questions de façon calme et rassurante.
 - Évaluation initiale rapide afin de dépister les signes suivants pour établir si elle est en état de choc : pouls >110; tension artérielle systolique inférieure à 90, pâleur; sudation; peau moite et froide; confusion; évaluation de la gravité du saignement vaginal en lui demandant combien de serviettes sanitaires elle utilise.
2. **Quels sont les aspects particuliers de l'examen physique de Caroline qui vous aideront à poser un diagnostic d'avortement incomplet?**
 - Exécute un examen général rapide pour évaluer le degré de pâleur en examinant les conjonctives, la langue et les paumes.
 - Prend le pouls et la tension artérielle.
 - Effectue délicatement un examen bimanuel pour vérifier si le col de l'utérus est ouvert, s'il y a des PdC à l'ouverture du col et la taille de l'utérus.

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

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

- Température de 37°C; pouls faible de 120 battements/minute, tension artérielle de 80/50 mmHg; pâleur.
- Examen vaginal : le col était ouvert, on sentait le pouls et l'utérus était volumineux, d'une taille correspondant à environ 12 semaines de grossesse
- Vous diagnostiquez un avortement incomplet avec état de choc.

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

Les étourdissements, le sentiment de faiblesse, la pâleur, le pouls faible de 120 battements/minute, la sudation, la peau moite et froide, le col ouvert, le pus dans la région du col et l'utérus volumineux sont les indices d'un avortement incomplet avec choc.

Soins (planification et intervention)

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

- Il faut traiter également l'état de choc de Caroline et vider l'utérus par AMIU.
- L'évacuation médicale n'est pas indiquée en raison de l'instabilité hémodynamique.
- La positionner sur le flanc.
- S'assurer que les voies aériennes sont ouvertes.
- Lui administrer de l'oxygène à 6 à 8 L par minute au moyen d'un masque ou d'une canule.
- La garder au chaud.
- Lui maintenir les jambes élevées.
- Surveiller le pouls, la tension artérielle et la respiration.
- Donner des liquides par IV à l'aide d'une aiguille de gros calibre pour une perfusion rapide des liquides (1 L de solution saline normale ou de soluté lactate de Ringer en 15 à 20 minutes).
- Surveiller l'absorption et l'excrétion de liquide. Si disponible, insérer un cathéter urinaire.
- Si une transfusion sanguine est possible, effectuer un test sanguin pour le typage et l'épreuve de compatibilité croisée et veiller à ce que du sang transfusionnel soit disponible au besoin. Si l'installation ne permet pas de transfusion sanguine, organiser le renvoi vers un autre centre de soins.
- Effectuer l'AMIU.
- Tout au long de la procédure, lui expliquer ce qui se passe et ce qui vient ensuite.

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.

CLÉ DES RÉPONSES

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

1. **Quels sont les éléments qui figureraient dans votre évaluation initiale d'Amina?**
 - Accueillir Amina avec respect et amabilité.
 - Lui expliquer ce qui se passera et l'écouter attentivement. De plus, répondre à ses questions de façon calme et rassurante.
 - Faire un examen initial rapide pour évaluer les signes suivants et établir si elle est en état de choc : pâleur; pouls >110; tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg; sudation et sensation de froid; peau moite et froide; respiration rapide; fièvre; observation rapide de l'état d'éveil.
2. **Quelles sont les constatations précises de l'examen physique qui vous aideront à porter un diagnostic ou à préciser ses problèmes/besoins? Pourquoi?**
 - fièvre, utérus sensible, PdC sentant mauvais à l'examen vaginal.

Diagnostic (identification du problème/des besoins)

3. **D'après ces constatations, quel serait votre diagnostic à propos d'Amina (problème/besoin)? Pourquoi?**
 - Les symptômes et signes d'Amina (aménorrhée de huit semaines, saignements vaginal, fièvre, utérus sensible, PdC sentant mauvais) sont tous compatibles avec un avortement septique.

Soins (planification et intervention)

4. **D'après votre diagnostic (identification du problème/besoin), quel serait votre plan de soins pour Amina? Pourquoi?**
 - Amina devrait être traitée par AMIU avec protection par antibiotique et non par évacuation médicamenteuse.
 - Lui administrer par IV des antibiotiques à large spectre.
 - Procéder à l'AMIU.

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?**
 - Fournir des conseils en planification familiale et une méthode de planification familiale si cela est approprié.
 - L'informer que sa fécondité peut revenir dans les 10 jours, d'où l'importance de commencer immédiatement une méthode de planification familiale.
 - Lui conseiller d'éviter les rapports sexuels jusqu'à ce que les saignements aient cessé.
 - L'informer qu'elle doit revenir si elle a de la fièvre ou des saignements importants et continus pendant plus de sept jours.
 - Lui fournir, pour prise par voie orale, des antibiotiques à large spectre et des analgésiques.



CONSEILS POUR
LES FORMATEURS

ÊTRE UN FORMATEUR EFFICACE

Les professionnels de la santé qui réalisent des formations cliniques changent continuellement de rôle. **Formateurs** ou **professeurs** lorsqu'ils font des exposés et des démonstrations en salle de classe, ils deviennent facilitateurs en menant des discussions en petits groupes et en utilisant les jeux de rôle, les études de cas et les simulations cliniques. Une fois qu'ils ont démontré une procédure clinique, ils peuvent ensuite prendre le rôle du **moniteur** et encadrer les participants qui s'exercent à exécuter telle ou telle technique.

CARACTÉRISTIQUES D'UN FORMATEUR ET MONITEUR EFFICACE

L'**encadrement** est une technique pédagogique dans le cadre de laquelle le formateur clinique :

- **Décrit** les compétences et contacts avec les patientes que devra acquérir le participant
- **Démontre** (modélise) la compétence de manière claire et efficace en utilisant des aides pédagogiques, telles que les diapositives, les bandes vidéos et les modèles anatomiques.
- Apporte un **feed-back** détaillé et spécifique aux participants alors qu'ils pratiquent la compétence et s'exercent à interagir avec les patients en utilisant le modèle anatomique et des instruments effectifs dans le cadre d'un contexte clinique simulé et alors qu'ils dispensent des services aux patients.

Un **formateur clinique** efficace :

- **Maîtrise parfaitement** les compétences qu'il enseigne
- **Encourage** les participants à acquérir de nouvelles compétences
- Encourage une **communication ouverte (dans les deux sens)**
- Apporte un **feed-back immédiat** :
 - Informe les participants, leur indiquant s'ils sont en train d'atteindre les objectifs
 - Ne permet pas qu'une compétence ou activité soit exécutée de manière incorrecte

- Apporte un feed-back positif aussi souvent que possible
- Évite le feed-back négatif et offre à la place des suggestions particulières aux fins d'amélioration

Est capable de recevoir du feed-back :

- **Le demande.** Trouvez des formateurs cliniques qui seront directs avec vous. Demandez-leur d'être spécifiques et descriptifs.
- **Le dirige.** Si vous avez besoin d'information pour répondre à une question ou pour atteindre un but, demandez cette information.
- **L'accepte.** N'essayez pas de défendre ou de justifier votre comportement. Écoutez ce que les gens ont à vous dire et remerciez-les. Utilisez ce qui est utile ; écarter le reste.
- Reconnaît que la formation peut être stressante et sait comment **gérer le stress du participant et du formateur** :
 - Fait appel à l'humour
 - Observe les participants et note les signes de stress
 - Fait des pauses régulièrement
 - Change la routine de la formation
 - Se concentre sur les réussites du participant et non pas sur les échecs

Les caractéristiques d'un **bon moniteur** sont analogues à celles d'un **formateur clinique efficace**. Il existe d'autres caractéristiques supplémentaires qui sont particulièrement importantes pour le moniteur, notamment :

- Être patient et constructif
- Féliciter et appuyer positivement
- Corriger les erreurs des participants tout en maintenant l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes
- Écouter et observer

TRANSFERT ET ÉVALUATION DES COMPÉTENCES : L'ENCADREMENT

L'acquisition d'une compétence clinique avec encadrement se fait le long de trois phases fondamentales : démonstration, pratique et évaluation. Ces trois phases peuvent être réparties en étapes plus petites :

- D'abord, lors des présentations interactives en salle de classe, **expliquer** la compétence ou la technique qui doit être apprise
- Ensuite, à l'aide d'une bande vidéo ou d'un jeu de diapositives, **montrer** la compétence ou la technique qui doit être apprise
- Ensuite, **démontrer** la compétence ou la technique en utilisant un modèle anatomique (le cas échéant), un jeu de rôle (par exemple, démonstration des conseils) ou une simulation clinique
- Ensuite, laisser les participants **pratiquer** la compétence ou technique démontrée sur un **modèle anatomique** ou dans un contexte simulé (par exemple, jeu de rôle, simulation clinique) alors que le formateur encadre
- Après cela, **revoir** la séance de pratique et donner un feed-back constructif
- Après suffisamment de pratique, **évaluer** la performance de chaque participant concernant l'exécution de la technique ou de la compétence sur des modèles ou dans une **situation simulée**, en utilisant la liste de vérification axée sur la compétence
- Une fois que les participants maîtrisent la compétence sur des modèles ou dans un cadre simulé, leur demander de **s'exercer** avec des patientes sous la directive du formateur clinique
- Enfin, **évaluer** la capacité du participant à exécuter la technique/compétence en fonction d'une procédure standardisée, telle que donnée dans la liste de vérification axée sur la compétence

Lors de l'acquisition initiale de la compétence, le formateur démontre la compétence alors que le participant observe. Pendant que le participant met en pratique la compétence, le formateur encadre, observe et évalue la performance. Lorsqu'il démontre la maîtrise de la compétence, le formateur devient à présent la personne qui exécute la technique alors que le formateur évalue sa performance.

CRÉER UN CONTEXTE D'APPRENTISSAGE POSITIF

Une formation réussie n'est pas quelque chose qui arrive tout seul, il faut la planifier attentivement. Réflexion, temps et préparation sont nécessaires pour cette planification, ainsi qu'une certaine étude de la part du formateur clinique. Celui-ci doit vérifier que le stage est exécuté essentiellement comme il a été conçu. Le formateur doit s'assurer que les séances de pratique clinique, qui font partie intégrante du stage clinique, ainsi que les séances théoriques, sont réalisées de manière adéquate. Non seulement responsable de l'organisation du stage en général, le formateur doit également donner des présentations, faire des démonstrations et diriger d'autres activités, qui toutes exigent une planification préalable. Des séances théoriques et cliniques bien planifiées et bien exécutées aideront à créer un contexte d'apprentissage positif.

SE PRÉPARER AU STAGE

Les mesures suivantes sont recommandées pour préparer la formation :

- **Revoir le sommaire du stage**, dont la description, les buts, les méthodes pédagogiques, le matériel didactique, les méthodes d'évaluation, la durée de la formation et la composition du cours proposée.
- **Revoir le calendrier de la formation.**
- **Étudier le programme du stage.** Le programme fournit des suggestions détaillées concernant la formation liée à chaque objectif et la facilitation de chaque activité. En fonction des suggestions faites dans le programme et des propres idées du formateur, celui-ci réunira le matériel, les fournitures et l'équipement nécessaires. Le formateur doit également vérifier la durée précisée dans le calendrier pour vérifier qu'un temps suffisant est octroyé pour toutes les séances et activités.
- **Lire et étudier le manuel de référence** pour vérifier une bonne connaissance du contenu qui sera présenté lors de la formation.
- **Revoir les questionnaires préalable et à mi-stage** et faire des copies des questionnaires, de la matrice et des fiches de réponses si nécessaire.
- **Vérifier le fonctionnement de tout l'équipement audiovisuel** (par exemple, rétroprojecteur, magnétoscope, chevalet pour tableau à feuilles mobiles).

- **Vérifier tous les modèles anatomiques** (sont-ils propres et en bon état ? Toutes les pièces sont-elles en place ?).
 - **Pratiquer toutes les techniques cliniques** en utilisant le ou les modèle(s) anatomique(s) et les fiches d'apprentissage et listes de vérification trouvées dans le cahier du formateur et le carnet de stage des participants.
- **Obtenir des informations sur les participants qui assisteront à la formation.** Il est important que le formateur clinique dispose de l'information suivante sur les participants :
 - **Expérience et formation** des participants. Le formateur clinique devra chercher à obtenir autant d'information que possible sur les participants avant la formation. Si ce n'est pas possible, le formateur posera des questions sur leurs formateurs/expériences et attentes lors de la première journée de la formation.
 - Les types d'**activités cliniques** que les participants exécuteront lors de leur travail quotidien après la formation. Il est essentiel que le formateur clinique connaisse la nature exacte du travail que les participants exécuteront après la formation. Le formateur doit utiliser des exemples se rapportant au travail pour que les participants puissent faire le rapprochement entre ce qui est enseigné et ce qu'ils devront faire. C'est là une manière excellente de renforcer l'importance de ce qui est appris.

Préparer la salle de classe et vérifier la présence de :

- Tables disposées en forme de U ou autre disposition qui permet à un nombre maximum de participants de se voir les uns les autres ainsi que le formateur (c'est parfois difficile dans un amphithéâtre/une salle de cours où les chaises sont fixées solidement au plancher).
- Table au devant de la salle où les formateurs peuvent poser le matériel pédagogique.
- Espace pour l'équipement audiovisuel (tableau à feuilles mobiles, écran, rétroprojecteur, magnétoscope, moniteur) ; le formateur devra vérifier que les participants sont en mesure de voir l'écran de projection et autres audiovisuels.
- Espace pour les participants pour qu'ils puissent travailler en petits groupes (soit disposer les chaises en petits cercles, soit travailler autour des tables), à moins que des salles supplémentaires pour les petits groupes ne soient disponibles (voir ci-après).
- Espace pour organiser les contextes/services simulés (par exemple, pour les activités avec des modèles anatomiques ou la pratique des conseils).
- Salles pour le travail en petits groupes (par exemple, études de cas, jeux de rôle, simulations

cliniques, résolution de problème) sont disponibles, si nécessaire. Elles comptent les tables, les chaises et tout autre matériel dont peuvent avoir besoin les participants.

- La salle est bien chauffée ou climatisée et ventilée.
- L'éclairage est adéquat et on peut fermer les rideaux pour montrer l'audiovisuel tout en laissant suffisamment de lumière pour que les participants puissent prendre des notes ou suivre avec leur documentation.
- Il y aura du courant électrique tout au long de la formation et il existe des plans d'urgence en cas de panne d'électricité.
- Meubles tels que tables, chaises et bureaux. Les chaises sont confortables et des nappes sont disponibles.
- Tableau avec craie ou feutres, ainsi que panneau d'information pour afficher les notes et messages pour les participants.
- Équipement audiovisuel qui fonctionne bien avec pièces de rechange, par exemple, ampoules. L'écran vidéo est suffisamment grand pour que tous les participants le voient bien. Il existe suffisamment de branchements électriques, des rallonges, adaptateurs électriques et prises multiprises, si nécessaire.
- Toilettes bien entretenues.
- Téléphones accessibles et qui fonctionnent bien et possibilité de prendre les messages d'urgence.

COMPRENDRE COMMENT LES GENS APPRENNENT

Pour créer un climat d'apprentissage positif, il faut comprendre comment l'adulte apprend. En effet, le formateur clinique devra savoir exactement ce dont les participants ont besoin, ce à quoi ils s'attendent, et les participants, quant à eux, doivent comprendre clairement pourquoi ils assistent à cette formation. Des adultes qui viennent à une formation pour acquérir de nouvelles connaissances, attitudes et compétences ont généralement les caractéristiques communes suivantes :

- La formation doit être **pertinente**. Le formateur clinique doit être en mesure d'offrir aux participants une expérience pédagogique qui se **rapporte directement à leurs responsabilités professionnelles actuelles ou futures**. Au début de la formation, les objectifs doivent être expliqués clairement et reliés à la performance professionnelle. Le formateur clinique prendra le temps d'expliquer comment chaque expérience pédagogique se rapporte à la réalisation des objectifs de la formation.
- Ils sont très **motivés** car ils savent que la formation est pertinente. Les personnes viennent **hautement motivées et intéressées**. La motivation peut encore être renforcée et exploitée par le formateur

clinique qui présente des buts et objectifs clairs. Afin d'utiliser au maximum un niveau élevé d'intérêt chez le participant, le formateur clinique doit trouver des manières d'intégrer les besoins de chaque participant aux séances de formation. Cela signifie que le formateur doit bien connaître les participants, soit en étudiant l'information sur leur formation et expérience ou en leur permettant de s'exprimer dès le début du cours quant à leur expérience et à leurs besoins d'apprentissage.

- Ils ont besoin de **participer et d'être engagés activement** tout au long de la formation.
- Peu de personnes aiment simplement s'asseoir et écouter. Le formateur clinique efficace doit concevoir l'expérience pédagogique en **engageant activement les participants dans la formation**.
- Ils veulent donner leur avis concernant le programme du stage, les activités et autres événements
- Ils ont besoin de poser des questions et donner du feedback
- Ils aiment :
 - Remue-méninges et discussions
 - Travail pratique
 - Projets en groupe et individuels
 - Activités en salle de classe
 - Une **variété** d'expériences pédagogiques

Le formateur clinique devra utiliser toute une gamme d'aides pédagogiques, notamment :

- Aides audiovisuelles
- Exposés avec exemples
- Démonstrations
- Remue-méninges
- Activités en petits groupes
- Discussions en groupe y compris les jeux de rôle, études de cas et simulations cliniques

Les participants souhaitent un **feedback positif**. Ils doivent savoir **ce qu'ils font**, surtout au regard des objectifs et des attentes du stage. Est-ce que leur progression au niveau de l'acquisition des compétences clinique répond aux attentes du formateur ? Est-ce que leur niveau de performance clinique répond aux normes établies pour la technique ou la compétence en question ? **Un feedback positif permet d'apporter cette information**. Des expériences pédagogiques sont conçues pour passer du connu à l'inconnu ou d'activités simples à celles plus complexes. Cette progression s'accompagne d'expériences et de feedback positif pour le participant. Cherchant à maintenir le feedback positif, le formateur clinique peut :

- Féliciter soit devant les autres participants, soit en privé

- Utiliser des réponses positives en posant des questions
- Reconnaître les compétences correctes en encadrant dans un contexte clinique
- Faire savoir aux participants comment ils progressent vers la réalisation des objectifs

Les participants ont des **préoccupations personnelles**. Le formateur clinique doit reconnaître qu'un grand nombre de participants craignent d'échouer et sont embarrassés devant leurs collègues. Souvent, les participants se préoccupent car ils ne savent pas s'ils :

- Sont du même niveau que les autres participants
- Vont bien s'entendre avec le formateur
- Vont comprendre le contenu de la formation
- Sauront exécuter les techniques enseignées

Les participants ont besoin d'une **atmosphère rassurante**. Le formateur clinique doit commencer par une activité d'introduction qui aide les participants à être à l'aise. Cette activité devra communiquer une atmosphère détendue de façon à ce que les participants ne se jugent pas, ni eux-mêmes ni les autres. Par exemple, une bonne activité d'introduction est celle qui permet aux participants de faire connaissance et de mettre un nom sur le visage de leurs collègues. Une telle activité sera suivie par une expérience pédagogique qui soutient et encourage les participants.

Les gens souhaitent **être traités comme des individus**, chacun possédant une formation et une expérience unique. Les expériences d'une personne constituent un bon point de départ que le formateur clinique peut utiliser avant de passer à un nouvel apprentissage. Cherchant à vérifier ainsi que les participants se sentent respectés en tant qu'individus, le formateur clinique pourra :

- Utiliser les noms des participants aussi souvent que possible
- Engager tous les participants aussi souvent que possible
- Traiter les participants avec respect
- Permettre aux participants de partager l'information avec d'autres pendant la formation théorique et clinique

Il est très important que les participants **gardent une bonne estime d'eux-mêmes** lorsqu'ils font face aux demandes d'une formation clinique. Souvent, les méthodes cliniques utilisées pendant une formation sont différentes des techniques qu'utilisent les participants dans leurs services. Il est essentiel que le formateur clinique fasse preuve de respect vis-à-vis des participants, quelles que soient les techniques et les opinions qu'ils jugent correctes et qu'il les soutienne et les pousse continuellement. Aussi, le formateur devra-t-il :

- Renforcer les techniques et les principes faisant partie du contenu de la formation
- Apporter un feed-back correcteur, le cas échéant, de manière à ce que le participant puisse l'accepter et l'utiliser avec confiance et satisfaction
- Fournir une formation qui vient renforcer et non pas saper leur sentiment de compétence et d'estime d'eux-mêmes
- Reconnaître les propres accomplissements dans la carrière des participants

Les personnes qui assistent à un stage de formation ont tendance à avoir **des attentes élevées, tant pour les formateurs que pour elles-mêmes**. Il est très important pour elles d'apprendre à connaître leurs formateurs cliniques. Ces derniers devraient être prêts à parler d'eux-mêmes, de leurs compétences et de leurs expériences modestement et avec limites. Tous les participants ont **des besoins personnels** pendant la formation. En faisant des pauses régulières et en fournissant les meilleures conditions du point de vue ventilation et éclairage et un environnement où ils peuvent se concentrer autant que possible, on arrive à diminuer les tensions et à créer une atmosphère positive.

UTILISER DES COMPÉTENCES DE PRÉSENTATION EFFICACES

Il est également important de faire appel à de bonnes compétences de présentation. En effet, c'est la manière dont le formateur clinique apporte l'information qui permettra de créer et de maintenir un contexte positif car c'est **le formateur qui donne le ton de la formation**. Bien des fois, la **manière** dont quelque chose est dit est tout aussi important **que ce** qui est dit. Voici certaines techniques communes de présentation efficaces :

- **Suivre un plan et utiliser les notes du formateur**, avec les objectifs de la séance, l'introduction, le corps, l'activité, les rappels audiovisuels, le récapitulatif et l'évaluation.
- **Communiquer de manière facile à comprendre**. Bien des participants ne connaissent pas les termes, le jargon et les sigles d'un nouveau sujet. Le formateur clinique vérifiera qu'il utilise des mots et expressions connus de tous, expliquant les nouveaux termes et cherchant à interagir avec les participants tout au long de la présentation.
- **Maintenir un contact visuel avec les participants**. Utiliser le contact visuel pour « lire » le visage. C'est une excellente technique pour créer le rapport et obtenir un feed-back sur la manière dont les participants comprennent le contenu.
- **Projeter sa voix** de sorte à ce que ceux au fond de la salle vous entendent clairement. Il est bon de varier le volume, le ton et l'inflexion de la voix pour maintenir l'attention des participants. Il faut éviter d'utiliser un ton monotone. Rien de tel pour que tout le monde s'endorme !
- **Éviter l'utilisation d'argot ou de phrases et mots ou gestes répétitifs**. Ils détournent l'attention des participants s'ils sont trop utilisés.
- **Faire preuve d'enthousiasme face au thème et à son importance**. Sourire, se déplacer de manière dynamique et rester en contact avec les participants. En effet, l'enthousiasme et l'énergie du formateur sont contagieux et se répercutent directement sur le moral des participants.
- **Se déplacer dans la pièce**. En se déplaçant dans la pièce, le formateur reste proche de chaque participant à un moment ou à un autre de la séance. Les participants sont stimulés quand le formateur clinique se dirige vers eux et maintient le contact visuel.
- **Utiliser des aides audiovisuelles adéquates** lors de la présentation pour renforcer les points saillants du contenu ou aider à simplifier des concepts complexes.
- Poser à la fois **des questions simples et des questions plus complexes**.
- **Fournir un feed-back positif** aux participants pendant la présentation.
- **Utiliser les noms des participants aussi souvent que possible**. Cela encourage un climat d'apprentissage positif et permet aux participants de se concentrer sur ce que dit le présentateur.
- **Faire preuve d'humour** par rapport au sujet (histoires drôles, bandes dessinées sur transparents ou tableaux à feuilles mobiles, les participants doivent écrire le texte d'une bande dessinée).
- **Veiller à une transition harmonieuse entre les thèmes**. Tout au long d'une présentation, on discutera d'un certain nombre de thèmes connexes et pourtant distincts. Lorsqu'on coupe abruptement entre les thèmes, les participants risquent d'être perdus et ne verront plus comment les différents morceaux s'assemblent pour créer l'image complète. Avant de passer au thème suivant, le formateur clinique vérifie une transition harmonieuse, d'un sujet à l'autre grâce aux moyens suivants :
 - bref récapitulatif,
 - poser une série de questions,
 - faire le rapprochement entre le contenu et la pratique, ou
 - utiliser un exercice d'application (étude de cas, jeu de rôle, etc.)
- **Être un modèle qui inspire**. Le formateur clinique devra être un modèle positif du point de vue apparence (vêtements adéquats) et attitude (enthousiasme) et en commençant et en terminant la séance aux heures indiquées.

RÉALISER DES ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES

Chaque présentation (séance de formation) devrait démarrer par une **introduction** qui éveille l'intérêt du participant et le prépare à l'apprentissage. Après l'introduction, le formateur clinique doit présenter le contenu en utilisant un **exposé, une démonstration, une activité en petits groupes ou toute autre activité pédagogique**. Tout au long de la présentation, on fera appel à des techniques de **questions** pour encourager la participant et maintenir l'intérêt. Enfin, le formateur clinique doit conclure la présentation par un **récapitulatif** des points ou étapes clés.

FAIRE DES PRÉSENTATIONS INTERACTIVES

Introduire les présentations

Les quelques premières minutes d'une présentation revêtent une grande importance. En effet, les participants risquent de penser à autre chose, se demandent peut-être à quoi ressemblera la séance ou ne sont guère intéressés par le thème. L'**introduction** devrait donc :

- Éveiller l'intérêt du groupe entier et préparer les participants à recevoir l'information qui suit
- Faire connaître aux participants les attentes du formateur
- Aider à créer un climat d'apprentissage positif

Le formateur clinique peut choisir un certain nombre de techniques pour varier et vérifier que les participants ne s'ennuient pas. Il existe moult techniques d'introduction, dont :

- **Passer en revue les objectifs de la séance.** Introduire le thème en répétant simplement les objectifs maintient le participant au courant de ce qu'on attend de lui.
- **Poser une série de questions sur le thème.** Le formateur clinique compétent sait que les participants ont déjà des connaissances concernant le contenu et encourage ainsi leurs contributions. Le formateur peut poser quelques questions essentielles, laisser les participants répondre, discuter des réponses et des commentaires et ensuite, passer au corps même de la présentation.
- **Faire le rapprochement entre le thème et le contenu couverts auparavant.** Quand un certain nombre de séances sont nécessaires pour couvrir un seul sujet, il est bon de faire le rapprochement avec le contenu couvert auparavant. Ainsi, les participants saisissent bien la continuité des séances et la manière dont elles se rapportent au thème d'ensemble. On peut relier, si possible, les thèmes de sorte à ce que la conclusion ou le récapitulatif d'une présentation serve d'introduction au thème suivant.

- **Partager une expérience personnelle.** A certains moments, il est opportun que le formateur clinique partage une expérience personnelle pour créer un intérêt, souligner tel ou tel point ou relier davantage le thème au travail. Les participants aiment bien entendre ces histoires du moment qu'elles se rapportent au thème et qu'elles sont utilisées uniquement quand c'est approprié.
- **Relier le thème à des expériences réelles.** Un grand nombre de thèmes de formation peuvent être reliés à des situations dont la plupart des participants ont fait l'expérience. La technique non seulement attire l'attention, mais elle facilite l'apprentissage car les gens apprennent bien en « attachant » la nouvelle information à du connu. L'expérience peut être tirée de la vie de tous les jours ou se rapporter à telle technique ou tel équipement.
- **Utiliser l'étude de cas, la simulation clinique ou autre activité de résolution de problèmes.** Les activités de résolution de problème attirent l'attention sur telle situation se rapportant au thème de formation. La formule du travail en petits groupes suscite davantage d'intérêt face au thème.
- **Utiliser une bande vidéo ou autre aide audiovisuelle.** L'utilisation d'un audiovisuel peut être stimulante et créer de l'intérêt face au thème.
- **Faire une démonstration en salle de classe.** Dans le cadre de la plupart des formations cliniques, on utilise un équipement, des instruments et des techniques qui se prêtent bien aux démonstrations, et celles-ci soulèvent généralement l'intérêt des participants.
- **Utiliser un jeu, un jeu de rôle ou une simulation.** Les jeux, les jeux de rôle et les simulations suscitent un vif intérêt grâce à la participation directe et, partant, ils sont utiles pour introduire les thèmes.
- **Relier le thème aux futures expériences professionnelles.** Les participants seront davantage intéressés par un thème s'ils voient la relation entre la formation et leur travail. Le formateur clinique peut exploiter cela en rapprochant les objectifs, le contenu et les activités du stage aux situations professionnelles.

Utiliser les techniques de questions

Les questions peuvent être utilisées à n'importe quel moment pour :

- Introduire un thème
- Renforcer l'efficacité de l'exposé illustré
- Encourager le remue-méninges
- Compléter la discussion

Il est bon d'utiliser toute une variété de techniques pour poser les questions afin de maintenir l'intérêt et d'éviter le style répétitif.

- **Poser une question au groupe entier.** L'avantage de cette technique est que ceux qui veulent se porter volontaires peuvent le faire ; le risque toutefois, est que certains participants peuvent dominer la discussion.
- **Diriger la question vers un participant en utilisant son nom avant de poser la question.** Le participant sait donc que la question va venir, il peut se concentrer sur celle-ci et répondre en conséquence. L'inconvénient, c'est qu'une fois qu'un participant a été appelé, les autres risquent de ne pas se concentrer sur la question.
- **Formuler la question, faire une pause et ensuite, diriger la question vers un participant donné.** Tous les participants doivent écouter la question dans le cas où on leur demanderait à eux d'y répondre. Le grand inconvénient, c'est que le participant auquel on pose la question risque d'être pris au dépourvu et le formateur devra peut-être répéter la question.

L'essentiel, lorsqu'on pose des questions, c'est d'éviter de répéter la même formule. Le formateur clinique compétent utilisera une combinaison des trois techniques susmentionnées pour varier et maintenir ainsi l'attention des participants. Voici d'autres techniques :

- **Utiliser les noms des participants** lorsqu'on pose des questions. Cela motive et permet de vérifier que tous les participants sont impliqués.
- **Répéter une réponse correcte d'un participant.** C'est une technique constructive pour le participant qui vérifie par ailleurs que le reste du groupe a écouté la réponse.
- **Reconnaître de manière positive les réponses correctes** pour que le participant reste engagé. A cette fin, on peut féliciter le participant, afficher son travail, faire appel au participant comme aide ou encore avoir des expressions positives du visage, hochements de la tête ou actions non verbales.
- **Quand la réponse d'un participant est partiellement correcte,** le formateur clinique reconnaîtra la partie correcte et ensuite, améliorera la partie incorrecte ou posera une question connexe à ce participant ou à un autre participant.
- **Lorsque la réponse du participant est incorrecte,** le formateur clinique doit répondre de manière non critique et reformuler la question de sorte à diriger le participant vers la réponse correcte.
- **Lorsqu'un participant n'essaye pas de répondre,** le formateur peut utiliser la technique susmentionnée ou poser la question à un autre participant. On peut revenir au premier participant une fois reçue la réponse souhaitée et le faire participer à la discussion.

- **Quand les participants posent des questions,** le formateur clinique doit trouver une bonne réponse en faisant appel à son expérience personnelle et en voyant ce dont a besoin l'individu par rapport au groupe. Si la question traite d'un aspect pertinent, mais qui n'a pas encore été discuté, le formateur peut soit :
 - répondre et continuer, ou
 - répondre par une autre question, commençant ainsi une discussion sur le thème.

Récapituler les présentations

Un **récapitulatif** permet de renforcer le contenu d'une présentation et de passer en revue les points saillants. Le récapitulatif doit avoir les caractéristiques suivantes :

- Être **bref**
- Rassembler les **points saillants**
- **Engager** les participants

Moult techniques récapitulatives sont disponibles pour le formateur clinique :

- **Le fait de demander aux participants s'ils ont des questions** leur donne l'occasion de clarifier leur compréhension du contenu pédagogique. Souvent, cela suscite une discussion animée qui se concentre sur les domaines qui semblent les plus difficiles ou incompréhensibles.
- **Poser des questions aux participants** qui se concentrent sur les points saillants de la présentation.
- **Un exercice pratique ou un test** donne aux participants l'occasion de démontrer s'ils ont compris le contenu. Après l'exercice ou le test, on peut utiliser les questions comme base de la discussion en demandant les réponses correctes et en expliquant pourquoi chaque réponse est correcte.
- **L'utilisation d'un jeu pour passer en revue les points saillants** est source de variété, si on a le temps. Un des exercices souvent utilisé à cet effet consiste à répartir les participants en deux équipes, à donner à chaque équipe le temps nécessaire pour formuler des questions et ensuite, à demander à chaque équipe de poser les questions aux autres. Le formateur clinique est un animateur qui juge l'acceptabilité des questions, clarifie les réponses et marque les points. Ce jeu est très motivant et parallèlement, c'est une excellente formule de récapitulatif.

FACILITER LES DISCUSSIONS EN GROUPE

La **discussion en groupe** est une méthode d'apprentissage où la plupart des idées, des réflexions, des questions et des réponses sont développées par les participants. C'est le formateur clinique qui sert de **facilitateur** et qui guide les participants au fur et à mesure de la discussion.

La discussion en groupe est utile :

- À la conclusion d'une présentation
- Après avoir vu une bande vidéo
- Suivant une démonstration clinique ou une séance de pratique des compétences
- Après avoir examiné une étude de cas ou une simulation clinique
- Après un jeu de rôle
- À n'importe quel autre moment lorsque les participants ont déjà des connaissances ou une expérience se rapportant au thème

Si l'on cherche à organiser une discussion en groupe alors que les participants n'ont que peu de connaissance ou d'expérience face au sujet, résultera en peu ou pas d'interaction et, par conséquent, la discussion ne sera pas très efficace. Par contre, quand les participants connaissent déjà le thème, la discussion qui s'ensuit **stimulera probablement l'intérêt du participant, la réflexion et encouragera la participation active**. Un tel engagement est, pour le formateur, l'occasion de :

- Apporter un feed-back positif
- Souligner les points saillants
- Développer l'aptitude à la réflexion critique
- Créer un contexte d'apprentissage positif

Le facilitateur doit envisager un certain nombre de facteurs lorsqu'il choisit la discussion en groupe comme stratégie pédagogique :

- Les discussions avec **plus de 15 à 20 participants** sont souvent difficiles à diriger et ne donnent pas à chacun l'occasion de participer.
- La discussion prend **plus de temps** qu'un exposé avec exemples à cause de l'engagement des participants.
- **Une discussion mal dirigée peut s'écarter du sujet** et ne pas arriver à atteindre les objectifs fixés par le facilitateur.
- **Si on ne la contrôle pas bien**, quelques participants vont dominer la discussion et les autres relâchent leur intérêt.

Outre la **discussion de groupe** qui se concentre sur les objectifs de la séance, il existe deux autres types de discussions qui peuvent être utilisés lors d'une situation de formation :

- La **discussion générale**, qui traite les questions des participants à propos de l'information (par exemple, pourquoi préfère-t-on tel type d'épisiotomie par rapport à une autre).
- La **discussion en panel** où un modérateur anime une séance de questions et réponses entre les membres du panel et les participants.

Directives pour une discussion réussie en groupe :

- **Disposer les chaises de sorte à encourager l'interaction** (les tables et les chaises sont disposées en forme de U ou en carré ou en cercle pour que les participants se voient mutuellement).
- **Énoncer le thème** dans l'introduction.
- **Faire passer la conversation** du facilitateur aux participants.
- **Faire fonction d'arbitre** et intervenir uniquement quand c'est nécessaire.
Exemple :
« Il est évident qu'Alain et Ilka ont des avis partagés. Alain, voyons si je peux clarifier votre position ? Vous semblez dire que... »
- **Récapituler périodiquement les points saillants** de la discussion.
Exemple :
« Arrêtons pendant une minute et récapitulons les points saillants de notre discussion. »
- **Vérifier que la discussion ne s'écarte pas du sujet.**
- **Utiliser les opinions de chaque participant** et les reconnaître de manière positive.
Exemple :
« C'est une excellente idée, Rosminah. Merci de l'avoir partagée avec le groupe. »
- **Minimiser les argumentations** entre les participants.
- **Encourager tous les participants à s'engager.**
- **S'assurer qu'aucun participant ne domine la discussion.**
- **Conclure la discussion par un récapitulatif** des principales idées. Le facilitateur doit faire le rapprochement entre le récapitulatif et l'objectif présentés pendant l'introduction.

FACILITER UNE SÉANCE DE REMUE-MÉNINGES (BRAINSTORMING)

Le remue-méninges est une stratégie pédagogique qui **stimule la réflexion et la créativité** et qui est souvent utilisée conjointement avec les discussions de groupe. Le remue-méninges vise essentiellement à susciter une liste d'idées, de réflexions ou d'autres solutions qui se concentrent sur un thème ou un problème spécifique. La liste peut être utilisée comme introduction au thème ou alors être le point de départ d'une discussion en groupe. Pour le remue-méninges, il faut que les participants aient déjà des connaissances concernant le thème.

Les directives suivantes faciliteront l'utilisation du remue-méninges :

- **Fixer des règles de base.**
Exemple :
« Lors de cette séance de remue-méninges, nous allons suivre deux grandes règles. Toutes les idées seront acceptées et Alain les marquera sur le tableau à feuilles mobiles. De plus, à aucun moment, nous allons discuter des idées ou les critiquer. Ensuite, une fois que nous aurons votre liste de suggestions, nous reviendrons sur chacune d'entre elles et en discuterons. Avez-vous des questions... ? Sinon... »
- **Annoncer le thème ou le problème.**
Exemple :
« Pendant quelques minutes, nous allons faire un remue-méninges et suivre nos règles habituelles. Notre thème d'aujourd'hui est le suivant 'Indications pour la césarienne.' J'aimerais bien que chacun d'entre vous réfléchisse à au moins une indication. Maria marquera ces indications sur le tableau et ensuite, nous pourrions discuter. Qui commence ? Oui, Ilka... »
- **Maintenir un compte rendu écrit** des idées ou des suggestions sur un tableau ou tableau à feuilles mobiles. Cela évite les répétitions et permet aux participants de rester concentrés sur le thème. De plus, le compte rendu écrit est utile par la suite lorsqu'on discute de chaque élément.
- **Engager les participants et fournir un feedback positif** pour encourager davantage de participation.
- **Revoir périodiquement les idées et suggestions écrites** pour stimuler d'autres réflexions.
- **Conclure le remue-méninges en revoyant toutes les suggestions** et en mettant au clair celles qui sont acceptables.

FACILITER LES ACTIVITÉS EN PETITS GROUPES

Souvent, lors de la formation, les participants seront divisés en plusieurs **petits groupes**, généralement de quatre à six participants. Voici des exemples d'activités en petits groupes :

- **Réaction à une étude de cas**, qui peut être présentée par écrit, oralement par le formateur clinique ou introduite par des bandes vidéo ou des diapositives.
- **Préparer un jeu de rôle** dans le petit groupe et le présenter au groupe entier par la suite.
- **Traiter d'une situation/scénario clinique**, par exemple, une **simulation clinique**, qui a été présentée par le formateur clinique ou autre participant.
- **Pratiquer une compétence** qui a été démontrée par le formateur clinique en utilisant des modèles anatomiques.

Les activités en petits groupes offrent bien des avantages, notamment :

- Donnent aux participants l'occasion **d'apprendre les uns des autres**
- **Engagent** tous les participants
- Créent un esprit **d'équipe** entre les membres alors qu'ils apprennent à se connaître
- Permettent d'avoir toute **une variété de points de vue**

Quand les activités en petits groupes sont réalisées, il est important que les participants ne soient pas toujours dans le même groupe. Voici différentes manières dont le formateur clinique peut former des petits groupes :

- **Assigner** les participants aux groupes.
- Demander aux participants de **compter** « 1, 2, 3, » etc. et d'avoir tous les « 1 » ensemble, tous les « 2 » ensemble, etc.
- Demander aux participants de **former leurs propres groupes**.
- Demander aux participants de **tirer un numéro de groupe** (ou un nom de groupe).

Les pièces utilisées pour les activités en petits groupes doivent être suffisamment grandes pour permettre une disposition différente des tables, des chaises et des aides pédagogiques (modèles, équipement) pour que les groupes individuels puissent travailler sans se déranger. Le formateur clinique doit pouvoir se déplacer aisément dans la pièce pour visiter chaque groupe. Si c'est possible, on peut utiliser des pièces plus petites près de la salle principale de formation ou de petits groupes peuvent travailler sur leur activité de résolution de problème, leurs études de cas, simulations cliniques ou jeux de rôle. Il est difficile de réaliser plus d'une simulation clinique en même temps dans la même pièce/zone.

Les activités confiées aux petits groupes doivent être **stimulantes, intéressantes, pertinentes** ; elles doivent pouvoir être exécutées en peu de temps et devraient se rapporter à l'expérience des participants. Chaque petit groupe collaborera à la même activité ou chaque groupe peut se charger d'un problème différent, d'une étude de cas, d'une simulation clinique ou d'un jeu de rôle différent. Quel que soit le type d'activité, le temps est généralement limité. Si tel est le cas, informer les groupes quand il ne reste que 5 minutes et qu'ils doivent terminer.

Les instructions pour les groupes peuvent être présentées :

- Sur un document à distribuer
- Sur un tableau à feuilles mobiles
- Sur un transparent
- Oralement par le formateur clinique

Instructions pour les activités en petits groupes :

- Directives
- Durée
- Situation ou problème dont il faut discuter, résoudre ou jouer dans un jeu de rôle
- Rôles des participant (si c'est un jeu de rôle)
- Questions pour une discussion en groupe

Une fois que les groupes ont achevé leur activité, le facilitateur leur demande de revenir comme groupe entier pour discuter de l'activité. La discussion porte sur les aspects suivants :

- Comptes rendus de chaque groupe
- Réponses aux questions
- Jeux de rôle développés dans chaque groupe et présentés par les participants dans les petits groupes
- Recommandations de chaque groupe
- Discussion de l'expérience (dans le cas d'une simulation clinique)

Il est important que le formateur clinique fasse un bon récapitulatif de la discussion suivant les activités en petits groupes. Ainsi, on clôt l'activité et on vérifie que les participants ont compris.

DÉMONSTRATION CLINIQUE EFFICACE

On peut utiliser toute une variété de méthodes pour introduire une nouvelle compétence clinique. Par exemple :

- Montrer des **diapositives** ou une **bande vidéo** qui démontre les étapes et leur séquence conformément aux normes de performance acceptées.
- Utiliser des **modèles anatomiques** tels que le simulateur d'accouchement pour démontrer la technique et les compétences.
- Jouer **des jeux de rôle** où un participant simule une patiente et réagit comme le ferait une véritable patiente.
- Démontrer la technique avec **les patientes** dans le contexte clinique (clinique ou hôpital).

Quelles que soient les méthodes utilisées pour démontrer la technique, le formateur clinique devrait organiser les activités en utilisant l'approche « **entière-partie-entière.** »

- Démontrer **la technique entière** du début à la fin pour donner au participant une image de la technique ou de l'activité entière.
- **Isoler ou diviser l'intervention** en activités (conseils préopératoires, préparer la patiente, tâches préopératoires, réaliser l'intervention, etc.) et permettre la pratique des activités individuelles de la technique ou intervention.
- Démontrer à nouveau **l'intervention entière** et ensuite, laisser les participants pratiquer l'intervention du début à la fin.

En planifiant et en donnant une démonstration de l'intervention clinique, en utilisant des modèles anatomiques (ou avec des patientes, si c'est possible), le formateur clinique devrait utiliser les directives suivantes :

- Avant de commencer, **indiquer les objectifs** de la démonstration et montrer ce que les participants devraient faire (par exemple, s'arrêter avec des questions, observer attentivement, etc.).
- Vérifier que **tout le monde peut voir** les étapes à suivre.
- Ne **jamais** démontrer incorrectement la compétence ou l'activité.
- Démontrer la technique de manière aussi **réaliste** que possible en utilisant les instruments et le matériel dans un contexte clinique simulé.

- Inclure **toutes les étapes** de la technique dans la **séquence correcte** en fonction des normes de performance approuvées. A cet effet, on démontre des étapes « non cliniques » telles que les conseils pré et postopératoires et la communication avec la patiente pendant l'intervention chirurgicale, l'utilisation des pratiques recommandées de prévention des infections, etc.
- Pendant la démonstration, **expliquer aux participants ce qui est en train d'être fait**, surtout les étapes difficiles ou qu'on a du mal à observer.
- **Poser des questions** aux participants pour qu'ils restent actifs.
Exemple :
« Que devrais-je faire ensuite ? »
« Que se passerait-il si... ? »
- **Encourager** les questions et les suggestions.
- **Prendre suffisamment de temps** pour que chaque étape puisse être observée et comprise. Se rappeler que la démonstration a pour but d'apprendre les compétences et **non pas** pour le formateur clinique de montrer sa dextérité et rapidité.
- **Utiliser correctement l'équipement et les instruments** et vérifier que les participants voient clairement comment ils sont utilisés.

En outre, les participants utiliseront **une fiche d'apprentissage** des compétences cliniques mise au point tout spécifiquement pour la technique clinique afin d'observer la performance du formateur clinique pendant la démonstration initiale. L'utilisation de la fiche :

- Permet au participant d'apprendre à utiliser les fiches d'apprentissage axées sur les compétences.
- Renforce l'exécution standardisée de la technique.
- Montre aux participants que le formateur clinique, même s'il est chevronné, n'est pas absolument parfait et peut accepter un feed-back constructif sur sa performance.

En tant que modèle qui inspire les participants, le formateur clinique doit mettre en pratique ce qu'il **démontre** (à savoir, la **méthode standard** approuvée, telle que détaillée dans la fiche d'apprentissage). Aussi, est-il important que le formateur clinique utilise la méthode standard. Lors de la démonstration, le formateur clinique doit également avoir un comportement constructif et une communication cordiale avec **la patiente** et **le personnel** pour renforcer le dénouement souhaité.

ENSEIGNER LA PRISE DE DÉCISIONS CLINIQUES

La prise de décisions cliniques est le déroulement systématique permettant à des prestataires qualifiés de juger de l'état d'une patiente, d'établir le diagnostic et le traitement. Si l'on reconnaît qu'il est important de prendre de bonnes décisions cliniques pour une prestation de services de haute qualité, cette compétence n'est pourtant pas très enseignée, ni lors de la formation avant l'emploi ni de la formation en cours d'emploi. Tant de connaissances fondamentales doivent être acquises qu'il reste peu de temps pour des aptitudes complexes, telles que la prise de décisions cliniques. Et même s'il y avait suffisamment de temps, il est difficile d'enseigner et d'apprendre la prise de décisions.

Jusqu'à récemment, on ne connaissait que peu de choses sur la manière dont les décisions sont prises. Pour le prestataire qui a de l'expérience, la prise de décisions est un processus intuitif reposant sur la connaissance et l'expérience. Un grand nombre des étapes qui permettent d'arriver à une décision sont prises rapidement et sans y prêter attention. De tels prestataires sont dans l'incapacité d'expliquer comment ils prennent les décisions et, par conséquent, il devient difficile d'enseigner cette compétence à d'autres. Pas facile non plus pour celui qui apprend de cerner comment une décision est prise en observant simplement d'autres prestataires passer à l'action. Par conséquent, il n'existe rien de concret dont ils peuvent s'inspirer pour développer leur propre compétence.

Toutefois, on sait qu'il existe un déroulement pour arriver à la prise de décisions cliniques qui peut être réparti en une série d'étapes qui aident le prestataire à recueillir l'information nécessaire pour arriver à un jugement exact, fournir les soins indiqués et évaluer l'efficacité de ces soins. Il existe différentes manières de nommer ces étapes, mais elles n'en décrivent pas moins le même processus. Deux de ces approches sont expliquées ci-après.

- **Bilan**, ou collecte de l'information
- **Diagnostic**, ou interprétation de l'information
- **Planification**, ou formulation du plan de soins
- **Intervention**, ou exécution du plan de soins
- **Évaluation**, ou évaluation du plan de soins

En enseignant la prise de décisions cliniques, il est important de vérifier que les participants connaissent ce déroulement étape par étape et ce qui se passe lors de chaque étape. Ils doivent également comprendre que s'il existe une séquence d'étapes de la prise de décisions cliniques, le fait de passer d'une étape à l'autre est rarement linéaire ou séquentiel. Il s'agit davantage d'un processus continu circulaire où le prestataire va de l'avant et revient en arrière d'une étape à l'autre alors que la situation clinique change et que se présentent différents besoins ou problèmes.

L'apprenant doit prendre connaissance, dès le début de sa formation, des étapes de la prise de décisions cliniques. Par la suite, ces étapes seront soulignées continuellement et utilisées dans diverses situations. Tout au long de la formation, l'apprenant aura l'occasion d'appliquer ces étapes et d'exercer ses compétences de prise de décisions. Qu'ils pratiquent activement leurs propres compétences ou observent d'autres prestataires qui ont plus d'expérience, les apprenants devraient chercher à comprendre le raisonnement et le jugement qui forment la base et le fondement de chaque étape du processus. Il est tout aussi important de voir comment une décision est prise que de savoir quelle décision est prise. Le formateur doit s'engager activement pour expliquer **comment** une décision est généralement prise car le **processus** de la prise de décisions n'est pas facile à observer ou à cerner.

Il est tout aussi important, lorsqu'on enseigne la prise de décisions cliniques, de fournir autant d'expérience et de pratique que possible en ce qui concerne la prise de décisions. Cette expérience, conjuguée à la connaissance clinique, est un volet essentiel d'une prise de décisions réussie. Les enseignants devraient :

- Mettre en contact les participants avec autant de **patients différents que possible**.
- Placer les participants dans le **contexte clinique** aussitôt que possible et les guider au fur et à mesure qu'ils acquièrent de l'expérience.
- Conférer aux participants autant **d'indépendance structurée** que possible. Ils doivent avoir l'occasion et le temps d'arriver à leurs propres conclusions et d'envisager leurs propres décisions.
- Fournir aux participants un forum, par exemple, examens de cas ou conférences cliniques, pour **qu'ils puissent comparer leurs décisions** et celles prises par des prestataires qui ont plus d'expérience.

Il est important que l'enseignant discute du processus de prise de décisions avec chaque participant et que ces derniers partagent leurs expériences entre eux. C'est en partageant leurs expériences que les participants font le tour des approches possibles face au même cas et ils les « emmagasineront » pour les utiliser à l'avenir, même s'ils n'ont pas été impliqués directement dans la résolution du cas.

Enfin, l'enseignant donne un feedback aux participants sur la manière dont a été appliquée la prise de décisions cliniques dans une situation donnée. Cette approche permet de renforcer sur la performance future plutôt que de se concentrer sur le fait que la « réponse correcte » a été identifiée ou non. De fait, une réponse incorrecte pour la bonne raison devrait recevoir un feedback plus positif qu'une réponse correcte pour la mauvaise raison.

Souvent, il n'est pas possible d'exposer les apprenants à tous les types de situations qu'ils risquent de rencontrer en tant que praticiens indépendants. Par contre, on

peut développer leurs « fichiers de mémoire » d'autres manières. L'utilisation d'études de cas, de jeux de rôle et de simulations, où sont interprétées diverses situations cliniques, vient élargir très nettement l'expérience des participants. Par exemple, la véritable dystocie d'épaule pendant l'accouchement est chose rare, mais l'exercice répété sur des modèles de manœuvres correctives pour la dystocie d'épaule aidera les participants à répondre à cette urgence quand elle se présentera.

Des outils pour enseigner la prise de décisions cliniques sont présentés tout au long de ce jeu pédagogique. Les études de cas et les simulations cliniques facilitent l'enseignement de la prise de décisions en renforçant les étapes comprises dans le processus. Les exercices du partogramme sont également des outils efficaces pour la prise de décisions. Ils ne cherchent pas simplement à aider les participants à marquer les données sur le partogramme, mais plutôt à utiliser ces données pour cerner et répondre au problème, dès qu'il se présente ou même avant. Toutefois, les outils à eux seuls ne permettront pas d'enseigner efficacement la prise de décisions cliniques. En effet, l'enseignant doit prendre une part active à la discussion, aux questions, expliquant et demandant aux participants **comment** les décisions ont été prises chaque fois qu'un de ces outils est utilisé. Et cet échange doit continuer alors que les participants pénètrent dans la zone clinique et travaillent avec des patientes.

Il n'en reste pas moins que la prise de décisions cliniques est une compétence difficile à enseigner. Toutefois, si l'on commence dès le début de la formation et si l'on continue à donner des directives et à fournir des occasions de s'exercer—que ce soit en utilisant les outils inclus dans ce kit pédagogique ou par l'expérience avec des patientes—les enseignants aideront les participants à mieux comprendre le processus de prise de décisions et à acquérir leurs propres compétences décisionnelles. Aussi, la qualité des soins reçus par les patientes sera-t-elle améliorée.

GÉRER LA PRATIQUE CLINIQUE

Le formateur doit bien connaître les sites de la pratique clinique s'il veut tirer le maximum de cette pratique. En se familiarisant avec l'établissement de santé avant que ne commence la formation, le formateur connaîtra déjà le personnel, verra quelles sont les inadéquations de la situation et procédera aux préparations pour la meilleure expérience d'apprentissage possible pour les participants. Toutefois, une planification, aussi bonne soit-elle, ne garantit pas forcément une expérience réussie de la pratique clinique. Dans la salle de classe, le formateur est en mesure de contrôler l'emploi du temps et les activités, du moins dans une grande mesure mais, dans le centre de santé, le formateur doit toujours être prêt à des possibilités d'apprentissage imprévues qui peuvent se présenter et savoir modifier le programme en conséquence.

INTERVENTIONS CLINIQUES AVEC DES PATIENTES

L'étape finale de l'acquisition des compétences cliniques concerne les interventions avec les patientes. En effet, les modèles anatomiques, aussi réalistes soient-ils, ne peuvent pas entièrement se substituer à la réalité de l'exécution d'une intervention avec une personne vivante, qui respire, qui ressent et qui réagit. **Les inconvénients** du travail avec de véritables patientes lors de la formation en matière de compétences cliniques sont évidents. En effet, les patientes peuvent être exposées à un risque accru de complications lorsque les techniques sont exécutées par des cliniciens qui ne disposent pas de toutes les compétences nécessaires. Aussi, chaque fois que c'est possible, on ne permettra aux participants de travailler avec des patientes que lorsqu'ils auront **démonstré la maîtrise de la compétence** et une certaine mesure de la **maîtrise parfaite de la compétence** sur un modèle anatomique ou dans le cadre d'une situation simulée.

Il est important de tenir compte **des droits des patientes** lors de la formation clinique. Les méthodes suivantes vérifient que les droits des patientes sont toujours protégés lors de la formation clinique.

- Le droit à l'**intimité corporelle** doit être respecté chaque fois qu'une patiente subit un examen physique.
 - Le **caractère confidentiel** de l'information sur une patiente obtenue lors des conseils, de l'anamnèse, des examens physiques doit être strictement respecté. On assurera la patiente de ce caractère confidentiel. Le caractère confidentiel est parfois difficile à garder lorsque des cas spécifiques sont utilisés lors des exercices de formation, tels que les études de cas et les réunions cliniques. De telles discussions devront toujours avoir lieu dans un endroit privé où les autres membres du personnel et autres patientes ne peuvent pas écouter et devraient être faites sans mentionner le nom de la patiente.
 - Chaque fois qu'elle reçoit des conseils, subit un examen physique ou reçoit des services de santé maternelle et néonatale, **la patiente doit être informée du rôle de chaque personne présente** (formateurs cliniques, personnes en formation, personnel de soutien, chercheurs).
 - La **permission de la patiente doit être obtenue** avant qu'un clinicien en formation n'observe, n'aide ou n'exécute une procédure. Il est important que chaque patiente sache qu'elle a le droit de refuser des soins d'un clinicien en formation. De plus, les soins ne devraient pas être reportés à plus tard ou refusés si la patiente ne permet pas qu'un clinicien en formation ne soit présent ou qu'il ne lui dispense des services. Dans un tel cas, c'est le formateur clinique ou un autre membre du personnel qui doit exécuter l'intervention.
- Le **formateur clinique devrait être présent lors de tout contact avec la patiente** dans une situation de formation et la patiente doit connaître le rôle du formateur. De plus, le formateur clinique doit être prêt à intervenir si des risques se présentent pour la patiente ou si celle-ci ressent beaucoup de gêne.
 - Le **formateur doit vérifier la manière dont sont données l'encadrement et le feed-back** lors de la pratique avec des patientes. En effet, un feed-back correcteur en présence d'une patiente doit se limiter aux erreurs qui peuvent lui nuire ou la mettre mal à l'aise. Un feed-back trop négatif peut angoisser à la fois la patiente et le clinicien en formation.
 - Les **patientes doivent être choisies attentivement** pour vérifier que leur cas convient aux fins de la formation clinique. Par exemple, les participants ne doivent **pas** s'exercer avec des patientes « difficiles » tant qu'ils ne maîtrisent pas parfaitement la technique.

CRÉER DES POSSIBILITÉS D'APPRENTISSAGE

Planifier l'apprentissage

Le formateur clinique doit **formuler un plan pour chaque journée passée dans l'établissement de santé**. Le plan donne une orientation quotidienne conforme aux objectifs de formation et aide à vérifier que toutes les compétences nécessaires seront prises en charge. Lorsqu'il prépare le plan, le formateur devrait envisager les points suivants.

- La pratique clinique doit évoluer de **compétences fondamentales vers des compétences plus complexes**. Cela aide non seulement à garantir la sécurité et la qualité des soins fournis par les participants mais leur permet par ailleurs de prendre confiance en eux-mêmes alors qu'ils démontrent qu'ils maîtrisent les compétences fondamentales.
- **Parfois, le nombre de participants est trop grand pour qu'ils puissent travailler en même temps** dans tel service ou zone de l'établissement. Généralement, trois ou quatre participants est un nombre maximum qu'une zone spécifique d'un établissement sanitaire peut absorber sans que cela ne se répercute sur la prestation des soins. Si le nombre est supérieur, le formateur devra prévoir un système de rotation qui permet à chaque participant d'avoir le même temps et la même chance de s'exercer.

- Certaines expériences cliniques, telles que **les urgences obstétricales (éclampsie, hémorragie du post-partum, travail dystocique), ne peuvent pas être planifiées ou prévues**. Le formateur doit être vigilant pour identifier les situations cliniques appropriées et les distribuer également entre les participants. Avant la pratique quotidienne, le formateur devrait demander au personnel de le notifier si un cas d'un intérêt particulier se présente pour que les participants puissent être assignés à la résolution du problème.
- Outre l'exercice quotidien de compétences cliniques particulières, **le plan du formateur doit traiter d'autres domaines prioritaires**, tels que la prévention des infections, la logistique ou la circulation des clients. Ces thèmes ne sont pas directement évalués avec une liste de vérification ou autre outil d'évaluation basée sur la compétence, mais ils n'en jouent pas moins un rôle important au niveau de la prestation de services de santé maternelle et néonatale de haute qualité. Cherchant à vérifier que les participants accordant une attention suffisante à ces thèmes, le formateur devrait formuler des activités à cet effet, par exemple :
 - Observer les pratiques de prévention des infections utilisées dans l'établissement. Quelles sont les pratiques recommandées qui sont utilisées et lesquelles ne le sont pas ? Sont-elles utilisées régulièrement et correctement ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - Revoir les dossiers des patientes de ces derniers mois pour noter le type de patiente des services obstétricaux. Une information supplémentaire pourrait être obtenue, par exemple, les plaintes les plus courantes et, dans les cas pris individuellement, le déroulement du travail (examen du partogramme), l'évolution d'une infection spécifique, le traitement fourni, la réponse au traitement, etc.
 - Faire un inventaire des fournitures, du matériel et des médicaments disponibles dans la zone de prestation de services pour garantir un accès rapide, si nécessaire.
 - Il arrive toujours **qu'à certains moments, il n'y ait que peu, voire aucune patiente dans l'établissement**. Le formateur devra avoir d'autres activités prêtes, telles que celles décrites ci-dessus, pour les participants. Études de cas et jeux de rôle sont très utiles à de tels moments. Même sans patiente, la formation doit continuer. Il n'est pas acceptable, dans de tels cas, de prendre des pauses prolongées ou de quitter le site clinique plus tôt.

Dans l'établissement de soins de santé

Tel que susmentionné, la planification à elle seule ne suffit pas pour garantir une pratique clinique réussie. Un formateur clinique peut faire appel à plusieurs stratégies essentielles dans l'établissement de soins de santé pour augmenter les chances de succès.

- Le formateur doit **suivre activement** les compétences que chaque participant est en mesure d'utiliser, et avec quelle fréquence, de sorte à ce que chaque participant ait d'amples possibilités d'arriver à la maîtrise de la compétence. Un participant qui a montré qu'il maîtrisait la césarienne ou l'administration de la rachianesthésie ne devrait pas recevoir d'autres patientes exigeant cette opération ou intervention tant que d'autres participants n'ont pas eu l'occasion d'arriver à cette maîtrise.
- Il est essentiel que le formateur **soit souple et conscient constamment** des possibilités de formation au fur et à mesure qu'elles se présentent. Aussi, doit-il bien connaître l'établissement de soins de santé—comment il est organisé, ses fonctions, la population de patientes, etc.—et doit-il avoir de bonnes relations de travail avec le personnel. Le formateur dépend de la collaboration du personnel pour qu'on lui fasse part des patientes aux cas uniques ou inhabituels et qu'on permette aux participants de fournir des services à ces patientes. C'est surtout avant la formation que l'on peut forger de telles relations, lors de la préparation du site et d'autres visites faites par le formateur.
- **Les participants devraient eux aussi être vigilants pour déceler** de telles possibilités d'apprentissage. Le formateur peut ensuite décider du nombre de participants qui seront assignés à une patiente en particulier. Le formateur et les participants doivent se rappeler que les expériences cliniques doivent être partagées de manière égale. Aussi, le participant qui identifie un cas ne sera pas forcément assigné à ce cas s'il a déjà eu un cas analogue auparavant. Il n'est pas correct de soumettre la patiente à une intervention à plusieurs reprises, tout simplement pour que tous les participants puissent s'exercer.
- S'il veut saisir les possibilités alors qu'elles se présentent, le formateur **devra peut-être modifier le plan pour cette journée et les journées à venir**, mais en dérangeant aussi peu que possible la prestation de services. Les participants devraient être mis au courant de tout changement aussi vite que possible pour qu'ils soient bien préparés pour chaque journée clinique.

- Il est rare que tous les participants aient l'occasion de travailler avec tous les types de patientes. Le formateur clinique **devra compléter, à l'aide d'études de cas et de jeux de rôle, le travail effectué avec des patientes**. Le formateur devra cerner rapidement des affections importantes, mais rares, telles que la prééclampsie sévère et préparer à l'avance les activités. Les cas réels rencontrés dans l'établissement de santé peuvent également servir de fondement pour de telles activités. Ils peuvent ensuite être utilisés lors de séances cliniques pour élargir la gamme d'expériences des patientes.

RÉUNIONS PRÉ ET POST-PRATIQUE CLINIQUE

Chaque établissement de soins de santé ne disposera pas d'une salle de réunions, mais le formateur clinique peut trouver un espace qui :

- Permet **une discussion libre**, un travail en petits groupes et la pratique sur modèles
- Se trouve **à l'écart des services aux patientes** si c'est possible, de sorte à ne pas interférer avec les soins ou autres responsabilités du personnel

Réunions préalables à la pratique clinique

Le formateur et les participants se rencontreront au début de chaque séance de pratique clinique. La réunion sera brève et traitera des aspects suivants :

- Les objectifs de formation pour cette journée
- Tout changement dans le calendrier
- Les rôles et responsabilités des participants pour ce jour, dont les tâches qui leur seront confiées et le plan de rotation, le cas échéant
- Les tâches spéciales qui doivent être réalisées ce jour
- Le thème de la réunion après la pratique clinique pour que les participants prennent note de tout ce qui se passe lors de la journée qui pourrait contribuer à la discussion
- Les questions concernant les activités de cette journée ou des journées précédentes si on peut y répondre de manière concise. Dans la négative, elles seront remises jusqu'à la réunion après la pratique clinique

Réunions après la pratique clinique

Le formateur clinique doit terminer chaque journée clinique par une réunion pour revoir les événements de la journée et les utiliser comme expériences d'apprentissage. L'on recommande au minimum une heure. Ces réunions sont utilisées aux fins suivantes :

- Revoir les objectifs de formation de la journée et évaluer les progrès en vue de les atteindre
- Présenter les cas vus cette journée, surtout ceux qui étaient intéressants, rares ou difficiles
- Répondre aux questions cliniques concernant les situations et les patientes dans l'établissement de santé ou l'information du manuel de référence
- Planifier la prochaine séance clinique en faisant des changements dans le calendrier, si nécessaire
- S'exercer davantage avec les modèles, si nécessaire
- Revoir et discuter des études de cas, des jeux de rôle ou tâches qui ont été préparés à l'avance par les participants. Ces activités devraient compléter les séances réalisées pendant la partie théorique de la formation, surtout si le temps en salle de classe est limité et si l'expérience clinique est nécessaire pour mieux comprendre les questions discutées. Voici des thèmes pour les études de cas, les jeux de rôle et les tâches :
 - Qualité des soins
 - Services cliniques dispensés
 - Soins préventifs
 - Barrières médicales entravant les services de haute qualité
 - Suivi recommandé

LE FORMATEUR EN TANT QUE SUPERVISEUR

Dans son rôle de superviseur, le formateur doit suivre les activités des participants dans l'établissement de santé, de façon à ce que :

- Chaque participant bénéficie d'occasions adéquates pour s'exercer,
- Les participants ne dérangent pas la prestation efficace des services dans l'établissement ou n'interfèrent pas avec le personnel et ses fonctions, et
- Les soins fournis par chaque participant ne nuisent pas aux patientes et ne les placent pas dans une situation à risque.

Le formateur doit toujours se trouver avec les participants lorsqu'ils travaillent avec des patientes, surtout lorsqu'ils exécutent des interventions cliniques. Les formateurs doivent parfois superviser plus d'un ou deux participants. Le formateur ne pouvant pas se trouver avec tous en même temps, il doit avoir recours à d'autres méthodes de supervision.

- Les participants doivent comprendre ce qu'ils peuvent exécuter indépendamment et ce qui exige la supervision du formateur pour qu'ils puissent continuer à travailler lorsque le formateur est occupé avec un autre participant. Les participants sont responsables de vérifier qu'ils sont supervisés quand c'est nécessaire. Toutefois, la responsabilité en incombe en dernier lieu au formateur.
- Des activités supplémentaires qui ne demandent pas de supervision directe donneront aux participants l'occasion d'être activement engagés dans la formation, même s'ils ne sont pas avec des patientes.
- Le personnel clinique peut également faire fonction de superviseur si le formateur a confiance en ses compétences cliniques et sa capacité à fournir un feed-back adéquat. La possibilité d'avoir ainsi le personnel clinique superviser les participants est une autre raison faisant que le formateur devrait connaître le personnel avant que ne commence la formation. Lors de la préparation du site clinique, le formateur peut observer les compétences du personnel et vérifier qu'il est compétent. Le formateur aura également l'occasion d'évaluer ses aptitudes à l'encadrement. Peut-être pourra-t-il même travailler avec certains membres du personnel pour améliorer leurs compétences pour qu'ils soient des modèles et soutiennent la formation des participants.
- Plus on a de participants dans l'établissement, plus le formateur dépend du personnel pour qu'il lui prête main forte. Toutefois, la responsabilité finale pour chaque participant, y compris celle de l'évaluation finale de la maîtrise de la compétence, incombe au formateur. C'est la raison pour laquelle, si plusieurs établissements sont utilisés pendant la formation, il faut un formateur nommé dans chaque site.
- Vu que le personnel clinique ne participe généralement pas à la partie théorique de la formation, il ne peut pas connaître les participants ou leurs compétences avant que ces derniers n'arrivent à l'établissement. Aussi, est-il bon de partager une telle information avec le personnel clinique chaque fois qu'il participe à la supervision des participants. On demandera également au personnel clinique de bien vouloir faire une évaluation initiale des compétences des participants avant de leur permettre de travailler avec des patientes, pour qu'il sache en toute confiance que ces derniers sont bien préparés.

- Le personnel clinique devrait également être conscient du feed-back que le formateur aimerait bien recevoir de sa part à propos des participants.
- S'agira-t-il d'un feed-back oral, écrit ou les deux ? Si un feed-back écrit est nécessaire, le formateur devrait donner un instrument ou un formulaire pour guider le personnel clinique. Le formateur distribuera un nombre suffisant d'exemplaires du formulaire et indiquera au personnel comment le remplir. Le formateur devrait concevoir un formulaire que les membres du personnel peuvent remplir rapidement et facilement.
- Quelle sera la fréquence du feed-back ? Tous les jours ? Toutes les semaines ? Uniquement à la fin de la formation ?
- Donnera-t-on un feed-back positif et correctif ?
- Existe-t-il des circuits administratifs par le biais desquels le feed-back sera transmis ? Dans certains centres, les membres du personnel apportent leur feed-back à la personne qui est responsable de l'établissement de santé et qui prépare ensuite un rapport pour le formateur.
- Lorsqu'il met en place le système de feed-back, le formateur devra se rappeler le temps nécessaire pour préparer et donner le feed-back. Il s'agit en effet d'un surcroît de travail pour le personnel clinique, qui est déjà très occupé. Il vaut mieux que le système soit aussi simple et facile à utiliser que possible.

LE FORMATEUR EN TANT QUE MONITEUR

Une des tâches les plus difficiles pour le formateur et qui donne du mal même aux plus chevronnés, consiste à être un bon moniteur et à fournir un feed-back dans le contexte clinique. Même si le formateur est tout à fait à l'aise pour apporter un feed-back dans la salle de classe ou lors du travail avec les modèles, la situation n'est pas la même dans l'établissement de santé. Les patientes, le personnel et d'autres participants sont présents et les services d'urgence doivent fonctionner harmonieusement et efficacement. Le formateur se sent souvent poussé à terminer car d'autres patientes attendent et qu'il doit également être disponible pour tous les participants. S'il passe « trop de temps » avec une patiente ou un participant, cela aura des répercussions sur tout le monde.

Séances de feed-back

On saute souvent les séances de feed-back avant et après la pratique pour économiser sur le temps. Et pourtant, ces séances sont très importantes pour le développement continu des compétences psychomotrices ou décisionnelles du participant. Sans feed-back et encadrement adéquats, le participant risque de rater une occasion importante d'apprentissage et il lui faudra plus longtemps pour arriver à la maîtrise de la compétence. Il faut s'en rappeler lorsque le participant a déjà

démontré la maîtrise de la compétence sur le modèle et n'a pas besoin de feed-back détaillé. Afin de déranger les services au minimum, les séances de feed-back avant et après la pratique peuvent se dérouler en l'espace de quelques minutes dans un endroit éloigné des zones de soins aux patientes.

La structure de la séance est essentiellement la même, que la séance se fasse avant ou après la pratique et qu'il s'agisse de l'exécution de la compétence du participant avec des modèles ou avec des patientes.

- Le participant devrait d'abord cerner les points forts personnels et les domaines où des améliorations doivent être portées.
- Ensuite, le formateur apportera un feed-back spécifique et descriptif, avec des suggestions de ce qu'il faut améliorer et de la manière de le faire.
- Enfin, le participant et le formateur devraient se mettre d'accord sur l'orientation de la séance de pratique, notamment leur interaction alors qu'ils se trouvent avec la patiente. Par exemple, ils peuvent convenir que lorsque le formateur met une main sur l'épaule du participant, cela signifiera que celui-ci doit s'arrêter et attendre d'autres instructions.

La séance de feed-back avant la pratique doit être réalisée avant d'entrer dans la pièce où se trouve la patiente. La séance de feed-back après la pratique peut être remise jusqu'à ce que les soins à la patiente soient terminés ou quand celle-ci est en condition stable et n'a plus besoin de soins continus. Le formateur devrait essayer de fournir le feed-back sans trop tarder. Le feed-back est surtout efficace quand il est donné aussi rapidement que possible après les soins. Cela permet au participant d'utiliser le feed-back avec la prochaine patiente à laquelle des services sont fournis.

Feed-back lors d'une intervention

Il faut vérifier que la patiente sait que le participant, bien qu'il soit déjà un praticien, est également quelqu'un qui apprend. Il faut rassurer la patiente en lui indiquant que le participant a déjà maîtrisé la compétence sur des modèles. La patiente doit entendre le formateur parler au participant et comprendre que cela ne signifie pas que quelque chose va de travers. Enfin, la patiente devrait comprendre clairement que le formateur est un prestataire chevronné et qu'il vérifie que la technique est exécutée sans risques et sans retard.

1. Feed-back positif

Le feed-back positif est souvent facile à donner et peut l'être en présence de la patiente. Les formateurs pensent souvent qu'en entendant le feed-back, même un feed-back positif, on déränge la patiente. Et pourtant, un grand nombre de patientes trouvent qu'il est réconfortant d'écouter le prestataire de services donner un feed-back positif.

- Le feed-back doit être limité et neutre dans la mesure du possible, car un éloge trop exubérant peut être tout aussi préoccupant pour la patiente que le fait d'entendre un commentaire négatif. En effet, la cliente, devant de tels éloges, peut se demander, « Qu'est-ce qu'on me cache ? » « Pourquoi est-il aussi surprenant que cette personne fasse un bon travail ? »
- Le feed-back positif peut être communiqué par l'expression du visage et le ton de la voix plutôt que par des mots et il n'en reste pas moins très efficace.

Parallèlement, l'**absence** de feed-back peut préoccuper le participant. A ce stade de l'acquisition de la compétence, le participant devrait en principe faire un bon travail, même avec la première patiente, et il a l'habitude d'entendre un commentaire positif. Aussi, si l'on veut qu'il garde confiance en lui, il est important de lui donner un feed-back positif.

2. Feed-back correcteur

Le feed-back correcteur est difficile à donner, quelles que soient les circonstances, mais surtout lorsqu'une patiente est présente. Il est important de garder un tel feed-back contrôlé et neutre et, à cet effet, on utilisera un certain nombre de techniques, dont les suivantes :

- Souvent, un regard ou un geste de la main (toucher l'épaule) peut être aussi efficace que les mots et moins préoccupant pour la patiente.
- De simples suggestions pour faciliter l'intervention peuvent être faites de manière tranquille et directe. Il ne faut pas se perdre dans de longues explications sur les raisons pour lesquelles vous faites la suggestion ou l'observation—il faut garder cela pour la séance de feed-back après la pratique.
- Pour aider un participant à éviter de faire une erreur, le formateur peut calmement poser une simple question directe sur la technique elle-même. Par exemple, si une étape d'une technique est sur le point d'être omise, le fait de demander au participant de nommer la prochaine étape, **avant** de faire quoi que soit, peut l'aider à éviter de faire l'erreur. Ce n'est **pas** le moment de poser des questions hypothétiques sur les éventuels effets secondaires et éventuelles complications car cela peut détourner l'attention du participant et angoisser la patiente.
- Parfois, alors même qu'ils se sont exercés longuement sur des modèles, les participants font des erreurs qui peuvent avoir des conséquences négatives pour la patiente. Dans de tels cas, le formateur doit être prêt à intervenir et à terminer de suite l'intervention. Il doit le faire calmement et avec contrôle complet pour éviter d'angoisser inutilement la patiente.

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	63
INTRODUCTION	64
APPROCHE FONDÉE SUR LES DROITS	65
DÉFINITIONS	65
ÉVALUATION INITIALE	66
PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS APRÈS AVORTEMENT	66
État de choc	66
Anamnèse	67
Examen physique	68
Examen pelvien	68
Examen au spéculum	68
Saignement vaginal	69
Prise en charge de la menace d'avortement	69
Prise en charge de l'avortement incomplet	69
Prise en charge de l'avortement complet	70
Suivi	70
Prise en charge de la grossesse ectopique	70
Prise en charge de la grossesse molaire	71
EXÉCUTION D'UNE ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)	72
INSTRUMENTS	72
LA PROCÉDURE D'AMIU	73
PRÉPARATION À LA PROCÉDURE	73
TECHNIQUE SANS CONTACT	73
EXÉCUTION DE LA PROCÉDURE	74
Aspiration du contenu de l'utérus	74
Inspection des tissus évacués	75
Difficultés techniques	75
Complications possibles	76
SOINS POST-INTERVENTION	76
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	77
PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'AVORTEMENT INCOMPLET	79
RÉGIME POSOLOGIQUE	79
TRAITEMENT ET SUIVI	79
SAIGNEMENTS	80
EFFETS SECONDAIRES	80

TABLE DES MATIÈRES (suite)

COMMUNICATION	81
ATTITUDE DU PERSONNEL	81
DÉFINITION DU COUNSELLING	81
INTIMITÉ ET CONFIDENTIALITÉ	82
PLANIFICATION FAMILIALE APRÈS AVORTEMENT	82
PRÉVENTION DES INFECTIONS	84
LES GANTS ET LEUR UTILISATION	84
TECHNIQUE ASEPTIQUE	86
TRAITEMENT DES INSTRUMENTS	86
ÉLIMINATION DES DÉCHETS	91

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>

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 :

1. porter des diagnostics précis :
 - a) préciser les conditions qui menacent la vie;
 - b) confirmer la présence d'un avortement incomplet/inévitable;
 - c) préciser la taille de l'utérus;
2. déceler la présence de complications;
3. préciser la nécessité d'un traitement approprié, notamment :
 - a) traitement approprié pour l'évacuation de l'utérus (misoprostol, AMIU, dilatation et évacuation);
 - b) antibiothérapie;
4. 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 un 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.

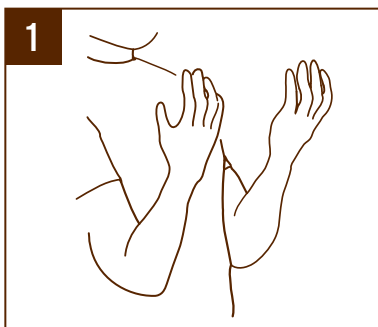
De plus, nous ne savons peut-être pas combien de nos clients contractent des infections, par exemple le VIH ou l'hépatite B ou C, pour avoir eu recours aux services de santé. Les clients peuvent s'adresser ailleurs pour être traités et il peut être difficile de dépister une infection pour remonter jusqu'à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

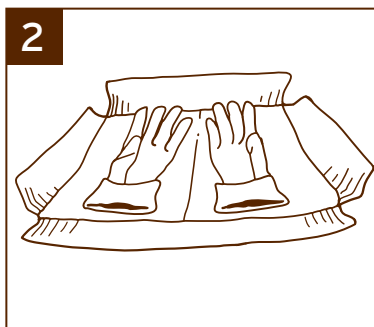
Les gants protègent à la fois les clientes et les membres de l'équipe en instaurant une barrière contre les microorganismes. Il existe trois types de gants :

- 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.

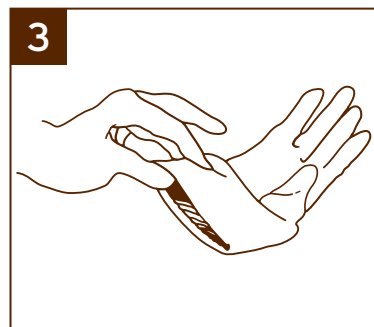
Étapes à suivre pour mettre des gants chirurgicaux



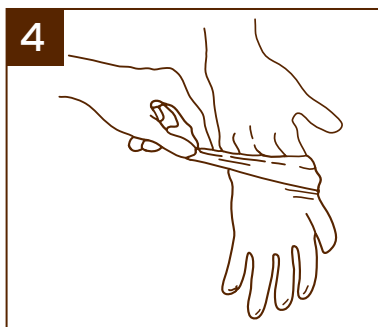
1 Préparer une surface assez grande, propre et sèche, pour ouvrir l'emballage des gants. Vous pouvez soit ouvrir l'emballage extérieur et ensuite procéder au lavage chirurgical ou encore, faire le lavage chirurgical et demander à quelqu'un d'ouvrir pour vous l'emballage des gants.



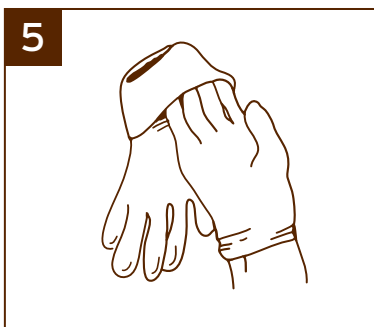
2 Ouvrir l'emballage intérieur des gants, exposant manchettés, paumes vers le haut. Les gants sont manchettés pour être plus faciles à enfiler sans les contaminer. En mettant les gants stériles, ne pas oublier que le premier gant doit être pris par la manchette seulement. Le second gant ne devrait alors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



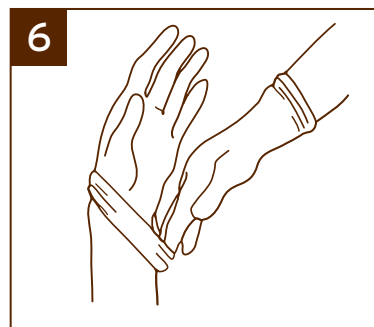
3 Prendre le premier gant par la manchette en ne touchant que la partie de la manchette qui va à l'intérieur (l'intérieur est le côté entrant en contact avec la peau une fois le gant mis).



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 :

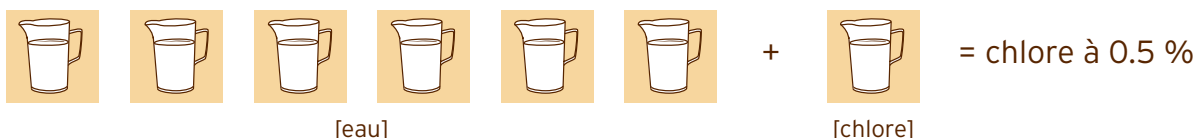
- elle élimine les matières organiques, la saleté et les autres matières qui peuvent empêcher la stérilisation ou la DHN;
- elle réduit le nombre de microorganismes, même les endospores bactériennes, sur les instruments et autres articles.

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 fermée, dans un endroit peu passager, et à température modérée, en atmosphère d'humidité nulle ou faible, jusqu'à sept jours;
 - non emballés : les utiliser immédiatement dès la sortie de l'autoclave et les garder couverts dans un récipient stérile sec fermé et les utiliser dans les sept jours.
9. Chronométrage - toujours vérifier auprès du fabricant. Les chronométrages habituels sont :
 - articles emballés - 30 minutes
 - articles non emballés -20 minutes.

Étapes de stérilisation en chaleur sèche

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

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

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

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

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

5. Stocker adéquatement :

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

Étapes de la stérilisation chimique

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

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

1. DHN par ébullition

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

Conseils pour DHN par ébullition

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

2. DHN chimique

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

Conseils pour la DHN chimique

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

3. DHN à la vapeur

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

Conseils pour la DHN à la vapeur

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

Facteurs à considérer pour l'utilisation de la DHN

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

Étape 4 - Stockage

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

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

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

RAPPEL :

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

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

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

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

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

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

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

ÉLIMINATION DES DÉCHETS

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

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

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

Élimination adéquate des déchets :

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

Il existe trois types de déchets :

1. Déchets ordinaires

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

2. Déchets médicaux

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

3. Déchets chimiques

- produits de nettoyage et désinfectants.

Elaboration d'un plan de gestion des déchets

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

Le plan de gestion des déchets comporte quatre parties :

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

Tri

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

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

Manipulation

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

Stockage temporaire

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

Élimination finale

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

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

Déchets médicaux et chimiques liquides

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

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

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

Élimination des objets tranchants

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

Élimination des déchets fœtaux et PdC

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



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.