

ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MEDICAMENTS DANS LES CONTEXTES DE CRISE

GUIDE DU FACILITATEUR

Module de perfectionnement clinique pour les prestataires de soins qui mettent en œuvre le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive

Training Partnership Initiative [Initiative Partenariat de Formation] du Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) avec Ipas



REMERCIEMENTS

Ce guide de formation est publié en partenariat avec le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) et Ipas. Son contenu est a été adapté des manuels intitulés *Soins complets d'avortement centrés sur la femme d'Ipas* et s'appuie sur le *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire* de l'IAWG. Il est censé être utilisé par les facilitateurs cliniques qui assurent un cours d'initiation ou de perfectionnement destiné aux clinicien/nes qui connaissent les interventions intra-utérines y compris les médicaments.

Ces supports de formation ont été créés grâce à une collaboration entre les membres de l'IAWG et aux efforts déployés par la Training Partnership Initiative. Ce projet a été rendu possible grâce au généreux financement apporté par le Ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas.

Ipas a géré l'élaboration du module. Nous remercions tout particulièrement Emily Jackson et Bill Powell d'Ipas d'avoir apporté leur expertise clinique et d'avoir supervisé cette publication.

Nous voulons témoigner notre gratitude aux personnes suivantes qui ont officié en tant que Maître Formateurs-Formatrices pour les divers pilotes de ce module :

Babatunde Adelekan,
Bill Powell,
Myriam Kayumba,
Patrick Djemo,
Sarah Neusy,
Talemoh Dah.

En outre, nous sommes reconnaissants à l'égard du Comité directeur de la Training Partnership Initiative et des membres du sous-groupe de travail sur les soins liés à l'avortement sans risques, notamment Sandra Krause et Nguyen Toan Tran et les agences qui ont mis à disposition des sites pilotes : CARE, Médecins du Monde, et Save the Children (formation adaptée pour être en conformité avec la politique PLGHA). Alison Greer a examiné et édité le module. Mikhail Hardy et Chelsea Ricker ont assuré la conception des supports de formation. Ce guide a été traduit de l'anglais vers le français par Mariam Bagayoko. Rec Design a conçu ce package de ressources de formation en français.

Décharge : L'outil consacré à la mise à jour cliniques dans le domaine de la santé reproductive [en anglais, *Clinical Updates in Reproductive Health*] fournit les directives cliniques les plus récentes. Les recommandations de cet outil remplacent les directives cliniques qui figurent dans le programme d'Ipas et sont différentes de celles de cette publication. Disponible sur le site Internet d'Ipas, www.ipas.org.

LISTE D'ABREVIATIONS

AIEU	Aspiration électrique intra-utérine
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
AMIU	Aspiration manuelle intra-utérine ou aspirateur
CU	Contraception d'urgence
CVTA	Clarification des valeurs et transformation des attitudes
D&C	Dilatation et curetage
DIU	Dispositif intra-utérin
DMPA	Acétate de médroxyprogestérone
DMU	Dispositif minimum d'urgence (pour la santé sexuelle et reproductive)
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
IARH	Kits de santé reproductive du Groupe interorganisations
IAWG	Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire
IEC	Information, éducation, et communication
IM	Intramusculaire
IST	Infection sexuellement transmissible
IV	Intraveineux
LR	Solution de Ringer lactate
MLDA	Méthodes de contraception à longue durée d'action et réversibles
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PCU	Pilules de contraception d'urgence
POC	Produits de conception
Rh	Rhésus
SAA	Soins après avortement
SAC	Soins liés à l'avortement sans risques
S-CORT	Cours de perfectionnement sur la sensibilisation clinique à la santé sexuelle et reproductive
SCA	Soins complets d'avortements
SSN	Solution saline normale
TA	Tension artérielle
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

LE DMU POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES S-CORT (COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA SENSIBILISATION CLINIQUE À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE)	3
APERÇU DU GUIDE DU FACILITATEUR ET PLAN DE FORMATION	5
PREPARATION DE LA FORMATION	8
UNITÉ 1 : APERÇU DE LA SESSION	12
UNITÉ 2 : ÉVACUATION UTÉRINE DANS LES CONTEXTES DE CRISE	15
UNITÉ 3 : MÉTHODES D'ÉVACUATION UTÉRINE ET CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT	19
UNITÉ 4 : MÉDICAMENTS POUR L'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX ET SOINS APRÈS AVORTEMENT	25
UNITÉ 5 : ÉVALUATION DU CHOC ET DES CAUSES SOUS-JACENTES DANS LES SOINS APRÈS AVORTEMENT	32
UNITÉ 6 : PRESTATION DE SERVICE	34
UNITÉ 7 : ÉVALUATION ET CLÔTURE	36
ANNEXE 1 : EXEMPLE DE PROGRAMME DE COURS POUR UNE FORMATION AUTONOME	38
ANNEXE 2 : GRILLE DE RÉPONSES DU PRÉ-TEST ET DU POST-TEST DU PARTICIPANT	40
ANNEXE 3 : RÉFÉRENCES ET RESSOURCES RECOMMANDÉES	42

LE DMU POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE ET LES S-CORT (COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA SENSIBILISATION CLINIQUE À LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE)



Ce guide fournit des instructions que nous espérons être simples et faciles à appliquer pour planifier, conduire et évaluer des cours de perfectionnement clinique. Tout au long du document, des notes complémentaires ayant pour but de vous aider en tant que facilitateur/trice, apparaissent à l'aide d'un symbole situé à gauche. Vous trouverez aussi plus de détails sur la conception et l'utilisation de ce guide ci-dessous dans la section dénommée « Description du guide de facilitateur/trice. »

INTRODUCTION

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crises est un ensemble d'activités prioritaires mises en œuvre au début d'une crise. Le DMU 2018 comporte six objectifs et une autre activité prioritaire :

1. Veiller à ce que le secteur/cluster santé identifie une organisation et un/une coordinateur/coordinatrice SSR pour mener et coordonner la mise en œuvre du DMU.
2. Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des survivantes.
3. Prévenir la transmission et réduire la morbidité et la mortalité en raison du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.
4. Prévenir la surmortalité et la surmortalité maternelles et néonatales.
5. Prévenir les grossesses non désirées.
6. Planifier l'intégration de services complets de santé sexuelle et reproductive dans les soins de santé primaires dès que possible.

Autre priorité : Il est aussi important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles dans les centres de santé et les établissements hospitaliers, dans les limites prévues par la loi.

Le fait de négliger le DMU pour la santé sexuelle et reproductive lors de crises humanitaires a des conséquences graves : les morts maternelles et néonatales évitables ; la violence sexuelle et les traumatismes qui en découlent ; les infections sexuellement transmissibles ; les grossesses non désirées et les avortements à risques et la propagation possible du VIH.

Les infirmières, les sages-femmes et les médecins qui travaillent dans des situations d'urgence fournissent les services de santé sexuelle et reproductive nécessaires pour atteindre les objectifs du DMU. L'IAWG a conçu une série de cours de perfectionnement brefs (S-CORT) pour renforcer des connaissances et compétences acquises au préalable par le personnel de santé chargé de fournir ces services prioritaires. Ce module, *Évacuation utérine à l'aide de médicaments dans les contextes de crise* en fait partie. Il peut faire office de cours autonome sur l'évacuation utérine à l'aide de

médicaments, ou être associé au module sur *l'évacuation utérine à l'aide de l'aspiration manuelle intra-utérine dans les contextes de crise*. Veuillez visiter www.iawg.net/scorts pour accéder à tous les supports de formation de la série et pour avoir plus d'informations sur leur utilisation.

D'autres ressources relatives à la mise en œuvre de services de santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise sont accessibles sur le site de l'IAWG : iawg.net/resources. Les facilitateurs et les participants de cette formation peuvent en particulier examiner :

- [Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situation de crise humanitaire](#)
- [Directives programmatiques pour la santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise humanitaire et les contextes fragiles pendant la pandémie du COVID-19](#)
- [La boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s : édition 2020](#)
- [Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings Manual. 6è édition](#)

ACCÈS UNIVERSEL : VEILLER À CE QUE LES SERVICES NE PRATIQUENT NI LA STIGMATISATION NI LA DISCRIMINATION

Les mots ont toute leur importance lorsqu'il s'agit de décrire et de prendre soin d'individus qui ont besoin d'accéder à des informations et de services de soins et, en particulier, à ceux qui sont présentés dans la série S-CORT. La dimension linguistique peut avoir un impact majeur sur la santé sexuelle et reproductive et le bien-être de même que l'accès à des informations et services connexes. Il arrive que la terminologie utilisée dans les principes directeurs, les programmes et les politiques puisse être discriminatoire, stigmatisante et déshumanisante. Tout en ayant conscience des tensions qui peuvent survenir lorsqu'on tente d'utiliser un langage inclusif et adapté et en même temps, tâchez d'être concis et efficace, surtout dans les publications, le langage utilisé dans la série S-CORT a été guidé par les considérations suivantes :

- **Concernant le genre.** Dans les séries S-CORT, les termes « femmes », « filles » et parfois, le terme neutre du point de vue du genre « personne », « personnes », « client », « patiente », ou « individu » font référence à celles et ceux qui ont recours aux services présentés dans les S-CORT. Cependant, les auteurs reconnaissent et insistent sur le fait que :
 - Non seulement les femmes cis-genre (les femmes qui s'identifient comme femmes et auxquelles le sexe féminin a été attribué à la naissance) peuvent tomber enceintes et ont le droit de bénéficier de soins de santé de qualité, d'être traitées

avec dignité et respect et d'être protégées de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence dans tous les contextes. Les individus qui sont des hommes trans/transmasculins, intersexes, non-binaires et de genre non conforme peuvent être confrontés à la grossesse et à des obstacles exceptionnels en ce qui concerne l'accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive. Le langage des séries S-CORT tâche de refléter cette diversité dans la mesure du possible mais les termes « femmes » ou « femmes et filles » peuvent être souvent utilisés à toutes fins utiles et pour faciliter l'utilisation et les références.

Les « victimes » de violence sexuelle peuvent être des femmes, des hommes, trans, intersexes, non-binaires, des individus de genre non conforme, et des individus de tout âge.

- **Concernant l'âge.**¹ Les adolescents—filles, garçons, trans, intersexes, non-binaires, et ceux de genre non conforme—ont des besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et reproductive et elles/ils ne doivent pas subir de discrimination pour ce qui est de l'accès aux informations, aux services, aux soins et au soutien en matière de santé sexuelle et reproductive. Les besoins des personnes âgées en matière de santé sexuelle et reproductive sont tout aussi importants. Le langage des séries S-CORT tâche de refléter cette diversité en termes d'âge dans la mesure du possible, mais il n'utilise pas la terminologie spécifique à l'âge, pour faciliter les références et l'utilisation.
- **Concernant le handicap.** Les besoins en santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec des handicaps ont été largement négligés. Ces dernières ne doivent pas subir de discrimination concernant l'accès aux informations, aux services, aux soins et au soutien en matière de santé sexuelle et reproductive. Bien que la facilité de référence et d'utilisation de la terminologie spécifique au handicap ne soit pas toujours possible, la série S-CORTS a été conçue sur la base de principes universels pour garantir l'accessibilité de ces supports. Les facilitateurs et les organisations sont encouragés à prendre en considération les besoins d'accessibilité des participants dans ces formations et des personnes vivant avec des handicaps dans les communautés où ils interviennent.
- **Concernant la diversité.** Tous les individus, quels que soient leur profil d'un point de vue social, culturel et économique, ont le droit d'avoir accès aux informations, aux services, aux soins et au soutien en santé sexuelle et reproductive sans subir de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Les images et le langage utilisés dans ce guide tiennent compte de la diversité. Néanmoins, le langage de la série S-CORT ne reflète pas toujours la riche diversité des individus qui accèdent aux informations, services, soins et au soutien en santé sexuelle et reproductive.

Les facilitateurs S-CORT doivent garder à l'esprit les considérations inclusives du genre, de l'âge, du handicap et de la diversité lorsqu'ils déploient les formations pour davantage d'accès universel aux informations, aux services, aux soins et au soutien en santé sexuelle et reproductive.

QUE PEUT FAIRE LE PERSONNEL DE SANTE?

L'utilisation d'un langage inclusif, adapté et respectueux est essentielle pour limiter les préjudices et les souffrances. L'ensemble de la terminologie doit être contextualisée par rapport au langage, à l'environnement socio-culturel et doit s'appuyer sur une approche pragmatique, mais elle ne doit pas sacrifier la promotion et l'utilisation d'un langage non-stigmatisant, inclusif et fondé sur la diversité à l'égard de tous les genres, les âges, les handicaps. Pour aider à intégrer un tel langage, le personnel de santé doit prendre en considération les principes suivants pour guider la manière dont nous parlons, dont nous écrivons et donc nous communiquons entre nous, avec et à propos des personnes qui ont accès aux informations et aux services de SSR. Ces principes peuvent aider le personnel de santé à prioriser l'utilisation de la terminologie qui respecte leur mission : celle de prendre soin de toutes les personnes.

- **Mobiliser et interroger les gens et respecter leurs préférences.** La terminologie nécessitant une adaptation aux langues et cultures locales, chaque communauté linguistique et professionnelle doit participer à la discussion et à la contextualisation des termes de manière à ce qu'ils soient acceptables dans les circonstances dans lesquels ils doivent être utilisés. Par exemple, éviter de présumer le genre d'une personne (« Mademoiselle » ou « Monsieur ») et dites plutôt : « Bonjour et bienvenue. Je m'appelle B et je suis votre prestataire aujourd'hui. Pouvez-vous me dire comment je dois m'adresser à vous? »
- **Utilisez un langage non-stigmatisant, respectueux et précis.** Éviter des termes critiques qui ne sont pas axés sur la personne. Privilégier l'utilisation d'un langage humain et constructif qui promeut le respect, la dignité, la compréhension et les visions positives (par exemple, préférer « survivant de violence sexuelle » à « victime »).
- **Prioriser l'individu.** Il est recommandé de donner la priorité aux individus et ensuite à leurs caractéristiques ou états de santé dans la description (c'est-à-dire les personnes vivant avec un handicap ou les personnes qui vivent avec le VIH). Par conséquent, l'utilisation d'un langage axé sur les personnes doit être privilégiée pour décrire ce dont souffrent les personnes, leurs caractéristiques ou les circonstances dans lesquelles elles vivent qui, à terme, ne doivent pas définir qui elles sont et comment le personnel de santé doit les traiter.
- **Cultiver la connaissance de soi.** Les professionnels travaillant avec des personnes issues de contextes différents doivent être conscients du langage utilisé car il transmet des images et significations fortes. Ils doivent développer une humilité et une autorégulation culturelle, être attentifs et éviter de répéter des termes négatifs discriminants, qui dévalorisent et perpétuent des stéréotypes préjudiciables et des déséquilibres de pouvoir. Ils doivent encourager les collègues, les amis et leur communauté de le faire. Les ateliers sur la clarification des valeurs pour le personnel sanitaire (et non sanitaire) travaillant avec des personnes ayant des profils et caractéristiques divers pourraient contribuer à clarifier les valeurs et changer les attitudes pour améliorer les interactions.

1. Pour les organisations au service d'adolescent-e-s qui souhaitent consulter des ressources actualisées et bénéficier d'un soutien, voir la version 2020 de la boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s (SSRA) en situations de crise humanitaire, accessible via : <https://iawg.net/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health-asrhtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%3%A7aise-de-la-la-bo%3%AEte-%3%A0-outils-pour-la-sant%3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>

APERÇU DU GUIDE DU FACILITATEUR ET PLAN DE FORMATION

L'évacuation utérine à l'aide de médicaments dans les contextes de crise peut être pratiquée par les facilitateurs cliniques qui assurent un cours d'initiation ou de perfectionnement pour les cliniciens qui ont une expérience en matière de santé reproductive. Le public de cette formation est celui des prestataires de service clinique qui remplissent les conditions préalables établies par rapport aux connaissances et aux compétences liées aux soins de santé reproductive. Il se peut qu'ils soient formés ou non à l'utilisation de la mifépristone et/ou du misoprostol pour l'évacuation utérine. Les composantes du cours sont la discussion et les activités visant à promouvoir la durabilité des services d'évacuation utérine sur site. Ce cours fournit également des pistes quant aux différentes manières de répondre aux besoins de formation dans les contextes de crise ou le taux de renouvellement du personnel est élevé. Ce cours peut être dispensé lors d'ateliers en présentiel dans les contextes de crise et de ressources limitées.

OBJECTIF

Cette formation comprend une présentation et des activités ayant pour but d'aider les agents de santé à acquérir les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour pratiquer une évacuation utérine à l'aide de médicaments. À la fin de cette formation, les participants seront capables de :

1. Expliquer pourquoi l'évacuation utérine est une composante essentielle des services de santé reproductive dans les contextes de crise
2. Conseiller les femmes qui souhaitent bénéficier d'un avortement dans les contextes de crise
3. Pratiquer des évacuations utérines à l'aide de médicaments dans les contextes de crise
4. Identifier et prendre en charge les femmes qui développent des complications liées à l'évacuation utérine à l'aide de médicaments
5. Intégrer l'évacuation utérine à l'aide de médicaments dans leurs services de santé reproductive actuels, organiser et assurer le suivi des services

Veillez noter que ce cours se concentre sur l'utilisation de médicaments plutôt que sur l'avortement complet ou les soins après avortement. Par ailleurs, il ne traite pas de l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) pour l'évacuation utérine à moins qu'elle ne soit associée à *Évacuation utérine à l'aide de l'AMIU dans les contextes de crise*. Pour des supports de formation exhaustifs sur les soins complets d'avortement et les soins après avortements, veuillez-vous référer à l'ouvrage suivant *Soins complets d'avortement centrés sur la femme* :

Manuel du formateur (2^e éd.) d'Ipas et à d'autres programmes d'Ipas, disponibles sur le site www.ipas.org.

PUBLIC CIBLE

Le programme de formation est destiné aux agents de santé, notamment aux sages-femmes, aux infirmier-ère-s aux omnipraticiens, et aux obstétriciens/gynécologues qui pratiqueront des évacuations utérines durant le premier trimestre de grossesse dans les contextes de crise et qui ont une expérience préalable en matière de soins de santé sexuelle et reproductive. Le programme fournit des informations élémentaires nécessaires à la prestation de soins et il inclut des ressources pour une étude approfondie. Ipas recommande la présence d'un maximum de 20 participants par atelier. Pour le module de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments uniquement, il est recommandé que 2 facilitateurs assurent la formation (1 pour 10 participants).

CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU/À LA FACILITATEUR/TRICE ET PRÉPARATION

EXIGENCES

Tous les facilitateurs/trices doivent remplir les critères suivants :

- Être un clinicien/ne compétent en évacuation utérine à l'aide de médicaments, capable de dispenser une formation sur tous les éléments du cours
- Suivre les directives cliniques suivantes
- Idéalement, avoir de l'expérience avec le programme de formation clinique d'Ipas
- Employer des méthodologies de formation efficace fondées sur les principes de l'apprentissage adulte
- Être des animateurs/trices et des facilitateurs/trices efficaces
- Avoir facilité de nombreuses formations sur l'évacuation utérine y compris les soins après avortement (SAA) à l'aide de médicaments
- Avoir une solide connaissance pratique du DMU de 2018 et du *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*

PRÉPARATION RECOMMANDÉE

Avant d'assurer le cours, il est suggéré aux facilitateurs/trices de :

- Examiner [Effective Training in Reproductive Health & Course Design and Delivery Reference Manual – d'Ipas](#).
- Examiner [Transformation des attitudes face à l'avortement: Trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire – Ipas](#).
- Examiner le [Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire publié en 2018 par l'IAWG](#).

Ces publications et d'autres peuvent être téléchargées via www.ipas.org/resources ou www.iawg.net ou en contactant training@ipas.org.

CONDITIONS PRÉALABLES REQUISES DES PARTICIPANTS

Les participants doivent au minimum :

- Montrer ce qu'ils savent de l'appareil reproducteur féminin
- Savoir comment noter l'historique médical et conduire un examen physique
- Précisément évaluer l'âge gestationnel au début d'une grossesse en utilisant un examen bimanuel
- Diagnostiquer avec précision un avortement incomplet
- Reconnaître et prendre en charge ou orienter les femmes pour le traitement des complications dues à un avortement incomplet
- Reconnaître les signes et les symptômes d'une grossesse ectopique

Les facilitateurs/trices doivent évaluer les connaissances et les compétences de chaque participant pour déterminer leurs compétences. Les pré-tests et les post-tests font office d'évaluations des connaissances. Les facilitateurs/trices peuvent utiliser les listes de contrôle des compétences pour évaluer la performance des participants pendant les jeux de rôle ou lors d'un stage pratique clinique. Ipas recommande qu'à la fin de la formation, les participants effectuent une évaluation finale pour faire part des commentaires en vue de futures formations. Si vous constatez un besoin en formation de base pour les clinicien/nes ayant une expérience limitée voire aucune par rapport à l'évacuation utérine, ou un besoin en clarification des valeurs sur l'offre de services d'avortement et de soins après avortement dans les contextes de crise :

- Conseiller à l'organisation des participants de planifier une formation élargie sur la clarification des valeurs, accessible en ligne via [Transformation des attitudes face à l'avortement: Trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire - Ipas](#).
- Contacter la Coordinatrice de la Training Partnership Initiative de l'IAWG en envoyant un email à info.iawg@wrcommission.org.



Note : Dans les contextes de crise, les cours de perfectionnement ont généralement lieu sur site. Veiller à apporter toutes les fournitures à la formation notamment les certificats, les exemplaires du cahier du participant ou les photocopiés et d'autres documents sous format papier ou sur une clé USB. Le site de S-CORTs de l'IAWG (www.iawg.net/scorts) propose des recommandations relatives à des ressources complémentaires à télécharger pour les participants. Apporter des copies papier des diapositives avec des notes pour votre usage et des feuilles de tableau à feuilles mobiles de réserve au cas où un projecteur ou l'électricité tomberaient en panne. Une approche flexible de la facilitation sera nécessaire pour vous permettre de vous adapter au contexte et aux besoins des participants.

CAHIER DU PARTICIPANT

Une des leçons tirées du pilotage de la série S-CORT est que les participants préféreraient que les supports leur soient transmis avant la formation pour qu'ils les étudient et se préparent au préalable.

Le *cahier du participant* comprend les supports concernés qui correspondent à chaque section de la formation et fournissent des éléments complémentaires. Ces supports doivent être transmis aux participants dès que possible, mais au moins 2-3 semaines avant la formation, sous format papier ou par voie électronique. De plus, les participants doivent être titulaires du certificat attestant qu'ils ont suivi *le Module d'apprentissage à distance du DMU pour la santé sexuelle et reproductive* (accessible via www.iawg.net/misp-dlm). Cela leur permettra d'avoir des bases avant la formation.

DESCRIPTION DU GUIDE DU FACILITATEUR

Ce guide comprend sept parties :

- Une introduction
- Cinq sessions
- Une évaluation du cours/session de clôture

Chaque session se concentre sur une composante de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments et comprend cinq éléments :

1. **Durée et méthodologie** : Une estimation de la durée nécessaire pour compléter cette session, ses composantes, et la méthodologie de formation utilisée
2. **Objectifs** : Il s'agit des objectifs d'apprentissage spécifiques que les participants doivent à atteindre d'ici la fin de chaque session
3. **Supports** : Les exemplaires des supports à distribuer aux participants et les grilles de correction pour les facilitateurs avec un code couleur et surlignées pour identifier les supports que vous devrez **imprimer, télécharger, ou rassembler**
4. **Préparation** : Ce sont les instructions concernant les informations ou les supports à préparer à l'avance
5. **Guide détaillé de la session** : Directives guidées sur la manière de faciliter l'apprentissage participatif interactif

Les facilitateurs/trices sont incités à adapter les sessions pour être en conformité avec les besoins et les objectifs locaux en termes de formation.

DOCUMENTATION ET CERTIFICATION

Les facilitateurs/trices doivent prendre note de la présence des participants, des résultats des pré-tests et post-tests, et décerner les certificats de fin de formation le cas échéant. Un exemple de certificat figure dans le kit de formation.

ÉVALUATION DES PARTICIPANTS

Les facilitateurs/trices doivent conduire un processus d'évaluation à la fin de chaque jour d'atelier pour évaluer les progrès et la satisfaction des participants par rapport aux sujets et activités. À la fin du cours, les participants doivent compléter l'évaluation finale pour faire part des commentaires en vue de futures formations.

PREPARATION DE LA FORMATION

Les facilitateurs/trices doivent passer en revue l'exemple de programme (Annexe 1), le plan de facilitation et les tableaux ci-dessous qui présentent le travail préparatoire à effectuer pour un cours réussi.

SUPPORTS DU COURS

Les supports écrits ou numériques et les ressources complémentaires de cette formation sont librement accessibles et peuvent être téléchargés via www.iawg.net/scorts. Avant le cours, il est recommandé de télécharger tous les supports et les ressources à utiliser pendant la formation, notamment tous les photocopiés et les diapositives de présentation. Les supports comprennent des textes et des fiches de poche pour aider les femmes à reconnaître les effets secondaires et les complications normaux et des exemples de certificat de fin de formation que les facilitateurs/trices peuvent personnaliser avec Microsoft Word. Ces supports peuvent être conservés sur une clé USB pour être utilisés pendant la formation et pendant qu'on est hors ligne. Les copies des supports peuvent être distribuées aux participants et à d'autres collègues qui sont intéressés.

LISTE DES SUPPORTS

Ci-dessous figure une liste complète des fournitures nécessaires pour une formation réussie. Chaque session précise quels sont les supports issus de cette liste qui doivent être imprimés, téléchargés, ou réunis pour la thématique traitée. Vérifier quelles fournitures sont déjà disponibles sur le site de la formation et s'organiser pour apporter les fournitures manquantes.

LISTE DE CONTRÔLE DES SUPPORTS DU COURS : ÉLÉMENTS A RASSEMBLER

Session	Matériel	Quantité	Acquis? (Oui/Non)
Toutes	Ordinateur portable	1	
Toutes	Projecteur	1	
Toutes	Copies du <i>Cahier du participant</i>	1 par participant	
Toutes	Papier de tableau à feuilles mobiles	2-3	
Toutes	Marqueurs, stylos ou crayons		
Toutes	Ruban adhésif		
1	Grande feuille de papier coloré (2-3 mètres) comportant différentes années notées en haut	2 - 3 mètres	
1	Demi-feuilles de papier coloré		
2	Ruban adhésif, morceau de ficelle ou ruban	2 - 3 mètres	
3	Exemples de méthodes contraceptives que les femmes sont autorisées à utiliser après une évacuation utérine		

LISTE DE CONTRÔLE DE LA PRÉPARATION : ÉLÉMENTS À TÉLÉCHARGER, IMPRIMER, ET PRÉPARER

Utiliser la liste de contrôle pour veiller à ce que tous les supports nécessaires soient préparés au cours des semaines qui précèdent la formation :

Session	Description	Terminé? (Oui/Non)
Tous	Examiner tous les supports et les adapter au contexte	
Tous	Faire des photocopies du Cahier du participant	
Tous	Rassembler, emballer et/ou expédier tous les supports	
Tous	Veiller à ce que l'espace et l'agencement du lieu de formation répondent aux besoins de la formation et de l'apprentissage	
1	Préparer un polycopié avec le programme de la formation , des informations détaillées sur les sessions, les sous-thèmes et les horaires	
1,7	Imprimer des copies des pré-tests et post-tests sur les connaissances	
1, 4, 6	Préparer les tableaux à feuilles mobiles	
2	Faire des recherches sur les lois et politiques actuelles sur l'avortement dans votre contexte et préparer une brève présentation (de 15 minutes ou moins) sur le sujet	
2	Mettre le texte de la loi en vigueur sur une diapositive PowerPoint, l'écrire sur une feuille de tableau à feuilles mobiles, ou préparer un polycopié	
2	Lire les sections suivantes du Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2018 : <ul style="list-style-type: none"> • Chapitre 8, « Soins complets d'avortement », Section 8.3.2 Recensement des besoins • Chapitre 8, « Soins complets d'avortement », Section 8.4 Considérations en matière de droits humains et de droit 	
2	Noter tous les éléments des lectures ci-dessus applicables à votre contexte de formation et partager ces informations avec les participants	
3	Organiser l'envoi ou le transport de la mifépristone, du misoprostol et des méthodes contraceptives pour garantir leur passage au niveau des douanes et surmonter d'autres obstacles éventuels à temps pour la formation	
3	Examiner les études de cas et veiller à ce qu'elles soient adaptées au cadre de la formation	
4	Télécharger les copies du <i>Pregnancy Dating and Labs Resource (p. 17)</i> du Clinical Practice Handbook de l'OMS² et les 4 supports IEC sur l'avortement médical : <ul style="list-style-type: none"> • Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières qui suivent les dernières règles : mifépristone et misoprostol placés à l'intérieur des joues • Prises des comprimés d'avortement pendant les 12 premières 12 semaines qui suivent les dernières règles : mifépristone et misoprostol placés sous la langue • Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : misoprostol placé à l'intérieur des joues • Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : misoprostol placé sous la langue 	
6	Connaître toutes les pratiques des établissements des participants en matière de suivi	
6	Se préparer avec des exemples de suivi pour les services d'avortement	
6	Examiner l'avortement médicamenteux et les calculatrices AMIU <ul style="list-style-type: none"> • Calculatrice avortement médicamenteux : https://www.ipas.org/supply-calculators/ma • Calculatrice AMIU : https://www.ipas.org/supply-calculators/mva/ 	
6	Connaître la Base de données sur l'avortement médicamenteux via www.medab.org avant la formation	
7	Noter les noms des participants sur les certificats de fin de formation	



Note : En 2022, Ipas a publié une série de vidéos sur les soins liés à l'avortement qui sont utiles pour cette formation. Les vidéos sont disponibles ici : <https://www.ipas.org/resource/abortion-care-videos/#abortion-care-videos-for-health-worker>

2. Ce manuel n'est pas disponible en version française. Vous pouvez choisir d'autres ressources pertinentes sur le sujet pour les besoins de cette formation.

NOTE : RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À PRENDRE EN CONSIDÉRATION AVANT ET APRÈS LA FORMATION

LOI SUR L'AVORTEMENT DANS LA RÉGION

Les lois sur l'avortement pouvant varier, il est important de connaître le contexte législatif et politique de la région où vous travaillez.

- Préparer des diapositives PowerPoint, un tableau à feuilles mobiles ou un photocopié qui expliquent les lois et politiques actuelles pouvant impacter l'offre de soins liés à l'avortement.
- Faciliter une brève discussion durant laquelle les participants peuvent réfléchir dans le cadre de différents scénarios.
- Plaider pour que les participants fournissent des services d'avortement dans les limites prévues par la loi.
- Examiner le *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, Révision 2018*, p. 153, p.163-166.

ADAPTER LA FORMATION POUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT

Il est possible que les femmes vivant dans des contextes de crise aient besoin de soins après avortement. Pour adapter la formation aux soins après avortement :

- Éviter l'utilisation des termes avortement et avortement provoqué. Utiliser plutôt les termes d'évacuation utérine, de traitement d'avortement incomplet et de soins après avortement.
- Se souvenir que les soins après avortement englobent le traitement des avortements spontanés et des complications liées à l'avortement provoqué (qui pourrait être administré par un professionnel de la santé, provoqué, ou forcé). Encourager les participants à utiliser un langage bienveillant et à dispenser des soins cliniques en douceur.
- Les femmes qui ont recours aux soins après avortement peuvent souffrir de complications cliniques comme les saignements abondants, les infections ou les lésions cervicales ou utérines. Encourager les participants à être plus sensibles à la situation d'une femme étant donné qu'outre le besoin de traitement suite à un avortement incomplet, il est possible qu'elle ressente des douleurs, une gêne et de la peur.

Les facilitateurs/trices ne doivent pas présenter des recommandations cliniques différentes sans préciser les directives actuelles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et d'Ipas telles qu'elles sont présentées dans ce programme. Toute déviation par rapport aux recommandations cliniques figurant dans ce guide, doit être clarifiée pour indiquer qu'elle n'est pas conforme aux normes de l'OMS et d'Ipas.

CARACTÉRISTIQUES D'UNE FORMATION EFFICACE³

Les recommandations suivantes sont nécessaires pour veiller au transfert efficace d'informations pendant l'apprentissage des adultes :

- Communiquer clairement le but de la formation aux facilitateurs/trices et aux apprenants.
- Dire précisément ce que les apprenants sont censé/es faire à la fin de la formation.
- Utiliser les méthodes de formation qui s'appuient sur les compétences et l'expérience des participants pour leur permettre de répondre aux objectifs. Présenter de nouvelles connaissances et compétences dans un contexte pertinent.
- Mobiliser activement les apprenants dans le cadre du processus.
- Utiliser une combinaison efficace de méthodes de formations pour répondre aux besoins des différents types d'apprentissage.
- Donner l'occasion aux apprenants de pratiquer l'application de nouvelles connaissances et compétences.
- Faire part aux apprenants de commentaires constructifs sur leur performance.
- Accorder suffisamment de temps aux apprenants pour répondre aux objectifs de la formation.
- Donner l'occasion aux facilitateurs/trices et aux apprenants d'évaluer le cours en évaluant dans quelle mesure les facilitateurs/trices et les apprenants ont répondu aux objectifs de la formation, et en acceptant des commentaires de la part des apprenants pour améliorer la formation.

ÉVALUATION DU SITE

Si possible, les facilitateurs doivent visiter le site avant le cours. Durant la visite du site, les facilitateurs/trices doivent évaluer les éléments suivants :

- Les protocoles de recrutement comme les liens de parrainage, la supervision clinique, les taux de roulement et les ressources de formation disponibles.
- L'accès à un projecteur et à l'électricité pour un ordinateur portable.
- Nombre de dossiers actuels et futurs pour les services d'évacuation utérine.
- Type d'établissement, niveau de formation, expérience du personnel en matière d'évacuation utérine à l'aide de médicaments et d'AMIU.
- Disponibilité de la mifépristone et/ou du misoprostol.
- Disponibilité des kits d'AMIU et mode de conditionnement et de conservation des instruments.
- Quels types de personnel pratiquent des évacuations utérines et offrent des services connexes comme l'évaluation des femmes, les conseils, les liens entre la planification familiale et la santé reproductive.
- Mode de suivi de la qualité des soins et systèmes de données en place (le cas échéant).

3. Adapté de Ipas. (2014). *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (Deuxième Edition)*, K.L. Turner & A. Huber (Eds.), Chapel Hill, NC: Ipas.

Travailler avec les responsables du site pour établir les éléments suivants à utiliser pendant la formation :

- Un plan de travail pour suivre la qualité des soins pour l'évacuation utérine et les services contraceptifs après avortement.
- Un plan de travail pour intégrer l'évacuation utérine dans le contexte de crise, assurer la durabilité (approvisionnement/rapprovisionnement) de la mifépristone et/ou du misoprostol, des instruments d'AMIU et fournitures connexes, et soutenir la formation en cours, le parrainage et la supervision facilitée si nécessaire.

ÉVALUER LES PARTICIPANTS

Il est important d'évaluer l'expérience des participants avant de finaliser le contenu des supports et de commencer la formation. Seuls les prestataires ayant une expérience en matière de soins de santé sexuelle et reproductive peuvent suivre cette formation.

SENSIBILITE ET FLEXIBILITE DANS UN CONTEXTE DE CRISE

La sensibilité et la flexibilité sont primordiales dans un contexte de crise. Lors de la planification de cette formation, garder les éléments suivants à l'esprit :

- Limiter le temps que les prestataires passent en dehors de leur lieu d'affectation. Cette difficulté peut être contournée en conduisant la formation dans l'établissement, si possible.
- Être sensible aux longues heures et doubles vacations pendant lesquelles les agents de santé peuvent travailler.
- Se souvenir que certains participants peuvent avoir des temps de trajet longs ou avoir des priorités concurrentes à la maison qui peuvent les empêcher de lire ou effectuer ou d'autres tâches à l'avance.
- Se préparer à ce que les participants aient un éventail de capacités et d'expériences - certains participants peuvent se retrouver dans un contexte qui est nouveau pour eux.
- Les personnes qui assistent à la formation peuvent être des infirmières, des sages-femmes, des médecins ou des responsables cliniques.
- Être sensible aux besoins émotionnels des prestataires de soins/participants dans un contexte de crise.
- Certains prestataires peuvent avoir de l'expérience en matière d'utilisation de mifépristone et/ou de misoprostol ou de l'AMIU pour l'évacuation utérine mais ne pas en avoir dans le contexte de crise avec des ressources limitées et dans une structure différente.

COMMENTAIRES À PROPOS DES SUPPORTS DE FORMATION

La Training Partnership Initiative de l'IAWG souhaite avoir votre point de vue. Veuillez faire part de vos questions et de vos commentaires à info.iawg@wrcommission.org concernant les supports de formation et leur utilisation dans votre contexte.

Leçons apprises de la formation sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments et sur l'AMIU en République démocratique du Congo, au Niger et Ouganda

Résumé des recommandations pour améliorer le continuum de renforcement des capacités

Lors des premiers déploiements de ce module de formation, les leçons et recommandations suivantes ont été apprises auprès des facilitateurs/trices, participants et organisateurs :

Préparation de l'atelier par le/la coordinateur/coordinatrice du programme

- La formation doit avoir lieu le plus tôt possible par exemple, pendant la période qui suit la phase aiguë d'une crise ;
- Avoir les bons participants est essentiel pour la réussite d'une formation. Les participants de cette formation doivent être des prestataires de service qui ont déjà été exposés à une évacuation utérine et ont besoin d'un cours de perfectionnement ;
- Les établissements de santé où les participants travaillent doivent garantir la disponibilité durable de médicaments, de seringues pour l'aspiration manuelle intra-utérine, et de supports et fournitures requis pour offrir des services aux clientes après la formation ;
- Les organisateurs doivent partager des supports à lire aux participants au moins une semaine à l'avance ;
- Préparer des classeurs de formation contenant le manuel de l'apprenant, les outils d'évaluation et les listes de contrôle, pour rationaliser la manière dont les photocopiés et les supports d'appui sont partagés ;
- Se coordonner avec la (les) clinique (s) où la pratique aura lieu pour s'assurer que les clientes soient disponibles le jour de la pratique.

Pendant l'atelier, les facilitateurs/trices doivent prévoir suffisamment de temps pour couvrir les sessions suivantes :

- Discussion pratique sur la manière de mieux intégrer l'évacuation utérine au sein des services des établissements de santé et suivre la pratique ;
- Traitement médicamenteux ;
- Examen de la contraception post-intervention ;
- Comment utiliser et compléter les listes de contrôle des compétences, y compris un plan pour la pratique régulière des compétences parmi les prestataires, à l'aide des listes de contrôle.

Après l'atelier, les responsables de programme doivent :

- Organiser des visites de supervision de soutien des prestataires de service pour accélérer le transfert de compétences des sites de formation aux sites cliniques ;
- Si nécessaire, faciliter l'assistance technique à distance des facilitateurs/trices à l'aide d'un téléphone mobile ou par une vidéoconférence.⁴

4. Tran, Nguyen Toan, Alison Greer, Talemoh Dah, Bibiche Malilo, Bergson Kakule, Thérèse Faila Morisho, Douglass Kambale Asifiwe, et al. « Strengthening Healthcare Providers' Capacity for Safe Abortion and Post-Abortion Care Services in Humanitarian Settings: Lessons Learned from the Clinical Outreach Refresher Training Model (S-CORT) in Uganda, Nigeria, and the Democratic Republic of Congo. » En pré-impression. *Conflict and Health* 15, no. 1 (April 6, 2021): 20. doi.org/10.1186/s13031-021-00344-x.

Durée :
45 minutes

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Se connaîtront les uns et les autres, se seront familiarisés avec l'aperçu et les objectifs de la formation.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 15 minutes : Entrée en matière/présentations
- 15 minutes : Discussion de groupe : Règles de base, attentes et programme
- 15 minutes : Évaluation des connaissances*



*Note : Les participants peuvent commencer l'évaluation de connaissances pendant l'inscription et la terminer pendant cette session pour gagner du temps.

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Préparer du papier de tableau à feuilles mobiles avec le *programme de la formation* et l'emploi du temps, et des feuilles blanches de tableau à feuilles mobiles
- Préparer un polycopié avec le *programme de la formation*, des informations détaillées sur les sessions, les sous-thèmes et l'emploi du temps
- Préparer des petites feuilles de papier sur lesquelles figurent des numéros, une pour chaque participant

IMPRIMER :

Les polycopiés, un par participant :

- Programme de la formation*
- Pré-test*

Cahier du participant :

- Objectifs de la formation*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 1 à 5

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobiles
- Grande feuille de papier coloré (2-3 mètres) comportant différentes années notées en haut
- Demi-feuilles de papier coloré
- Marqueurs, stylos ou crayons
- Ruban adhésif

GUIDE DETAILLE DE LA SESSION

PRESENTATION/ENTREE EN MATIERE

Saluer les participants chaleureusement. « Bienvenus à cette formation sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments dans les contextes de crise. Cette formation est destinée aux prestataires de soins qui ont des connaissances sur les soins de santé sexuelle et reproductive et qui peuvent avoir de l'expérience ou non en matière d'évacuation utérine ou avec d'utilisation de la mifépristone et/ou du misoprostol. »

Se présenter et **évoquer** brièvement vos qualifications. **Préciser** que vous attachez une grande importance à l'offre de soins cliniques de qualité aux femmes pour l'évacuation utérine et que vous êtes ravi/e de travailler avec le groupe. **Remercier** les participants de leur présence en dépit de leur emploi du temps chargé, de l'usure et des circonstances difficiles. **Présenter** l'activité comme étant une occasion d'apprendre à mieux se connaître et découvrir où le groupe se situe dans le contexte du travail humanitaire. Si ce n'est pas déjà le cas, **afficher** la chronologie sur le mur de sorte que tous les participants puissent le voir.

Demander à chacun de repenser au moment où ils/elles ont rejoint l'organisation ou commencer le travail lié aux crises humanitaires, le cas échéant. **Demander** à chaque personne de prendre une demi-page de papier coloré et de **dessiner** un symbole ou une image ou d'**écrire** un mot qui incarne la manière dont ils/elles se sont impliqués dans ce travail ou avec cette organisation. **Donner** un exemple : « Je pourrais dessiner l'image du chapeau d'infirmière car je travaillais comme infirmière dans un centre de santé pour femmes quand on m'a demandé de rejoindre ce projet » ou « je pourrais dessiner un journal parce que lorsque j'ai lu un article sur une situation particulière dans ce journal, ça m'a donné envie d'aider. » **Insistez** sur l'idée qu'il ne s'agit pas de savoir bien dessiner ou non. Les participants peuvent utiliser des autocollants ou noter des mots s'ils préfèrent. **Demander** à chaque apprenant de **noter** son prénom et la première lettre de son nom de famille sur la feuille. **Leur accorder** trois minutes pour ce travail individuel, ensuite **concentrer** l'attention sur le groupe dans son ensemble.

Demander aux personnes qui ont rejoint l'organisation ou qui ont commencé le travail dans un contexte de crise au cours de l'année écoulée de venir près du calendrier. **Demander** aux personnes de **dire** leur nom, de préciser leur fonction dans l'organisation/sur le terrain et d'expliquer en une phrase comment elles ont été impliquées/ce qu'elles ont noté sur leur feuille de papier. **Demander** aux personnes en question de **coller** leur feuille sur la chronologie sous l'année concernée.

Répéter ce processus pour ceux et celles qui ont commencé au cours des cinq et dix ans précédents, et ainsi de suite. S'il s'agit d'un grand groupe, **encourager** les participants à être brefs.

Résumer l'activité en soulignant l'importance de l'expérience collective dans cette salle. Ceux et celles qui travaillent avec leur organisation ou sont impliqués dans le travail de crise depuis

longtemps, ont eu une mémoire et une expérience institutionnelles conséquentes ; les autres ont commencé plus récemment et apportent une perspective et une énergie nouvelle. Les autres qui ont commencé plus récemment, apportent une nouvelle perspective et énergie. Toutes les organisations et tous les domaines ont besoin de l'expérience de ceux et celles qui sont présents depuis un certain temps et de ceux et celles qui ont un point de vue nouveau.

GROUPE DE DISCUSSION : RÈGLES DE BASE, ATTENTES ET PROGRAMME

Demander aux participants ce qu'ils attendent de cette formation et **noter** leurs attentes sur un tableau à feuilles mobiles intitulé « Attentes par rapport à la formation. »

Affichez le tableau à feuilles mobiles intitulé « Programme de la formation » sur le mur et examiner l'emploi du temps. Se référer au programme tout au long de la formation pour ne pas s'éloigner du sujet et respecter l'emploi du temps. **Orienter** vers le polycopié : *Programme de la formation.*

Revenir sur les attentes du participant affichées sur le mur et **entourez** ce qui sera traité pendant la formation et ce qui devra être traité séparément. **Garder** la liste pour l'**examiner** avec les participants à la fin de la formation afin de **veiller** à ce que les attentes réalistes aient été concrétisées.

Montrez la diapositive 4 : Objectifs de la formation.



Note : Il s'agit des objectifs généraux du cours. Les objectifs plus détaillés de chaque session seront passés en revue au début de chaque session. Demander aux participants de lire les objectifs à haute voix, chacun leur tour

Dire aux participants où se trouvent les toilettes et les encourager à quitter la salle de formation calmement si nécessaire. **Préciser** qu'il y aura des pauses le matin et l'après-midi et qu'il y aura une pause-déjeuner et indiquer le lieu. **Noter** toute information pertinente concernant la sécurité comme les zones sécurisées et les téléphones disponibles.



Note : Envisager la création d'un groupe WhatsApp ou une plateforme similaire pour communiquer avec l'ensemble des participants. Cela vous aidera à partager des informations importantes sur la formation et la sécurité.

Afficher une feuille blanche de tableau à feuilles mobiles et **dessiner** une fleur en haut. **Expliquer** que pendant le cours, toutes les questions qui ne peuvent pas être abordées à ce moment-là ne seront placées dans le « jardin » où elles peuvent se développer. Pendant toute la durée du cours, le/la facilitateur/trice se référera à ces questions et les traitera quand cela sera le plus indiqué.

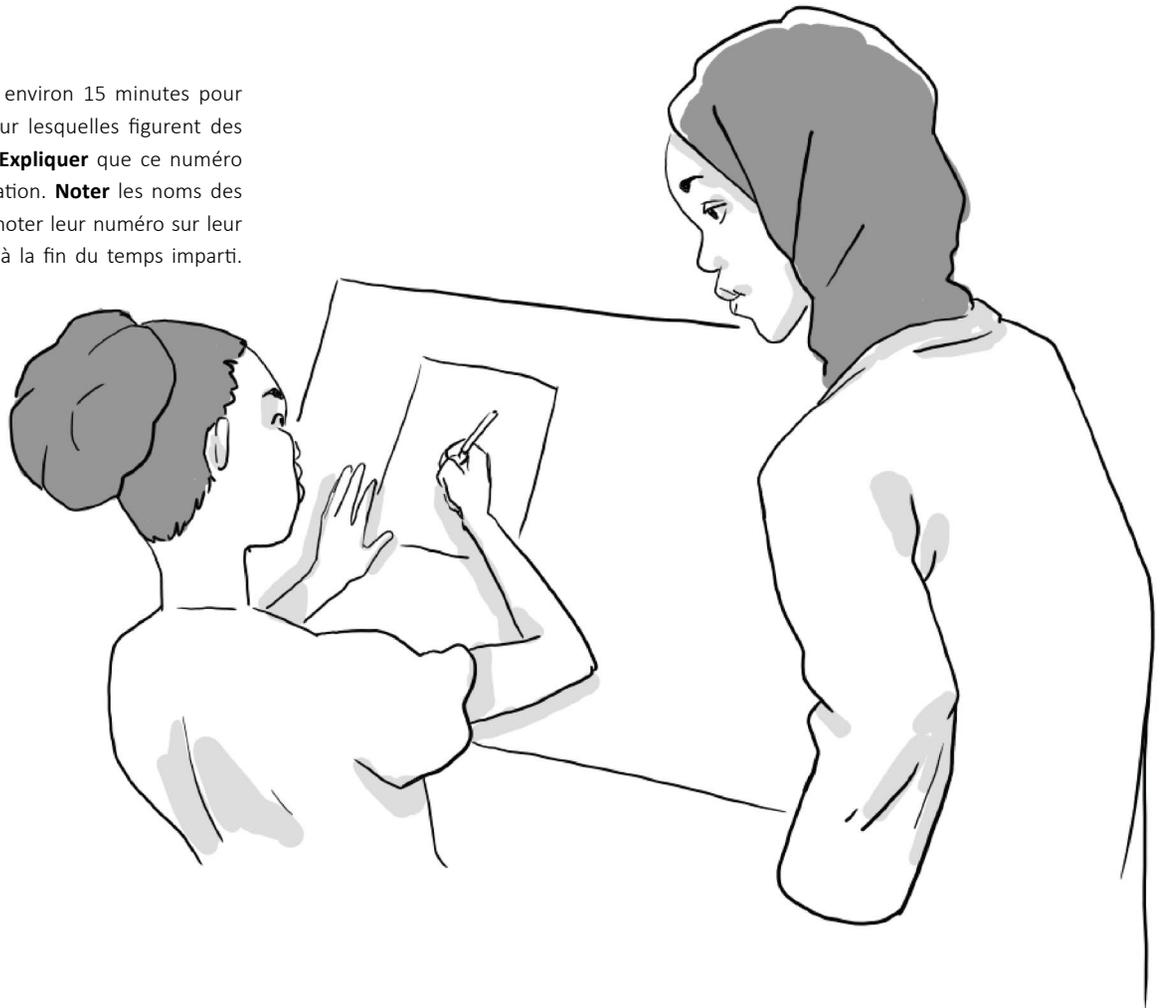
Afficher une feuille de tableau à feuilles mobiles blanche intitulée « Règles de base. » **Expliquer** que les règles de base ont fait l'objet d'un consensus pour aider le groupe à travailler ensemble, créer un environnement d'apprentissage sûr et respectueux, et accomplir les tâches de manière efficace. **Demander** aux participants de suggérer des règles de base. Parmi les éventuelles règles de base figurent la participation, l'écoute respectueuse, la prise de parole d'une personne à la fois, le fait d'éteindre les téléphones portables et les bipers et maintenir la confidentialité. **Écrire** leurs suggestions sur le tableau à feuilles mobiles.

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES



Note : Pour gagner du temps, vous pouvez distribuer le pré-test pendant l'inscription. Les participants peuvent commencer à répondre aux questions et terminer une fois que les activités ci-dessus seront achevées.

Distribuez le photocopié du pré-test. **Dire** que les participants ont environ 15 minutes pour répondre aux questions. **Préparer** des petites feuilles de papier sur lesquelles figurent des numéros. **Demander** à chaque participant de choisir un numéro. **Expliquer** que ce numéro sera utilisé pour les tests et d'autres évaluations pendant la formation. **Noter** les noms des participants et les numéros, ensuite **demander** aux participants de noter leur numéro sur leur test. **Accorder** 15 minutes pour effectuer les tests et les ramasser à la fin du temps imparti. Cela permet de donner des résultats de manière anonyme.



Durée :
60 minutes (1 heure)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Expliquer pourquoi l'évacuation utérine est une composante essentielle des services de santé reproductive dans les contextes de crise.
- S'exprimer avec aisance pour parler de, plaider pour et pratiquer des évacuations utérines.
- Expliquer la législation locale en vigueur sur l'avortement et le lien entre cette loi et les services fournis et l'approche en matière de prestation de ces services.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 15 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe
- 30 minutes : Activité sur la clarification des valeurs : Franchir la ligne
- 15 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et études de cas

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Loi sur l'avortement*
- Référence au DMU*

TÉLÉCHARGER :

Référence :

- Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, 2018*

Présentation :

- Diapositives 6 à 17

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Tableau à feuilles mobiles et marqueurs
- Ruban adhésif ou un morceau de ficelle ou ruban coloré, environ 2-3 mètres de long
- Marqueurs, stylos ou crayons
- Ruban adhésif

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Faire des recherches sur les lois et politiques en vigueur sur l'avortement dans votre contexte et préparer une brève présentation (de 15 minutes ou moins) sur le sujet
- Mettre le texte de la loi en vigueur sur une diapositive PowerPoint, l'écrire sur une feuille de tableau à feuilles mobiles, ou préparer un photocopie
- Lire les sections suivantes du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire de 2018* :
 - Chapitre 8 Soins complets d'avortement, Section 8.3.2 Recensement des besoins (p.151)
 - Chapitre 8 Soins complets d'avortement, Section 8.4 Considérations en matière de droits humains et de droit (p.158)
- Noter tous les éléments ci-dessus, applicables à votre contexte de formation et partager ces informations avec les participants
- Utiliser un long morceau de ruban adhésif ou de ficelle, tracer une ligne sur le sol au milieu d'une zone suffisamment grande pour réunir tous les participants et leur permettre de se déplacer dans la salle.
- Examiner et adapter *Les énoncés relatifs à l'activité « Franchir la ligne »*, si nécessaire

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Évoquer les diapositives 8-11 : *L'évacuation utérine est une composante essentielle de la santé reproductive dans les contextes de crise.* En montrant la diapositive 8, **écrire** les nombres suivants sur une feuille blanche de **tableau à feuilles mobiles** :

- 5
- 25 100 000
- 8%
- 99%
- 55 700 000
- 193 000

Animer une discussion. **Poser** les questions suivantes aux participants :

Demander : Combien de grossesses se terminent par un avortement ?

→ **Entourer** 55 700 000 sur le **tableau à feuilles mobiles**. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, 55,7 millions d'avortements ont été pratiqués chaque année entre 2010 et 2014.

Demander : Combien d'avortements sont pratiqués chaque année et sont considérés comme étant à risques selon la définition de l'Organisation mondiale de la Santé ?

→ **Entourer** 25 100 000 sur le **tableau à feuilles mobiles**. À travers le monde, environ 25,1 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués chaque année, 45% de l'ensemble des avortements sont à risques. Cela signifie que les avortements sont pratiqués par des personnes qui manquent des compétences nécessaires ou dans un environnement dépourvu des normes médicales minimum, ou les deux.⁵

Dessiner un cercle. **Demander** : Quel est le pourcentage de morts maternelles causées par des avortements non sécurisés ?

→ **Entourer** 8%. **Dessiner**, mais ne remplissez pas, 8% dans le cercle qui figure sur le **tableau à feuilles mobiles**. Les avortements non sécurisés représentent 8% des morts maternelles dans le monde ; ils constituent la 5^e cause principale de mortalité maternelle.⁶

Demander : Combien (quel pourcentage) d'avortements parmi ces 8% ont lieu dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, d'après vous ?

→ **Remplir** la part correspondant à 8%, en laissant un petit fragment non rempli.

Dessiner une flèche partant des 8% du cercle vers les 99% représentés sur le

tableau à feuilles mobiles. **Dire** 99% des morts maternelles liées à l'avortement surviennent dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire

Montrer la diapositive 9 : *Rendre la grossesse plus sûre*. **Expliquer** que les grossesses plus sûres incluent la prestation et l'orientation vers des services d'avortements sécurisés dans les limites prévues par la loi. Cela inclut la prise en charge en temps voulu et adaptée des avortements à risques et spontanés pour toutes les femmes.

Demander : Pourquoi les femmes et les jeunes filles pourraient-elles être plus exposées à une grossesse non désirée et aux avortements à risques ? **Écrire** les réponses sur le **tableau à feuilles mobiles**. Veiller à ce que cela inclut :

- Il est possible que les femmes aient perdu ou aient terminé leurs méthodes contraceptives pendant le déplacement.
- Il est possible que les familles veuillent retarder leur grossesse jusqu'à ce que la sécurité et les moyens de subsistance soient assurés, mais qu'elles n'aient pas accès aux contraceptifs en raison des perturbations subies par les services de santé.
- Le viol et d'autres formes de violence sexuelle sont souvent documentés dans les zones de conflit.

Expliquer aux participants qu'en 2003, l'Organisation mondiale de la Santé a publié des directives techniques et politiques pour renforcer les capacités des systèmes de santé en matière de soins liés à l'avortement sans risques et aux soins après avortement (SAA). Ces directives ont été mises à jour et de nouveau publiées en 2012.⁷ En 2014, l'Organisation mondiale de la Santé a publié des directives pour la pratique clinique d'avortement,⁸ et en 2018, elle a publié de nouvelles directives sur la prise en charge médicale de l'avortement.⁹ En 2022, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices sur l'avortement, qui ont mis à jour et remplacé les directives susmentionnées.

Sur la feuille de **tableau à feuilles mobiles** écrire « SAA » et le numéro « 5 ». Demander aux participants de lever la main s'ils connaissent le terme SAA. Demander à un volontaire de l'expliquer. Expliquer que les soins après avortement sont une stratégie mondiale ayant pour but de réduire le nombre de décès et de souffrances causées par les complications liées aux avortements à risques et spontanés. Demander aux participants s'ils savent en quoi le nombre cinq (5) est lié aux SAA. Leur dire que les soins après avortement comportent cinq composantes.¹⁰

Montrez les diapositives 10-11 : *Éléments des SAA*. **Demander** aux participants de lever la main s'ils connaissent le terme « SAA ». **Demander** à un volontaire de donner une explication. **Expliquez** que les SCA sont l'abréviation des soins complets d'avortement. Ils incluent tous les éléments de SCA outre l'avortement provoqué sécurisé pour tous les cas autorisés par la loi.

5. Ganatra, B., Gerds, C., Rossier, C., Johnson Jr, B.R., Tuncalp, O., Assifi, A., ... Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortion safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchy. *Lancet*, 390, 2372-81.

6. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tuncalp, O., Moller, A., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *Lancet Global Health*, 2, e323-33.

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

8. Organisation mondiale de la Santé. (2014). Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Genève : OMS.

9. Organisation mondiale de la Santé. (2018). Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement. Genève : OMS.

10. Corbett, M., & Turner, K. (2003). Essential elements of postabortion care: Origins, evolution and future directions. *International Family Planning Perspectives*, 29(3), 106-11.

Entourer 193 000 sur le tableau à feuilles mobiles. **Expliquer** aux participants que l'ajout de l'avortement sans risques aux soins de santé sexuelle et reproductive peut améliorer la santé physique et mentale de près de 25,1 millions de femmes chaque année et sauver les vies de 193 000 femmes chaque année. Maintenant, **écrire** : $SAA + SCA = \downarrow$ morts maternelles. **Expliquer** que les SAA et les SCA contribuent à la réduction des morts maternelles.

ACTIVITÉ SUR LA CLARIFICATION DES VALEURS : FRANCHIR LA LIGNE

Présenter l'activité intitulée « Franchir la ligne ». **Expliquer** que cette activité suppose que les participants réfléchissent sur leurs points de vue à propos de l'avortement et la manière dont la stigmatisation influence les opinions individuelles et sociétales sur l'avortement.

Demander à tous les participants de se mettre du même côté de la ligne. **Expliquer** que vous allez lire une série d'énoncés. Si les énoncés s'appliquent à leurs expériences ou croyances, ils doivent **passer** d'un côté de la ligne. Les participants doivent se tenir d'un côté de la ligne ou de l'autre ; il n'y a pas de position intermédiaire. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Lire un énoncé facile à pratiquer, comme « Franchissez la ligne si vous avez mangé un fruit au petit-déjeuner ce matin. » Une fois que des personnes ont franchi la ligne, **donner** la possibilité aux participants d'observer qui a franchi la ligne et qui ne l'a pas fait. **Les remercier** et leur demander de tous retourner vers un côté.

Lire le premier énoncé de *Franchir la ligne*. Une fois que des personnes ont franchi la ligne, **donner** la possibilité aux participants d'observer qui a franchi la ligne et qui ne l'a pas fait. **Inviter** les participants à observer ce qu'on ressent par rapport à la position dans laquelle on se trouve.

Demander à quelqu'un qui a franchi la ligne et à quelqu'un qui ne l'a pas fait de brièvement, d'**expliquer** sa réponse à l'énoncé. Si une personne est la seule à avoir franchi la ligne ou non, **lui demander** ce qu'elle a ressenti. **L'inviter** à retourner de l'autre côté de la ligne.

Répéter l'exercice pour les énoncés suivants. Après avoir lu tous les énoncés, **demander** aux participants de regagner leur place. **Discuter** de l'expérience. Parmi les questions, pourraient figurer les questions suivantes :

- Qu'avez-vous ressenti par rapport à cette activité ?
- Qu'avez-vous appris de vos propres opinions et de celles des autres concernant l'avortement ?
- Avez-vous été tenté à certains moments, d'aller dans le sens de la majorité ? Avez-vous bougé ou non ? Qu'avez-vous ressenti ?
- Qu'avez-vous appris de cette activité ?
- Que nous dit cette activité à propos de la stigmatisation par rapport à l'avortement ?
- Comment la stigmatisation pourrait-elle affecter l'expérience par rapport à l'avortement sur le plan émotionnel ? Comment cela affecterait-il les membres de la famille ?
- Comment la stigmatisation pourrait-elle impacter l'expérience des agents de santé et les prestataires qui travaillent dans les soins liés à l'avortement ?

Débriefer surtout le dernier énoncé. Si tout le monde au sein du groupe a franchi la ligne, **discuter** de ce point commun. Si tout le monde n'a pas franchi la ligne, discuter de la manière dont les différentes opinions ont un impact sur les soins liés à l'avortement et le climat social général concernant l'avortement dans ce contexte.

ÉNONCÉS DE FRANCHIR LA LIGNE POUR LES FACILITATEURS/TRICES

Dire : Traversez la ligne si :

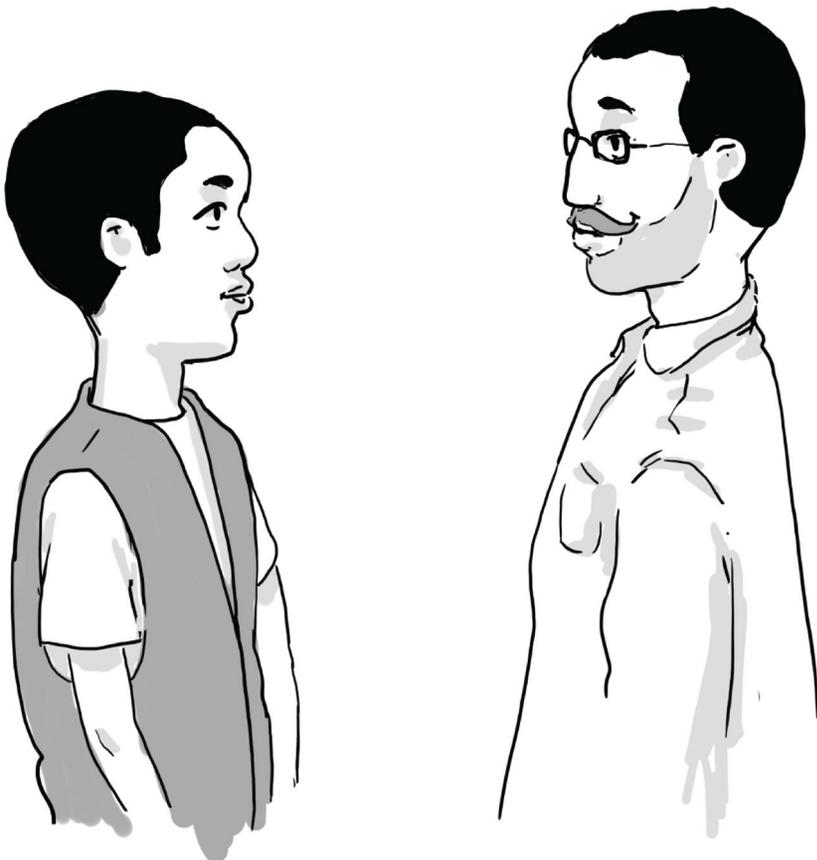
1. On vous a inculqué l'idée que l'avortement ne doit pas être abordé ouvertement.
2. À certain moment de votre vie, vous croyiez que l'avortement est une mauvaise chose.
3. Vous avez déjà évité le sujet de l'avortement pour éviter d'être en conflit avec les autres.
4. On vous a inculqué l'idée que l'avortement est un droit de la femme.
5. On vous a demandé de garder le secret de l'avortement d'une femme.
6. Vous vous êtes senti mal à l'aise pour parler de l'avortement.
7. Vous avez déjà entendu un/e homme/femme politique parler de façon péjorative des femmes qui ont subi des avortements.
8. Vous avez déjà entendu un/e ami ou membre de votre famille parler de façon péjorative des femmes qui ont subi des avortements.
9. Vous ou un de vos proches a subi un avortement.
10. Vous êtes à l'aise avec le fait que des services d'évacuation utérine soient fournis dans votre établissement.
11. Vous êtes à l'aise pour parler d'évacuation utérine avec vos collègues au travail.
12. Vous êtes à l'aise pour parler d'évacuation utérine en dehors de votre travail.
13. Vous êtes à l'aise pour pratiquer (ou apporter votre aide si vous n'êtes pas autorisé à l'assurer) une évacuation utérine.
14. Vous êtes à l'aise par rapport au recours à l'évacuation utérine pour soigner un avortement incomplet spontané.
15. Vous êtes à l'aise par rapport au recours à l'évacuation utérine pour soigner un avortement incomplet spontané chez une femme qui a provoqué son propre avortement.
16. Vous êtes à l'aise par rapport aux adolescentes et aux jeunes femmes qui souhaitent avoir recours à une évacuation utérine.
17. Vous pensez que les femmes non mariées doivent obtenir une méthode contraceptive après une évacuation utérine si elles le souhaitent.
18. Vous êtes à l'aise pour plaider en faveur de l'accès des femmes à l'avortement sans risques.
19. Vous pensez que toutes les femmes méritent d'avoir accès à des services d'avortements sans risques de haute qualité

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/FACILITATRICE ET ETUDES DE CAS

Présenter les diapositives 13-16 : *Lois et politiques sur l'avortement* en utilisant les notes de la diapositive.

Montrez la diapositive 17 : *Étude de cas*. **Lire** les trois scénarios à haute voix. **Faciliter** une discussion sur la manière dont chaque femme peut être traitée dans les limites de la loi. Si le temps le permet, **répartir** les participants au sein de petits groupes pour **discuter**. **Désigner** une personne de chaque groupe pour faire un compte-rendu sur les points clés au grand groupe, ensuite faciliter une discussion en grand groupe. Les recommandations et les stratégies varieront en fonction de chaque contexte.

Veiller à **aborder** les situations dans lesquelles l'avortement sécurisé peut être légal en dépit de conditions complémentaires concernant le consentement, les conseils et la période durant laquelle il est autorisé. Passer attentivement en revue toutes les conditions. N'hésitez pas à **créer** des scénarios qui abordent le mieux les complexités et/ou représentent les difficultés physiques, sociales et émotionnelles dans votre contexte.



SCÉNARIOS DES ÉTUDES DE CAS

Scénario 1 : Une femme de 16 ans se présente au centre médical. Cela fait dix semaines qu'elle a eu ses dernières règles. Une taille utérine de dix semaines est confirmée par un examen bimanuel. Elle est seule et ne veut pas que sa famille qui vit à l'étroit dans le contexte de crise, sache qu'elle est enceinte. Ils vivent dans ce campement depuis plus de six mois. Elle prétend avoir été forcée à avoir des rapports sexuels sur le chemin de la salle de bain il y a environ trois mois, et que ses règles ont été interrompues et elle a commencé à vomir abondamment. Elle craint d'être battue si on découvre sa grossesse.

Scénario 2 : Une femme de 25 ans se présente au centre médical en suppliant que son utérus soit vidé. Cela fait neuf semaines qu'elle a eu ses dernières règles. Un examen bimanuel est pratiqué pour confirmer l'âge gestationnel. Elle est accompagnée de ses quatre enfants mal nourris. Son mari a été capturé par des forces ennemies et il est porté disparu depuis plus d'un mois. Elle n'a pas les moyens de subvenir à ses propres besoins ou à ceux de ses enfants. Elle prétend que si le centre médical ne l'aide pas, elle devra faire quelque chose elle-même car elle sait qu'elle ne peut pas subvenir aux besoins d'un autre enfant. Son dernier accouchement a été très difficile et elle a subi des complications. Elle craint de ne pas pouvoir survivre à l'accouchement dans ces conditions. Elle est la seule personne dont ses enfants peuvent dépendre.

Scénario 3 : Une travailleuse humanitaire de 28 ans se présente avec une grossesse de huit semaines, confirmée par un examen bimanuel. Elle est très calme, tendue et triste. Elle dit que sa grossesse n'était pas désirée. Elle veut rester dans le campement pendant une année de plus, et continuer à travailler pour améliorer les conditions. Elle dit qu'elle n'a pas l'intention de devenir mère dans de telles circonstances.

Durée :

90 minutes (1 heure 30)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Décrire les diverses options d'évacuation utérine et d'expliquer pourquoi l'AMIU, la mifépristone et le misoprostol sont particulièrement utiles dans les contextes de crise.
- Décrire la sécurité, l'efficacité et les éventuelles complications de l'évacuation utérine par aspiration, de la prise de la mifépristone et du misoprostol.
- Expliquer l'importance de l'évacuation utérine par l'aspiration manuelle en appui de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments.
- Discuter de l'éligibilité médicale de certaines méthodes de contraception après l'avortement y compris la contraception d'urgence.
- Prodiguer des conseils en matière d'options relatives aux méthodes d'évacuation utérine et de contraception pour les femmes qui souhaitent une évacuation utérine.
- Obtenir un consentement éclairé avant l'évacuation utérine.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 20 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe
- 30 minutes : Travail en petit groupe : Études de cas
- 20 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe
- 20 minutes : Étude de cas : Autres considérations particulières

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Organiser l'envoi ou le transport de la mifépristone, du misoprostol et des méthodes contraceptives pour veiller à ce qu'elles passent les douanes et surmontent d'autres obstacles éventuels à temps pour la formation
- Examiner les études de cas et veiller à ce qu'elles soient adaptées au cadre de la formation

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Tableau sur les options de traitement par l'évacuation utérine*
- Tableau sur les avantages et inconvénients de l'intervention médicale en comparaison avec l'aspiration manuelle*
- Études de cas sur les conseils sur les options en matière de méthodes d'évacuation utérine*
- Recevabilité médicale pour la contraception après avortement*
- Liste de contrôle sur les conseils relatifs à la contraception*
- Considérations particulières en matière de conseils sur la contraception*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 18 à 65

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Exemples de méthodes contraceptives approuvées pour leur utilisation après une évacuation utérine
- Papier de tableau à feuilles mobiles
- Marqueurs, stylos ou crayons
- Ruban adhésif

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Montrer les diapositives 18-43 et **insister** sur les notes et les activités figurant ci-dessous concernant les options en matière de méthodes d'évacuation utérine.

S'arrêter sur la diapositive 32 : *Complications éventuelles de l'AMIU*, et **lire** les paragraphes suivants à haute voix :

[1] Comme avec toute évacuation utérine, une ou plusieurs des complications suivantes peuvent survenir pendant ou après l'intervention: réaction vagale, évacuation incomplète, lésions ou perforations utérines ou du col de l'utérus, infection pelvienne, hémorragie ou hématométrie aiguë. Des complications graves comme les saignements nécessitant une transfusion ou une lésion utérine requérant une réparation chirurgicale, sont très rares et ne surviennent que dans 1% des cas. Néanmoins, lorsqu'elles surviennent, certaines complications peuvent conduire à une stérilité secondaire, à de graves blessures ou à la mort.

[2] Avant de pratiquer une évacuation utérine, toute maladie grave doit être traitée immédiatement. Il s'agit: du choc, des hémorragies, d'infections pelviennes graves, de septicémie, de perforation ou de blessure abdominale qui peuvent survenir suite à des avortements incomplets ou clandestins.

[3] Cependant, l'évacuation utérine est souvent une composante importante de la prise en charge définitive dans ces cas. Une fois que la femme est stabilisée, l'intervention ne doit pas être retardée. Les antécédents de dyscrasie sanguine peuvent être un facteur à prendre en compte dans les soins administrés à la femme. L'évacuation utérine ne doit pas être pratiquée jusqu'à ce que la taille et la position de l'utérus et du col de l'utérus aient été déterminées. En présence de gros fibromes ou d'anomalies utérines, il est difficile de déterminer la taille de l'utérus et de pratiquer des interventions intra-utérines, notamment l'AMIU.

En montrant la diapositive 35 : *Applications cliniques de la mifépristone (associée au misoprostol)*, **afficher** une feuille blanche de tableau à feuilles mobiles. **Demander** : dans certains cas, les femmes peuvent préférer de méthodes médicamenteuses pour l'évacuation utérine, si possible. D'après vous, pourquoi certaines femmes peuvent préférer les méthodes médicamenteuses à l'aspiration manuelle? **Noter** les réponses sur une feuille de tableau à feuilles mobiles.

Montrer les diapositives 36-39 et discuter en vous servant des instructions figurant dans la présentation. En montrant la diapositive 40 : *Complications éventuelles des méthodes médicamenteuses*, **afficher** une feuille blanche de tableau à feuilles mobiles. **Demander** : Quelles sont les complications éventuelles de l'évacuation utérine à l'aide de méthodes médicamenteuses ?

Noter les réponses sur le tableau à feuilles mobiles. Les réponses doivent inclure :

- Échec des médicaments pour l'évacuation notamment le faible risque de malformation fœtale en cas de poursuite de la grossesse après l'utilisation du misoprostol
- Saignements/hémorragies prolongés ou abondants
- Infection
- Allergie
- Besoin éventuel d'aspiration manuelle

Les participants peuvent répondre en citant les effets attendus ou les effets secondaires du misoprostol comme les douleurs/crampes, nausées/vomissements, la fièvre/les frissons ou la diarrhée. **Préciser** qu'il s'agit des effets attendus du traitement par le misoprostol et qu'il faut en discuter avec les femmes avant son utilisation. **Informer** les participants que le traitement des complications et les conseils à prodiguer aux femmes pour gérer les effets attendus et les effets secondaires seront abordés dans la section suivante.

Passer en revue les diapositives 42-43 sur les conseils sur les options en matière d'évacuation utérine. **Orienter** les participants vers le *Tableau sur les options en matière d'évacuation utérine* et le *Tableau sur les avantages et inconvénients de l'intervention médicale en comparaison avec l'aspiration manuelle* du *cahier du participant*.

TRAVAIL EN PETIT GROUPE : ÉTUDE DE CAS.

Montrer la diapositive 44 : *Conseils sur les options en matière de méthodes d'évacuation utérine : Étude de cas*. **Demander** à un participant de lire chacune des options en matière de méthodes d'évacuation utérine et des études de cas sur les conseils au groupe. **Demander** au groupe d'expliquer pourquoi chacune de ces femmes pourrait choisir une méthode spécifique d'évacuation utérine. Selon la taille du groupe, vous pouvez choisir de répartir les participants au sein de petits groupes, de trios ou de paires pour faciliter la discussion. Vous pouvez faire des copies des cas pour les distribuer aux groupes. Il se peut que les participants veuillent se référer aux photocopiés *Tableau sur les options en matière d'évacuation utérine* et *Tableau sur les avantages et inconvénients de l'intervention médicale en comparaison avec l'aspiration manuelle* dans leur *cahier du participant*.

Demander : Quelles autres questions poseriez-vous aux femmes dans les situations suivantes pour les aider à déterminer quelle méthode d'évacuation utérine serait la meilleure ?

Processus de groupe : Dans chacun de ces scénarios, la femme doit choisir une méthode au lieu d'une autre. Il est important d'éviter les suppositions sur ce qui serait le plus pratique, moins douloureux, ou plus adapté pour une femme. Demander plutôt des précisions pour l'aider à se décider.

ÉTUDES DE CAS SUR LES CONSEILS SUR LES OPTIONS EN MATIÈRE DE MÉTHODES D'ÉVACUATION UTÉRINE :

Étude de cas 1 : Une mère de trois jeunes enfants âgée de 28 ans se présente avec un avortement incomplet. Cela fait dix semaines qu'elle a eu ses dernières règles. Elle est très troublée car elle pensait que tout irait bien pendant la grossesse et soudain ses nausées matinales ont cessé et les saignements ont commencé. Elle venait juste d'apprendre que la grossesse n'était plus viable et elle est venue avec ses deux jeunes enfants au centre de santé.

Étude de cas 2 : Une étudiante de 17 ans se présente avec un avortement incomplet. Huit semaines sont passées depuis qu'elle a eu ses dernières règles. Elle savait qu'elle était enceinte depuis environ une semaine et elle ne veut pas parler des raisons pour lesquelles elle souffre de saignements vaginaux et de crampes. Elle vit avec ses parents mais elle est venue seule au centre de santé. Elle n'était pas à l'aise pendant l'examen par spéculum et l'examen bimanuel qu'elle a subis pendant son évaluation. C'était la première fois qu'elle subissait ces examens. Elle semble nerveuse concernant l'évacuation utérine.

Étude de cas 3 : Une jeune femme de 19 ans, mère d'un enfant âgé d'un an est enceinte, et elle ne veut pas avoir un autre enfant. Neuf semaines sont passées depuis ses dernières règles. Sa sœur aînée l'accompagne. Elle semble être pressée de rentrer chez elle pour retrouver son enfant. Elle reconnaît avoir pris des médicaments la semaine dernière, mais elle ne pense pas qu'ils aient fonctionné.

ÉTUDES DE CAS SUR LES CONSEILS SUR LES OPTIONS EN MATIÈRE DE MÉTHODES D'ÉVACUATION UTÉRINE : RÉPONSES

Étude de cas 1 : Il est possible que cette femme préfère prendre du misoprostol car l'attente au centre médical pour aspiration manuelle pourrait être plus longue. Elle pourrait aussi s'inquiéter de n'avoir personne pour surveiller ses enfants pendant une intervention, surtout elle venait à subir des complications. À défaut, elle peut craindre la douleur et les saignements causés par le misoprostol, surtout si elle n'a personne pour l'aider à la maison quand elle prend les médicaments. Elle peut s'inquiéter de devoir revenir au centre de santé et préférerait l'AMIU pour être soignée rapidement et efficacement. Elle peut être intéressée par une méthode contraceptive ou elle peut vouloir essayer de tomber enceinte à nouveau. Avec des enfants en bas âge, il peut être difficile de revenir pour la contraception.

Étude de cas 2 : Cette femme peut être nerveuse à l'idée de subir une évacuation utérine et de n'avoir personne à ses côtés pour la soutenir durant une intervention. Le misoprostol peut causer moins d'anxiété. Cependant, il est possible qu'elle craigne de souffrir de crampes ou d'hémorragies sévères à la maison, surtout si elle ne veut pas que les personnes de son entourage soient au courant de sa grossesse et de son avortement. Il se peut qu'elle ait pris des médicaments à l'origine de ses saignements vaginaux et qu'elle préférerait une intervention pour avoir la certitude l'avortement est terminé avant qu'elle rentre chez elle. Il est possible qu'elle ait peur que sa famille découvre qu'elle utilise une méthode contraceptive comme la pilule, et préfère quelque chose qu'elle pourrait cacher plus facilement. Elle pourrait être intéressée par un DIU, surtout si elle aimerait retarder sa grossesse jusqu'à ce qu'elle finisse l'école, tout en s'inquiétant de subir une autre intervention pour l'insertion de la méthode.

Étude de cas 3 : Un avortement médicamenteux pourrait permettre à cette femme de rentrer chez elle plus rapidement, ce qui l'inquiète. Cependant, il se peut qu'elle se méfie des comprimés si elle essaie de prendre un médicament pour causer un avortement qui n'a pas fait effet. L'aspiration manuelle peut la tenter si elle a une personne à ses côtés pour la soutenir, elle aurait la certitude que son avortement serait terminé à l'issue de l'intervention. De plus, étant donné qu'elle ne veut pas d'autre enfant à l'heure actuelle, il se peut qu'elle préfère se faire poser un DIU immédiatement après une aspiration manuelle, au lieu de retourner au centre de santé plus tard pour que le DIU soit posé.

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE : OPTIONS EN MATIÈRE DE MÉTHODES DE CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT

Orienter les participants vers les photocopiés qui figurent dans leur cahier : *Recevabilité médicale de la contraception après avortement, Liste de contrôle sur les conseils relatifs à la contraception, et Considérations spéciales en matière de conseils sur la contraception.*

Montrer les diapositives 45-49 et **discuter** en utilisant les notes et les activités figurant dans la présentation sur la *contraception après avortement*.

S'arrêter sur la diapositive 49 et **dire aux** participants de parcourir le photocopié sur la recevabilité *médicale de la contraception après l'avortement dans leurs cahiers*. **Expliquer** que vous allez poser quelques questions concernant les critères de recevabilité médicale de la contraception après avortement. Après avoir lu chaque question, **demander** aux participants de donner la bonne réponse. Vous pouvez avoir de petites récompenses pour la première personne qui donne la bonne réponse. Si les participants ne parviennent pas à répondre aux questions, leur rappeler que toutes les informations nécessaires figurent dans le photocopié.

Reprendre la présentation et parcourir les diapositives 50-55. S'arrêter sur la diapositive 52 : *Fournir des pilules de contraception d'urgence (CU)*. **Demander** : Pourquoi est-il particulièrement important de proposer une CU à l'avance ou en plus de la méthode contraceptive de leur choix ?

Parmi les réponses, peuvent figurer les suivantes :

- Elle peut être utilisée comme méthode de secours en cas d'échec de la contraception si par exemple, le préservatif se déchire.
- Elle peut également être utilisée si les femmes oublient d'utiliser leur méthode contraceptive normale ou n'en ont plus.
- Elle peut être utilisée après un rapport sexuel non protégé.
- Elle peut être utilisée après un rapport sexuel non consenti.

Orienter les participants vers le photocopié intitulé *Liste de contrôle des compétences en matière de conseils*. **Expliquer** que la liste de contrôle peut être utilisée comme référence pour guider les conseils de haute qualité sur la contraception, ce qui aide à faire en sorte que les femmes puissent faire un choix éclairé concernant leur contraception.

QUESTIONS ET RÉPONSES SUR LA RECEVABILITÉ MÉDICALE APRÈS UN AVORTEMENT

Question : Quand une femme peut-elle commencer à utiliser une méthode de connaissance de la fertilité comme le comptage des jours ou la méthode du calendrier ?

Réponse : Après ses premières règles normales. Rappeler aux participants que la femme devrait bénéficier d'une méthode contraceptive provisoire si elle a besoin d'une contraception efficace avant le retour de ses règles, sachant que la plupart des femmes ovuleront avant leurs premières règles après un avortement. De plus, pour certaines femmes, il se peut que le retour des premières règles n'ait pas lieu avant six à huit semaines.

Question : Quelles sont les deux raisons pour lesquelles une stérilisation doit être retardée après un avortement ?

Réponse : Dans les cas d'avortement septique ou d'infection pelvienne, les femmes doivent être traitées avec des antibiotiques adaptés et la stérilisation doit être retardée jusqu'à la guérison. En cas de saignements abondants, il se peut que le report de la stérilisation soit nécessaire si la femme est trop anémiée pour que la stérilisation ait lieu sans danger. Il est important de fournir une méthode contraceptive provisoire jusqu'à ce que la stérilisation soit pratiquée.

Question : Quand le DIU peut-il être inséré après un avortement ?

Réponse : L'insertion d'un DIU peut avoir lieu immédiatement après une aspiration manuelle sans complication. Pour les femmes qui subissent une évacuation utérine avec des méthodes médicamenteuses lors de laquelle l'expulsion de la grossesse a lieu dans un établissement de soins, l'insertion d'un DIU peut avoir lieu juste après. Pour les femmes qui subissent une interruption de grossesse à domicile, l'insertion d'un DIU peut être effectuée lorsqu'on peut raisonnablement penser qu'une femme n'est plus enceinte, souvent lors d'une visite de suivi. Dans les cas d'avortement septique ou de cervicite purulente, les femmes doivent être soignées avec des antibiotiques adaptés et l'insertion du DIU doit être retardée jusqu'à la guérison. Une méthode provisoire doit être administrée aux femmes qui devront l'utiliser jusqu'à l'insertion du DIU.

ÉTUDE DE CAS : AUTRES CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES

Montrer la diapositive 56 : *Considérations particulières : les femmes réfugiées ou déplacées.*

Expliquer : Les femmes réfugiées et déplacées peuvent être confrontées à différents états de stress émotionnel liés à la sûreté et à la sécurité personnelle ; à la violence institutionnelle, sociétale et personnelle ; à l'éloignement de la famille, de la culture et du domicile ; au manque de nourriture et à d'autres besoins ; au manque d'accès aux soins médicaux complets ; et à l'insécurité par rapport à l'avenir. Beaucoup de femmes peuvent avoir survécu à la violence pendant la période initiale d'éloignement, bien que de nombreuses autres continuent à subir de la violence là où elles se trouvent. Il est important de laisser les femmes réfugiées et déplacées guider le processus lorsque vous les conseillez. Le prestataire doit être sensible aux différences linguistiques entre le prestataire et la femme et demander à un locuteur de la langue de la femme de traduire, si possible.

Demander aux participants de réfléchir sur certaines des complexités auxquelles on peut être confronté quand on prodigue des conseils sur la contraception aux femmes dans les contextes de crise.

Sur la diapositive 57 : *Méthodes contraceptives : Considérations particulières, s'arrêter et faciliter* une discussion sur les méthodes contraceptives disponibles et les questions d'approvisionnement et d'accès dans le contexte de crise. Les conseils sur la contraception doivent commencer par l'évocation de ce qui continue d'être disponible et ils doivent tenir compte de la probabilité que la femme reste sur place ou se déplace dans un délai défini. Il se peut que les femmes aient utilisé une méthode avant le déplacement et qu'elles aient besoin de réévaluer la (les) méthode(s) qui fonctionneront le mieux compte tenu de nouvelles circonstances. Tenir compte du manque de lieu de rangement personnel et d'intimité, évoquer le risque de viol et de violence, surtout pour les adolescentes.

Veiller à aborder les points suivants :

- Les niveaux élevés de violence sexuelle, notamment la contrainte sexuelle en échange de nourriture, de protection et d'hébergement d'urgence ; l'interruption de services médicaux et contraceptifs ; et l'incertitude générale de la vie de réfugiés, exposent les femmes réfugiées à un risque accru de rapports sexuels non protégés et de grossesse non désirée.
- Il est possible que les structures médicales destinées aux personnes réfugiées ou déplacées soient dépourvues d'un large éventail de méthodes contraceptives ; il est plus bénéfique de prodiguer des conseils en fonction des méthodes disponibles.
- Dans les cas de fuite de la guerre, les mouvements, les rapatriements ou la réinstallation des populations sont imminents, il est suggéré aux conseillers/ères de développer un protocole pour répondre aux besoins à long terme des clientes. Le prestataire et la femme doivent aborder les avantages et les inconvénients de chaque méthode en fonction des préférences et de la situation de la femme.
- La pauvreté, la forte densité de population et la prestation de services médicaux limitée peuvent accroître le risque d'exposition aux infections sexuellement

transmissibles (IST) et au VIH. La migration des populations, la violence accrue et les déplacements de troupes militaires s'associent à ces facteurs pour créer un risque élevé d'exposition des femmes réfugiées et déplacées aux IST et au VIH. Les conseils sur les besoins des femmes en matière de méthodes barrières sont importants.

- Les adolescentes font partie des populations les plus vulnérables parmi les personnes réfugiées et les personnes déplacées. Il faut déployer tous les efforts pour fournir des informations et des méthodes contraceptives aux adolescentes.
- Les conseillers/ères doivent être au courant de la mise à disposition de CU au sein des populations réfugiées et déplacées et conseiller les femmes concernant les pilules de CU, les instructions et l'offre de fournitures. Un protocole doit être établi pour fournir ces pilules à l'avance, dans la mesure du possible.

Expliquer : Les prestataires doivent garder à l'esprit des considérations spécifiques lorsqu'ils prodiguent des conseils sur la contraception. **Demander** aux participants d'**examiner** les informations fournies dans leur cahier *Considérations sur les conseils relatifs à la contraception* pour les informations sur la manière dont les prestataires peuvent répondre aux besoins en matière de contraception des femmes dans ces situations.

Demander à un participant de lire les brèves études de cas suivantes sur les diapositives 59-62 à haute voix. **Aborder** chaque étude de cas une à la fois.



Note : Les cas ci-dessous couvrent les trois populations spécifiques citées dans le polycopié. Vous pourriez créer d'autres études de cas pour remplacer ou en ajouter en fonction des considérations particulières qui sont le plus souvent observées dans le contexte local.

ÉTUDES DE CAS ET RÉPONSES

Étude de cas 1 :

Violence : Une femme mariée de 22 ans, mère d'un enfant révèle qu'elle est fréquemment battue par son mari. La dernière fois qu'elle a subi des coups, elle était enceinte. Elle s'est rendue dans l'établissement avec des saignements abondants et des crampes. Elle a peur de parler de contraception avec son mari.

- Si la femme ne peut pas contrôler les circonstances de son activité sexuelle, il faut lui conseiller d'utiliser des méthodes qui n'impliquent pas la participation du partenaire comme les injectables, les DIU et la CU.
- Si la violence est la conséquence de son utilisation de méthodes contraceptives, elle peut envisager de prendre une méthode qui ne peut pas être détectée par d'autres personnes.
- La conseiller sur la manière d'accéder à et d'utiliser la CU.
- Il peut être bénéfique de fournir des pilules de CU à l'avance.
- Proposer d'orienter les femmes qui subissent de la violence vers des services compétents.

Étude de cas 2 :

VIH : Une femme de 28 ans, mère de deux enfants se présente dans l'établissement, elle est très malade et apprend qu'elle est séropositive. Son mari a été son seul partenaire sexuel. Elle veut éviter une autre grossesse jusqu'à ce qu'elle ait reçu un traitement du VIH et qu'elle se sente mieux.

- Veiller à ce qu'elle ait les informations correctes sur le VIH et comment prendre soin de sa santé et ralentir les effets de la maladie.
- Évoquer la manière dont la contraception peut interagir avec les médicaments contre le VIH et les méthodes qui pourraient être plus adaptées pour elle.
- Les pilules contraceptives orales peuvent interagir avec certains médicaments antirétroviraux ce qui peut limiter l'efficacité de sa contraception.
- L'acétate de médroxyprogestérone (DMPA) peut être utilisé avec les antirétroviraux sans que son efficacité soit limitée.
- Les femmes qui sont stabilisées avec les antirétroviraux peuvent prétendre à l'insertion d'un DIU.
- Les femmes qui sont sous médicaments antirétroviraux avec un contraceptif oral doivent être incitées à utiliser les préservatifs pour éviter la transmission du VIH et compenser l'efficacité réduite éventuelle du contraceptif oral.

Étude de cas 3 :

Jeunes femmes : Une femme de 16 ans a des rapports sexuels avec son petit ami. Ils pratiquent le retrait car elle n'est pas à l'aise à l'idée de lui demander d'utiliser des préservatifs. Elle veut utiliser quelque chose de plus efficace mais elle a peur que sa famille se mette en colère si elle venait à savoir qu'elle prend la pilule. Elle a essayé d'obtenir des injectables mais une infirmière les lui a refusés au prétexte qu'elle n'est pas mariée.

- Déterminer quels sont ses besoins d'intimité et identifier les obstacles auxquels elle peut être confrontée en utilisant différentes méthodes contraceptives, pour l'aider à choisir l'option la plus adaptée pour elle.
- Certaines jeunes femmes peuvent vouloir tomber enceinte immédiatement et ne nécessitent pas de contraception. Comme avec toutes les femmes, lui demander quels sont ses projets en matière de procréation dans l'immédiat et à long terme.
- Ajouter des informations de base sur le cycle menstruel, la fécondité et la manière dont la grossesse arrive et peut être évitée, si nécessaire.
- Expliquer en détail comment fonctionnent les contraceptifs qui l'intéressent, notamment l'efficacité, les effets secondaires éventuels, les implications cliniques à long terme des effets secondaires, pour atténuer les craintes concernant les contraceptifs à l'origine de maladies ou d'une future stérilité permanente.

- Outre la méthode de son choix, il faut donner la possibilité à la jeune femme de quitter l'établissement avec au moins une dose de contraception d'urgence (CU) en plus de la méthode contraceptive de son choix.
- Les directives relatives à la recevabilité clinique sont les mêmes que pour des femmes adultes.
- Les jeunes femmes sont plus susceptibles d'avoir des regrets après la stérilisation.
- Les méthodes qui ne nécessitent pas une prise quotidienne peuvent être plus efficaces pour certaines jeunes femmes. Les MLDA - comme les DIU et implants - se sont avérés plus efficaces et ont suscité une forte satisfaction chez les jeunes femmes en comparaison avec les pilules en prévention de futures grossesses.
- Un DIU aurait des avantages spécifiques pour elle car sa famille ne s'en rendrait pas compte.

Pour toutes les MLDA, la question du réapprovisionnement ne se pose pas et il y a peu de chances qu'elle l'utilise mal.

Terminez la présentation avec une discussion sur le consentement éclairé à l'aide des diapositives 63-65.



Durée :

175 minutos (2 heures 55)

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Décrire les exigences en matière de recevabilité et les contre-indications à l'avortement médicamenteux et aux soins après avortement à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol.
- Expliquer les traitements par mifépristone et/ou misoprostol recommandés.
- Expliquer les informations essentielles à communiquer aux femmes qui subissent une évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol.
- Expliquer les effets attendus, les effets secondaires et les signes annonciateurs de l'évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol.
- Décrire les éventuelles complications de l'évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol, et la prise en charge des complications.
- Décrire les soins et le suivi après évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 75 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et Discussion de groupe
- 60 minutes : Démonstration et jeux de rôle
- 10 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe
- 10 minutes : Travail en petit groupe : Études de cas
- 20 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Préparer des pages de tableau à feuilles mobiles pour l'activité intitulée « Identifier et gérer les complications de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments »

IMPRIMER :

- Pregnancy Dating and Labs Resource du WHO Clinical Practice Handbook*
- Supports d'IEC sur l'avortement médicamenteux*

Cahier du participant :

- Postabortion Care Presentation*
- Case Studies Carte de référence sur les traitements pour l'évacuation utérine*
- Liste de contrôle sur l'évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol*
- Liste de contrôle des compétences relatives au misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet*
- Scénarios de jeux de rôle sur l'évacuation utérine à l'aide*

de la mifépristone et/ou du misoprostol

- Identifier et prendre en charge les complications de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments*

TÉLÉCHARGER :

- Présentation :
- Diapositives 66 à 134

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobiles
- Marqueurs, stylos ou crayons
- Ruban adhésif

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET ETUDES DE CAS

Montrer les diapositives 66-80 et **discuter** en vous servant des instructions figurant dans la présentation.

Montrer la diapositive 81 : *Évaluation clinique : Considérations en matière de soins après avortement*. **Afficher** une feuille blanche de tableau à feuilles mobiles et **écrire** « Services de soins après avortement » en haut de la page. **Demander** : Pour quelles raisons les femmes ont-elles besoin de services soins après avortement? **Écrire** les réponses sur le tableau à feuilles mobiles en les rassemblant sous les trois catégories suivantes :

- Avortement non sécurisé, potentiellement auto-provoqué
- Complications d'un avortement sécurisé
- Avortement spontané

Faire lire à un participant différent chacune des *études de cas sur les soins après avortement* à haute voix. **Demander** : Quel est le point commun entre ces descriptions?

Expliquer : Toutes ces situations correspondent à des cas où les femmes peuvent présenter pour des soins après avortement. En général, les femmes qui ont besoin de soins après avortement ne sont pas dans une situation d'urgence.

Parcourir les diapositives 82-88. S'arrêter sur la diapositive 89.

Expliquer aux participants que dans l'activité suivante, vous **présenterez** un cas clinique et que vous leur accorderez quelques minutes pour l'étudier. Ensuite, vous leur demanderez de **voter** s'ils pensent que la femme peut prendre des médicaments ou non. Vous pouvez aussi **distribuer** un petit morceau de papier rouge, jaune et vert à chaque participant. Il faudra leur **demander** de **lever** le papier vert s'ils croient que la femme est éligible, rouge si elle n'est pas éligible et jaune s'ils ne savent pas/souhaitent des informations complémentaires. Après le **vote**, **demander** aux participants de **faire part** de leurs recommandations cliniques. **Demander** aux personnes qui pensaient que la femme pouvait prendre des médicaments et à celles qui pensaient qu'elle ne pouvait pas, d'**expliquer** leurs recommandations. Utiliser un tableau à feuilles mobiles pour **noter** leurs réponses. Utiliser les points clés pour **résumer** chaque étude de cas sur les diapositives 90-95.

Parcourir les diapositives 96-115 sur *Comment utiliser la mifépristone et/ou le misoprostol, les effets attendus, les effets secondaires et les signes annonciateurs*.

ÉTUDES DE CAS SUR LES SOINS APRÈS AVORTEMENT

Étude de cas 1 : Une femme de 18 ans se présente au centre médical en tenant le bras de son partenaire pour se stabiliser et elle se plaint de malaise. Elle souffre de saignements vaginaux modérés et de crampes. Son partenaire demande une aide immédiate.

Étude de cas 2 : Une femme de 28 ans vient à l'hôpital et elle ne présente pas de douleurs visibles. Elle signale des saignements vaginaux et des crampes depuis plus de 10 jours et elle ne sait pas pourquoi ils n'ont pas cessé. Au cours des deux derniers jours, les saignements se sont accentués et les crampes sont devenues plus intenses.

Étude de cas 3 : Une femme de 34 ans se présente au centre de santé et à première vue, elle semble être atteinte de grippe. Elle a de la fièvre et des frissons, et elle a l'air pâle. Lorsqu'elle a été interrogée, elle a dit avoir saigné abondamment au cours des quatre dernières heures et qu'elle souffrait de douleurs abdominales par vagues. Elle a du mal à marcher lorsqu'elle a des crampes.

DEMONSTRATION ET JEUX DE ROLE : ÉVACUATION UTERINE A L'AIDE DE LA MIFEPRISTONE ET/OU DU MISOPROSTOL

Expliquer aux participants qu'ils vont à présent pratiquer une évacuation utérine avec des méthodes médicamenteuses. **Orienter** les participants vers les photocopiés intitulés *Liste de contrôle des compétences relatives à l'évacuation utérine à l'aide de médicaments* et *Liste de contrôle des compétences en traitement de l'avortement incomplet par misoprostol* et les supports *IEC sur l'avortement médicamenteux*. Les participants peuvent également se référer à la *Liste de contrôle sur les compétences de conseils en matière de contraception* qu'ils ont utilisée pendant la dernière session.

Expliquer que ces listes de contrôle peuvent être utilisées comme un guide tout en apprenant les étapes nécessaires pour aborder l'évacuation utérine à l'aide de médicaments avec les femmes. Ces listes de contrôle peuvent être utilisées pour suivre la qualité des services et guider la supervision de prestataires. Les supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur l'avortement médicamenteux fournissent des instructions simples pour pratiquer l'avortement à l'aide de comprimés et sont censés être des outils pour des prestataires de santé afin de les partager avec leurs patientes.

Demander à ce que la prochaine activité présente la communication d'informations sur l'évacuation utérine à l'aide de méthodes médicamenteuses. **Demander** à un volontaire de venir devant pour **jouer le rôle** d'une femme qui s'est présentée au centre de santé pour une évacuation utérine. Vous **jouerez** le rôle du prestataire, en faisant la **démonstration** des compétences de bon partage d'informations. **Rappeler** aux participants qu'étant donné que les femmes utilisent souvent la mifépristone et/ou le misoprostol seules, en dehors d'un établissement de santé, **le fait**

de communiquer des informations claires sur ce à quoi il faut s'attendre, notamment les signes annonciateurs indiquant qu'il faut demander des soins supplémentaires, peut l'aider à se sentir prête face à ce qu'elle va ressentir et atténuer son anxiété.

Partager un jeu de rôle tiré des scénarios sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments avec le volontaire/femme. Demander aux participants d'observer la démonstration en utilisant les listes de contrôle, et de se préparer à faire part de commentaires sur ce qui s'est bien passé et ce qui peut avoir été manqué ou mal expliqué.

SCÉNARIOS DES JEUX DE RÔLE SUR L'ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS

AVORTEMENT

Cliente N.°1 : Vous êtes une femme mariée de 30 ans, vous avez deux enfants âgés de moins de six ans. Vos règles sont en retard de trois semaines. Vous n'avez pas les moyens d'avoir un autre enfant à l'heure actuelle, mais vous et votre mari appartenez à une religion qui interdit l'avortement. Vous êtes déterminée à vous faire avorter et vous êtes plus à l'aise à l'idée d'utiliser des médicaments que de subir une intervention. Cependant, vous avez peur de votre mari ou d'autres membres de la famille l'apprennent. Après l'avortement, vous voulez commencer à prendre une méthode contraceptive dont votre mari ne sera pas au courant, car vous pensez qu'il ne sera pas d'accord.

Cliente N.°2 : Vous êtes une femme mariée de 35 ans, vous avez trois enfants. Vous vivez dans un logement temporaire avec votre mari, depuis quelques mois. Votre méthode contraceptive habituelle s'est terminée récemment. Vous avez fait un test de grossesse 2 semaines auparavant quand vous avez manqué vos règles et il était positif. Vous souhaitez un avortement. Votre mari n'est pas au courant que vous êtes enceinte. Vous pensez qu'il ne serait pas d'accord avec un avortement, donc vous n'en avez jamais parlé avec lui. Vous vous occupez de vos enfants, des tâches ménagères, et d'activités agricoles. Votre mari est au chômage. Après avoir écouté les différentes options, vous avez choisi la méthode médicamenteuse.

Cliente N.°3 : Vous êtes une femme de 25 ans et vous vivez avec votre petit ami. Vous êtes enceinte et vos dernières règles remontent à il y a sept semaines. Vous vous êtes disputée avec votre petit ami car vous vouliez une interruption de grossesse. Il vous a frappée et pendant 3 jours, vous avez subi des saignements vaginaux qui ont cessé il y a plusieurs jours. Vous espériez avoir subi un avortement spontané, mais vous continuez de présenter des symptômes liés à la grossesse comme la nausée et les vomissements. Vous avez peur de votre petit ami. Vous avez choisi de recourir aux médicaments.

Cliente N.°4 : Vous êtes une jeune femme de 18 ans et vous vivez avec vos parents et vos deux sœurs vivent à proximité. Dix semaines se sont écoulées depuis vos dernières règles. Vous êtes

scolarisée et vous ne pouvez pas avoir un enfant actuellement. Vous et votre petit ami avez rompu à cause de cette grossesse, donc vous ne vous attendez pas à avoir des rapports sexuels avant un certain temps. Vous ne voulez pas que vos parents sachent que vous êtes enceinte. Après avoir écouté les différentes options, vous avez choisi la méthode médicamenteuse.

Cliente N.°5 : Vous êtes une jeune femme de 20 ans qui a subi un avortement provoqué précédemment. Au moment où vous avez subi l'intervention, ce fut très douloureux pour vous. Douze semaines se sont écoulées depuis vos dernières règles. Votre petit ami soutient votre décision. Vous vous êtes présentée au centre de santé car vous avez entendu dire qu'ils ont des comprimés qui permettent de procéder à un avortement. Vous préférez cette option car vous ne voulez pas subir une autre interruption de grossesse.

SOINS APRÈS AVORTEMENT

Cliente N.°1 : Vous êtes une femme de 35 ans, vous êtes enceinte mais vous ne voulez pas garder l'enfant. Dix semaines se sont écoulées depuis vos dernières règles. Vos saignements ont commencé il y a quelques jours et ils se sont aggravés avec des crampes intenses occasionnellement. Votre col de l'utérus est ouvert et la taille de votre utérus correspond à une grossesse de 8 semaines. Vous partagez un logement avec d'autres familles et vous avez tous accès à une seule salle de bain. Après avoir écouté les options en matière de traitement, vous préféreriez prendre du misoprostol.

Cliente N.°2 : Vous avez 15 ans et vous vous présentez au centre de santé avec une grossesse non désirée. Vous vous êtes allée consulter la sage-femme du village, il y a deux jours, elle vous a aidé à interrompre votre grossesse avec un instrument chirurgical. Vous avez souffert de légers saignements et de crampes modérées. Vous n'êtes pas sûre de la date de vos dernières règles. Lors de l'examen, le col de l'utérus est légèrement dilaté avec peu de sang. Il n'y a pas de signes de lésion ou d'infection, et votre utérus correspond à une grossesse d'environ 9 semaines. Vous et votre petit ami qui est présent lors de la visite avec vous aujourd'hui, vous avez surtout peur d'une autre intervention vaginale. Vous n'avez pas parlé de votre grossesse à votre famille, mais en général, ils sont aimants et vous soutiennent.

Cliente N.°3 : Vous êtes une jeune femme de 17 ans qui se livre parfois à des relations sexuelles de nature transactionnelle. Douze semaines se sont écoulées depuis vos dernières règles. Vous avez essayé d'interrompre votre grossesse vous-même il y a quatre semaines quand vous vous êtes rendu compte que vos règles étaient en retard. Vous avez pris des pilules qu'une amie vous a données, et vous avez souffert de légers saignements qui ont cessé. Il y a deux jours vous avez commencé à subir des saignements abondants avec des caillots. Votre examen montre un col de l'utérus ouvert, des saignements cervicaux et une taille utérine correspondant à 11 semaines de grossesse. Vous décidez de prendre du misoprostol.

Cliente N.°4 : Vous êtes une femme de 26 ans. Vous avez déjà subi trois avortements spontanés. Vous êtes mariée et vous formez un couple heureux et vous voulez fonder une

famille. Vous étiez contente d'apprendre votre grossesse et vous êtes contrariée car vous avez des crampes et des saignements aujourd'hui. Votre examen révèle que vous avez subi un avortement spontané et des tissus sont probablement retenus dans votre utérus dont la taille correspond à une grossesse de 8 semaines. Après avoir écouté les diverses options, vous préférez prendre du misoprostol car vous avez déjà subi une aspiration manuelle lors d'un avortement spontané précédent, et les douleurs ont été intenses.

Cliente N.° 5 : Vous êtes une jeune femme de 20 ans qui a subi une interruption de grossesse légale à l'aide de misoprostol, il y a trois semaines. Vous continuez de saigner et vos seins restent sensibles. Votre examen montre que la taille utérine correspond à 9 semaines de grossesse. Après avoir écouté l'explication des options qui s'offrent à vous, vous décidez de prendre du misoprostol de nouveau.

Assurer la démonstration pendant environ 10 minutes. **Essayer** de rendre la démonstration aussi réaliste que possible. **Parler** au volontaire de la même manière que vous vous adresseriez à une femme dans votre établissement de santé. Même si vous n'allez pas faire de démonstration sur les conseils relatifs aux options en matière d'évacuation utérine, veiller à **interroger** le volontaire des problèmes médicaux qui pourraient l'empêcher de prendre les médicaments en toute sécurité, comme une allergie. Avec le volontaire, **prévoir** quand et comment elle prendra ses médicaments en fonction de sa situation personnelle. **L'interroger** sur ses intentions en matière de procréation et son choix de méthode contraceptive, si elle le souhaite. **Veiller** à ce qu'elle obtienne la méthode de son choix ou à ce qu'un plan soit établi pour qu'elle obtienne la méthode de son choix.

À la fin de la démonstration, **demandeur aux** participants de communiquer leurs commentaires, en utilisant les listes de contrôle. **Demandeur au/à** la volontaire de faire part de leurs commentaires, concernant ce qu'elle/il a ressenti pendant l'interaction, si elle/il a compris ce qui lui a été expliqué. **Demandeur** s'il y a des questions sur la démonstration ou sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments en général. **Répondre aux questions et animer une discussion** sur les sujets qui ont été soulevés.

Suite à la démonstration, **informer** les participants qu'ils vont avoir l'occasion de **pratiquer** les jeux de rôle. **Répartir** les participants au sein de trois groupes. Une personne **jouera** le rôle du prestataire, une autre **jouera** le rôle de la femme et l'autre sera l'observateur/trice, en utilisant la liste de contrôle. Chaque groupe jouera trois jeux de rôle, de sorte que chaque participant aura la possibilité de **jouer** chaque rôle pendant l'exercice. **Distribuer** trois scénarios de jeux de rôle issus des *scénarios des jeux de rôle sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments* à chaque groupe.

Dire aux participants qu'ils joueront trois jeux de rôle. Ils disposeront d'environ 10 minutes pour chaque jeu de rôle, et environ cinq minutes pour que l'observateur/trice **fasse part** de ses commentaires. **Dire** à l'observateur/trice d'utiliser ces listes de contrôle pour faire des observations et des commentaires. **Rappeler aux** participants qu'il s'agit de **pratiquer** l'évacuation utérine à l'aide de médicaments et les encourager à noter leurs questions éventuelles.

Pendant les jeux de rôle, **se déplacer** dans la salle pour **observer** les groupes et **apporter** une contribution si nécessaire. Après 10 minutes, **signaler** au groupe qu'il est temps de faire part de leurs commentaires sur les jeux de jeu de rôle. Après cinq minutes supplémentaires, **signalez** au groupe qu'il est temps d'**échanger** les rôles et de **commencer** le jeu de jeu de rôle suivant. Le refaire deux fois de plus, jusqu'à ce que tous les groupes aient pratiqué les trois jeux de rôle.

Rassembler le groupe pour faire un résumé et discuter de l'exercice. **Demandeur** aux participants ce qui s'est bien passé et ce qui a été difficile par rapport à l'exercice. Parmi les questions supplémentaires pourraient figurer :

- Qu'est-ce qui a été le plus difficile pour jouer le rôle du prestataire?
- Qu'est-ce qui a été le plus difficile à expliquer?
- Quelles sont les questions posées par la femme et auxquelles il a été difficile de répondre?

Veiller à **demandeur** aux participants s'ils ont des questions avant de clore la session..

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Montrez les diapositives 117- 126 sur *Gérer les complications de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments* et en **discuter** en utilisant des notes et des activités figurant dans la présentation.

TRAVAIL EN PETIT GROUPE : ÉTUDE DE CAS SUR LES COMPLICATIONS

Expliquer que pendant l'activité suivante, les participants **utiliseront** les études de cas pour réfléchir sur les complications cliniques qui surviennent lors de l'utilisation de médicaments pour l'évacuation utérine. **Rappeler** aux participants que ces complications sont très rares et qu'il est important de parcourir ces cas car il est possible qu'ils soient rarement confrontés à ces complications.

Répartir les participants au sein de petits groupes et **distribuer** une étude de cas du polycopié *Études de cas Identifier et gérer les complications de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments* à chaque groupe. **Dire** à chaque groupe de **désigner** un rapporteur et quelqu'un **fera le compte-rendu** au grand groupe. **Fournir** une feuille de tableau à feuilles mobiles et quelques **marqueurs** à chaque groupe. **Demandeur** au groupe de **faire un compte rendu** sur le diagnostic, les symptômes les ont induits à faire leur diagnostic et leurs recommandations pour le traitement à suivre.

Accorder cinq minutes aux groupes pour évoquer l'étude de cas. **Convoquer de nouveau** le groupe. **Demandeur** à chaque rapporteur de brièvement **passer en revue** leur étude de cas et les conclusions de leurs groupes. **Demandeur au groupe s'il a des** questions et commentaires. **Traiter** les points manquants en utilisant la grille de réponses.

IDENTIFIER ET GÉRER LES COMPLICATIONS DE L'ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS : ÉTUDES DE CAS ET GRILLE DE RÉPONSES

Études de cas 1

(Soins après avortement) : Une jeune femme de 19 ans qui était enceinte d'environ 7 semaines, a essayé d'interrompre sa grossesse par elle-même. Elle se présente au centre médical pour avoir de l'aide car elle souffrait de saignements modérés mais constants depuis 2 semaines et elle pensait qu'elle n'avait jamais totalement expulsé sa grossesse. Elle pouvait prendre du misoprostol pour traiter l'avortement incomplet, elle l'a pris chez elle. Elle contacte le centre de santé 12 jours après avoir pris les pilules car elle continue de souffrir de saignements vaginaux. Elle a subi de fortes crampes et saignements le jour où elle a pris le misoprostol et les saignements ont diminué et quelques petits saignements ont suivi peu de temps après. Elle s'inquiète car elle utilise à présent trois serviettes hygiéniques par jour. Ses saignements alternent entre des règles légères ou modérées mais les serviettes ne sont pas totalement imbibées de sang. Globalement, les saignements sont plus légers que pendant le processus. Elle ne ressent pas d'étourdissements ou de vertiges, mais elle s'inquiète beaucoup car elle saigne depuis près d'un mois depuis qu'elle a essayé d'interrompre sa grossesse.

Étude de cas 1, grille de réponses

Saignements prolongés : Le diagnostic de saignements prolongés est posé. Beaucoup de clinicien/nes, et parfois les femmes elles-mêmes, s'inquiètent des saignements prolongés, même s'ils n'ont pas été anticipés. La durée des saignements varie avec le misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet, mais ils peuvent continuer pendant un maximum de 14 jours. Pour certaines femmes, de légers saignements peuvent continuer plus longtemps. La femme doit être rassurée et informée que ces saignements sont normaux dans le cadre du traitement. Elle ne présente pas de signes d'hypovolémie ou d'infection des produits de conception retenus. Si la tendance est à la diminution des saignements au fil du temps, cela est normal. Encourager la consommation d'aliments riches en fer et fournir des comprimés de fer, si possible.

La femme doit être informée que trois possibilités s'offrent à elle pour gérer les saignements prolongés problématiques :

20. Prise en charge de la femme enceinte.
21. Une dose supplémentaire de misoprostol pour faciliter la contractilité utérine et expulser les tissus résiduels (le cas échéant). Bien qu'une seconde dose de misoprostol soit couramment utilisée dans ce but, son efficacité n'a pas été étudiée avec précision. Si une dose supplémentaire de misoprostol lui est administrée pour les saignements prolongés, elle doit être contactée et réexaminée une semaine plus tard pour déterminer si les saignements ont diminué.
22. Aspiration manuelle.

Études de cas 2

(Soins après avortement) : Une jeune femme vous appelle à minuit, deux heures après avoir pris du misoprostol pour un avortement spontané survenu 8 semaines après la date des dernières règles. Elle a peur car les saignements sont plus abondants que pendant ses règles. Elle utilise une serviette hygiénique par heure, et elle évacue de gros caillots de sang qui ont la taille d'un citron, d'après elle. Elle souffre de crampes intenses. Elle craint d'avoir besoin de soins d'urgence.

Étude de cas 2, grille de réponses

Processus normal d'évacuation utérine : Les informations complètes préalables à l'administration du misoprostol pourraient avoir aidé cette femme à éviter une anxiété inutile et des appels téléphoniques en dehors des heures d'ouverture. Ses saignements (plus abondants que lors des règles, une serviette hygiénique utilisée par heure) sont normaux après la prise du misoprostol, et il est fréquent de constater de gros caillots de sang. Il faut la rassurer quant au fait que ses signes montrent que le médicament fonctionne comme prévu, et cela fait partie du processus de l'évacuation de l'utérus. Lui rappeler les signes annonciateurs qui doivent l'inciter à vous appeler. Si possible, prévoir de lui reparler dans les deux heures qui suivent pour évaluer ses saignements. Dans la plupart des cas, vous n'avez besoin que d'une personne rassurante et expérimentée. Lui rappeler que l'ibuprofène est souvent utile pour calmer les crampes et elle peut en prendre selon les indications. Un coussin chauffant, une bouillote ou de linges chauds posés sur l'abdomen ou le bas du dos peuvent aussi aider.

Études de cas 3

(Soins complets d'avortements) : Une femme de 20 ans enceinte, à 9 semaines de gestation, a pris de la mifépristone et du misoprostol à la maison pour provoquer un avortement. Après avoir pris le médicament, ses saignements étaient plus abondants que des règles, pendant une semaine et elle a remarqué des caillots de sang qu'elle n'avait jamais eus avec ses règles. Elle souffrait de crampes qu'elle décrit comme intenses, elle n'a pas pris d'analgésique. Elle est présente au centre de santé pour un suivi 2 semaines après son premier rendez-vous. Son utérus n'est pas tendu et est exempt de grossesse. Cependant, son test de grossesse par analyse d'urine est positif.

Étude de cas 3, grille de réponses

Avortement réussi : Un test de grossesse positif ne fournit pas d'informations utiles 2 semaines après la prise de mifépristone et/ou de misoprostol. Son niveau d'hormone hCG dans les urines aurait considérablement chuté après un avortement réussi, mais il est au plus haut à environ 9 semaines de grossesse. Même avec un avortement réussi (comme tous les signes cliniques l'indiquent), son test de grossesse sera probablement positif. Autrement dit, un test négatif serait rassurant, mais un test positif ne signifie pas grand-chose. Les tests de grossesse effectués après une évacuation utérine à l'aide de médicaments ajoutent souvent à la confusion au suivi, et ne le clarifie pas.

Études de cas 4

(Soins complets d'avortements) : Une femme de 22 ans se présente à nouveau au centre de santé le lendemain de la prise du misoprostol pour interrompre une grossesse de 8 semaines. Hier soir, elle a pris deux doses de misoprostol par voie sublinguale à la maison, et elle saigne abondamment depuis lors, et elle a utilisé plus de 2 serviettes hygiéniques pendant plusieurs heures. Elle dit qu'elle a parfois des vertiges, mais cela peut s'expliquer par le fait qu'elle est restée debout durant une bonne partie de la nuit pour gérer ses saignements. Son pouls est légèrement plus élevé et ses saignements sont constatés lors de l'examen au spéculum.

Étude de cas 4, grille de réponses

Hémorragie : Cette femme souffre de forts saignements ou hémorragies. Elle a besoin de soins immédiatement. Une aspiration manuelle et une réhydratation sont nécessaires, et éventuellement une transfusion si son état actuel s'aggrave. En cas d'impossibilité, elle doit être transférée vers un autre établissement capable de prendre en charge de ses saignements.

Études de cas 5

(Soins complets d'avortements) : Une femme de 28 ans signale une sensibilité abdominale qui dure depuis quatre jours après la prise du misoprostol. Elle l'a remarquée quand son petit garçon s'est assis sur ces genoux. Elle s'inquiète car la douleur s'est aggravée. Elle a de la fièvre et elle est visiblement mal à l'aise. Elle a une fièvre légère et des frissons après avoir pris le misoprostol, mais on lui a dit qu'il s'agit d'un effet secondaire.

Étude de cas 5, grille de réponses

Infection : Les symptômes correspondent à une infection utérine ou à une endométrite. La sensibilité abdominale et une fièvre persistante ne sont pas des effets secondaires habituels du misoprostol. La fièvre passagère associée à l'utilisation du misoprostol ne doit pas durer après le jour où la femme a pris le misoprostol. Elle doit être évaluée et bénéficier d'antibiotiques adaptés et d'une aspiration manuelle.

Études de cas 6

(Soins après avortement) : Une jeune femme de 17 ans était enceinte de 11 semaines par rapport à ses dernières règles, au moment où elle a essayé de provoquer un avortement à l'aide d'herbes et de médicaments. On lui a administré du misoprostol pour un avortement incomplet dans un établissement de santé, 1 semaine plus tard. Elle revient pour sa visite de suivi 2 semaines plus tard. Elle a souffert de saignements abondants le jour où elle a pris du misoprostol, mais les saignements ont décliné de manière constante par la suite. Elle a repris ses activités normales le jour après la prise du misoprostol. Elle pense qu'elle n'est plus enceinte mais se plaint de crampes constantes. Son utérus est normal et il n'est pas tendu. Les saignements sont similaires à des règles légères. Un caillot de sang et des tissus sont visibles au niveau de son col de l'utérus.

Étude de cas 6, grille de réponses

Tissus coincés : Il arrive qu'un gros caillot ou des tissus soient coincés dans le col de l'utérus. Cela peut être très douloureux, et se manifeste par des crampes persistantes. Au moment du suivi, 2 semaines plus tard, les femmes ne ressentent plus des crampes. À l'aide de forceps ou d'instruments similaires, essayer d'extraire des tissus du col de l'utérus. Si les tissus ne peuvent pas être extraits, le massage utérin peut aider. Une nouvelle dose de misoprostol peut également être administrée à la femme pour ramollir le col de l'utérus et causer des contractions pour permettre d'expulser le caillot ou l'aspiration. Si vous donnez une nouvelle dose de misoprostol, dès lors que les crampes cessent en l'espace d'une journée et qu'elle se sent bien, elle ne doit pas revenir pour une visite de suivi.

Études de cas 7

(Soins complets d'avortements) : Une femme de 26 ans, enceinte de 6 semaines lorsqu'elle a subi un avortement médicamenteux à l'aide du misoprostol revient pour une visite de suivi deux semaines plus tard. Elle a souffert de légers saignements après la prise du misoprostol et elle dit prendre tous les médicaments conformément aux instructions. Elle n'a pas mal mais ressent une sensibilité des seins. Vous effectuez un examen pelvien et son utérus est plus gros que lors de sa première visite.

Étude de cas 7, grille de réponses

Échec des médicaments : Ces symptômes indiquent l'échec d'un avortement médicamenteux, l'examen pelvien suggère une grossesse en cours. L'aspiration manuelle est recommandée. Il est important que l'intervention soit pratiquée avant de dépasser les limites légales ou fonctionnelles relatives à l'avortement. Le misoprostol comporte un léger risque de malformations fœtales à propos desquelles elle devrait être conseillée si elle venait à décider de poursuivre sa grossesse. La grossesse ectopique est un facteur important à prendre en considération surtout en cas de doute quant à l'élargissement de l'utérus du fait d'une grossesse. Le misoprostol ne traitera pas la grossesse ectopique. Si les tissus de grossesse sont évacués avec l'aspiration manuelle, la grossesse ectopique peut être exclue.

Études de cas 8

(Soins complets d'avortements) : Une femme de 35 ans est enceinte d'environ 8 semaines comme l'indiquent ses dernières règles. Elle souhaite un avortement médicamenteux. Elle a de petits saignements et elle se demande si elle n'est pas en train de subir un avortement spontané. Lors de l'examen pelvien, vous constatez qu'elle a un utérus rétroversé ayant une taille de 6 à 8 semaines. Lors de l'examen au spéculum, vous observez un col de l'utérus fermé et l'absence de sang. Des médicaments lui ont été administrés en vue d'un avortement médicamenteux. Elle est retournée au centre de santé trois jours plus tard, pour signaler qu'elle avait de légers saignements après la prise de ces médicaments. Pendant qu'elle était en salle d'attente, elle a commencé à ressentir des douleurs pelviennes et elle se demande si cela n'est pas dû au début de l'avortement.

Étude de cas 8, grille de réponses

Grossesse ectopique possible : Ces symptômes indiquent une éventuelle grossesse ectopique. Cette femme a besoin de soins immédiatement. Il se peut que le premier examen pelvien ait été difficile en raison de la position de l'utérus et il peut y avoir une augmentation du volume de l'utérus dans le cas d'une grossesse ectopique. Les douleurs et l'absence d'antécédents d'expulsion d'une grossesse (légers saignements et crampes) suggèrent qu'il ne s'agit pas d'une grossesse intra-utérine. Il est possible que vous puissiez sentir une masse annexielle lors de l'examen, bien que cela soit très rare chez les femmes présentant une grossesse ectopique.

Une grossesse ectopique rompue est une urgence gynécologique qui peut être dangereuse. Elle nécessite une intervention chirurgicale rapide. Une femme présentant une suspicion de grossesse ectopique doit être soignée ou transférée dans les plus brefs délais vers un établissement qui peut confirmer le diagnostic et commencer le traitement. Le diagnostic et le traitement précoce d'une grossesse ectopique permet de sauver la vie des femmes et de préserver leur fécondité.

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Montrer les diapositives 128- 134 sur *Suivi de l'évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol* et **en discuter** en utilisant des notes et des activités figurant dans la présentation.

Durée :
30 minutes

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité,
les participants seront
capables de :

- Identifier les signes et symptômes de complications graves liées à l'avortement, y compris le choc.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 30 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe

IMPRIMER :

Cahier du participant :

- Liste de contrôle des compétences en gestion des complications (soins après avortement)*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 135 à 159

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Montrer les diapositives 135-159 et **en discuter** en utilisant les notes et les activités figurant dans la présentation sur la *l'évaluation initiale rapide et prise en charge de l'état de choc et l'évaluation secondaire pour les causes sous-jacentes du choc*.

Arrêtez-vous sur la diapositive 140 : *Signes de l'état de choc*. Expliquer que l'état de choc peut survenir à tout moment au cours des soins après avortement, en particulier lorsque des lésions sous-jacentes n'ont pas été décelées lors de l'évaluation initiale. Une fois le choc stabilisé, il faut déterminer les causes sous-jacentes. Le choc qui survient lors de soins après avortement est généralement causé par une hémorragie ou une septicémie.

Demander : Comment stabiliser un choc ? **Les réponses doivent inclure** :

- Veiller à ce que les voies respiratoires soient ouvertes
- Lever les jambes
- Administrer de l'oxygène
- Administrer des bolus de cristalloïdes (solution lactate de Ringer [LR] ou solution saline normale [NS])
- Administrer un deuxième litre si les signes vitaux ne sont pas stabilisés
- Procéder à une transfusion si les signes vitaux restent instables
- Maintenir au chaud
- Placer un cathéter urinaire
- Suivre l'ingestion de liquides et le débit, y compris la perte de sang en cours
- Faire faire des tests en laboratoire, notamment le groupe sanguin et les tests croisés, hématokrite et hémoglobine, hémocultures et tests de chimie clinique si possible
- Faire un suivi et enregistrer les signes vitaux toutes les 15 minutes
- Se préparer à un transfert d'urgence si la femme ne peut pas être prise en charge dans l'établissement



Note : Ce point n'est pas couvert de façon approfondie dans ce support. Les participants peuvent s'appuyer sur d'autres formations cliniques pour ces réponses.

Arrêter la présentation sur la diapositive 159. **Orienter** les participants vers la *Liste de contrôle des compétences en prise en charge des complications (SAA)*. **Demander** aux participants s'ils ont des questions sur la prise en charge des complications.

Durée :
30 minutes

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Décrire le suivi et l'importance de l'amélioration des services liés à l'avortement.
- Décrire les étapes générales de l'intégration des services liés à l'avortement dans les programmes de santé sexuelle et reproductive existants.
- Comprendre et contribuer à un plan de travail pour assurer l'approvisionnement et le réapprovisionnement en instruments, médicaments et fournitures, la durabilité des services d'évacuation utérine et les besoins en formation continue/tutorat.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 30 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe



Note :

- Le contenu et les méthodes de cette session varieront en fonction du contexte et du niveau atteint dans le plan de suivi/intégration/durabilité.
- Avant d'enseigner cette session, le/la facilitateur/trice doit évaluer le niveau de suivi de la qualité des soins et les systèmes de données (le cas échéant) qui sont en place.
- Les facilitateurs/trices doivent travailler avec les responsables de site pour établir un plan de travail écrit sur le suivi et un plan de travail sur l'intégration/la durabilité.

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Donner le titre suivant au tableau à feuilles mobiles : Suivi et écrire les *Éléments d'un plan de suivi/durabilité pour les services d'évacuation utérine dans les contextes de crise* sur la diapositive 162
- Connaître toutes les pratiques de suivi dans les établissements des participants
- Se préparer avec des exemples de suivi des services d'avortement
- Examiner l'avortement médicamenteux et les calculatrices AMIU
 - Calculatrice sur l'avortement médicamenteux : www.ipas.org/supply-calculators/ma
 - Calculatrice AMIU : www.ipas.org/supply-calculators/mva
- Examiner la Base de données sur l'avortement médicamenteux via www.medab.org

IMPRIMER :

- Manuel COPE® sur les soins complets d'avortements pour que les participants puissent l'examiner

Cahier du participant :

- Exemples de suivi des services d'avortement
- Fiche de travail pour la préparation à la mise en œuvre des soins liés à l'avortement sans risques

- Liste de contrôle des fournitures et équipements pour les soins liés à l'avortement au premier trimestre (<13 semaines),
- Graphique d'approvisionnement et réapprovisionnement en AMIU

TÉLÉCHARGER :

- Présentation :
 - Diapositives 160 à 181

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Papier de tableau à feuilles mobiles
- Marqueurs, stylos ou crayons

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE



Note : Le plan de suivi doit évaluer la qualité des soins administrés pour l'évacuation utérine. Un plan de durabilité doit fournir des instructions sur la manière d'intégrer les services d'évacuation utérine dans le contexte de crise, assurer la durabilité et appuyer la formation en cours, le tutorat et la supervision facilitée si nécessaire.

Dans certains contextes un plan de suivi/durabilité viendra juste d'être créé et il faudra solliciter la contribution du prestataire à la formation. Dans d'autres cas, un plan pourrait déjà être en vigueur et il faut l'examiner. Il peut être utile pour obtenir la contribution/les commentaires des prestataires afin de mettre en évidence les domaines nécessitant des améliorations. Si le site vient de créer son premier plan, la formation donne l'occasion de le présenter au personnel.

Commencer par examiner le niveau auquel se situe le site dans le processus de création d'un plan de suivi/durabilité. Dans tous les contextes de crise qui fournissent des services d'évacuation utérine, il est important d'avoir un plan en place appuyé par les prestataires de soins et systématiquement revisité en vue d'améliorations.

OPTIONNEL : Si le temps le permet et Internet est disponible, après avoir abordé :

- La diapositive 174, aller sur medab.org pour une visite/démonstration rapide et recherchez les produits disponibles dans le pays dans lequel vous conduisez la formation. Faire en sorte de bien connaître la Base de données sur l'avortement médicamenteux avant la formation.
- La diapositive 177, cliquer sur le lien pour ouvrir la calculatrice de l'avortement médicamenteux pour une visite/démonstration rapide.
- La diapositive 179, cliquer sur le lien pour ouvrir la calculatrice AMIU pour une visite/démonstration rapide.

Faire en sorte de bien connaître toutes les ressources avant la formation.

Montrer les diapositives 160-181 et **en discuter** en vous servant des instructions figurant dans la présentation. **S'arrêter** sur la diapositive 180 : *Calculatrice AMIU* pour les participants. **Examiner** le graphique sur l'approvisionnement initial et le réapprovisionnement en AMIU. **Demander** aux participants de calculer leur charge de travail quotidienne moyenne en matière d'AMIU et ensuite utiliser le graphique pour déterminer le nombre d'appareils d'AMIU nécessaires dans le stock actif et nombre nécessaire en réserve.



Durée :
55 minutes

Objectifs de l'unité :

À la fin de cette unité, les participants seront capables de :

- Expliquer comment la formation a répondu à leurs attentes et aux objectifs du cours.

APERÇU DE LA SESSION

DURÉE ET MÉTHODOLOGIE

- 20 minutes : Présentation du/de la facilitateur/trice et discussion de groupe
- 10 minutes : Évaluation du cours
- 15 minutes : Évaluation des connaissances
- 10 minutes : Cérémonie de clôture

PRÉPARATION

- Imprimer, télécharger et rassembler les supports comme indiqué ci-dessous
- Noter les noms des participants sur les certificats de fin de formation

IMPRIMER :

Polycopiés, (1 par participant) :

- Certificat de fin de formation*
- Post-test sur les connaissances*
- Évaluation du cours*

TÉLÉCHARGER :

Présentation :

- Diapositives 182 - 187

RASSEMBLER :

- Un projecteur et un ordinateur avec son
- Tableau à feuilles mobiles préparé avant la formation avec les « attentes vis-à-vis de la formation »

GUIDE DÉTAILLÉ DE LA SESSION

PRÉSENTATION DU/DE LA FACILITATEUR/TRICE ET DISCUSSION DE GROUPE

Examiner les diapositives 182-184: *Objectifs de la formation*. **Examiner** tous les objectifs, **en rappelant** aux participants que les activités et les méthodes utilisées pour développer les connaissances, renforcer les compétences et changer ou renforcer les attitudes. **Revenir** sur la feuille de tableau à feuilles mobiles avec les attentes des participants. **Veiller** à ce que toutes les attentes aient été satisfaites.

ÉVALUATION DU COURS

Remercier les participants de leur attention pendant la présentation au cours de cette brève formation. **Distribuer** le *formulaire sur l'évaluation du cours*. **Demander** aux participants de prendre 10 minutes pour remplir *l'évaluation du cours* et **de faire part** de commentaires sur les domaines qui ont été bien traités et ceux qui pourraient être améliorés. **Rappeler** aux participants que leur contribution est essentielle pour l'amélioration de la formation.

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

Distribuer et demander aux participants pour compléter le *post-test* sur les *connaissances* qui couvre le contenu du cours entier. **Demander** aux participants de prendre 15 minutes pour effectuer le test. Les participants doivent utiliser le même numéro que celui qu'ils ont choisi au début de la formation au lieu d'écrire leur nom. Les résultats, ainsi que leur participation et leur pratique des compétences pendant les jeux de rôle sur les scénarios permettront d'évaluer leur capacité à effectuer une évacuation utérine avec misoprostol.

CEREMONIE DE CLOTURE

Remettre à chaque participant un *certificat de fin de formation* et les féliciter.



ANNEXE 1 : EXEMPLE DE PROGRAMME DE COURS POUR UNE FORMATION AUTONOME

Ce qui suit est un exemple de programme de cours pour une formation d'une journée sur l'évacuation utérine à l'aide de médicaments. Ce modèle part du principe que les participants ont déjà suivi un atelier sur la clarification des valeurs et la transformation des attitudes (CVTA). Par conséquent, un seul exercice de CVTA figure dans le programme en tant qu'activité de groupe préliminaire. Si les participants n'ont pas encore suivi un atelier CVTA, il est recommandé d'ajouter, si possible, un atelier CVTA d'une journée avant de commencer le(s) module(s) sur l'évacuation utérine.

ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS DANS LES CONTEXTES DE CRISE : FORMATION AUTONOME

Session	Horaire	Sommaire	Méthode de formation
Durée totale de la formation : 8 heures et 50 minutes			
1	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Présentation du facilitateur • Entrée en matière 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité en groupe
1	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Programme de la formation • Attentes des participants • Objectifs du cours (optionnel) • Informations générales/pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion
1	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Pré-test sur les connaissances 	
2	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Importance de l'évacuation utérine dans les contextes de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Discussion facilitée
2	30 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification des valeurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Activité en groupe : Franchir la ligne
2	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des lois sur l'avortement 	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas • Processus de travail en grand ou petit groupe
	15 mn	PAUSE	
3	30 mn	Options en matière de méthodes d'évacuation utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation interactive
3	30 mn	Conseils sur les options en matière de méthodes d'évacuation utérine	<ul style="list-style-type: none"> • Étude de cas • Processus de travail en grand ou petit groupe
3	30 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Contraception après avortement • Considérations particulières concernant les femmes réfugiées ou déplacées • Consentement éclairé 	<ul style="list-style-type: none"> • Passage en revue des photocopiés • Étude de cas
4	45 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation clinique • Déterminer l'éligibilité à l'évacuation utérine à l'aide de médicaments 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation interactive • Études de cas et discussion de groupe

Session	Horaire	Sommaire	Méthode de formation
Durée totale de la formation : 8 heures et 50 minutes			
	1 heure	DÉJEUNER	
4	30 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Comment utiliser la mifépristone et/ou le misoprostol, les effets attendus, les effets secondaires et les signes annonciateurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation
4	1 heure	<ul style="list-style-type: none"> • Administrer une évacuation utérine à l'aide de la mifépristone et/ou du misoprostol 	<ul style="list-style-type: none"> • Démonstration • Jeux de rôle
	15 mn	PAUSE	
4	40 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer les complications de l'évacuation utérine à l'aide de médicaments • Suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail en petit groupe
5	30 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du choc et des causes sous-jacentes des soins après avortement 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation
6	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un plan de suivi pour assurer la qualité des soins et pour maintenir les services d'évacuation utérine 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation
6	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Examiner un plan de travail pour intégrer l'évacuation utérine dans les contextes de crise 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche de travail
7	30 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de clôture • Examiner les objectifs du cours • Examiner les attentes des participants • Points récapitulatifs • Évaluation du cours 	
7	15 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Post-test sur les connaissances 	
7	10 mn	<ul style="list-style-type: none"> • Cérémonie de remise de certificat de fin de formation 	

ANNEXE 2 : GRILLE DE RÉPONSES DU PRÉ-TEST ET DU POST-TEST DU PARTICIPANT

1. Quelles sont les méthodes recommandées pour l'avortement provoqué avant 13 semaines de gestation, selon l'Organisation mondiale de la Santé ?
 - a) **Mifépristone plus misoprostol**
 - b) Curetage
 - c) **Aspiration manuelle**
 - d) **Misoprostol**
2. Quelles sont les méthodes recommandées pour l'évacuation utérine pour le traitement des avortements incomplets avec une taille utérine de moins de 13 semaines, selon l'Organisation mondiale de la Santé ?
 - a) Mifépristone plus misoprostol
 - b) Curetage
 - c) **Aspiration manuelle**
 - d) **Misoprostol**
3. Parmi les éléments suivants, lesquels sont des contre-indications à l'utilisation du misoprostol pour le traitement de l'avortement incomplet ?
 - a) **Suspicion de grossesse ectopique**
 - b) VIH/SIDA
 - c) **Allergie au misoprostol**
 - d) Allaitement
4. Pendant l'examen bimanuel, l'utérus est plus petit que prévu selon la date des dernières règles. Qu'est-ce que cela pourrait indiquer ?
 - a) Utérus fibromateux
 - b) **Grossesse ectopique**
 - c) **Avortement incomplet durant lequel quelques ou la plupart des produits de conception ont été expulsés**
 - d) **Date inexacte de dernières règles manquées**
5. Lesquels des éléments suivants sont des effets attendus de l'utilisation du misoprostol ?
 - a) **Crampes utérines plus intenses que des règles**
 - b) Pertes vaginales à l'odeur nauséabonde
 - c) Démangeaisons qui s'atténuent généralement dans les quelques heures qui suivent la prise du misoprostol
 - d) Vertiges qui s'atténuent généralement dans les quelques heures qui suivent la prise du misoprostol
 - e) **Saignements vaginaux généralement plus intenses que pendant des règles et souvent accompagnés de caillots**
6. Quels sont les signes annonciateurs de complications lors de l'utilisation de la mifépristone et/ou du misoprostol pour l'évacuation utérine ?
 - a) Fièvre le jour de l'utilisation du misoprostol
 - b) Les saignements vaginaux y compris des caillots de sang ou des tissus
 - c) **Les saignements vaginaux qui imprègnent plus de 4 grandes serviettes hygiéniques après plus de 2 heures**
 - d) **Pertes vaginales à l'odeur nauséabonde**
7. Parmi les méthodes contraceptives suivantes, lesquelles peuvent être entamées en même temps que les médicaments administrés pour l'évacuation utérine ?
 - a) Les méthodes de connaissance de la fertilité, comme la méthode du calendrier
 - b) **Contraceptifs oraux combinés**
 - c) **Contraceptif injectable**
 - d) **Implant contraceptif**
 - e) Dispositif intra-utérin
8. Lors de la prise de la mifépristone et/ou du misoprostol, une femme doit informer le prestataire de soins si ses saignements...
 - a) **...imbibent plus de deux grandes serviettes hygiéniques par heure pendant plus de deux heures consécutives.**
 - b) ...sont accompagnés du passage de gros caillots de sang.
 - c) ...commencent dans l'heure qui suit la prise du misoprostol.
 - d) **...sont accompagnés d'étourdissements ou de vertiges.**
9. Un avortement incomplet...
 - a) **...se présente généralement avec des douleurs utérines et des saignements vaginaux.**
 - b) **...peut se présenter avec des complications sévères comme la septicémie ou les hémorragies.**
 - c) **...peut évoluer vers un choc à tout moment.**
 - d) **... est soignable à l'aide d'une aspiration manuelle ou de médicaments.**

10. Parmi les tests/examens suivants, lesquels sont recommandés pour toutes les femmes qui suivent un traitement suite à un avortement incomplet ?
- Test Rh (rhésus)
 - Hémoglobine/hématocrite
 - Échographie
 - Évaluation initiale rapide du choc**
 - Examen bimanuel**
11. Parmi les approches suivantes, lesquelles sont utiles pour la gestion des douleurs pendant l'évacuation utérine à l'aide de médicaments ?
- Utilisation d'une bouillote, d'un coussin chauffant ou de chiffons chauds posés sur l'abdomen ou le bas du dos**
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens comme l'ibuprofène**
 - Sédation par voie intraveineuse avec médicaments narcotiques ou anxiolytiques
 - Analgésiques narcotiques**
 - Paracétamol
12. Quels sont les signes qui indiquent qu'une femme peut poursuivre sa grossesse après l'utilisation de la mifépristone et/ou du misoprostol pour l'avortement médicamenteux ?
- Elle a eu des saignements abondants avec des caillots le jour suivant l'administration du misoprostol
 - Elle ressent des sensibilités au niveau des seins et des nausées deux semaines après la prise de médicaments**
 - Elle n'a pas subi de saignements après la prise de misoprostol**
 - Son utérus est petit et non sensible lors de l'examen bimanuel deux semaines après la prise des médicaments
13. Parmi les éléments suivants, lesquels constituent des avantages du recours à l'évacuation utérine par aspiration manuelle au lieu des médicaments ?
- Indolore
 - Plus efficace**
 - Permet de rechercher les produits de conception**
 - Moins invasive
14. Parmi les approches suivantes, lesquelles indiquent le succès d'une évacuation utérine à l'aide de médicaments ?
- La taille de l'utérus est inférieure à celle de la visite initiale**
 - La taille de l'utérus est supérieure à celle de la visite initiale
 - La femme croit qu'une évacuation utérine a été un succès**
 - La femme ne signale pas de saignements vaginaux après l'utilisation du misoprostol
 - Les symptômes liés à la grossesse se sont atténués**
15. Il est important de comprendre les signes et les symptômes d'une grossesse ectopique car...
- ...le diagnostic d'une grossesse ectopique peut être difficile.**
 - ...la grossesse ectopique est une maladie dangereuse.**
 - ...les méthodes d'évacuation utérine peuvent traiter les grossesses ectopiques, mais pas l'aspiration manuelle.
 - ...la grossesse ectopique peut se présenter de la même façon qu'un avortement incomplet.**

ANNEXE 3 : RÉFÉRENCES ET RESSOURCES RECOMMANDÉES

1. Barnard, Sharmani, Caron Kim, Min Hae Park et Thoai D Ngo. « Doctors or mid-level providers for abortion ». Édité par Cochrane Fertility Regulation Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 27 juillet 2015. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>.
2. Center for Reproductive Rights. « The World's Abortion Laws ». Consulté le 19 novembre 2020. <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>
3. Corbett, Maureen R. et Katherine Turner. « Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions ». *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 29, n.° 3 (Septembre 2003). <https://doi.org/10.1363/iffp.29.106.03>
4. Cureless, Melanie S., Chandrakant S. Ruparelia, Elizabeth Thompson et Polly A. Trexler. *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Baltimore, Maryland : Jhpiego, 2018. <http://resources.jhpiego.org/resources/infection-prevention-and-control-reference-manual-health-care-facilities-limited-resources>.
5. EngenderHealth. *Guide COPE : un processus améliorer la qualité des services de santé*. New York, NY : EngenderHealth, 2003
6. EngenderHealth, and Ipas. *COPE for Comprehensive Abortion Care: A Toolkit to Accompany the COPE Handbook*, 2009. <https://www.engenderhealth.org/files/pubs/qi/cope-for-abortion-care.pdf>.
7. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. *Manuel de terrain du groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, 2018. <https://iawgfieldmanual.com/>.
8. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. *Dispositif minimum d'urgence pour la santé sexuelle et reproductive en situations de crise : Un module d'apprentissage à distance*, 2019. <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>.
9. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. « MISP Considerations Checklist for Implementation During COVID-19 », 2020. <https://iawg.net/resources/misp-considerations-checklist-for-implementation-during-covid-19>.
10. Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire. « Synopsis du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR) », 2018. <https://iawg.net/es/resources/misp-reference>.
11. Ipas. *Transformation des attitudes face à l'avortement : Trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire*. Chapel Hill, NC, 2018. <https://www.ipas.org/resource/abortion-attitude-transformation-a-values-clarification-toolkit-for-humanitarian-audiences/>.
12. Ipas. « Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : mifépristone et misoprostol placés à l'intérieur des joues », 2020. <https://www.ipas.org/resource/abortion-pills-in-first-12-weeks-since-last-period-mifepristone-and-misoprostol-in-the-cheek/>.
13. Ipas. « Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : mifépristone et misoprostol placés sous la langue », 2020. <https://www.ipas.org/resource/abortion-pills-in-first-12-weeks-since-last-period-mifepristone-and-misoprostol-under-the-tongue/>.
14. Ipas. « Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : misoprostol placé à l'intérieur des joues », 2020. <https://www.ipas.org/resource/abortion-pills-in-first-12-weeks-since-last-period-misoprostol-in-the-cheek/>.
15. Ipas. « Prise des comprimés d'avortement pendant les 12 premières semaines qui suivent les dernières règles : misoprostol placé sous la langue », 2020. <https://www.ipas.org/resource/abortion-pills-in-first-12-weeks-since-last-period-misoprostol-under-the-tongue/>.
16. Ipas. « Ipas Clinical Updates in Reproductive Health 2020 », 2020. www.ipas.org/clinicalupdates.
17. Ipas. « MA Supply Guidance Tool », 2016. <https://www.ipas.org/resource/ma-supply-guidance-tool-zip/>.
18. Ipas. *Calculatrice AMIU*, non daté. <https://www.ipas.org/supply-calculators/mva/>.
19. Ipas. « Protocoles d'avortement médicamenteux (fiche de dosage) », 2019. <https://www.ipas.org/resource/protocoles-d'avortement-medicamenteux-fiche-de-dosage/>.
20. Ipas. « Supply and Equipment Checklist for First Trimester (<13 Weeks) Comprehensive Abortion Care », 2019..
21. Ipas. *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care Reference Manual, Second Edition*. Chapel Hill, NC, 2015. <https://www.ipas.org/resource/woman-centered-comprehensive-abortion-care-reference-manual-second-edition/>.
22. Ipas. *Woman-Centered, Comprehensive Abortion Care Reference Manual, Second Edition*. Chapel Hill, NC, 2015. <https://www.ipas.org/resource/woman-centered-comprehensive-abortion-care-reference-manual-second-edition/>.
23. IPPF. « Medical Abortion Commodities Database ». Consulté le 22 décembre 2020. <https://www.medab.org/>.
24. JSI et Ipas. « MVA Initial Supply and Re-Supply », 2009.

25. Tran, Nguyen Toan, Alison Greer, Talemoh Dah, Bibiche Malilo, Bergson Kakule, Thérèse Faila Morisho, Douglass Kambale Asifiwe, et al. « Strengthening Healthcare Providers' Capacity for Safe Abortion and Post-Abortion Care Services in Humanitarian Settings: Lessons Learned from the Clinical Outreach Refresher Training Model (S-CORT) in Uganda, Nigeria, and the Democratic Republic of Congo ». En pré-impression. En cours de relecture, 26 octobre 2020. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-45342/v1>.
26. Tran, Nguyen Toan, Kristen Harker, Wambi Maurice E. Yameogo, Seni Kouanda, Tieba Millogo, Emebet Dlasso Menna, Jeevan Raj Lohani, et al. « Clinical Outreach Refresher Trainings in Crisis Settings (S-CORT): Clinical Management of Sexual Violence Survivors and Manual Vacuum Aspiration in Burkina Faso, Nepal, and South Sudan ». *Reproductive Health Matters* 25, no. 51 (30 novembre 2017): 103–13. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1405678>.
27. FNUAP. *Inter-Agency Emergency Reproductive Health Kits for Use in Humanitarian Settings: Manual, 6^e édition*, 2019.
28. Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, Division de la population. « World Abortion Policies », 2013. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.asp>.
29. Wegs, Christina, Katherine Turner et Betsy Randall-David. *Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery. Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas, 2011. <https://www.ipas.org/resource/effective-training-in-reproductive-health-course-design-and-delivery-reference-manual/>.
30. Organisation mondiale de la Santé. *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion*. Organisation mondiale de la Santé, 2014. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/clinical-practice-safe-abortion/en/>.
31. Organisation mondiale de la Santé. *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*. Organisation mondiale de la Santé, 2015. <https://srhr.org/safeabortion/>.
32. Organisation mondiale de la Santé. *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. 5^e éd., 2015. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549158>.
33. Organisation mondiale de la Santé. *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un d'avortement*. Organisation mondiale de la Santé, 2018. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>.
34. Organisation mondiale de la Santé. *Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*. Organisation mondiale de la Santé, 2012. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/9789241548434/fr/>.
35. Organisation mondiale de la Santé. *Clinical practice handbook for quality abortion care*. Organisation mondiale de la Santé, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075207>.

Citation suggérée :

Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive dans les situations de crise humanitaire (IAWG) et Ipas. Évacuation utérine à l'aide de médicaments dans les contextes de crise. New York : 2022.

© 2022 Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG)

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515 USA 1-919-967-7052

ipas@ipas.org www.ipas.org

Ipas est une organisation à but non lucratif. Toutes les contributions financières accordées à Ipas sont déductibles des impôts dans la mesure prévue par la loi.

Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG)

Training Partnership Initiative

Women's Refugee Commission

15 West 37th Street, Nueva York, NY 10018

info.iawg@wrcommission.org

www.iawg.net



Inter-Agency Working Group on
Reproductive Health in Crises

Ipas