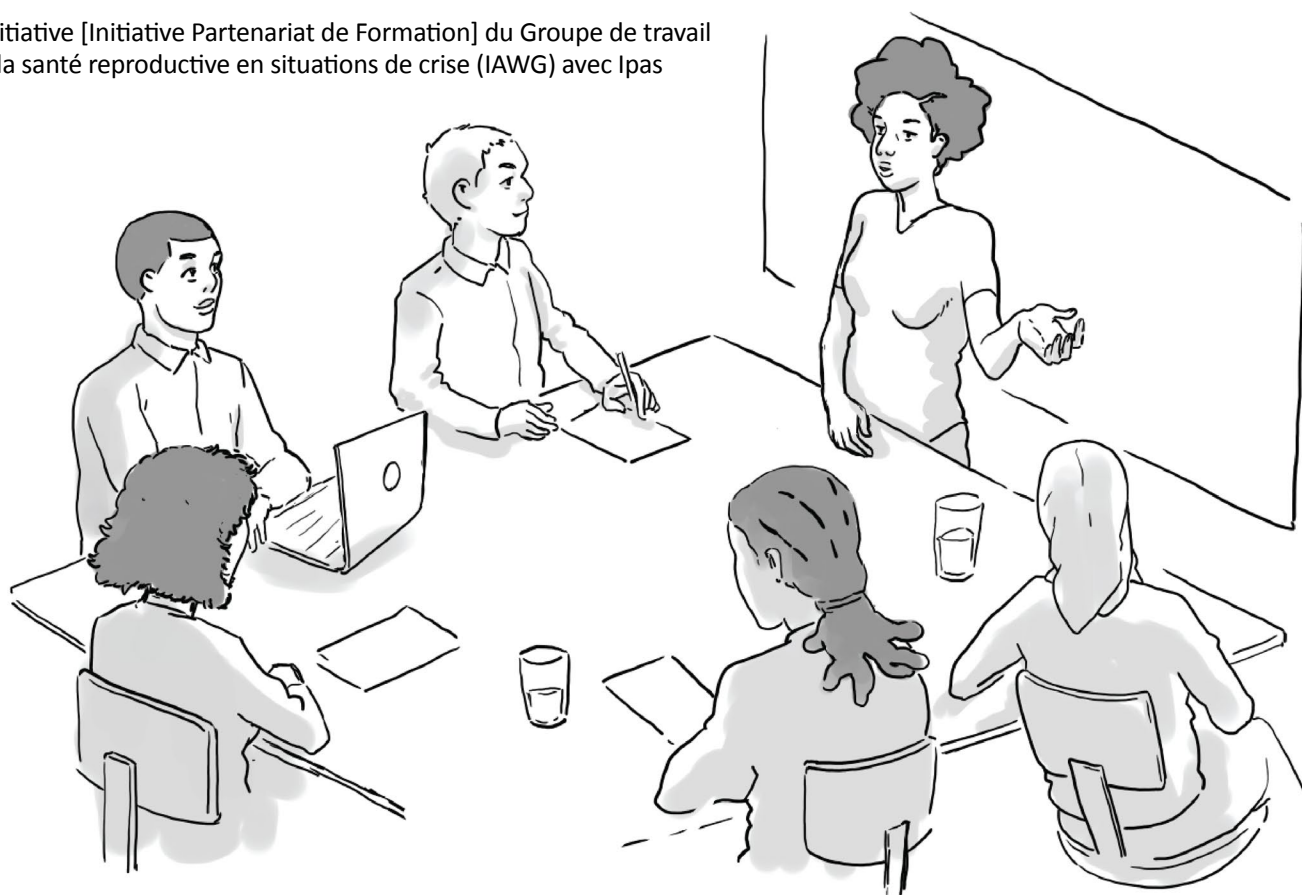


ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MEDICAMENTS DANS LES CONTEXTES DE CRISE

CAHIER DU PARTICIPANT

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 élaborés grâce à une collaboration entre les membres de l'IAWG à travers les efforts déployés par la Training Partnership Initiative. Le 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 médoroxyprogesterone
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 a la sante sexuelle et reproductive
SCA	Soins complets d'avortements
SSN	Solution saline normale
TA	Tension artérielle
VIH	Virus d'immunodéficience humaine

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	4
COMMENT UTILISER CE CAHIER.....	6
UNITÉ 1 : APERÇU DE LA SESSION.....	7
UNITÉ 2 : ÉVACUATION UTÉRINE DANS LES CONTEXTES DE CRISE.....	8
UNITÉ 3 : MÉTHODES D'ÉVACUATION UTÉRINE ET CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT.....	14
UNITÉ 4 : MEDICAMENTS POUR L'AVORTEMENT MÉDICAMENTEUX ET SOINS APRÈS AVORTEMENT.....	26
UNITÉ 5 : ÉVALUATION DU CHOC ET DES CAUSES SOUS-JACENTES DANS LES SOINS APRÈS AVORTEMENT.....	40
UNITÉ 6 : PRESTATION DE SERVICE.....	44
UNITÉ 7 : ÉVALUATION ET CLÔTURE.....	50

INTRODUCTION

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

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.

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, tâche 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

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-asrtoolkit-for-humanitarian-settings-2020-edition/la-version-fran%C3%A7aise-de-la-la-bo%C3%AEte-%C3%A0-outils-pour-la-sant%C3%A9-sexuelle-et-reproductive-des-adolescent-e-s-ssra>

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 SANTÉ ?

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.

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/elles ont besoin pour pratiquer une évacuation utérine à l'aide de médicaments. Les pré-tests et les post-tests font office d'évaluations des connaissances. Les listes de contrôle des compétences servent à évaluer la performance des participants pendant les jeux de rôle ou dans un stage pratique clinique.

Veuillez 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 d'être associé au module sur *l'évacuation utérine à l'aide de l'aspiration manuelle en contexte de crise*. Pour des supports exhaustifs sur les soins complets d'avortement et les soins après avortements, veuillez vous référer à l'ouvrage d'Ipas intitulé *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur (Deuxième édition)* et à d'autres programmes d'Ipas, disponibles sur le site www.ipas.org.

APERÇU DE LA FORMATION

L'évacuation utérine à l'aide de médicaments dans les contextes de crise est conçue pour les clinicien/nés qui dispensent un cours introductif ou un cours de perfectionnement pour les clinicien/nés ayant 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 concernant les connaissances et les compétences liées aux soins de santé reproductive. Mais 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.

COMMENT UTILISER CE CAHIER

Ce cahier a pour but de faire office d'outil d'apprentissage pendant la session de formation et de guide et d'aide-mémoire pour votre travail clinique après la formation. Outre le fait qu'il vous fournisse un lieu unique pour conserver vos notes et plans pour pratiquer des évacuations utérines dans les contextes de crise, il vous offre aussi des informations contextuelles, des listes de contrôle des compétences et des recommandations en vue de ressources supplémentaires. Vous pouvez accéder à ce cahier du participant en plus des présentations, des directives du/de la facilitateur/trice et des liens vers des ressources complémentaires via le site Internet de l'IAWG www.iawg.net/scorts.

AUTRES SUPPORTS POUR CETTE FORMATION

En plus des supports qui figurent dans ce cahier, vous pouvez recevoir les aide-mémoires et les supports suivants de la part de votre facilitateur/trice ou vous pouvez les télécharger à tout moment sur le site de l'IAWG via www.iawg.net/scorts.

- Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire (2018)
- WHO Clinical Practice Handbook for Safe Abortion Pregnancy Dating and Labs Resource (p.17)²
- Supports IEC sur l'avortement médicamenteux :
 - 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
- Manuel COPE® sur les soins complets d'avortements



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>

COMMENTAIRES SUR LES SUPPORTS DE FORMATION

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

NOTES :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

2. Ce manuel n'est pas disponible en version française. Vous pouvez choisir d'autres supports qui contiennent des informations pertinentes pour cette formation.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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, et organiser et assurer le suivi des services.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Actuellement, la loi sur l'avortement dans mon pays est...

L'avortement est autorisé jusqu'à _____ semaines pour ☐ santé physique de la mère
☐ santé mentale de la mère ☐ santé de l'enfant ☐ viol ☐ inceste. »

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

LE DISPOSITIF MINIMUM D'URGENCE POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire

iawg.net/IAFM

OBJECTIF 6 : PLANIFIER L'INTÉGRATION DES SERVICES COMPLETS DE SSR DANS LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES DÈS QUE POSSIBLE. COLLABORER AVEC LES PARTENAIRES DU SECTEUR/ PÔLE DE SANTÉ POUR ABORDER LES SIX ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU SYSTÈME DE SANTÉ:

- La prestation de service
- Le personnel de santé
- Le système d'informations sanitaires
- Les produits médicaux
- Le financement
- La gouvernance et le leadership

OBJECTIF 1 : VEILLER À CE QUE LE SECTEUR/ PÔLE DE SANTÉ IDENTIFIE UNE ORGANISATION POUR ASSURER LA MISE EN ŒUVRE DU DMU. L'AGENCE CHEFFE DE FILE EN MATIÈRE DE SSR:

- Nomme un coordinateur SSR pour apporter un soutien technique et opérationnel aux agences qui fournissent des services de santé
- Accueille régulièrement des réunions avec les parties prenantes concernées pour faciliter une action coordonnée et garantir la mise en œuvre du DMU
- Rend compte au pôle de santé, au sous-groupe de travail sur la VBG, et/ ou aux réunions de coordination nationale sur le VIH de toute question liée à la mise en œuvre du DMU
- Assure le recensement et l'analyse des services de SSR existants en collaboration avec les mécanismes de coordination de la santé/de la VBG/du VIH
- Partage les informations sur la disponibilité des services et produits de SSR
- Veille à ce que la communauté soit informée de la disponibilité et de la localisation des services de santé reproductive

OBJECTIF 2 : PRÉVENIR LA VIOLENCE SEXUELLE ET RÉPONDRE AUX BESOINS DES VICTIMES:

- Travailler avec d'autres pôles, plus précisément avec le sous-groupe de travail sur la protection ou la violence basée sur le genre pour instaurer des mesures préventives aux niveaux communautaire, local et des districts y compris dans les établissements de santé afin de protéger les populations touchées, en particulier les femmes et les filles, face à la violence sexuelle
- Mettre à la disposition des victimes de la violence sexuelle des soins cliniques et faciliter les orientations vers d'autres services de soutien
- Créer des espaces confidentiels et sécurisés au sein des établissements de santé pour recevoir les victimes de violence sexuelle, leur dispenser des soins et les orienter vers des soins cliniques adaptés

Kits de SR 3

Kits de SR 5

Kits de SR 8

Kits de SR 9

OBJECTIF 3 : PRÉVENIR LA TRANSMISSION ET REDUIRE LA MORBIDITE ET LA MORTALITE EN RAISON DU VIH ET D'AUTRES IST:

- Mettre en place des transfusions sanguines rationnelles effectuées en toute sécurité
- Assurer l'application des précautions standards
- Garantir la disponibilité de préservatifs lubrifiés gratuits et, le cas échéant (par exemple, déjà utilisés par la population) assurer la mise à disposition de préservatifs féminins
- Soutenir la mise à disposition d'antirétroviraux (ARV) afin de poursuivre le traitement des personnes qui ont été recrutées pour le programme (TAR) avant la situation d'urgence, notamment les femmes qui ont été recrutées dans les programmes de PTME
- Proposer la PPE aux victimes de violence sexuelle et aux agents concernés par l'exposition professionnelle
- Appuyer la mise à disposition de la prophylaxie par co-trimoxazole pour les infections opportunistes chez les patientes qui s'avèrent être séropositives ou chez qui le VIH a été diagnostiqué
- Veiller à la disponibilité du diagnostic syndromique et du traitement des IST

Kits de SR 1

Kits de SR 3

Kits de SR 5

Kits de SR 12

Précautions standards complémentaires dans les kits 2, 4, 6, 8, 9, 11

OBJECTIF 5 : PRÉVENIR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES:

- Assurer la disponibilité d'un éventail de méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action réversibles [y compris les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence] dans les établissements de soins de santé primaires pour répondre à la demande
- Fournir des informations, y compris les supports existants d'information, d'éducation et de communication (IEC), et prodiguer des conseils sur la contraception qui mettent l'accent sur le choix informé, l'efficacité et privilégient le respect de la vie privée et de la confidentialité, l'équité et la non-discrimination
- Veiller à ce que la communauté soit au courant de la disponibilité des contraceptifs pour les femmes, les adolescents et les hommes

Kits de SR 1

Kits de SR 3

Kits de SR 4

BUT PRÉVENIR LA MORTALITE, LA MORBIDITE ET LE HANDICAP CHEZ LES POPULATIONS TOUCHÉES PAR UNE CRISE

OBJECTIF 4 : PRÉVENIR LA SURMORTALITÉ ET LA SURMORBIDITÉ MATERNELLES ET NÉONATALES:

- Assurer la disponibilité et l'accessibilité des services d'accouchement hygiénique et sans risques, des soins néonataux essentiels et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) y compris :
 - o Au niveau des hôpitaux de référence : le personnel médical qualifié et les fournitures pour prestation de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC)
 - o Au niveau des établissements de santé : les accoucheuses qualifiées et les fournitures pour accouchements vaginaux et la prestation de soins obstétricaux et néonataux de base (SONUB)
 - o Au niveau communautaire : la communication d'informations à la communauté sur les accouchements hygiéniques et les services de SONU ainsi que l'importance du recours aux soins auprès des établissements de santé. Les kits d'accouchement hygiénique doivent être mis à la disposition des femmes visiblement enceintes et des accoucheuses afin de promouvoir les accouchements hygiéniques au domicile lorsque l'accès à un établissement de santé est impossible
- Établir un système d'orientation disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour faciliter le transport et la communication depuis la communauté vers le centre de santé et l'hôpital
- Assurer la disponibilité des soins après avortement dans les centres de santé et les hôpitaux
- Assurer la disponibilité des fournitures et des produits pour les accouchements hygiéniques et les soins néonataux immédiats dans les cas où l'accès à un établissement de santé n'est pas possible ou n'est pas fiable

Kits de SR 2

Kits de SR 6

Kits de SR 8

Kits de SR 9

Kits de SR 10

Kits de SR 11

Kits de SR 12

Kits de SR 8

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



Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive (SSR)

est un ensemble de services et d'activités de SSR vitaux qu'il faut mettre en œuvre au début de chaque urgence humanitaire pour prévenir la surmortalité et la surmortalité liées à la santé sexuelle et reproductive. Toutes les activités de prestation de service relevant du DMU doivent être mises en œuvre simultanément par le biais d'actions coordonnées avec tous les partenaires concernés.

Le DMU représente le point de départ de la programmation en SSR et la qualité des soins respectueux doit être garantie dès le début. Il convient de souligner que les composantes du DMU constituent une condition minimale et devraient être mises en œuvre en toute circonstance. Ces services doivent être maintenus et exploités dès que possible (idéalement 3-6 mois) avec les services complets et les fournitures de SSR pendant les crises prolongées et le rétablissement.

Principes fondamentaux des programmes de santé reproductive dans les situations de crise humanitaire

- Travailler dans le cadre d'un partenariat respectueux avec les personnes qui bénéficient de soins, les prestataires, ainsi que les partenaires locaux et internationaux
- Garantir l'égalité en répondant aux divers besoins des personnes en matière de santé sexuelle et reproductive et veiller à ce que les services et les fournitures soient abordables ou gratuits, accessibles à tous et de haute qualité
- Veiller à la participation efficace et significative des personnes concernées et des soins axés sur les personnes, qui reconnaissent le pouvoir de décision autonome et le choix des patients en matière de services et de produits
- Garantir le respect de la vie privée et de la confidentialité pour tous et traiter les personnes avec dignité et respect
- Promouvoir l'équité vis-à-vis de l'âge, du sexe, du genre et de l'identité de genre, du statut matrimonial, de l'orientation sexuelle, du lieu (par ex. rural/urbain), du handicap, de la race, de la couleur de peau, de la langue, de la religion, des opinions politiques ou autres, des origines nationales, ethniques ou sociales, de la propriété, de la naissance ou d'autres caractéristiques
- Reconnaître et aborder les dynamiques de genre et de pouvoir dans les établissements de soins pour veiller à ce que les personnes ne soient pas victimes de coercition, de discrimination ou de violences/de mauvais traitements/d'irrespect lorsqu'elles bénéficient ou dispensent des soins
- Mobiliser la communauté, y compris les populations souvent marginalisées comme les adolescents, lors de la sensibilisation communautaire pour informer la communauté de la disponibilité et de la localisation des services et produits du DMU
- Assurer le suivi des services et des fournitures, et partager les informations et les résultats afin d'améliorer la qualité des soins

Niveau communautaire/poste de santé : Les kits du niveau communautaire/postes de santé sont destinés aux prestataires qui dispensent des soins de SSR à l'échelon communautaire. Chaque kit est censé répondre aux besoins de 10 000 personnes sur une période de 3 mois. Les kits contiennent principalement des médicaments et des éléments jetables.

Niveau des établissements de soins de santé primaire (SONUB) : les kits des établissements de soins de santé primaires (SONUB) contiennent des éléments à la fois jetables et réutilisables pour les prestataires formés ayant des compétences dans la pratique de sage-femme et dans le domaine obstétrique et néonatal au niveau des centres de santé ou des hôpitaux. Ces kits sont censés être utilisés pour une population de 30 000 personnes sur une période de 3 mois. Ces kits peuvent être commandés pour une population de moins de 30 000 personnes. Dans ce cas-là, les fournitures dureront plus longtemps.

NUMERO DU KIT DE SR	NOM DU KIT DE SR	CODE COULEUR
Kit 1A	Préservatifs masculins	Rouge
Kit 2	Accouchement hygiénique (A et B)	Bleu foncé
Kit 3	Traitement post-viol	Rose
Kit 4	Contraceptifs oraux et injectables	Blanc
Kit 5	Traitement des infections sexuellement transmissibles	Turquoise
NUMERO DU KIT DE SR	NOM DU KIT DE SR	CODE COULEUR
Kit 6	Kit d'accouchement clinique (A et B)	Marron
Kit 8	Prise en charge des complications liées à un avortement spontané ou à un avortement	Jaune
Kit 9	Suture des déchirures (col de l'utérus et vagin) et examen vaginal	Violet

	Kit 10	Accouchement avec extraction par ventouse	Gris
Niveau des hôpitaux de référence (SONUC) : Les kits des hôpitaux de référence (SONUC) contiennent des fournitures jetables et réutilisables pour fournir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets au niveau de référence (chirurgie obstétrique). En situations de crise humanitaire grave, les patientes des populations concernées sont orientées vers l'hôpital le plus proche qui peut avoir besoin d'un appui en termes d'équipements et de fournitures pour être en mesure de fournir les services nécessaires afin de gérer cette nouvelle charge de travail. On estime à 150 000 le nombre de personnes couvertes par un hôpital de cet échelon. Les fournitures de ces kits couvriraient cette population sur une période de 3 mois.	NUMERO DU KIT DE SR	NOM DU KIT DE SR	CODE COULEUR
	Kit 11	Kit de chirurgie obstétrique et complications obstétriques graves (A et B)	Vert fluorescent
	Kit 12	Transfusion sanguine	Vert foncé
NOTE: Les kits de santé reproductive sont classés selon les trois niveaux de prestation de service. Les kits sont censés être utilisés pendant 3 mois pour la taille de la population ciblée. Des produits complémentaires peuvent être commandés en fonction des facteurs favorables et des capacités des prestataires. Ces kits n'étant pas spécifiques à un contexte ou complets, les organisations ne doivent pas dépendre uniquement des kits de SR et ils doivent planifier l'intégration de l'approvisionnement en fournitures de SSR dans leur système d'approvisionnement sanitaire de routine dès que possible. Bien que cela ne garantisse pas la durabilité des fournitures, cela permettra en revanche de faciliter la transition des services du DMU vers la SSR complète. * Le nouveau système de kit sera disponible fin 2019			

NIVEAU	COMPLÉMENTS	ÉLÉMENT
Coordination	Tous les kits	Kit 0 – Administration et formation
Communauté/poste de santé - SONUB	Kit 1	Kit 1B - Préservatifs féminins
	Kit 2A	Gel de chlorexidine
	Kit 2B	Misoprostol (complète aussi les kits 6B et 8)
	Kit 4	Acétate de médorprogestérone - sous-cutané (DMPA-SC)
Centre de santé ou hôpitaux - SONUC	Kit 4	Kit 7A - Dispositif intrautérin (DIU)
	Kit 4	Kit 7B - Implant contraceptif
	Kit 6A	Vêtement non-pneumatique et anti-choc
	Kit 6B	Ocytocin
	Kit 8	Mifépristone
	Kit 10	Système de ventouse manuelle d'accouchement

Les produits complémentaires sont un ensemble d'éléments jetables et consommables et/ou des kits qui peuvent être commandés dans des circonstances particulières, pour compléter les kits de SR:

- lorsque les prestataires sont formés à l'utilisation de cette fourniture spécifique ;
- lorsque les fournitures sont acceptées et utilisées avant la situation d'urgence ;
- après la première commande rapide de fournitures de SSR lors de crises prolongées ou après une situation d'urgence, pendant que tous les efforts sont déployés pour renforcer ou mettre en place des canaux locaux et durables d'approvisionnement en produits médicaux, (y compris les canaux locaux et régionaux d'approvisionnement) ; et,
- quand l'utilisation des fournitures est autorisée, dans les limites prévues par la législation nationale

Les informations sur les kits de SR ou l'aide pour la commande peuvent être fournies par les bureaux locaux du FNUAP ou le Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP à Genève. Les kits de SR peuvent être commandés auprès du service des achats de Copenhague soit par l'intermédiaire d'un bureau local du FNUAP ou du Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP ; vous pouvez également contacter le coordinateur du groupe de travail/sous-secteur pour faciliter un approvisionnement coordonné des kits de SR.

Service des situations humanitaires et fragiles du FNUAP

FNUAP
 Attn: Service des situations humanitaires et fragiles
 Palais des Nations
 Avenue de la paix 8-14
 1211, Genève 10, Suisse

Email: Humanitarian-SRHsupplies@unfpa.org

Service des achats du FNUAP

Service des achats du FNUAP
 Marmovej 51
 2100 Copenhagen, Denmark
 Email: procurement@unfpa.org
 Site Internet: unfpaprocurement.org

Avant de passer une commande, discuter avec le groupe de coordination SSR et/ou le bureau local du FNUAP pour savoir ce qui a déjà été commandé et si les commandes peuvent être cumulées.

ÉVACUATION UTÉRINE ET LE DMU

Le DMU pour la santé sexuelle et reproductive fait partie du *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, qui a été révisé en 2018.

Le DMU 2018 comprend les services d'évacuation utérine suivants :

- **Autre priorité** : Il est également important de veiller à ce que les soins liés à l'avortement sans risques soient disponibles, dans les limites prévues par la loi, dans les centres de santé et les établissements hospitaliers.
- **Objectif 2** : Prévenir la violence sexuelle et répondre aux besoins des victimes
 - Les tests de grossesse, les informations sur les options en matière de grossesse et les soins liés à l'avortement sans risques/l'orientation pour les soins liés à l'avortement sans risques, dans les limites prévues par la loi, sont inclus dans les soins cliniques pour les victimes de violence sexuelle.
- **Objectif 4** : Prévenir la surmorbidity et la surmortalité maternelles et néonatales
 - Assurer la disponibilité des soins après avortement dans les centres de santé et les hôpitaux.

ÉTUDE 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 a peur d'être battue si on découvre sa grossesse.

NOTES :

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.

NOTES :

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.

NOTES :

5 ÉLÉMENTS DE SAA

1.

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

- Décrire les diverses options d'évacuation utérine et 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.
- Prodiguier 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.

QUELLES SONT LES COMPLICATIONS ÉVENTUELLES DE L'ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS ?

OPTIONS EN MATIÈRE D'ÉVACUATION UTÉRINE⁴

1. Avortement provoqué			
	Aspiration manuelle	Mifépristone et misoprostol pour un avortement médicamenteux	Misoprostol seul pour un avortement médicamenteux
De quoi s'agit-il ?	Une intervention qui utilise des instruments d'aspiration électrique ou manuelle pour évacuer l'utérus.	Deux médicaments pris en même temps qui permettent l'expulsion de la grossesse.	Un médicament qui permet l'expulsion de la grossesse.
Comment ça fonctionne ?	La grossesse est évacuée par le biais d'un tube (canule) avec l'aspiration créée par une pompe électrique ou un aspirateur manuel. L'intervention prend deux à dix minutes. L'intervention est immédiatement considérée comme terminée, il faut seulement une visite en établissement.	La mifépristone conduit au détachement d'une grossesse de l'utérus, elle affaiblit aussi le col de l'utérus et rend l'utérus plus sensible aux effets du misoprostol. Le misoprostol cause des contractions utérines qui permettent d'expulser la grossesse. La mifépristone est administrée par voie buccale. Le misoprostol est placé soit sous la langue, à l'intérieur de la joue ou dans le vagin, un ou deux jours plus tard. L'avortement a généralement lieu dans les quatre à six heures, mais il peut prendre plusieurs jours.	Le misoprostol cause des contractions utérines qui permettent d'expulser la grossesse. Le misoprostol est placé sous la langue ou dans le vagin, et il peut être administré plusieurs fois jusqu'à l'expulsion de la grossesse.
Quand peut-on la pratiquer/l'utiliser ?	Peut être pratiquée entre le diagnostic de la grossesse et 13 semaines maximum après la date des dernières règles manquées ou jusqu'à 15 semaines après la date des dernières règles si les prestataires ont été formés et s'ils ont accès à des canules de taille adaptée.	Peuvent être utilisés avant et après 13 semaines de grossesse. Le dosage et la durée de prise du misoprostol doivent être adaptés en fonction de l'âge gestationnel.	Peut être utilisé avant et après 13 semaines de grossesse. Le dosage et la durée de prise du misoprostol doivent être adaptés en fonction de l'âge gestationnel.

4. Utilisé avec l'autorisation de Ipas.

Où peut-elle/il être pratiquée/utilisée ?	Dans un établissement de soins.	La mifépristone peut être prise à la maison ou dans un établissement de santé. Les femmes enceintes de 10 semaines maximum peuvent utiliser le misoprostol chez elles ou dans un établissement de santé. Les femmes enceintes de plus de 10 semaines doivent prendre du misoprostol dans un établissement de santé.	Les femmes enceintes de 10 semaines maximum peuvent utiliser le misoprostol chez elles ou dans un établissement de santé. Les femmes enceintes de plus de 10 semaines doivent prendre du misoprostol dans un établissement de santé.
Quelle est son efficacité ?	Efficace à 98-100%	Efficace à 95-98%	Efficace à 85%
Sûre et efficace pour les jeunes femmes et les adultes ?	Oui	Oui	Oui
Quels sont les effets secondaires ?	Saignements et crampes	Les saignements et les crampes sont des effets attendus. Parmi les effets secondaires possibles, figurent la nausée/les vomissements, la diarrhée, la fièvre/les frissons ou les vertiges.	Les saignements et les crampes sont des effets attendus. Parmi les effets secondaires possibles, figurent la nausée/les vomissements, la diarrhée, la fièvre/les frissons ou les vertiges.
Quelles sont les complications possibles ?	Les complications rares comprennent les lésions cervicales ou utérines, les infections, les hémorragies, l'accumulation douloureuse de sang dans l'utérus (hématométrie) ou l'avortement incomplet. L'échec de l'avortement arrive dans moins de 1% des cas, surtout quand il est pratiqué par un prestataire qualifié.	Parmi les complications rares figurent l'allergie aux médicaments, les saignements abondants ou prolongés, les infections ou l'avortement incomplet. L'échec de l'avortement (poursuite de la grossesse) survient chez moins de 2% des femmes. Environ 5% des femmes nécessitent une aspiration manuelle pour n'importe quelle raison.	Parmi les complications rares figurent l'allergie aux médicaments, les saignements abondants ou prolongés, les infections ou l'avortement incomplet. L'échec de l'avortement (poursuite de la grossesse) survient chez moins de 3-10% des femmes. Environ 15% des femmes nécessitent une aspiration manuelle pour n'importe quelle raison.
Que se passe-t-il si l'avortement échoue ?	On pratique de nouveau l'intervention.	L'aspiration manuelle est pratiquée. Si l'aspiration n'est pas possible, une seconde dose de misoprostol peut être administrée avec un suivi étroit.	L'aspiration manuelle est pratiquée.
Quand la contraception peut-elle être entamée ?	Suite à une aspiration manuelle non compliquée, toutes les méthodes de contraception moderne peuvent être utilisées immédiatement ; les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être insérés immédiatement après l'intervention. Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.	Les DIU peuvent être insérés lorsque tout porte à croire que la femme n'est plus enceinte. Toutes les autres méthodes modernes (comme les pilules, les injectables et les implants) peuvent être commencées avec le premier comprimé de l'avortement. Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.	Les DIU peuvent être insérés lorsque tout porte à croire que la femme n'est plus enceinte. Toutes les autres méthodes modernes (comme les pilules, les injectables et les implants) peuvent être commencées le premier comprimé de l'avortement. Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.

2. Soins après avortement

	Aspiration manuelle	Misoprostol	Prise en charge de la femme enceinte
Comment ça fonctionne ?	Les produits de conception sont évacués à travers un tube (canule) avec l'aspiration créée par une pompe électrique ou un aspirateur manuel. L'intervention prend deux à dix minutes. L'intervention est immédiatement considérée comme terminée.	Le misoprostol cause des contractions utérines qui permettent d'expulser la grossesse. Le misoprostol est avalé, placé sous la langue ou dans le vagin, et il peut être administré de nouveau.	Les produits de conception sont expulsés par le biais de contractions utérines spontanées sans l'intervention du prestataire.

Quelle est son efficacité ?	Efficace à 98-100%	Efficace à 91-99%	Efficace jusqu'à 85%
Dans quelle mesure est-ce sans danger ?	Les complications rares comprennent les lésions cervicales ou utérines, les infections, les hémorragies, l'accumulation douloureuse de sang dans l'utérus (hématométrie) ou l'avortement incomplet.	Parmi les complications rares figurent l'allergie aux médicaments, les saignements abondants ou prolongés, les infections ou l'avortement incomplet.	Las complicaciones poco frecuentes incluyen sangrado excesivo o prolongado, infección o aborto incompleto.
Où peut-elle/il être pratiquée/utilisée ?	Dans un établissement de soins.	À la maison ou dans un établissement de soins	À la maison. L'accès aux soins d'urgence est important en cas de complication, comme les infections ou les saignements abondants ou prolongés.
Pourquoi certaines femmes choisissent-elles cette méthode ?	Résolution rapide de l'avortement, moins de saignements, souhait qu'un DIU soit inséré immédiatement.	Évite l'intervention, est plus actif que la prise en charge de la femme enceinte, c'est un acte privé.	Évite les interventions et les médicaments, c'est un privé, plus naturel.
Quand la contraception peut-elle être entamée ?	<p>Suite à une aspiration manuelle sans complication, toutes les méthodes de contraception moderne peuvent être utilisées immédiatement ; les dispositifs intra-utérins (DIU) peuvent être insérés immédiatement après l'intervention. En cas d'avortement septique, l'insertion doit être retardée.</p> <p>Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.</p>	<p>Les DIU peuvent être insérés lorsque tout porte à croire que la femme n'est plus enceinte. Toutes les autres méthodes modernes (comme les pilules, les injectables et les implants) peuvent être commencées avec le premier comprimé de l'avortement.</p> <p>Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.</p>	<p>Les DIU peuvent être insérés lorsque tout porte à croire que la femme n'est plus enceinte. Toutes les autres méthodes modernes (comme les pilules, les injectables et les implants) peuvent être commencées avec le premier comprimé de l'avortement</p> <p>Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées jusqu'à ce que les règles reprennent un cours normal.</p>

TABLEAU SUR LES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DE L'INTERVENTION MÉDICAMENTEUSE EN COMPARAISON AVEC L'ASPIRATION MANUELLE⁵

	Intervention médicamenteuse	Aspiration manuelle
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Évite l'utilisation d'instruments, l'anesthésie Plus naturelle, comme les règles Moins douloureuse pour certaines femmes Plus facile sur le plan émotionnel pour certaines femmes Peut être pratiquée par le personnel de niveau intermédiaire La femme peut contrôler la situation, être impliquée 	<ul style="list-style-type: none"> Plus rapide Plus sûre Moins douloureuse pour certaines femmes Plus facile sur le plan émotionnel pour certaines femmes Peut être pratiquée par le personnel de niveau intermédiaire Contrôlée par le prestataire La femme peut être moins impliquée
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> Saignements, crampes, nausées (avérés ou craints) Attente, incertitude Selon le protocole, plus de visites médicales ou visites médicales ou plus longues Coût 	<ul style="list-style-type: none"> Invasive Léger risque de lésion utérine ou cervicale Léger risque d'infection Perte d'intimité, d'autonomie

5. Utilisé avec l'autorisation d'Ipas.

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

Pour chacune des études de cas ci-dessous, réfléchissez aux raisons pour lesquelles chacune de ces femmes pourrait choisir une méthode spécifique d'évacuation utérine. Préparez-vous à expliquer votre raisonnement.

NOTES :

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 d'apprendre que la grossesse n'était plus viable et elle est venue avec ses deux jeunes enfants au centre de santé.

NOTES :

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 était mal à l'aise pendant les examens au spéculum et bimanuel. C'était la première fois qu'elle subissait ces examens. Elle semble nerveuse par rapport à l'évacuation utérine.

NOTES :

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 pense qu'ils n'ont pas fonctionné.

NOTES :

RECEVABILITÉ MÉDICALE POUR LA CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT⁶

	Stérilisation	Dispositif intra-utérin (DIU)	Implant	Injectables*	Pilules contraceptives hormonales combinées, patch et anneau	Pilules à progestatif seul	Barrière	Méthode de connaissances de la fertilité
Évacuation utérine sans complication (aspiration ou médicaments)	1	1	1	1	1	1	1	Retarder l'utilisation de la méthode*
Évacuation utérine avec complication	Retarder l'utilisation de la méthode*	4*	1	1	1	1	1	Retarder l'utilisation de la méthode*

* Voir les précisions ci-dessous.

Catégories de la recevabilité médicale de l'Organisation mondiale de la Santé :

(1) Une maladie pour laquelle il n'y a pas de restriction pour l'utilisation de la méthode ;

(2) Une maladie pour laquelle les avantages de l'utilisation de cette méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés ;

(3) Une maladie pour laquelle les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages de la méthode ;

(4) Une maladie qui représente un risque sanitaire inacceptable si la méthode est utilisée.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES CONCERNANT LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES SPÉCIFIQUES

Stérilisation : Peut être pratiquée immédiatement après une évacuation utérine sans complication. Dans les cas d'avortement septique ou d'infection pelvienne, les femmes doivent être soignées 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. Bien que la stérilisation soit une méthode adaptée aux femmes indépendamment de leur âge, des précautions spécifiques doivent être adoptées avec les jeunes femmes en raison d'un risque important de regret.

Dispositif intra-utérin (DIU) : Lorsqu'elles sont comparées aux méthodes à courte durée d'action, les méthodes de contraception à longue durée d'action et réversibles (MLDA) comme les DIU et les implants ont des taux de poursuite plus élevés et des taux de grossesse et d'avortement plus faibles. L'insertion d'un DIU peut avoir lieu immédiatement après une aspiration manuelle sans complication. L'insertion du DIU immédiatement après une aspiration sans complication est sans danger et pratique. Le taux des effets indésirables sérieux comme les infections ou la perforation utérine, n'augmente pas lorsqu'un DIU est inséré immédiatement après l'aspiration manuelle. Il y a un risque très limité que le DIU inséré immédiatement après une aspiration soit expulsé. Quand les femmes qui souhaitent un DIU ne peuvent en pas bénéficier immédiatement après l'aspiration et elles doivent retourner au centre médical à un autre moment pour leur DIU ou elles sont orientées vers un établissement de santé différent pour l'insertion du DIU, elles sont moins susceptibles de bénéficier d'un DIU. Après évacuation utérine à l'aide de méthodes médicamenteuses, le DIU peut

être inséré dès lors que l'on sait que la femme n'est plus enceinte. Les femmes qui ont recours à des méthodes médicamenteuses et qui expulsent leur grossesse dans un établissement de santé peuvent se faire insérer un DIU après l'expulsion. Les femmes qui expulsent leur grossesse chez elles ou ailleurs peuvent se faire insérer un DIU lors d'une visite de suivi.

En cas d'avortement septique ou chez les femmes qui ont une cervicite purulente au moment de l'évacuation utérine, les femmes doivent être soignées avec des antibiotiques adaptés et l'insertion du DIU doit être retardée jusqu'à la guérison. Une méthode contraceptive provisoire doit être administrée aux femmes. Si femme contracte une infection sexuellement transmissible après l'insertion du DIU ou si elle développe une infection utérine ou pelvienne en ayant un DIU dans l'utérus, elle doit bénéficier d'un traitement antibiotique pour soigner l'infection. Le retrait du DIU n'est pas nécessaire.

Implants : L'implant peut être inséré au moment de l'aspiration ou pour celles qui utilisent des médicaments pour l'évacuation utérine, au moment de la prescription ou de l'administration des médicaments. Lorsque l'insertion de l'implant est retardée jusqu'à une visite ultérieure ou lorsque les femmes sont orientées vers un établissement de santé différent pour l'insertion, elles sont moins susceptibles de bénéficier de l'implant.

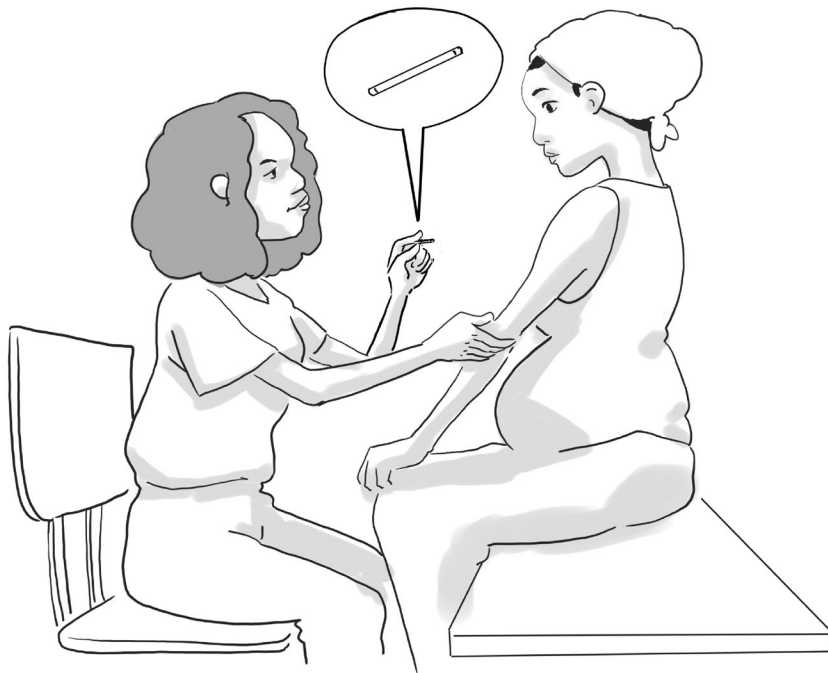
Injection à progestatif seul : L'OMS a classé l'acétate de méthoxyprogestérone (DMPA) dans la catégorie 2 (Une maladie pour laquelle les avantages de l'utilisation de cette méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou avérés) pour les femmes de moins de 18 ans en raison de problèmes théoriques de densité minérale osseuse.

6. Organisation mondiale de la Santé. (2015). *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives de l'OMS*, 5^e éd. OMS. Genève.

Pilules contraceptives hormonales combinées, patch et anneau : Les femmes peuvent commencer les pilules contraceptives hormonales combinées ou le patch au moment de l'aspiration, ou en cas d'utilisation de médicaments pour l'évacuation utérine, au début de la prise des médicaments. Les femmes peuvent se faire insérer un anneau de contraception hormonale combinée une semaine après l'aspiration ou l'évacuation utérine, si souhaitée, en raison de saignements vaginaux liés à un avortement.

Méthode barrière : Chez les femmes qui ont souffert de lésions génitales, un prestataire peut avoir besoin de déterminer si les méthodes barrières féminines peuvent être utilisées.

Méthode de connaissances de la fertilité : L'utilisation de la méthode peut être retardée jusqu'à ce que la femme ait eu ses premières règles après l'avortement.



QUESTIONS ET RÉPONSES SUR LA RECEVABILITÉ MÉDICALE APRÈS 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 :

Question :

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

Réponse :

Question :

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

Réponse :

POURQUOI PROPOSER UNE CONTRACEPTION D'URGENCE (CU) ?

LISTE DE CONTRÔLE SUR LES CONSEILS RELATIFS À LA CONTRACEPTION⁷

Instructions pour l'observateur/trice : Observez silencieusement et évaluez la session de conseils. Ne pas interagir avec la femme ou le prestataire. Cochez « oui » ou « non », si le prestataire a appliqué la compétence durant la session de conseils, et notez les commentaires. Communiquez votre évaluation et des commentaires au prestataire à la fin de la session.

Compétence	Oui	Non	Commentaires
Établit un contact			
Accueille les clientes de manière conviviale, en montrant de l'intérêt et de l'attention			
Garantit le respect de l'intimité et de la confidentialité			
Demande la permission avant d'accueillir d'autres personnes dans la session			
Évalue les besoins de la femme			
Pose des questions ouvertes sur la situation et les besoins de la femme			
Explore les facteurs qui ont conduit au besoin d'un avortement, sans jugement			
Si elle prenait une contraception, évalue les raisons de l'échec de la méthode			
Explique la reproduction humaine (si nécessaire)			
Détermine le souhait de retarder ou d'empêcher la grossesse			
Examine le souhait actuel d'une femme de retarder ou d'empêcher la grossesse			
Fournit des informations sur les avantages sanitaires de l'espacement des naissances			
Évalue la situation individuelle de la femme			
Évalue la situation clinique et personnelle de la femme			
Aborde les obstacles éventuels à l'utilisation de la contraception et les différentes façons de les surmonter			
Explique les caractéristiques des méthodes disponibles et efficaces			
Aborde les contre-indications et les méthodes pour lesquelles elle est médicalement éligible			
Offre un large éventail de méthodes disponibles dans l'établissement et où la femme pourra se réapprovisionner			
Précise les cas où les contraceptifs peuvent être fournis par rapport à sa méthode et son processus d'évacuation utérine			

7. Source : Ipas. « Liste de contrôle à des compétences requises en matière de counseling sur la contraception » In *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur, (deuxième édition)*, 173-175. Chapel Hill, NC, 2014. <https://www.ipas.org/resource/woman-centered-comprehensive-abortion-care-trainers-manual-second-edition/>

Compétence	Oui	Non	Commentaires
Explique, en allant de la méthode la plus efficace à la moins efficace, l'efficacité, les caractéristiques, l'utilisation et les effets secondaires de ses méthodes éligibles			
Si elle a besoin d'un réapprovisionnement, explique où elle peut y accéder			
Montre les méthodes et utilise les outils, les brochures, les images ou les modèles anatomiques			
Aide la femme à choisir sa méthode			
Soutient la femme dans le choix de la méthode la plus efficace par rapport à sa situation			
Veille au choix éclairé de la méthode			
Veille à la compréhension des méthodes choisies			
Veille à ce que la femme comprenne pleinement la méthode qu'elle a choisie			
L'aide à planifier la poursuite de l'utilisation, veille à ce qu'elle sache où et quand se réapprovisionner ou changer de méthode si nécessaire			
Fournit la méthode choisie ou une méthode provisoire si la méthode choisie n'est pas disponible			
Fournit la CU et les instructions d'utilisation comme méthode de secours, si possible			
Se réfère à d'autres ressources si besoin			
Gère les besoins particuliers			
Dispose de listes de ressources pour s'y référer			
En cas d'incapacité à dispenser des conseils ou à offrir des services spécialisés ou à répondre aux besoins de la femme, orienter vers les services compétents			

OFFRE DE CONTRACEPTION DANS LES CONTEXTES DE CRISE :

CONSIDÉRATIONS PARTICULIÈRES EN MATIÈRE DE CONSEILS SUR LA CONTRACEPTION⁸

JEUNES FEMMES (ÂGÉES 10-24 ANS)

Les besoins des jeunes femmes en matière de contraception varient énormément. Une jeune femme mariée, mère d'un enfant qui veut éviter d'en avoir un deuxième peut avoir des considérations différentes de celles d'une jeune femme qui peut être davantage exposée au risque d'IST y compris le VIH. Certaines jeunes femmes peuvent vouloir tomber enceinte immédiatement et n'ont pas besoin de contraception. Lorsque vous proposez des conseils et des services sur la contraception, il est important de demander à la femme quels sont ses projets immédiats et à long-terme en matière de procréation et ensuite lui donner les conseils adaptés.

Les conseils en matière de contraception doivent aussi inclure des informations sur la connaissance de la fertilité, en demandant ce que la cliente sait de son cycle menstruel et de la fertilité, et en s'appuyant sur ces éléments pour lui enseigner les moments de fertilité et de non-fertilité pendant son cycle. Les méthodes de connaissance de la fertilité ne sont pas recommandées pour les jeunes femmes qui ont des cycles menstruels erratiques et irréguliers. Comme avec l'avortement, les jeunes femmes peuvent s'inquiéter de la sécurité ou de l'efficacité des méthodes contraceptives en raison de la désinformation. Il se peut qu'elles ne sachent pas comment la grossesse arrive ou est empêchée. Par exemple, elles peuvent avoir entendu dire que la grossesse n'arrivera pas si elles ont des rapports sexuels dans certaines positions, dans l'eau ou pendant la menstruation, ou elles peuvent croire que la contraception entraînera une stérilité permanente. À cause de la désinformation, il est important que les prestataires expliquent comment une méthode de contraception fonctionne, notamment l'efficacité, les éventuels effets secondaires comme la prise de poids ou la sensibilité des seins et leurs conséquences, et les implications cliniques à long terme de tout effet secondaire de ce type. Les prestataires peuvent poser des questions indirectes comme « quelles sont les choses que vos amis disent à propos de la manière de tomber ou de ne pas tomber enceinte? » et « quelles les choses que vous avez entendu dire sur cette méthode? » pour savoir si une jeune femme a des informations erronées.

Les conseils en matière de contraception doivent être fondés sur la réalité. C'est-à-dire qu'ils doivent commencer par dévoiler et répondre aux croyances des clientes, qu'elles soient exactes ou non, pour éviter l'interruption de la méthode. Les prestataires doivent également apprendre de la jeune femme quels sont les obstacles auxquels elle peut être confrontée par rapport à l'utilisation de méthodes contraceptives et ils doivent aider la jeune femme à identifier l'option la plus adaptée pour elle. Les besoins d'intimité d'une jeune femme peuvent également influencer son choix de méthode contraceptive. Par exemple, les injectables, les implants ou un dispositif intra-utérin peuvent convenir à une jeune femme qui a des besoins d'intimité importants, même si la méthode qu'elle préfère pourrait être différente.

La mise à disposition d'un éventail plus important de méthodes contraceptives est corrélée à l'acceptation accrue d'une méthode parmi les jeunes femmes et les femmes adultes. 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 (PCU) en cas d'accident ou d'échec de la contraception.

Les informations suivantes doivent également être fournies lors de la discussion sur la contraception avec les jeunes femmes :

Critère d'éligibilité médicale pour les jeunes femmes

Les directives relatives à l'éligibilité clinique pour les contraceptifs après avortement pour les jeunes femmes sont les mêmes que pour des femmes adultes. Plusieurs méthodes ayant des implications pour les jeunes femmes doivent donner lieu à une discussion complémentaire. Il s'agit de la stérilisation, des méthodes de contraception à longue durée d'action, des dispositifs intra-utérins et des injectables.

Stérilisation

Il n'y a pas de contre-indication clinique à la stérilisation pour les jeunes femmes. Cependant, les femmes âgées de moins de 30 ans sont beaucoup plus susceptibles d'avoir des regrets après la stérilisation. Pendant les conseils, les prestataires doivent insister sur le fait qu'il s'agit d'une méthode permanente et préciser que l'intervention assurée au moment de l'avortement versus l'utilisation d'une méthode non permanente pendant un certain temps pour être sûre que c'est la méthode de son choix, ne présente pas d'avantages supplémentaires. Il se peut qu'il y ait des lois et des politiques en place qui impactent la capacité d'une mineure à donner son consentement au changement permanent chirurgical et si la stérilisation est une option pour les mineures. Les prestataires doivent fournir des informations de manière factuelle et soutenir la décision éclairée de la jeune femme.

Méthodes contraceptives de longue durée d'action

Les méthodes contraceptives à longue durée d'action et réversibles comme les dispositifs intra-utérins (DIU) ou les implants sont sûrs et efficaces et sont bénéfiques pour les jeunes femmes. Pour toutes les femmes, ces méthodes sont plus efficaces pour prévenir la grossesse que d'autres méthodes modernes y compris les pilules, les injections et les préservatifs. De plus, étant donné que les femmes qui utilisent des DIU ou implants ne sont pas obligées de se rappeler de prendre des pilules chaque jour, d'acheter plus de fournitures ou de se faire injecter tous les trois mois, il n'y a aucune chance que la méthode soit défaillante en raison de problème d'utilisation. Les jeunes femmes ont plus de difficultés pour utiliser des méthodes à courte d'action que les femmes plus âgées, ce qui entraîne des taux de grossesse deux fois plus élevés que ceux des femmes plus âgées qui utilisent des méthodes à courte durée d'action. Par conséquent, la facilité d'utilisation des DIU et des implants peut être particulièrement bénéfique pour les jeunes femmes. Enfin, les femmes qui utilisent les DIU et les implants en sont satisfaites, ce qui aboutit à une poursuite plus longue par rapport aux pilules ou injectables. Les grossesses non désirées

8. Utilisé avec l'autorisation d'Ipas.

survenant lorsque les femmes arrêtent ou changent de méthode, la satisfaction ou la poursuite sont essentielles pour l'efficacité des DIU et implants.

Dispositifs intra-utérins (DIU)

Les jeunes femmes sont médicalement éligibles pour utiliser les DIU. Il n'y a pas de contre-indications cliniques du fait de l'âge. Les DIU ont moins de chance d'être choisis par les jeunes femmes que par les femmes plus âgées dans certains pays. On ne sait pas vraiment si cela s'explique en partie par la réticence des prestataires à l'idée de fournir des DIU aux jeunes femmes ou la réticence des jeunes femmes après avoir obtenu des informations précises, impartiales sur la méthode. Les études qui ont examiné l'utilisation du DIU parmi les jeunes femmes ont montré que lorsque les jeunes femmes ont bénéficié de conseils non directifs et de DIU sans frais, les taux d'acceptation et de poursuite de l'utilisation du DIU parmi les jeunes femmes étaient comparables à ceux de femmes plus âgées. L'utilisation du DIU par les jeunes femmes réduit les taux de grossesse, d'accouchement et d'avortement provoqué dans ce groupe.

Injectables

Les injectables incluent les formules à progestatif seul et d'œstrogène et de progestérone (« combinées »), notamment le Depo-Provera (DMPA), le Mesigyna et le Norigynon (NET-EN). Des doutes ont été émis quant au fait que le DMPA puisse faire baisser de manière définitive la densité minérale osseuse (DMO) chez les jeunes femmes, sachant qu'elle réduit temporairement la DMO et étant donné que les adolescentes n'ont pas encore atteint leur masse osseuse maximale. Une étude consacrée aux adolescentes a montré qu'elles avaient toutes complètement récupéré leur DMO dans les 12 mois qui ont suivi l'interruption et la durée de l'utilisation de la DMPA n'a pas eu d'impact sur ce rétablissement. Cependant, d'après les dernières recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé concernant la recevabilité médicale des contraceptifs, la plupart des études ont montré que les femmes retrouvent leur DMO après avoir interrompu le DMPA, mais on ne sait pas vraiment si son utilisation chez les jeunes femmes peut avoir un impact sur la masse osseuse maximale. C'est pourquoi il figure dans la Catégorie 2 des méthodes (« utilisent généralement la méthode ») pour les femmes de moins de 18 ans. En comparaison, la Catégorie 1 signifie « utilisent la méthode dans n'importe quelle circonstance. »

LES FEMMES QUI ONT SUBI PLUSIEURS AVORTEMENTS

Si une femme ne veut pas tomber enceinte et a été confrontée à plusieurs grossesses non désirées et avortements, le prestataire doit aider la femme à identifier ses difficultés avec l'utilisation ou l'accès à la contraception et il doit travailler avec elle pour les surmonter.

Pendant la discussion sur la contraception avec une femme qui a eu plusieurs avortements :

- Examinez avec la femme ses antécédents en matière d'utilisation de méthodes contraceptives. Si elle n'a pas utilisé de contraception, posez-lui des questions à ce sujet, en utilisant un langage neutre.

- Si elle a recours à la contraception, identifiez et réglez les difficultés qu'elle a rencontrées avec la méthode de son choix ou aidez-la à choisir une méthode qui peut mieux lui convenir.
- Si le réapprovisionnement de la méthode de son choix a été problématique, aidez-la à identifier une méthode qu'elle ne peut pas obtenir plus systématiquement.
- Conseillez la femme concernant la manière d'accéder à et d'utiliser la contraception d'urgence (CU) si elle a des rapports sexuels non protégés ou en cas d'échec de la contraception. Si possible, offrez-lui un stock de pilules de contraception d'urgence (PCU).

LES FEMMES QUI ONT SUBI DES ACTES DE VIOLENCE

Lorsque vous aidez une femme qui a subi de la violence à choisir une méthode contraceptive adaptée, demandez-lui d'envisager s'il y a un lien entre la violence et son utilisation de méthodes contraceptives. Si la violence est la conséquence de son utilisation de méthodes contraceptives, aidez-la à envisager de prendre une méthode qui ne peut pas être détectée par d'autres personnes. Si la femme ne peut pas contrôler les circonstances de son activité sexuelle, conseillez-lui d'utiliser des méthodes qui n'impliquent pas la participation du partenaire comme les injectables, les dispositifs intra-utérins et les implants et dites-lui comment accéder à et utiliser la CU. Il peut être bénéfique de fournir des PCU à l'avance.

LES FEMMES QUI VIVENT AVEC LE VIH

Les informations suivantes doivent également être fournies lors de la discussion de la contraception avec les femmes séropositives :

- Les préservatifs masculins et féminins contribuent à protéger contre la transmission du VIH et doivent être utilisés correctement à chaque rapport sexuel.
- Si la femme a des rapports sexuels non protégés avec un partenaire séropositif, elle peut être infectée par une souche de VIH différente ou d'autres infections sexuellement transmissibles (IST).
- La double protection est recommandée. Cette pratique comprend l'utilisation simultanée, correcte et systématique de préservatifs masculins ou féminins pour la protection contre les IST/VIH avec une autre méthode contraceptive plus efficace pour la prévention de grossesse, ou avec les PCU comme méthode d'appoint pour la prévention de la grossesse. Les femmes qui suivent un traitement contre le VIH doivent obtenir des informations sur les options contraceptives en rapport avec leurs traitements.

PERSONNES QUI SE LIVRENT AU TRAVAIL DU SEXE

Les informations suivantes doivent également être fournies lors de la discussion de la contraception avec les femmes qui se livrent au travail du sexe :

- concernant sa propre santé, le prestataire doit tout mettre en œuvre pour montrer qu'elle comprend clairement ce à quoi elle donne son accord et quels sont ses choix.

LES FEMMES QUI ONT SUBI UNE MUTILATION GÉNITALE

Le type de mutilation génitale et les préférences d'une femme par rapport à la désinfibulation et la réinfibulation doivent être pris en compte quand on l'aide à choisir une méthode contraceptive. Une étude récente montre qu'aucune incidence accrue de l'infection par le VIH n'est avérée chez les femmes qui ont subi une mutilation génitale féminine. Comme pour toutes les femmes, encouragez l'utilisation de méthodes barrières, comme les préservatifs masculins et féminins, pour faire baisser le risque d'infection par le VIH.

- ## LES FEMMES AYANT UNE FEMME POUR PARTENAIRE

Les prestataires ne doivent pas avoir d'a priori relatif à la contraception concernant les femmes qui disent avoir des femmes pour partenaires sexuelles. Les femmes qui ont des femmes pour partenaires peuvent également avoir des rapports sexuels avec des hommes, être exposées au risque de contracter des IST/le VIH et de grossesse non désirée, peuvent souhaiter une grossesse future, et/ou avoir besoin d'informations et de méthodes contraceptives. Les prestataires doivent entreprendre des discussions ouvertes avec toutes les femmes pour déterminer les risques auxquels elles sont exposées et leurs besoins.

NOTES :

[illegible]

ÉTUDE DE CAS

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 remonte à sa grossesse. Elle s'est rendue dans l'établissement avec des saignements abondants et des crampes. Elle a peur de parler de contraception avec son mari.

NOTES :

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.

NOTES :

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 apprendre 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.

NOTES :

NOTES :

NOTES :

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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 a des frissons, elle paraît pâle. Lorsqu'elle a été interrogée, elle a dit avoir saigné abondamment au cours des 4 dernières heures et qu'elle souffrait de douleurs abdominales par vagues. Elle a du mal à marcher lorsqu'elle a des crampes.

DÉTERMINER L'ÉLIGIBILITÉ À L'ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS

Étude de cas 1 (SAA)

- Femme de 38 ans souffrant de crampes douloureuses et de saignements vaginaux depuis 5 jours
- Semble aller bien
- 8 semaines se sont écoulées depuis ses dernières règles
- 5 accouchements antérieurs
- Antécédents de ligature des trompes

NOTES :

Étude de cas 2 (SAA)

- Femme de 25 ans présentant des frissons, des douleurs abdominales et des saignements vaginaux depuis 2 jours
- Anxiété, pâleur et peau moite ; vertiges quand se met en position debout pour aller du siège à la table d'examen
- 14 semaines écoulées depuis les dernières règles
- 5 accouchements antérieurs
- PC 116, TA 80/50, Température de 39°C
- Taille utérine de 11 semaines, sensibilité du col de l'utérus, col de l'utérus ouvert
- Sang visible dans le vagin et sang rouge vif dans le col de l'utérus

NOTES :

Étude de cas 3 (SAA)

- Femme de 32 ans présentant des saignements modérés depuis 10 jours et des douleurs pelviennes similaires à des contractions
- Semble aller bien
- 12 semaines écoulées depuis les dernières règles
- 2 accouchements antérieurs
- PC 88, TA 120/90, afebrile
- Taille utérine de 8 semaines, aucune sensibilité utérine, sensibilité à la mobilisation du col utérin
- Col de l'utérus ouvert, pertes avec odeur nauséabonde

NOTES :

Étude de cas 4 (SAA)

- Une femme de 20 ans se présente au centre médical six semaines après la date de ses dernières règles.
- Elle n'utilisait pas de méthode contraceptive et ses règles sont généralement régulières tous les 28-30 jours.
- Elle dit avoir eu de légères nausées et souffert de sensibilité des seins.
- Vous pratiquez un examen bimanuel et confirmez que les dernières règles remontent à six semaines d'après son utérus. Vous ne constatez aucune masse ou sensibilité.
- Elle a entendu parler d'avortement médicamenteux et demande si elle peut prendre les médicaments aujourd'hui ou si elle a besoin d'une échographie.

NOTES :

Étude de cas 5 (SAA)

- Une jeune femme de 17 ans se présente au centre de santé car elle pense qu'elle pourrait être enceinte et on lui a dit qu'elle pourrait prendre un médicament pour « faire venir » ses règles.
- Quand vous lui demandez la date de ses dernières règles, elle répond qu'elle ne s'en souvient pas.
- Vous pratiquez un examen pelvien et estimez qu'elle est enceinte de sept semaines.

NOTES :

Étude de cas 6 (SAA)

- Une femme de 28 ans, mère de quatre enfants. Elle ne veut pas avoir un autre enfant.
- Ses règles ont toujours été irrégulières. Ses règles durent parfois un jour ou deux alors qu'elle saigne parfois pendant une semaine. Elle a parfois ses règles tous les mois mais il arrive qu'elle ne les ait pas pendant un mois.
- Elle ne sait pas à quand remonte la date de ses dernières règles. Vous essayez de l'aider à se souvenir d'un événement de sa vie qui pourrait l'aider à se souvenir de la date de ses dernières règles, mais cela ne l'aide pas à s'en souvenir.
- Elle a souffert de saignements abondants durant deux de ses grossesses mais elle n'a jamais eu de transfusion sanguine.
- Elle semble un peu pâle et elle dit qu'elle se sent souvent fatiguée.
- Vous pratiquez un examen bimanuel et son utérus facilement palpable et il semble qu'elle est enceinte de huit semaines.

NOTES :

NOTES :

CARTE DE RÉFÉRENCE DE POCHE SUR LES TRAITEMENTS POUR L'ÉVACUATION UTÉRINE⁹

Mifepristone et Misoprostol Pour L'avortement Médicamenteux	Avortement Médicamenteux Avec Misoprostol Seul	Traitement Médical de L'avortement Incomplet de L'avortement Manqué ou du Décès Fœtal Intrautérin (Soins Après Avortement)
<p>Jusqu'à 10 semaines de gestation (70 jours depuis les dernières règles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 mg de mifépristone par voie orale • 800 mcg de misoprostol administrés par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1-2 jours après la mifépristone <p>10-13 semaines de gestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 mg de mifépristone par voie orale • 600 mcg de misoprostol administrés par voie sublinguale ou 800 mcg administrés par voie vaginale 1-2 jours après la mifépristone, ensuite 400 mcg de misoprostol administrés par voie sublinguale ou vaginale toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion • À défaut, 200 mg de mifépristone par voie orale et 1-2 jours plus tard possibilité de prendre 800 mcg de misoprostol par voie orale, sublinguale ou vaginale La dose de misoprostol peut être renouvelée pour que l'avortement réussisse <p>À ou après 13 semaines de gestation (13-24 semaines) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 200 mg de mifépristone par voie orale • 400 mcg de misoprostol administrés par voie buccale, sublinguale ou vaginale 1-2 jours après la mifépristone, ensuite toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion fœtale ou placentaire • Si la femme est stable et si cela est pratique, les prestataires doivent lui permettre d'expulser le placenta au moins quatre heures après l'expulsion fœtale pour expulser le placenta 	<p>Avant 13 semaines de gestation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 800 mcg de misoprostol administré par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion <p>À ou après 13 semaines de gestation (13-24 semaines) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 400 mcg de misoprostol administrés par voie buccale, sublinguale ou vaginale toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion fœtale ou placentaire. Le dosage vaginal est plus efficace que le dosage sublingual pour les femmes nullipares • Si la femme est stable et si cela est pratique, les prestataires doivent lui permettre d'expulser le placenta au moins quatre heures après l'expulsion fœtale 	<p>Taille utérine de moins de 13 semaines :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avortement incomplet <ul style="list-style-type: none"> • 600 mcg de misoprostol en une seule dose ou 400 mcg en une seule dose par voie sublinguale, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale • Avortement manqué <ul style="list-style-type: none"> • 600 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, 800 mcg par voie vaginale ou toutes les 3 heures jusqu'à l'expulsion (en général 1-3 doses) • Quand cela est possible, ajouter un prétraitement avec 200 mg de mifépristone par voie orale 1-2 jours avant le misoprostol <p>Taille utérine de 13 semaines ou plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avortement incomplet <ul style="list-style-type: none"> • 400 mcg de misoprostol par voie buccale, sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les trois heures jusqu'à l'expulsion • Décès fœtal intrautérin (jusqu'à 24 semaines) : <ul style="list-style-type: none"> • 400 mcg de misoprostol par voie sublinguale ou, en l'absence de saignements vaginaux, par voie vaginale toutes les 4-6 heures jusqu'à l'expulsion • Quand cela est possible, ajouter un prétraitement avec 200 mg de mifépristone par voie orale 1-2 jours avant le misoprostol

9. Source: Ipas. « Protocoles d'avortement médicamenteux (fiche de dosage) », 2019. <https://www.ipas.org/resource/protocols-for-medical-abortion-dosage-card/>.

LISTE DE CONTRÔLE DES COMPÉTENCES EN ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS¹⁰

Instructions : Vérifiez si la compétence a été pratiquée correctement (Oui/Non) et ajoutez les commentaires.

Première visite clinique	Oui	Non	Commentaires
Garantit le respect de l'intimité durant la visite			
Accueille la femme de manière conviviale, respectueuse			
Utilise un langage adapté à l'âge, simple et compris par la femme			
Fournit des informations de base sur la conception, la grossesse et les options de grossesse, si nécessaire			
Confirme avec la femme qu'elle veut interrompre sa grossesse, et que sa décision est volontaire			
Explore le type de soutien dont elle bénéficie pour sa décision			
Lui demande si elle est venue avec quelqu'un, et si elle voudrait que cette personne la rejoigne pour la session d'information/conseils			
Détermine si une personne peut être à ses côtés et lui apporter du soutien pendant le processus d'avortement médicamenteux			
Explique ce à quoi il faut s'attendre pendant la visite au centre médical			
L'interroge sur son état de santé général et ses maladies éventuelles			
L'interroge sur ses antécédents en matière de santé reproductive			
L'interroge pour savoir si elle a des allergies aux médicaments			
Détermine l'éligibilité médicale pour l'avortement médicamenteux			
Si habituel dans les protocoles locaux, détermine le statut rhésus (Rh) et administre un Rh-immunoglobuline aux femmes au Rh négatif			
Si habituel dans les protocoles locaux, pratique des évaluations de l'hémoglobine ou hématoците si indiqué et possible (<i>Note : cela peut faire partie des protocoles locaux mais il se peut que cela ne soit pas faisable ou habituel dans de nombreux contextes</i>)			
Pratique un examen bimanuel pour confirmer l'âge gestationnel			
Précise quelles méthodes d'avortement sont possibles, y compris leurs caractéristiques, leur efficacité et ce qu'elle pourrait ressentir			
Explore les points de vue sur les options de méthodes d'avortement et quelle méthode est la plus indiquée pour elle			

10. Utilisé avec l'autorisation d'Ipas.

Première visite clinique	Oui	Non	Commentaires
Si elle choisit l'avortement médicamenteux, fournit des informations complémentaires avec un langage simple compris par la femme			
Précise ses sentiments par rapport aux saignements abondants et aux crampes subis à la maison			
Explique comment et quand prendre la mifépristone et/ou le misoprostol			
Explique ce à quoi s'attendre après avoir pris de la mifépristone et/ou du misoprostol			
Explique les effets secondaires courants de la mifépristone et/ou du misoprostol			
Explique comment prendre des analgésiques et suggère d'autres méthodes pour atténuer la douleur (comme une bouillote posée sur l'abdomen)			
Explique les signes annonciateurs indiquant le besoin de recourir à des soins complémentaires			
Veille à ce qu'elle comprenne les effets attendus, les effets secondaires et les signes annonciateurs de la mifépristone et/ou du misoprostol			
Explique ce qu'il faut faire en cas de questions ou de problèmes à la maison			
Fournit des coordonnées en cas de problème ou d'urgence			
Explique la probabilité que l'avortement médicamenteux puisse échouer, et les étapes complémentaires qui seront nécessaires pour interrompre la grossesse			
Explique le risque très limité d'anomalies congénitales associées au misoprostol si l'avortement échoue			
Demande s'il y a des questions et y répond			
Obtient le consentement éclairé			
Aborde des informations sur le retour à la fertilité et à l'activité sexuelle			
Interroge sur les intentions en matière de procréation et la nécessité/le souhait de contraception			
Aborde les méthodes contraceptives, si souhaité			

Première visite clinique	Oui	Non	Commentaires
Prodigue des conseils sur la contraception, si souhaité (<i>voir la liste de contrôle des compétences en conseils pour plus d'informations</i>)			
Fournit la mifépristone et/ou le misoprostol au centre médical ou à emporter au domicile (selon le protocole)			
Fournit des informations et oriente vers des services compétents, si nécessaire, notamment ceux liés au VIH, au dépistage du cancer et à la prévention de la violence et aux soins			
Planifie le rendez-vous de suivi de la femme pour évaluer le succès de l'avortement si elle le souhaite. <i>Cependant, le suivi n'est pas nécessaire après évacuation utérine avec mifépristone et misoprostol ou avec misoprostol seul à moins que la femme le souhaite ou en cas de complications.</i>			
Visite de suivi (si nécessaire)	Oui	Non	Commentaires
Garantit le respect de l'intimité durant la visite			
Accueille la femme de façon conviviale et respectueuse			
Explique ce à quoi il faut s'attendre pendant la visite de suivi			
Lui demande comment elle se sent			
Interroge la femme sur son expérience par rapport au processus de l'avortement			
Interroge la femme si elle pense que l'avortement a été un succès			
Évalue l'avortement en :			
• Notant tous les éléments du processus d'avortement (quantité et durée des saignements, crampes)			
• L'interrogeant sur les crampes et les saignements actuels			
• L'interrogeant sur les symptômes actuels de la grossesse			
• Pratiquant un examen bimanuel			
En cas de doute sur le fait que la femme soit toujours enceinte, évoque les options suivantes :			
• Fait évaluer la femme par un/e autre clinicien/ne ou un clinicien/ne plus expérimenté/e			
• Pratique une échographie, si possible			
• Le cas échéant, demande à la femme de revenir dans 1 semaine pour une réévaluation			
• Pratique une aspiration manuelle			

Visite de suivi (si nécessaire)	Oui	Non	Commentaires
Si l'avortement a été un succès, fournit :			
• Des informations sur la manière de contacter le centre de santé si elle a des questions ou des inquiétudes			
• Des informations sur le retour à la fertilité, le retour des règles et la contraception			
• Des conseils et une méthode contraceptive, si souhaité et si cela n'a pas été fait lors d'une visite précédente			
Si les saignements sont prolongés ou plus abondants que d'habitude, évoque les options :			
• Prise en charge de la femme enceinte, le cas échéant			
• Une dose supplémentaire de misoprostol			
• Aspiration manuelle			
Si la femme est toujours enceinte, évoque l'aspiration manuelle, la pratique ou oriente la femme vers des services compétents			
Fournit des informations et oriente la femme vers des services compétents, si nécessaire, notamment ceux liés au VIH, au dépistage du cancer et à la prévention de la violence et aux soins			
Demande à la femme si elle d'autres questions, inquiétudes ou besoins			

LISTE DE CONTRÔLE DES COMPÉTENCES RELATIVES AU MISOPROSTOL POUR LE TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT INCOMPLET¹¹

Instructions : Vérifiez si la compétence a été pratiquée correctement (Oui/Non) et ajoutez les commentaires.

Première visite clinique	Oui	Non	Commentaires
Garantit le respect de l'intimité durant la visite			
Accueille la femme de façon conviviale et respectueuse			
Utilise un langage adapté à l'âge, simple et compris par la femme			
Demande à la femme quelle est la raison de sa visite			
Demande à la femme si elle pense qu'elle était ou qu'elle est enceinte			
Note ses antécédents médicaux, notamment :			
• Ses dernières règles			
• Les saignements et les cycles de saignements. Demande si elle a évacué des caillots, des tissus ou si elle a eu des saignements semblables à des règles abondantes.			
• Demande si elle a eu des douleurs ou des crampes			
• (Le cas échéant) lui demande si elle a subi un avortement, si elle a utilisé des médicaments ou pris des mesures pour interrompre la grossesse			
L'interroge sur son état de santé général et ses maladies éventuelles			
L'interroge sur ses antécédents de santé reproductive			
L'interroge pour savoir si elle a des allergies aux médicaments			
Explique ce à quoi il faut s'attendre pendant la visite au centre médical			
Pratique un examen bimanuel pour évaluer la taille utérine			
Si cela est habituel dans les protocoles locaux, établit le statut rhésus (Rh) et administre un Rh-immunoglobuline aux femmes dont le Rh est négatif			
Si cela est habituel dans les protocoles locaux, évalue l'hémoglobine ou l'hématocrite si indiqué et possible (<i>Note : cela peut faire partie des protocoles locaux mais il se peut que cela ne soit pas faisable ou habituel dans de nombreux contextes</i>)			
Demande si elle est venue avec quelqu'un, et si elle voudrait que cette personne la rejoigne durant la session d'information/conseils			
Détermine si une personne peut être à ses côtés et lui apporter du soutien pendant le processus d'évacuation utérine			

11. Ipas. « Liste de contrôle des compétences requises en matière de counseling sur la contraception ». In *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur, deuxième édition*, 173-175. Chapel Hill, NC, 2014. <https://www.ipas.org/resource/woman-centered-comprehensive-abortion-care-trainers-manual-second-edition/>.

Première visite clinique	Oui	Non	Commentaires
Explique quelles méthodes d'avortement sont possibles, y compris leurs caractéristiques, leur efficacité et ce qu'elle pourrait vivre			
Explore les points de vue sur les options de méthodes d'avortement et quelle méthode est la plus indiquée pour elle			
Si elle choisit l'avortement médicamenteux, fournit des informations complémentaires avec un langage simple compris par la femme			
Détermine l'éligibilité pour l'évacuation utérine à l'aide du misoprostol			
Précise ses sentiments par rapport à l'évacuation utérine à domicile et quel soutien ou difficultés elle pourrait avoir			
Explique comment et quand prendre le misoprostol			
Explique ce à quoi s'attendre après avoir pris du misoprostol			
Explique les effets secondaires courants du misoprostol			
Explique comment prendre les analgésiques et suggère d'autres méthodes pour atténuer la douleur (comme une bouillote posée sur l'abdomen)			
Explique les signes annonciateurs indiquant la nécessité de recourir à d'autres soins			
Veille à ce qu'elle comprenne les effets attendus, les effets secondaires et les signes annonciateurs de l'utilisation du misoprostol			
Explique ce qu'il faut faire en cas de questions ou de problèmes à la maison			
Fournit des coordonnées en cas de problème ou d'urgence			
Explique qu'en cas d'échec de l'évacuation utérine par misoprostol, elle devra subir une évacuation utérine			
Demande s'il y a des questions et y répond			
Obtient le consentement éclairé			
Évoque les informations sur le retour à la fertilité et à l'activité sexuelle			
Interroge sur les intentions en matière de procréation et la nécessité/le souhait de contraception			
Évoque les méthodes contraceptives, si souhaité			
Prodigue des conseils sur la contraception, si souhaité (<i>voir la liste de contrôle des compétences en conseils pour plus d'informations</i>)			
Fournit le misoprostol dans le centre médical ou à prendre à domicile (selon le protocole)			
Fournit des informations et oriente vers des services compétents, si nécessaire, notamment ceux liés au VIH, au dépistage du cancer et à la violence			
Informe la femme que les soins de suivi sont disponibles si nécessaire ou si souhaité			

Visite de suivi (si nécessaire)	Oui	Non	Commentaires
Garantit le respect de l'intimité durant la visite			
Accueille la femme de manière conviviale, respectueuse			
Explique ce à quoi il faut s'attendre pendant la visite de suivi			
Lui demande comment elle se sent			
Interroge la femme sur son expérience par rapport au processus d'évacuation utérine			
Demande à la femme si elle pense que l'avortement a été un succès			
Évalue l'évacuation utérine en :			
• Notant tous les éléments du processus (quantité et durée des saignements, crampes)			
• L'interrogeant sur les crampes et les saignements actuels			
• L'interrogeant sur les symptômes actuels de la grossesse			
• En pratiquant un examen bimanuel			
En cas d'incertitude quant au succès du processus, évoque les options :			
• Faire évaluer la femme par un/e autre clinicien/ne ou un/e clinicien/ne plus expérimenté/e			
• Pratiquer une échographie, si possible			
• Pratiquer une aspiration manuelle			
Si l'avortement a été un succès, fournit :			
• Des informations sur la manière de contacter le centre de santé si elle a des questions ou inquiétudes			
• Des informations sur le retour à la fertilité, le retour des règles et la contraception			
• Conseils sur la contraception et une méthode, si souhaité et si cela n'a pas été fait lors d'une visite précédente			
Si le traitement échoue, aborder les options de traitement : la prise en charge de la femme enceinte, l'administration supplémentaire de misoprostol ou l'aspiration manuelle			
Fournit des informations et oriente vers des services compétents, si nécessaire, notamment ceux liés au VIH, au dépistage du cancer et à la violence			
Demande à la femme si elle d'autres questions, inquiétudes ou besoins			

SCENARIOS DES JEUX DE RÔLE SUR L'ÉVACUATION UTÉRINE A L'AIDE DE MÉDICAMENTS

AVORTEMENT

Cliente 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 plutôt que subir une intervention. Néanmoins, vous avez peur de votre mari et 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, parce que vous pensez qu'il ne sera pas d'accord.

Cliente 2 : Vous êtes une femme mariée de 35 ans, vous avez trois enfants. Vous vivez dans un hébergement temporaire avec votre mari, depuis quelques mois. Votre méthode contraceptive habituelle s'est terminée récemment. Vous avez fait un test de grossesse, il y a 2 semaines après avoir manqué vos règles et le test était positif. Vous voulez un avortement. Votre mari n'est pas au courant de votre grossesse. Vous pensez qu'il serait contre 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 les médicaments.

Cliente 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 un avortement. Il vous a frappée et pendant trois 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 les médicaments.

Cliente 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 les médicaments.

Cliente 5 : Vous êtes une 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 à ce centre de santé car vous avez entendu dire qu'ils ont des pilules 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 1 : Vous êtes une femme de 35 ans et vous êtes enceinte mais vous ne voulez pas garder l'enfant, vos dernières règles remontent à il y a dix semaines. 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 occasionnellement intenses. 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 2 : Vous êtes une jeune fille de 15 ans qui se présente au centre de santé avec une grossesse non désirée. Vous vous êtes allée consulter la sage-femme de 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 des légers saignements, il n'y a pas de signes de lésion ou d'infection, et votre utérus correspond à une grossesse de 9 semaines. Vous et votre petit ami qui est présent lors de la visite avec vous aujourd'hui, vous avez particulièrement 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 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 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 êtes confrontée à 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 des AMIU lors d'un avortement spontané passé et cela a été très douloureux.

Cliente 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 3 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.

IDENTIFIER ET PRENDRE EN CHARGE LES COMPLICATIONS DE L'ÉVACUATION UTÉRINE À L'AIDE DE MÉDICAMENTS : ÉTUDE DE CAS

Étude de cas 1

Soins après avortement : Une jeune femme vous contacte à minuit, deux heures après avoir pris du misoprostol pour un avortement spontané à 8 semaines de grossesse par rapport à ses dernières règles. Elle se présente au centre médical pour avoir de l'aide car elle souffre de saignements modérés mais constants depuis deux semaines et elle pense qu'elle n'a jamais totalement expulsé leur 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 comprimés 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.

NOTES :

Étude 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 et elle a peur. Elle est très inquiète car elle saigne plus 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.

NOTES :

Étude 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 mais elle n'a pas pris d'antidouleur. Elle est présente au centre de santé pour un suivi, deux 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.

NOTES :

Étude 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, 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.

NOTES :

Étude de cas 5

Soins complets d'avortements : Una mujer de 28 años refiere sensibilidad abdominal cuatro días después de tomar misoprostol. Lo notó por primera vez cuando tenía a su hijo pequeño sentado en su regazo. Ahora está preocupada porque el dolor se ha vuelto intenso. Ha tenido fiebre y es evidente que siente malestar. Tuvo fiebre leve y escalofríos después de tomar misoprostol, pero le dijeron que se trataba de un efecto secundario.

NOTES :

Étude 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. Une semaine après on lui a administré du misoprostol pour un avortement incomplet dans un établissement de santé. 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 lendemain 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.

NOTES :

Étude 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.

NOTES :

Étude de cas 8

Soins complets d'avortements : Une femme de 35 ans est enceinte d'environ 8 semaines par rapport à 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.

NOTES :

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

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

LES SIGNES D'UN ÉTAT DE CHOC SELON LE SIGLE « RRCCC »

R _____
R _____
C _____
C _____
C _____

SIGNES D'ÉTAT DE CHOC

COMMENT STABILISER L'ÉTAT DE CHOC

HÉMORRAGIE

ATONIE UTÉRINE

LACÉRATIONS CERVICALES OU VAGINALES

INFECTION OU SEPTICÉMIE

LISTE DE CONTRÔLE DES COMPÉTENCES REQUISES POUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS (SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT)¹²

Compétence	Oui	Non	Commentaires
Effectue une évaluation initiale rapide du choc			
Demande de l'aide, lance les procédures d'urgence			
Effectue une évaluation initiale rapide du choc			
Veille à l'ouverture des voies respiratoires			
Tourne la tête sur le côté			
Lève les jambes			
Donne de l'oxygène, 5 litres/minute par masque ou par voie nasale			
Insère une ou deux grandes intraveineuses, donne un litre de soluté cristalloïde			
Procède à une transfusion si les signes vitaux restent instables			
Garde la femme au chaud			
Place un cathéter urinaire			
Fait un suivi et enregistre les signes vitaux toutes les 15 minutes			
Surveille les apports et les débits			
Envoie les évaluations au laboratoire			
Prépare le transfert d'urgence si le traitement adapté n'est pas disponible			
Assure une évaluation secondaire des causes sous-jacentes du choc			
Assure un examen bimanuel et par spéculum pour constater les signes et les symptômes d'avortement incomplet, les lacérations cervicales ou vaginales, la perforation utérine, l'atonie utérine, les infections ou la septicémie			
Avortement incomplet			
Administre les antibiotiques comme indiqué			
Assure une évacuation utérine comme indiqué			
Lacérations cervicales ou vaginales			
Applique de la solution de nitrate d'argent ou fait pression sur les petites lacérations à l'aide de forceps à anneaux			
Suture si nécessaire			

12. Source : Ipas. « Liste de contrôle des compétences requises pour la prise en charge des complications ». In *Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Manuel du formateur, deuxième édition*, 425-427. Chapel Hill, NC, 2014.

Compétence	Oui	Non	Commentaires
Perforation utérine			
Admet et place en observation si la perforation a eu lieu pendant l'évacuation utérine, la femme est stable, il n'y a pas d'autres lésions			
Laparotomie ou laparoscopie pour diagnostiquer et prendre en charge la femme si elle n'est pas stabilisée et/ou en cas de signes de blessure intra-abdominale			
Stabilise et transfère si l'établissement ne peut pas gérer les complications			
Atonie utérine			
Commence par un massage bimanuel			
Administre des utérotoniques			
Pratique une aspiration utérine			
Infection ou septicémie			
Gère le choc comme indiqué			
Commence les antibiotiques de large spectre			
Évacuation utérine ou prise en charge chirurgicale comme indiqué			
Gère les autres complications			
Hématométrie			
Pratique une aspiration utérine			
Réaction vasovagale			
Gère en plaçant la femme			
Injection d'atropine si prolongée			
Douleurs persistantes			
Assure une évaluation pour déterminer s'il y a des produits non évacués, une grossesse ectopique ou une infection			
Retire les tissus coincés dans le col de l'utérus			
Propose une gestion adaptée de la douleur ou l'oriente vers un service compétent pour une évaluation approfondie			
Réactions allergiques			
Soigne comme indiqué pour les réactions allergiques			

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

```
graph TD; A((Évaluer le programme)) --> B((Développer un plan d'action)); B --> C((Mettre en oeuvre le plan d'action)); C --> D((Réévaluer le programme)); D --> E((Modifier le plan d'action)); E --> F((Mettre en oeuvre le plan d'action modifié)); F --> A;
```

Le diagramme illustre un cycle de planification et d'évaluation en six étapes, représentées par des cercles jaunes disposés en cercle, reliés par des flèches courbes de couleur alternée (bleu foncé et rouge). Les étapes sont :

- Évaluer le programme
- Développer un plan d'action
- Mettre en oeuvre le plan d'action
- Réévaluer le programme
- Modifier le plan d'action
- Mettre en oeuvre le plan d'action modifié

Le cycle se ferme en revenant de la sixième étape à la première.

EXEMPLES DE SUIVI DES SERVICES D'AVORTEMENT¹³

Types de Service	Indicadores	Sources d'information	Listes de contrôle, questionnaires et entretiens de sortie
Quels services devraient faire l'objet d'un suivi ?	Qu'utiliserons-nous pour mesurer nos activités ?	Où pouvons-nous obtenir ces informations ?	Quels types de questions devons-nous poser ?
Prévention des infections	Pourcentage des cas dans lesquels les pratiques de prévention de l'infection ont été pleinement respectés	Observer les services en utilisant les listes de contrôle de la performance	Dans quelle mesure, la femme a-t-elle été bien conseillée sur les méthodes contraceptives disponibles? La femme est-elle partie avec la méthode désirée ou a-t-elle obtenu des informations? La femme doit-elle aller dans un autre établissement pour obtenir la méthode contraceptive?
Gestion et organisation des services	Temps moyen passé par les clientes dans l'établissement Temps moyen entre l'arrivée dans l'établissement et l'intervention Horaires des services	Examiner les dossiers financiers, du personnel et les inventaires du centre médical Observer et évaluer le flux clinique Examiner les dossiers des clients et conduire des entretiens avec le personnel	À quelle période de la journée, le temps d'attente des clientes augmente-t-il ?
Conseils	Nombre et pourcentage de femmes bénéficiant de conseils de haute qualité	Observer les conseils sur la contraception en utilisant les listes de contrôle de la performance Examiner les cas récents dans les registres	Les femmes qui ont des besoins spéciaux ont-elles été orientées si nécessaire ?
Conseils et services de contraception	Nombre et types de contraceptifs administrés sur le site Nombre et pourcentage de femmes bénéficiant de conseils sur la contraception Nombre et pourcentage de femmes qui souhaitent une contraception qui ont bénéficié d'une méthode	Observer les conseils en utilisant les listes de contrôle de la performance Conduire les entretiens de sortie avec les femmes Examiner les cas récents dans les registres	Dans quelle mesure, la femme a-t-elle été bien conseillée sur les méthodes contraceptives disponibles ? La femme est-elle partie avec la méthode désirée ou a-t-elle obtenu des informations ? La femme doit-elle aller dans un autre établissement pour obtenir la méthode contraceptive ?
Satisfaction des clientes	Pourcentage des femmes qui indiquent qu'elles ont bénéficié de soins respectueux Pourcentage de femmes qui sont d'accord pour dire que les coûts des services cliniques sont raisonnables	Conduire les entretiens de sortie avec les femmes Examiner des dossiers financiers	Pensez-vous que vous avez été traitée avec respect ? Pensez-vous que le montant que vous avez payé pour les services était raisonnable ?

13. Source : Ipas. « Tableau 5.2: Exemples de suivi des services d'avortement », Soins complets d'avortement centrés sur la femme : Chapel Hill, NC, 2015. <https://www.ipas.org/resource/woman-centered-comprehensive-abortion-care-reference-manual-second-edition/>.

FICHE DE TRAVAIL : PRÉPARATION À LA MISE EN ŒUVRE DES SOINS LIÉS À L'AVORTEMENT SANS RISQUES¹⁴

EST-CE QUE VOTRE SITE A...	PRÉPARATION				MISE EN ŒUVRE		
	Oui	Non	Pas sûr	Notes / Étapes suivantes	Problèmes / Difficultés ?	Solutions possibles	Que devriez-vous faire ?
Évoqué/clarifié le contexte juridique avec les autorités locales et le personnel à tous les niveaux ?							
Conduit des activités de clarification des valeurs avec le personnel à tous les niveaux ?							
Conduit une orientation sur les soins liés à l'avortement sans risques avec l'ensemble du personnel d'établissement, sur tout le site ?							
Diffusé et discuté de la politique interne de l'agence à l'égard des soins liés à l'avortement sans risques ?							
Pris en compte le flux de patients dans l'établissement à des fins d'efficacité et pour garantir le respect de l'intimité ?							
Décidé d'un système de suivi de la qualité des programmes et des services ?							
Renforcé les capacités cliniques et de gestion des soins liés à l'avortement sans risques ?							
Mis en place des processus et systèmes de suivi clinique et de supervision facilitatrice ?							
Planifié comment intégrer ou Établir un lien avec les services de santé sexuelle et reproductive existants ? (par ex., les soins relatifs à la contraception ; la violence basée sur le genre ; etc.)							
Prévu des fournitures adaptées et suffisantes pour les services d'aspiration manuelle et d'avortement médicamenteux ?							
Mis en place des orientations vers des niveaux plus élevés de soins y compris la compréhension des capacités de l'établissement de référence et un système de transport d'urgence ?							
Identifié des défenseur-se-s locaux-locales des soins liés à l'avortement sans risques et des partenaires potentiels au sein des ministères locaux ?							
Établi des liens avec des associations de femmes ou d'autres groupes communautaires pouvant aider à plaider pour et informer la population des services disponibles ?							

14. Ipas. Chapel Hill, NC. 2018.

LISTE DE CONTRÔLE DES FOURNITURES ET ÉQUIPEMENTS POUR LE PREMIER TRIMESTRE (<13 SEMAINES), SOINS COMPLETS D'AVORTEMENT¹⁵

Cette liste de contrôle doit être utilisée pour planifier la mise en œuvre des services de haute qualité de soins complets de l'avortement, que ce soit à l'aide de médicaments ou par aspiration manuelle intra-utérine, pour les gestations de moins de 13 semaines. Beaucoup des éléments figurant ci-dessous ne sont pas propres aux soins complets d'avortement et l'établissement les dispense déjà. Les éléments essentiels à la pratique d'un avortement et nécessaires pour garantir la sécurité doivent être accessibles avant le début du service alors que d'autres éléments peuvent être maintenus à mesure que la prestation de service se développe. Les éléments marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires pour la prévention des infections.

ÉTABLISSEMENT

- ☐ Zone privée pour les conseils (idéalement pour l'intimité visuelle ou auditive)
- ☐ Les toilettes doivent être facilement accessibles pour l'ensemble des femmes bénéficiant de soins liés à l'avortement
- ☐ Postes de lavage des mains *
- ☐ Eau potable/verres
- ☐ Transport d'urgence/capacités en matière d'orientation vers des établissements compétents
- ☐ Formulaires d'orientation vers des établissements compétents
- ☐ Registre des prestations de service
- ☐ Formulaires de consentement aux soins liés à l'avortement
- ☐ Salle d'intervention (AMIU uniquement)
- ☐ Salle de repos (AMIU uniquement)
- ☐ Récipient sécurisé pour les objets tranchants*
- ☐ Bacs colorés pour le tri des déchets*
- ☐ Brochures, supports éducatifs (pour les femmes adultes et plus jeunes)
- ☐ Tabouret pour examen/salle d'intervention
- ☐ Armoires à médicaments fermant à clé
- ☐ Aide-mémoires : Carte de traitement AM, tableau mural du traitement des instruments*, directives des fournitures AM/AMIU, roue AM, etc.

ÉQUIPEMENTS, FOURNITURES ET MÉDICAMENTS

- ☐ Méthodes contraceptives disponibles, notamment DIU/SIU, implants et équipements connexes
- ☐ Brassard de tensiomètre
- ☐ Thermomètre
- ☐ Stéthoscope

- ☐ Barrières de protection personnelle (pour le traitement des instruments : gants de travail résistants, couvre-chaussure/botte, protection du visage, blouse/tablier ; pour intervention/examen : gants propres et stériles, blouse/tablier, couvre-botte/chaussure, protection oculaire) *
- ☐ Serviettes hygiéniques
- ☐ Désinfectants*
- ☐ Chariot à instruments, plateau à instruments, conteneurs pour conserver les paquets d'AMIU autoclavés*, cuvette médicale (grande ou moyenne), pot gulli
- ☐ Table pour examen pelvien
- ☐ Lampe pour examen pelvien
- ☐ Couverture/drap pour couvrir les jambes de la cliente
- ☐ Fournitures de laboratoire
 - (optionnel) Échographie et ses accessoires
 - (optionnel) tests β hCG d'urine et flacons d'urine
 - (selon les pays) tests RH et anti-D immunoglobuline
 - Non requis pour les soins liés à l'avortement mais optionnel si d'autres tests préventifs sont fournis : dépistage du cancer du col de l'utérus, test de dépistage des IST, du VIH, dépistage des cas d'anémie, vaccinations.
- ☐ Médicaments
 - Mifépristone, en fonction de la disponibilité ou paquet combiné
 - Misoprostol
 - Antibiotiques (prophylaxie et dosage du traitement)
 - Médicaments contre les effets secondaires (par exemple, médicaments contre la nausée)
 - Analgésiques
 - AINS
 - Narcotiques/anxiolytiques et anti-analgésiques
- ☐ Fournitures d'AMIU
 - Tenaculum atraumatique ou forceps vulsellum
 - Éponge/forceps Foerster
 - Gaze
 - Bétadine® (povidone-iodine) et gobelet *
 - Aspirateur Ipas AMIU Plus
 - Canules Ipas EasyGrip
 - Spéculums autonomes de tailles variables
 - Dilatateurs Denniston ou Pratt
 - Récipient pour les produits de conception, lampe, bassine, tamis
 - Seau avec liquide pour trempage*
 - Fournitures pour bloc paracervical et anesthésiant local
 - Seringue 10-20ml, 21-23 gazes, aiguille d'au moins 3 cm
 - Lidocaïne 1%

15. Source: Ipas. « Supply and Equipment Checklist for First Trimester (<13 Weeks) Comprehensive Abortion Care [Liste de contrôle des fournitures et équipements pour le premier trimestre (<13 semaines), Soins liés à l'avortement] », 2019.

- Traitement des instruments*
 - Barrières de protection énumérées ci-dessus
 - (optionnel)- forceps stériles
 - 3 seaux (trempage, DHN/Stérilisateur, rinçage)
 - Petite brosse
 - Eau du robinet, eau stérile et portée à ébullition, détergent, DHN (solution chlorée 0,5%) ou stérilisateur (glutaraldéhyde)
 - Si DHN avec ébullition, grand pot en métal ou source de chaleur
 - Si stérilisation avec autoclave- papier ou linge, autoclave
 - Récipients couverts pour conserver les instruments

GESTION DES COMPLICATIONS

- Couverture
- Instruments pour l'évaluation/les signes vitaux tels que présentés dans l'évaluation clinique
- Bouteille à oxygène
- Gants*
- Solutions/ensemble IV
- Antibiotiques (voie orale ou IV)
- Diphénhydramine
- Analgésiques
- Utérotoniques
- Fournitures d'urgence pour le tamponnement (cathéter de Foley, ballon obstétrique, gaze stérile)
- Capacité à transporter/orienter rapidement vers une structure compétente

Les éléments marqués d'un astérisque () sont obligatoires pour la prévention des infections.

NOTES :

CALCUL DE LA CHARGE MOYENNE DE TRAVAIL LIÉE À L'AMIU :

NOMBRE D'INSTRUMENTS D'AMIU NÉCESSAIRES AU STOCK ACTIF :

FOURNIT LE NOMBRE D'APPAREILS NÉCESSAIRES AUX STOCKS DE RÉSERVE :

TABLEAU SUR L'APPROVISIONNEMENT ET LE REAPPROVISIONNEMENT EN AMIU¹⁶

Stock actif en salle d'intervention			Stock de reserve en salle de stockage de l'établissement		Planification (suite)	
A Calcule la charge moyenne de travail par jour	B Cas à prévoir pour (couverture de 95%)	C Instruments actifs nécessaires	D Réserve maximale (3 mois d'approvisionnement)	E Commande nécessaire à compter de (1 mois de stock)	F Stock initial total	G Instruments à remplacer chaque année
0.5	2	3	2	0	5	7
1	3	4	4	1	8	15
2	4	6	7	2	13	29
3	6	8	11	3	19	44
4	7	9	15	4	24	58
5	9	11	18	5	29	73
10	16	11*	37	12	48	146

*Deux traitements par vacation ou jour

NOTES :

Week	Monday	Tuesday	Wednesday	Thursday	Friday	Saturday	Sunday
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

16. Source : JSI, et Ipas. « MVA Initial Supply and Re-Supply », 2009.

1.

2.

3.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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