

Counseling de la cliente après avortement:

Programme de Formation

© 2004 EngenderHealth. Tous droits réservés.
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone: 212-561-8000
Fax: 212-561-8067
e-mail: info@engenderhealth.org
www.engenderhealth.org

Cette publication a été en partie financée grâce au soutien du Bureau de la population de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (AID), aux termes de l'accord de coopération HRN-A-00-98-00042-00. La Fondation David et Lucile Packard a aussi apporté un appui à la préparation de cette publication. Les opinions exprimées dans ce document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'AID ou de la Fondation David et Lucile Packard. La traduction de cette publication était financée grâce à l'appui d'un donateur anonyme.

Remarque de l'auditeur: Depuis la publication de la version anglaise de ce programme d'études en 2003, l'organisation Mondiale de la Santé (OMS) a révisé ses directives à propos de l'efficacité de l'implant du Norplant. A présent, l'OMS approuve une efficacité pour une durée de sept ans (elle a auparavant approuvé une efficacité pour au moins cinq ans). La traduction française de ce programme d'études reflète sur ces directives d'efficacité révisées.

ISBN 1-885063-57-1

Imprimé sur papier recyclé.

Remerciements	v
Introduction à l'intention des formateurs	1
Vue d'ensemble du cours	1
Le Programme de Formation	2
Matériels de formation, fournitures et équipement	4
Comment utiliser ces matériels	5
Evaluation	7
Préparatifs préliminaires	8
Pendant le cours de formation	9
Considérations particulières concernant les contextes où l'avortement est légal	11
A la fin du cours de formation	12
Après le cours de formation	12
Séance 1 : Séance d'ouverture	15
Partie A: Cérémonie d'ouverture	16
Partie B: Introduction à l'atelier	17
Documents de la séance 1	19
Séance 2: Valeurs et attitudes liées aux soins après avortement	23
Documents de la séance 2	29
Séance 3: Comprendre le point de vue de la cliente	33
Partie A: Elaboration d'études de cas sur les clientes après avortement	35
Partie B: Confidentialité, intimité et dignité	39
Partie C: Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement	40
Partie D: Questions liées au genre	43
Partie E: Questions liées à la sexualité	45
Documents de la séance 3	49
Séance 4: Communication entre prestataire et cliente	55
Partie A: Communication dans les deux sens	57
Partie B: Communication verbale et non verbale	58
Partie C: Ecoute attentive	59
Partie D: Poser des questions ouvertes	60
Partie E: Utilisation d'un langage simple et de supports visuels	62
Documents de la séance 4	65
Séance 5: Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement	75
Partie A: Raisons	77
Partie B: Choix éclairé	78
Partie C: Facteurs individuels	80
Documents de la séance 5	83

TABLE DES MATIERES

Séance 6: Besoins de santé reproductive connexes et autres problèmes	95
Partie A: Information sur les IAG/IST à l'intention de la cliente après avortement	97
Partie B: Référence des clientes à d'autres services	99
Partie C: Menace d'avortement	101
Documents de la séance 6	103
Séance 7: Counseling après avortement	111
Partie A: Vue d'ensemble du counseling après avortement	113
Partie B: Counseling avant l'intervention	114
Partie C: Soutien à la cliente durant l'intervention	118
Partie D: Counseling après l'intervention	120
Documents de la séance 7	123
Séance 8: Application clinique	137
Documents de la séance 8	141
Séance 9: Synthèse générale de l'atelier	147
Annexes	149
Annexe A: Plan de la formation	151
Annexe B: Prétest/Post-test sur le counseling après avortement	155
Annexe C: Transparents et matériels pour les activités	163
Annexe D: Exemples d'études de cas	175
Annexe E: Les appareils génitaux masculin et féminin	183
Annexe F: Ressources supplémentaires à l'attention du formateur	185
Annexe G: Exemple de matériel éducatif à l'attention des clientes	187
Annexe H: Formulaire d'évaluation de l'atelier	189

REMERCIEMENTS

Plusieurs membres du personnel et consultants d'EngenderHealth ont contribué à l'élaboration et la production de ce programme de formation. La synthèse des publications existantes, l'évaluation des besoins dans quatre pays et la rédaction ont été effectuées par Jill Tabbutt-Henry et Kristina Graff, membres du personnel d'EngenderHealth, ainsi que par Ninuk Widyantoro, consultant. L'élaboration, la mise à l'essai, l'évaluation, la révision, la production et la diffusion du programme de formation ont été dirigées par Kristina Graff et Lorelei Goodyear, membres du personnel d'EngenderHealth, avec l'aide de Josephine Ventunelli, elle aussi membre du personnel d'EngenderHealth.

EngenderHealth tient à remercier les institutions suivantes qui ont participé à l'évaluation des besoins pour ce programme de formation: Harapan Kita Hospital (Jakarta, Indonésie), Serang District Hospital (Java Province, Indonésie), Puskesmas Kragilan (Java Province, Indonésie), Maternidad Rafael Calvo (Cartagena, Colombie), Hospital General de Medellín (Medellín, Colombie), Oriéntame (Bogotá, Colombie), King George Medical College (Lucknow, Inde), Surya clinics (Patna, Inde), Zeynep Kamil Maternity and Children's Hospital (Istanbul, Turquie), Haseki Training Hospital (Istanbul, Turquie) et Çapa Women and Child Health Training and Research Unit (Istanbul, Turquie).

Les observations et les entretiens effectués avec les prestataires et les clientes dans les sites d'évaluation des besoins ont fourni de précieux aperçus sur les besoins en counseling des clientes après avortement ainsi que sur les réalités vécues par les prestataires et les administrateurs dans le cadre de la prestation des services. Nous sommes infiniment reconnaissants aux personnes, institutions et ministères de la Santé qui ont participé à ces activités en soutenant nos efforts, nous permettant d'obtenir cette perspective critique.

Les essais sur le terrain ont été menés au Bangladesh, en République Dominicaine, en Indonésie, au Kenya, au Pakistan, aux Philippines et en Ouganda. Les remarques faites par les participants, les observateurs et les formateurs pendant et après ces essais ont été d'une grande utilité lors des révisions apportées à la structure et au contenu du programme. Nous aimerions remercier les personnels régionaux et de terrain d'EngenderHealth ainsi que leurs homologues des pays susmentionnés pour avoir planifié et mis en œuvre ces activités de formation.

EngenderHealth aimerait aussi exprimer sa gratitude à plusieurs membres du personnel d'EngenderHealth qui ont contribué à l'avant-projet ainsi qu'à la version finale du programme de formation; toutes ces personnes travaillaient à EngenderHealth quand le programme a été rédigé. Il s'agit des docteurs Jean Ahlborg, Mark Barone et Ellen Bautista, de Julie Becker, de Sally Girvin, du docteur Edward Tandingan et de Peter Twyman. Nous tenons à remercier particulièrement le personnel des programmes d'EngenderHealth en République dominicaine et aux Philippines, dont les matériels de counseling après avortement ont été adaptés et utilisés dans ce manuel. En outre, EngenderHealth voudrait remercier David Rosenzweig qui a élaboré les schémas du corps humain utilisés dans le Document 4-D et l'Annexe E, ainsi qu'Ahmad Fauzi qui a créé les illustrations utilisées dans le Document 7-G.

Karen Landovitz a supervisé la publication de ce programme de formation, Michael Klitsch a révisé le programme, Virginia Taddoni a conçu la couverture et la présentation intérieure, et Margaret Scanlon a relu le texte. La production finale a été dirigée par Anna Kurica et la diffusion du manuel par Josephine Ventunelli. Jeannette Ndong (consultante) a traduit le programme de formation en français. Dr Levent Cagatay a revu la traduction.

Introduction à l'attention des formateurs

Vue d'ensemble du cours

But du cours

Le counseling doit faire partie intégrante de services de soins après avortement (SAA) complets. Toutefois, la plupart des matériels de formation disponibles en counseling après avortement sont essentiellement axés sur la planification familiale après avortement et n'incluent ni les notions élémentaires de l'interaction cliente – prestataire, ni les autres besoins de santé reproductive, pourtant des éléments clés du counseling après avortement. Ce programme de formation vise à préparer les prestataires de soins après avortement à tous les niveaux à satisfaire les besoins en information et counseling des clientes après avortement, y compris la référence à d'autres prestataires pour les services et problèmes ne faisant pas partie de leurs attributions courantes.

A la suite de cette formation, les prestataires de soins après avortement seront capables d'utiliser leurs compétences en communication et counseling pour exécuter les tâches suivantes:

- évaluer et reconnaître les besoins de la cliente;
- écouter ses soucis;
- répondre à ses questions;
- lui fournir des informations sur l'intervention, le déroulement de la visite, les soins après l'intervention et les signes d'alerte;
- l'aider à prendre des décisions concernant la planification familiale, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH, et autres services de santé reproductive.

Participants

Cette nouvelle approche de formation est spécialement conçue pour les prestataires qui sont en contact avec les clientes après avortement immédiatement avant, pendant et après l'intervention, notamment le personnel infirmier, les sages-femmes, les conseillers, les médecins, les travailleurs sociaux, les aides-infirmiers et autre personnel non médical. Dans les contextes où l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) est utilisée pour l'évacuation utérine, les participants doivent inclure au moins un gynécologue-obstétricien ayant de l'expérience en AMIU. L'atelier ne vise pas à enseigner formellement le "counseling", mais plutôt à montrer que tous les prestataires de soins après avortement peuvent offrir des informations essentielles et leur soutien à la cliente dans le cadre de leur travail. Cette formation suppose que les participants possèdent une expérience clinique ou des connaissances sur les méthodes de traitement employées dans leurs formations sanitaires, ou que ce programme sera utilisé dans le cadre d'une formation en SAA portant sur les compétences cliniques et la prévention des infections.

Cette formation est destinée à un groupe de six à 15 participants; un plus grand nombre de participants nécessitera plus de temps lors de la présentation du travail en petits groupes et des jeux de rôle. Le groupe devrait comprendre différentes catégories de prestataires, mais les médecins ne devront participer qu'à certaines parties de la formation. Quelle que soit la taille du groupe, toutefois, les participants tireront le plus grand profit si la structure sanitaire devant les accueillir pour la phase pratique a suffisamment de clientes après avortement pour que chaque participant puisse conseiller une ou deux clientes pendant les deux jours de la formation.

Les infirmiers, les sages-femmes, les travailleurs sociaux et les conseillers (et tout autre personnel principalement chargé de conseiller les clientes) doivent participer à la formation dans son intégralité. Certaines parties de ce cours conviennent aussi au personnel administratif ou de supervision qui, bien que ne travaillant pas véritablement avec les clientes, supervise ou prend des décisions concernant les personnes qui le font. Il faudrait encourager ce personnel à participer aux formations sur le lieu de travail et à l'extérieur chaque fois que possible.

Formateurs

Ce programme de formation a été conçu pour être utilisé par des formateurs qualifiés et expérimentés. Quoiqu'il contienne des informations destinées à guider la formation et à aider les formateurs à agir de manière à renforcer le processus d'apprentissage, les formateurs sont supposés connaître les théories concernant les processus d'apprentissage chez l'adulte. Il est aussi entendu qu'ils savent employer diverses méthodes et techniques de formation et adapter le matériel aux besoins des participants.

Les formateurs doivent aussi être au fait des normes et directives de l'établissement ou de l'institution qui organise la formation en ce qui concerne la délivrance de certificats, le suivi après la formation et la supervision continue. Ils devraient garder ces éléments à l'esprit pendant qu'ils parcourent ce manuel en vue du cours.

Il faut absolument que les formateurs aient une solide formation de base en counseling. Nous recommandons aussi vivement qu'ils aient eu à assister des clientes après avortement et qu'ils aient une parfaite connaissance du traitement des complications de l'avortement. Si, toutefois, ils n'ont aucune expérience des soins après avortement, ils devront subir une orientation d'un ou de deux jours en la matière. Cette orientation devrait comprendre une information générale sur les soins après avortement dans leur ensemble et dans le contexte spécifique du pays ainsi qu'une vue d'ensemble de l'AMIU (le cas échéant). Les formateurs devront aussi passer au moins une demi-journée dans un hôpital ou une clinique à observer des clientes après avortement avant, pendant et après le traitement.

Pour cette formation accélérée, il est nécessaire d'avoir une équipe de deux formateurs (soit deux co-formateurs soit un formateur principal et un assistant). Pendant qu'un formateur animera la séance, l'autre pourra enregistrer l'information sur le tableau de papier, contrôler le temps, veiller à ce que les discussions ne s'écartent pas des objectifs de la séance, servir d'animateur lors des travaux en petits groupes et participer aux jeux de rôle.

Le programme de formation

Le programme de formation comprend trois principaux éléments: les séances de formation, les documents à distribuer aux participants et les annexes.

Séances de formation

La méthodologie et les instructions pour mener la formation sont incluses dans cette section. Les neuf séances sont regroupées par thème afin de traiter les sujets connexes. Chaque séance commence par une introduction contenant des détails essentiels sur:

- les objectifs de la séance;
- les méthodes de formation suggérées et les matériels nécessaires pour présenter le contenu de la séance;
- les préparatifs préliminaires (y compris tous les matériels de formation supplémentaires nécessaires);
- le temps jugé nécessaire pour la formation.

Avant le début de chaque séance, les formateurs devraient passer en revue les objectifs de la séance. Ceux-ci peuvent être préparés à l'avance sur un tableau de papier ou sous forme de documents à distribuer aux participants. Les objectifs doivent aussi être revus à la fin de chaque séance comme résumé des sujets abordés.

La section “ Matériels ” dresse la liste de tous les matériels éducatifs et de formation nécessaires pour la séance. Les matériels devant être adaptés, élaborés ou rassemblés à l'avance figurent dans la section “ Préparatifs préliminaires ”. Le temps jugé nécessaire pour la séance de formation est également indiqué.

La section “ Etapes de la formation ” donne des instructions détaillées sur le déroulement de la séance, y compris le temps suggéré pour chaque activité. La section “ Conseils de formation ” fournit au formateur des informations générales supplémentaires sur le contenu ou les approches de formation. Ces notes peuvent aussi comprendre des questions pour la discussion, d'éventuelles réponses aux exercices de remue-méninges ainsi que des formats conseillés pour les tableaux de présentation. Les “ Conseils de formation ” sont présentés soit dans des cadres mis en surbrillance à la fin de l'étape appropriée, soit à la fin des instructions relatives à la séance lorsqu'ils sont longs.

Documents à distribuer aux participants

Les documents sont fournis pour aider les formateurs à mener les activités de formation. En passant en revue les étapes de la formation pour chaque séance, les formateurs devraient lire attentivement chaque document pour en identifier les points clés qu'ils traiteront pendant les discussions de groupe. Ces préparatifs préliminaires faciliteront le processus de révision ou de récapitulation des documents. Dans ce programme de formation, les documents se rapportant à chaque séance figurent après les activités de la séance.

Les formateurs doivent faire des copies des documents qu'ils utiliseront avant la séance. S'ils ne peuvent ou ne veulent pas photocopier tous les documents, ils pourront recopier certains d'entre eux sur un tableau de papier ou au tableau noir. Cette option convient mieux à certains documents qu'à d'autres. Par exemple, les participants auront besoin de copies des documents où il leur est demandé de répondre par écrit. En décidant des documents à distribuer, le formateur doit tenir compte du fait que les participants trouveront peut-être utile de garder des copies de documents contenant des informations ne figurant pas ailleurs. Ceci leur permettra de passer en revue les informations après la formation.

Annexes

Les annexes contiennent des matériels et des outils devant être utilisés conjointement avec les activités de formation. Ces ressources peuvent faciliter les préparatifs préliminaires au formateur. Les annexes de ce programme de formation comprennent:

- *Annexe A Plan de la formation* Ce plan fournit l'ordre chronologique et la durée de toutes les séances et de leurs différentes sections, ainsi qu'une liste des documents appropriés à distribuer aux participants. L'emploi du temps précise également si les participants à chaque séance et section doivent inclure des médecins (qui sont dispensés de certaines parties de la formation).
- *Annexe B Prétest/Post-test sur le counseling après avortement* Les formateurs peuvent choisir d'utiliser ce test au début ou à la fin de la formation. Les résultats du prétest leur permettront de mieux adapter la formation au niveau de connaissances et à l'expérience des participants en matière de counseling. Après la formation, ils peuvent utiliser le post-test pour mesurer les changements survenus dans les connaissances et les points de vue des participants. Les réponses à ce test (y compris les exemples de réponses correctes aux questions ouvertes) apparaissent juste après la version non remplie du test. Le test est inclus comme annexe plutôt que comme document parce qu'il n'est pas une composante exigée du programme de formation. Les formateurs et les institutions participant à la formation sont libres de décider au cas par cas si le prétest et le post-test complètent adéquatement et de manière constructive chaque formation particulière.

- *Annexe C: Transparents et matériels pour les activités* Tout au long de ce cours, les formateurs trouveront utile d'utiliser les transparents ou les tableaux de papier pour présenter le contenu des séances ou mener les activités de formation. L'Annexe C contient des exemples de textes et d'images pouvant être reproduits et utilisés pour les transparents et les tableaux de papier durant les séances de formation.
- *Annexe D Exemples d'études de cas* Des explications sur l'utilisation des études de cas au cours de cette formation apparaissent plus tard dans cette introduction (voir " Approche de l'étude de cas " à la page 6). EngenderHealth recommande vivement que dans le cadre de ce programme de formation, des études de cas originales préparées par les participants soient utilisées pendant la formation, tel que prescrit dans l'Option 1 de la Séance 3, Partie A (page 35). Dans certaines situations de formation, toutefois, il est possible que le temps soit trop limité pour permettre aux participants d'élaborer des études de cas. Dans de tels cas, les formateurs devront se référer à l'Option 2 de la Séance 3, Partie A (page 39) avant la formation pour sélectionner trois ou quatre des études de cas figurant dans l'Annexe D. Les études de cas choisies doivent refléter un grand éventail de caractéristiques et de situations de clientes, notamment l'âge, le nombre d'enfants, la situation matrimoniale, si la cliente a eu un avortement spontané ou provoqué, etc. Ces études de cas choisies à l'avance serviront alors de références tout au long de la formation et elles seront intégrées dans divers exercices et jeux de rôle, tout comme le seraient les études de cas élaborées par les participants.
- *Annexe E Les appareils génitaux masculin et féminin* Un des exercices effectués dans le cadre de ce programme de formation consiste à demander aux participants d'écrire sur des documents montrant les appareils génitaux masculin et féminin les noms utilisés dans leur société pour désigner des parties particulières du corps. Les diagrammes qui figurent dans cette annexe sont les mêmes que ceux du document, sauf que toutes les parties du corps montrées portent des noms formels.
- *Annexe F Ressources supplémentaires à l'attention du formateur* Il existe de nombreux ouvrages de référence utiles sur les soins après avortement. Les formateurs devraient se procurer et parcourir autant des matériels cités dans cette annexe que possible avant la formation.
- *Annexe G Exemple de matériel éducatif à l'attention des clientes* Il se peut qu'après la formation, les participants ou les institutions demandent des matériels destinés à l'éducation des clientes qui renforcent des instructions critiques sur les soins après intervention et offrent des informations sur les options de planification familiale après avortement. Les responsables du programme d'EngenderHealth en République Dominicaine ont élaboré un dépliant pour personnes peu instruites qui montre ce que de tels matériels pourraient inclure. Une version traduite et adaptée de ce dépliant figure à l'Annexe G, offrant un exemple pour tout autre pays ou programme qui souhaiterait transmettre cette information.
- *Annexe H Formulaire d'évaluation de l'atelier* De même que le prétest/post-test sur le counseling après avortement (Annexe B) est un important aspect de l'évaluation de l'impact de la formation sur le counseling après avortement, le Formulaire d'évaluation de l'atelier est un outil essentiel devant aider EngenderHealth à améliorer ce nouveau programme de formation. Par conséquent, il faudrait demander à tous les participants de remplir ce formulaire, et tous les formulaires remplis devraient être envoyés à EngenderHealth.

Matériels de formation, fournitures et équipement

En plus des matériels fournis dans le cadre du programme de formation, les formateurs devraient se procurer du matériel pédagogique, tel que des grandes feuilles de papier, du ruban cache ou de la gomme adhésive, et des marqueurs de couleur, qu'ils utiliseront pendant la formation. En outre, certaines des activités de formation requièrent l'emploi de fiches cartonnées et de grands ou petits morceaux de papier.

Cette formation repose beaucoup sur l'utilisation du tableau de papier pour orienter ou résumer les discussions. La plupart de ces feuilles peuvent être préparées à l'avance. Toutefois, l'utilisation excessive de ces feuilles comporte certains risques: le papier coûte cher et est parfois rare; les participants peuvent être excédés par une telle méthode de formation bien qu'elle vise à être interactive; les participants doivent garder certaines informations sous forme de documents. Des instructions précises sont données quant aux sections pendant lesquelles il faut utiliser le tableau de papier; n'essayez donc pas d'en faire plus qu'il ne vous est suggéré.

Si un rétroprojecteur, des transparents, des marqueurs pour transparents et l'électricité sont disponibles, les transparents peuvent être utilisés au lieu du tableau de papier dans certains cas. (Voir l'Annexe C pour les informations pouvant être présentées à l'aide de transparents ou de feuilles de papier). Les documents pourraient aussi être lus durant la séance et gardés pour s'y référer ultérieurement. Vous trouverez ci-après quelques indications concernant les moments où il faudrait utiliser le tableau de papier, les transparents ou les documents:

- Utilisez le tableau de papier si vous devez enregistrer les suggestions ou les idées des participants (lors des remue-méninges, par exemple), si vous voulez afficher l'information au mur ou vous y référer plus tard au cours de la formation, ou si vous voulez que les participants réfléchissent tous seuls sur une question ou un concept (peut-être pour se référer à un document plus tard).
- Utilisez un rétroprojecteur et des transparents si vous voulez présenter un extrait de texte que tout le monde doit lire et discuter, mais que vous ne voulez pas conserver, ou si vous voulez afficher des instructions pour les travaux en groupes.
- Utilisez les documents si vous voulez que les participants gardent l'information pour s'y référer après la formation.

Dans la Séance 7, " Counseling après avortement ", vous pouvez choisir d'utiliser une caméra vidéo pour enregistrer les jeux de rôle et donner ainsi aux participants l'occasion de visionner leur performance. Les formateurs sont libres de décider si l'utilisation de la caméra vidéo dans la séance est appropriée et constructive. Dans l'affirmative, ils devront se procurer une caméra vidéo, une cassette ainsi qu'un moniteur pour pouvoir jouer la cassette pour le groupe. Ils devraient aussi se familiariser avec l'utilisation de cet équipement avant la formation afin d'éviter les retards dus aux difficultés techniques. Le but principal de l'exercice ne doit pas être sacrifié à cause des distractions liées à l'équipement audio-visuel.

Comment utiliser ces matériels

Conception de la formation

Ce programme de formation a été conçu pour être flexible et pour s'adapter à différents types de participants (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.), à des participants ayant différents niveaux d'expérience ainsi qu'à différents contextes sociaux, culturels et politiques (voir " Considérations particulières concernant les contextes où l'avortement est légal " à la page 11). L'expérience et la formation antérieures des participants influenceront sur la conception du cours. Quoique le temps puisse être un facteur restrictif pour la formation sur le lieu de travail à laquelle participent les prestataires de services, il est préférable que tous les participants assistent à toutes les séances, comme l'exige le calendrier de la formation (voir Annexe A).

Les exercices contenus dans ce programme de formation ont été soigneusement conçus pour atteindre des objectifs précis. Bien qu'il soit nécessaire d'adapter certaines parties de la formation au milieu, à la culture, etc., les formateurs devraient, autant que possible, suivre de très près les instructions.

Utilisation des méthodes de formation

Le contenu du programme peut être présenté grâce à une combinaison de méthodes de formation, notamment des présentations par le formateur et des exercices interactifs (les instructions se rapportant à ces exercices sont fournies dans les étapes des séances de formation). Quoiqu'il soit nécessaire pour les formateurs de présenter une partie du matériel sous forme de cours magistraux, ils devront aussi employer des méthodes plus participatives comme les exercices pour le groupe entier et en petits groupes, les jeux de rôle et les discussions. Les formateurs ne devraient jamais parler sans interruption pendant plus de 15 à 20 minutes d'affilée. Ils devraient utiliser des supports visuels pour illustrer la narration même lorsqu'ils font des cours magistraux.

Il a été démontré que les méthodes participatives comme le remue-méninges ou les jeux de rôle sont un élément fondamental d'une formation pour adultes couronnée de succès. Bien qu'il soit souhaitable que les participants communiquent le plus possible les uns avec les autres pour réduire la durée de l'enseignement magistral et les amener à participer plus activement, ce cours de formation ne se prête pas toujours à de telles activités. Les formateurs peuvent employer d'autres principes de la formation des adultes, en amenant par exemple les participants à discuter de questions et à trouver des solutions basées sur leurs propres expériences.

Durée de la formation et ordre chronologique des séances

Le calendrier proposé pour cette formation est de trois et demi à quatre jours, y compris la phase théorique et la phase pratique du counseling avec des clientes après avortement. Étant donné la nature personnelle et controversée de plusieurs des problèmes qu'implique le counseling après avortement, cette formation accélérée est probablement la méthode la plus efficace. Cependant, la formation pourrait se dérouler en des séances plus courtes, étalées sur une période plus longue. Même si les formateurs sont amenés à réduire la durée de la formation, *ils devraient toujours respecter l'ordre recommandé pour les séances* puisque chacune est basée sur les connaissances, attitudes et compétences abordées lors des séances précédentes.

Approche de l'étude de cas

Ce programme de formation est destiné à être adapté à différents milieux culturels. Vu la gamme des sujets délicats se rapportant à l'avortement et aux soins après avortement dans différents pays, notre approche consiste à utiliser les idées émises par les participants pour dresser des profils de cliente reflétant une situation exceptionnelle dans un pays donné. Ces profils de client seront élaborés comme études de cas qui seront utilisées à maintes reprises durant la formation, lors des travaux en petits groupes et des jeux de rôle. Les études de cas permettront aux participants d'adopter une attitude empathique en appliquant constamment de nouveaux concepts à la situation personnelle de chaque cliente.

La création de profils de cliente et d'études de cas traitant de façon précise l'éventail de problèmes qui se posent au niveau local et qui remettent en cause les stéréotypes, préjugés et idées fausses des prestataires requiert de la part des formateurs une attention soutenue et une certaine sensibilité. Des instructions sont données tout au long de ce programme pour aider les formateurs à réfléchir aux différents problèmes qui peuvent être abordés et à engager des discussions dans des domaines potentiellement difficiles.

Le symbole ci-dessous apparaîtra tout au long du guide de formation pour indiquer qu'une ou que toutes les clientes des études de cas conçues au début de la formation doivent être utilisées pour l'exercice ou le jeu de rôle en question.



Application clinique

L'application clinique (Séance 8) est un élément crucial du programme de formation. Après trois jours d'apprentissage interactif en classe, les participants ont l'occasion d'appliquer leurs compétences lors de séances de counseling avec de vraies clientes après avortement. Travaillant par groupes de deux, ils conseillent à tour de rôle les clientes avant, pendant et après l'intervention de soins après avortement, sous l'observation d'un superviseur et d'au moins un autre participant. Le cadre clinique offre un contexte dans lequel appliquer les cours précédemment traités et ajoute à la pratique un degré de sérieux difficile à obtenir dans les jeux de rôle faits en classe. Étant donné que l'application clinique est essentielle à l'impact de la formation en général, chaque participant devrait conseiller au moins deux clientes afin de s'entraîner à adapter le contenu de la discussion à l'évaluation des clientes individuelles. Ce contact avec plusieurs clientes permet de voir à quel point les besoins en counseling peuvent varier d'une cliente à l'autre.

Evaluation

L'évaluation est une composante importante de la formation. Elle permet aux formateurs et aux participants de se rendre compte de ce que les participants ont appris et aide les formateurs à déterminer si les stratégies de formation utilisées ont été efficaces.

La véritable preuve du succès d'une formation concernant les soins après avortement est la mise en place de pratiques, de services et de protocoles de counseling de haute qualité (ou l'amélioration des services actuels). Ceci met en relief l'importance d'un bon suivi de tous les ateliers de formation. Toutefois, une évaluation plus immédiate du cours lui-même est aussi nécessaire. Ce cours concernant à la fois leurs connaissances et leurs attitudes, c'est en grande partie dans les changements survenus dans ces deux domaines que les progrès des participants devront être évalués.

Dans le programme de formation, les options d'évaluation incluent:

- l'évaluation des progrès accomplis par les participants pendant la formation en leur posant des questions individuellement ou en groupe, pour vérifier leurs connaissances ainsi que leur compréhension;
- l'utilisation du prétest/post-test pour évaluer d'une manière cumulative les améliorations ou changements survenus dans les connaissances ou attitudes des participants avant et après la formation;
- l'observation des jeux de rôle puis de l'application clinique, pour évaluer l'amélioration des compétences en counseling des participants du milieu à la fin de la formation.

Après l'atelier de formation, les formateurs devraient suivre les participants pour savoir comment ils appliquent les connaissances et compétences nouvellement acquises. Si le suivi est assuré par un superviseur, les formateurs devraient se mettre en contact avec lui pour savoir comment le counseling après avortement s'est amélioré à la suite de la formation.

Une évaluation de fin de formation permet aux participants d'évaluer l'ensemble du cours de formation ainsi que les résultats. Le Formulaire d'évaluation de l'atelier (Annexe H) devra être utilisé à cette fin et les participants devraient être encouragés à répondre honnêtement aux questions (ce qui peut se faire plus facilement si les formulaires sont anonymes).

Enfin, ce programme constituant une nouvelle approche de formation en matière de counseling après avortement, l'évaluation revêt une grande importance pour EngenderHealth du fait qu'elle sera utilisée pour améliorer le programme de formation. Veuillez utiliser le formulaire d'évaluation fourni pour recueillir les réactions de chaque participant, puis retournez les formulaires remplis à EngenderHealth.

Préparatifs préliminaires

Obtention de renseignements généraux

Avant la formation, les formateurs devraient essayer de se renseigner le plus possible sur les participants au cours (leurs responsabilités professionnelles, leurs qualifications, leur sexe et leur expérience en matière d'offre de services de soins après avortement) ainsi que sur la hiérarchie en place dans leurs établissements afin d'adapter le contenu de la formation à leurs besoins. En outre, ils devraient tenter de connaître les projets des établissements des participants concernant les services complets de soins après avortement en général et le counseling après avortement en particulier. Par exemple, si l'établissement n'offre actuellement presque pas de counseling après avortement ou s'il n'existe pas de protocoles se rapportant à ce sujet, les formateurs devraient demander:

- pourquoi l'établissement a demandé la formation;
- ce que la formation comprendra en dehors du counseling (par exemple prévention des infections, compétences cliniques et planification familiale);
- qui supervise les services de SAA, y compris le counseling;
- quel rôle les participants jouent actuellement ou joueront bientôt dans l'offre des services de counseling après avortement.

Pour obtenir ces informations, EngenderHealth conseille aux formateurs d'interroger les administrateurs les plus engagés des établissements dans lesquels travaillent les participants. Pour évaluer les besoins et compétences des participants avant la formation, les formateurs pourront les interroger et les observer pendant la prestation des services, ou leur faire subir le prétest facultatif sur le counseling après avortement (Annexe B).

Conseils pour la préparation de la formation

Les étapes suivantes devraient aider les formateurs à se familiariser avec le programme de formation et à se préparer à mener l'atelier de formation.

Tout d'abord, lisez une fois rapidement le programme de formation en entier ainsi que les documents pour avoir une idée globale du but, du contenu et de l'approche de la formation.

Ensuite, entretenez-vous avec les administrateurs de programme de l'établissement offrant les services de SAA. S'il vous a été demandé d'animer cette formation, c'est qu'ils sont probablement bien au courant des buts et objectifs de la formation ainsi que de la cible à atteindre. Toutefois, après votre première lecture du programme, vous devrez les rencontrer pour clarifier le but de la formation, vérifier si les participants retenus répondent aux critères fixés et confirmer le temps imparti à l'atelier.

Relisez ensuite le programme, lentement cette fois. Réfléchissez à chaque séance en termes de besoins des clientes après avortement et des prestataires de soins après avortement dans les structures sanitaires locales. Revoyez soigneusement chaque document; ces documents constituent " les archives permanentes " de l'atelier que les participants garderont et que d'autres personnes n'ayant pas participé à la formation pourraient consulter. Modifiez-les, si nécessaire, pour qu'ils reflètent la situation, les attitudes et les problèmes locaux, et pour qu'ils y soient sensibles.

Après avoir revu et modifié (si nécessaire) les documents, faites-en suffisamment de copies pour tous les participants. (*Remarque* Certains documents peuvent être remis aux participants au début de la formation pour lecture comme documents de base. D'autres doivent être distribués dans le cadre d'une activité de formation.) Chaque participant devra disposer d'un cahier ou d'une chemise pour ranger tous les documents à mesure de leur distribution; les formateurs devront demander au directeur de l'établissement d'informer à l'avance tous les participants de ce besoin.

Dressez la liste des objectifs de toutes les séances sur le tableau de papier. Au début de chaque séance, exposez brièvement les objectifs à traiter. Revoyez les objectifs de la séance lors de la synthèse pour créer un cadre permettant d'évaluer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints et de relever les lacunes dans la compréhension des participants. (Ces lacunes pourront être comblées lors des séances ultérieures.)

Ressources supplémentaires à l'attention du formateur

Avant la formation, les formateurs devront se procurer et parcourir un aussi grand nombre des matériels énumérés à l'Annexe F que possible (disponibles soit auprès d'EngenderHealth soit auprès de l'éditeur). Le programme de formation fait parfois référence à des sections précises devant servir de point de départ aux discussions de groupe. Selon le niveau de la formation et les domaines d'intérêt des participants, les formateurs voudront peut-être choisir une ou deux de ces références qu'ils photocopieront et distribueront aux participants. (Attention: La distribution de tous les documents serait presque certainement fastidieuse pour les participants et constituerait une mauvaise utilisation des matériels et des ressources financières.)

Pendant le cours de formation

Création d'un environnement propice à l'apprentissage

De nombreux facteurs contribuent au succès d'un cours de formation. L'un des facteurs clés est le milieu d'apprentissage. Les formateurs peuvent créer un environnement propice à l'apprentissage en:

- *respectant chaque participant* Les formateurs doivent reconnaître les connaissances et les compétences que les participants apportent au cours. Ils peuvent leur témoigner du respect en se rappelant et en utilisant leurs noms, en les encourageant à contribuer aux discussions et en leur demandant leurs impressions sur le programme du cours.
- *donnant fréquemment une information en retour positive* telle information accroît la motivation et l'aptitude à apprendre. Chaque fois que possible, les formateurs doivent confirmer ouvertement les réponses et actions correctes des participants par des remarques telles que " Excellente réponse !", " Bonne question !", " Bon travail !". Ils peuvent aussi valider les réponses des participants en disant par exemple " Je comprends votre point de vue.... "
- *engageant les participants dans la formation* Les formateurs devraient employer diverses méthodes de formation qui augmentent la contribution à la discussion des participants, telles que les questions, les études de cas, les discussions et le travail en petits groupes.
- *veillant à ce que les participants soient à l'aise* Les salles de formation devraient être bien éclairées, bien ventilées et silencieuses, et la température devrait y être agréable. Des pauses pour le repos et les rafraîchissements devraient être prévues.

Présentation de sujets délicats

Ce cours de formation aborde un sujet dont les participants auront peut-être du mal à discuter. Bien que ce guide offre des suggestions quant aux moyens de discuter de nombreux sujets dans le cadre d'un groupe, les formateurs pourront être confrontés à des situations où un participant (ou des groupes de participants) hésite à participer à la discussion, porte des jugements catégoriques ou empêche d'autres participants d'exprimer librement leurs sentiments. Pour encourager les participants à prendre des risques et créer un environnement dans lequel ils se sentent libres de discuter et de considérer des informations et idées nouvelles, les formateurs pourront utiliser les techniques suivantes:

- Reconnaissez qu'il est normal d'être nerveux, inquiet ou mal à l'aise dans des situations nouvelles et peu familières.
- Commencez par des sujets moins délicats et progressez vers des sujets plus délicats.

De la même façon, évitez si possible de prévoir des discussions délicates après les pauses ou tout au début d'une séance ou d'une journée, afin de garantir une atmosphère plus rassurante et cohérente.

- Utilisez des activités qui permettent de briser la glace au début de l'atelier de formation et pendant les pauses afin de promouvoir le travail d'équipe et de mettre les participants à l'aise.
- Utilisez des petits groupes de travail pour permettre aux participants d'exprimer leurs sentiments devant un public moins nombreux. De la même façon, groupez les participants par sexe, si nécessaire.
- Utilisez la paraphrase et la clarification pour montrer que vous prêtez attention à ce que dit la personne qui parle, pour l'encourager à continuer de parler et pour vous assurer que vous avez compris.
- Partagez vos propres expériences, y compris les situations où vous avez obtenu un succès ou connu un échec.
- Donnez une information en retour constructive pour rassurer le participant que sa ou ses remarques sont acceptables et appropriées et pour l'encourager à participer plus activement.

Impressions des participants

Les formateurs doivent prévoir du temps au *début* de chaque journée de formation pour permettre aux participants de mentionner les problèmes pouvant faire obstacle à l'apprentissage, tels que ceux ayant trait aux situations personnelles, au logement ou au contenu du cours. Suivant la taille du groupe, 10 à 15 minutes pourraient être nécessaires.

De la même façon, il faudrait que les formateurs prévoient du temps à la *fin* de chaque journée de formation pour que les participants puissent partager leurs idées sur ce qu'ils ont appris et évaluer ce qui s'est, à leurs yeux, bien ou mal passé ce jour-là. Cette évaluation permettra aux formateurs d'ajuster le programme, si nécessaire, et elle donnera aux participants l'occasion de s'exprimer quant à la progression du cours de formation. L'exercice " plus/delta ", décrit plus bas, est un moyen efficace que les formateurs peuvent utiliser pour parvenir à cette fin.

A la fin de l'avant-dernière journée de la formation (par exemple le troisième jour d'une formation de quatre jours), les formateurs pourraient demander aux participants s'ils aimeraient qu'ils clarifient des points traités pendant la formation ou qu'ils incluent d'autres éléments le dernier jour.

Comment faire un exercice plus/delta

Les exercices plus/delta sont un outil utile dont peuvent se servir les formateurs pour demander une information en retour sur l'atelier de formation. Ils permettent aux participants d'évaluer ensemble leur expérience concernant l'atelier, en discutant des aspects qui se sont bien déroulés et en faisant des recommandations pour améliorer l'atelier à l'avenir.

Pour faire un exercice plus/delta, qui prend de 15 à 30 minutes, le formateur demande aux participants d'indiquer à haute voix des aspects de l'atelier qu'ils ont aimés. Il écrit les réponses dans la colonne de gauche d'une feuille du tableau de papier, intitulée " Plus " ou " Ce qui m'a plu dans cet atelier ". Ensuite, il leur demande de proposer un moyen d'améliorer l'atelier et il écrit les réponses dans la colonne de droite de la feuille, intitulée " Delta " ou " Comment améliorer cet atelier ".

Pour chaque élément inscrit dans la colonne "delta", le formateur anime une discussion en demandant si beaucoup parmi les participants partagent cette opinion ou si elle n'est le fait que d'une personne, et il encourage les participants à proposer des moyens d'apporter les

changements suggérés. Il continue ainsi jusqu'à ce que les participants n'aient plus de suggestions. (*Remarque* Si les participants semblent hésiter à signaler les aspects négatifs de la formation, le formateur pourrait mentionner un moyen qui, d'après lui, permettrait d'améliorer les formations futures.)

Si pour améliorer la formation les participants suggèrent de modifier la salle de formation ou l'environnement, le formateur doit communiquer ces suggestions à la personne en mesure de faciliter ces changements.

Adaptation du programme

A mesure que le cours progressera et que les formateurs connaîtront mieux les styles d'apprentissage et le niveau de connaissances des participants, ils devront peut-être apporter de légères modifications au contenu du cours ou au programme. Les exigences de temps varieront en fonction de l'expérience et des intérêts des participants, et aussi en fonction de l'expérience des formateurs.

Les changements apportés au programme doivent être peu nombreux et ils ne devraient pas diminuer la qualité de la formation. Il faudrait que les formateurs traitent tous les éléments importants—en suivant l'ordre prescrit pas l'emploi du temps et les séances de formation—et qu'ils prévoient suffisamment de temps pour la discussion.

Considérations particulières concernant les contextes où l'avortement est légal

Choix éclairé

Dans les contextes où l'avortement est légal, un des principaux soucis est de garantir le choix éclairé tant pour l'interruption de grossesse que pour le choix des méthodes de planification familiale. Il arrive souvent que les clientes subissent des pressions de la part de leurs maris ou d'autres membres de la famille pour mettre fin à une grossesse; les prestataires devraient donc veiller à cette possibilité et conseiller les clientes en conséquence. S'il y a lieu de penser qu'une cliente a été contrainte à se faire avorter, il serait peut-être approprié d'inclure le partenaire ou le membre de la famille influents dans le counseling (toutefois, seulement avec l'autorisation explicite de la cliente).

Une politique officieuse courante consiste également à faire pression sur les clientes pour qu'elles acceptent une méthode de planification familiale au moment de l'avortement, ou à les y "persuader". Le renforcement de la nécessité d'utiliser la planification familiale pour prévenir de futures grossesses non désirées est approprié et nécessaire dans les cas d'avortement volontaire. Toutefois, il faut que les prestataires veillent à ne pas pousser les clientes à choisir une méthode prématurément (surtout s'il s'agit de contraception chirurgicale). Ceci pourrait entraîner la discontinuation de la méthode, le mécontentement des clientes ou la méfiance à l'égard du système de santé. Le rôle du prestataire doit être de rendre la cliente consciente de la nécessité de la planification familiale et des options dont elle dispose; il doit aussi être de l'aider à choisir la méthode qui répond le mieux à ses besoins. Si la cliente a besoin de plus de temps pour se décider, il faudrait lui laisser ce temps et les prestataires devraient l'informer des moments et lieux où elle peut obtenir une méthode ultérieurement.

Ces principes s'appliquent aussi aux services de SAA dans les pays où l'avortement est illégal. Toutefois, dans les contextes où l'avortement est légal, les responsables sont plus susceptibles d'inclure dans les protocoles de prestation de services une "exigence" d'acceptation de la planification familiale après avortement.

Attitudes des prestataires et soucis des clientes

Une autre différence notable entre les contextes où l'avortement est légal et ceux où il ne l'est pas réside dans le fait que dans le premier cas, les prestataires ne jugent pas de façon

trop catégorique les femmes qui interrompent leur grossesse. Dans ces cadres, par conséquent, la formation en counseling s'attachera moins à surmonter les préjugés des prestataires contre l'avortement.

De même, il se peut que les clientes éprouvent moins de honte et de culpabilité vis-à-vis de leur décision de se faire avorter que les femmes des pays où l'interruption de grossesse est un crime. Les besoins émotionnels des femmes se faisant légalement avorter pourront par contre être plus centrés sur la peur de la douleur ou des complications résultant de l'intervention. Les séances concernant les sentiments des clientes et le soutien à leur apporter avant, pendant et après l'intervention doivent donc être adaptées, au besoin, aux préoccupations courantes dans le contexte local.

Dans certains pays où l'avortement est légal et accessible mais où les connaissances sur la planification familiale sont insuffisantes et les services peu utilisés, les clientes comptent sur les méthodes traditionnelles ou n'utilisent pas du tout de méthode contraceptive, l'avortement servant comme option contraceptive de secours. Dans ces cas, les prestataires devraient être sensibilisés aux obstacles qui empêchent les clientes d'obtenir et d'utiliser des méthodes modernes. Le fait d'être conscient de ces problèmes peut leur permettre de mieux aider les clientes à choisir librement et en toute connaissance de cause une méthode appropriée et efficace.

A la fin du cours de formation

Il est important de résumer le contenu et les activités du cours. Le formateur doit mettre en lumière les points clés et veiller à revenir sur toutes les préoccupations ou difficultés particulières qui ont été soulevées pendant le cours.

Les formateurs pourront choisir de faire subir aux participants le post-test (Annexe B) pour déterminer les changements survenus dans leurs connaissances et attitudes sur le counseling après avortement. Il importe aussi que les participants fassent l'évaluation de fin de formation (Annexe H) pour permettre aux formateurs d'examiner les processus et résultats globaux.

Après le cours de formation

Suivi

L'étude du counseling après avortement ne se termine pas en même temps que ce cours. A la fin de la formation, la plupart des participants auront acquis de nouvelles connaissances et compétences et ils sauront mieux comment incorporer des conseils complets et de haute qualité dans leurs interactions courantes avec les clientes après avortement. Après le cours, les formateurs pourraient s'enquérir auprès des administrateurs des établissements dans lesquels travaillent les participants si les nouvelles compétences en counseling sont utilisées régulièrement lors de la prestation des services de SAA.

Certains participants auront peut-être du mal à intégrer le counseling dans leur travail sans la coopération de leurs collègues et le soutien de leurs superviseurs. Pour ces raisons, entre autres, les formateurs devront discuter du suivi avec les superviseurs avant la formation et avec les participants pendant la formation.

Avant le début de la formation, les formateurs doivent comprendre leur rôle quant au suivi. Le suivi peut être assuré de plusieurs manières, suivant les besoins des participants, la disponibilité des formateurs et les considérations financières. Les mécanismes de suivi incluent:

- *rendre visite aux participants dans leurs établissements*. C'est le moyen le plus efficace d'assurer le suivi du cours. Si possible, les formateurs devront avoir l'occasion d'animer une discussion avec les participants afin de parler des défis que présente l'intégration des conseils après avortement complets dans les services existants et des succès obtenus. Ils

peuvent aussi discuter des questions administratives et de tous les problèmes que les participants pourraient rencontrer;

- *inviter les participants à visiter d'autres établissements ou d'autres prestataires qui offrent des conseils après avortement complets et de haute qualité* leur permet d'observer des prestataires qui ont réussi à intégrer un counseling complet dans les services SAA et d'obtenir d'eux des conseils utiles;
- *demander aux participants de tenir un registre des clientes qu'ils conseillent* les registres, dans lesquels seront consignées des informations de counseling détaillées sur chaque cliente, pourront inclure si la cliente a reçu des conseils, ses intentions en matière de procréation, la méthode de planification familiale qu'elle a choisie (ne convient que pour les clientes souhaitant retarder une grossesse) et les références à d'autres services (le cas échéant). Ces informations peuvent être examinées pour déterminer les progrès accomplis en matière de counseling centré sur les clientes. Toutefois, le personnel, les formateurs et les administrateurs doivent faire attention à ne pas mal interpréter les données. Par exemple, aucun établissement ne devrait chercher à ce que 100 % des clientes partent de l'établissement avec une méthode de planification familiale, à moins que cet établissement ne soit sûr que 100 % des clientes souhaitent remettre une grossesse à plus tard (un pourcentage peu probable). Le counseling et les services doivent correspondre aux besoins des clientes individuelles.

Le suivi est une partie importante de la formation et il devrait être planifié dans le cadre de tout cours de formation. Les participants devraient savoir qui assurera le suivi et comment il sera assuré.

Séance 1: Séance d'ouverture

Objectifs

- Citer les cinq éléments des soins après avortement (SAA)
- Comprendre les buts et objectifs de l'atelier
- Partager les attentes concernant l'atelier

Méthodes de formation

- Présentation
- Travail en petits groupes
- Discussion en groupe entier

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Papier et stylos (pour que les participants puissent prendre des notes)
- Document 1-A: Buts et objectifs de l'atelier (page 21)
- Document 1-B: Emploi du temps de l'atelier (page 22)

Préparatifs préliminaires

1. Envoyer les invitations aux invités et désigner les intervenants.
2. Communiquer aux intervenants les buts, objectifs et emploi du temps de l'atelier afin que leurs allocutions y correspondent.
3. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
4. Préparer une feuille du tableau de papier où figureront les trois questions sur les attentes des participants concernant l'atelier (voir ci-dessous)

Expectativas de los(as) Participantes para el Taller

1. Qu'est ce que le counseling après avortement?
2. Quel rapport y a-t-il entre le conseling après avortement et votre travail?
3. Qu'espérez-vous tirer de cet atelier?

5. Passer en revue tous les documents à distribuer et faire une copie pour chaque participant, invité et intervenant.
6. Arranger la salle pour une présentation formelle et prévoir des rafraîchissements, le cas échéant.

Durée de la séance (totale): 1 heure 20 minutes à 1 heure 30 minutes



ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 1

Partie A Cérémonie d'ouverture



Durée: 30 minutes

Activité: Présentation (30 minutes)

1. Souhaitez la bienvenue aux participants, invités et intervenant(s) et présentez-les.
2. Invitez l'intervenant ou les intervenants à faire des remarques préliminaires.
3. Faites un exercice pour briser la glace.
4. Assurez le déroulement de la cérémonie d'ouverture conformément aux usages locaux et en observant le protocole établi. Servez des rafraîchissements, le cas échéant.

CONSEIL DE FORMATION

S'il y a des intervenants, rencontrez-les avant le début de l'atelier pour leur expliquer le contexte de leurs allocutions. Ils doivent insister sur l'importance de l'atelier et rappeler aux participants le soutien officiel du ministère de la Santé (ou d'autres parties prenantes clés) au programme.

Lors de la cérémonie d'ouverture, l'intervenant ou le formateur doit donner une brève vue d'ensemble des cinq éléments essentiels du modèle élargi et mis à jour de soins après avortement complets (*10 minutes au maximum*):

- Partenariats entre la communauté et les prestataires de services—pour prévenir les grossesses non désirées et les avortements pratiqués dans des circonstances dangereuses, et pour mobiliser les ressources afin que les femmes puissent recevoir des soins adéquats et en temps opportun pour les complications de l'avortement.
- Counseling complet—pour identifier et satisfaire les besoins et soucis émotionnels, physiques et en matière de planification familiale des femmes.
- Traitement—de l'avortement incomplet et des complications pouvant mettre en danger la vie des femmes.
- Services de contraception et de planification familiale—pour aider les femmes à prévenir les grossesses non désirées ou à pratiquer l'espacement des naissances.
- Liens entre les services de traitement de l'avortement—et les services de santé reproductive et autres services, offerts de préférence sur place ou à travers des références à d'autres établissements accessibles du réseau du prestataire.

Etant donné que 30 minutes seulement sont réservées à la cérémonie d'ouverture, le nombre d'intervenants devra être limité et ceux-ci devront être priés de respecter le temps qui leur est imparti. D'autres invités et intervenants pourront être conviés à la cérémonie de clôture.

Pause facultative de 10 minutes pendant que les invités quittent la salle.

Partie B Introduction à l'atelier



Durée: 50 minutes

Activité 1: Présentation (15 minutes)

1. Distribuez le Document 1-A: Buts et objectifs de l'atelier, et passez rapidement en revue les buts et objectifs de l'atelier.
2. Distribuez le Document 1-B: Emploi du temps de l'atelier, et passez rapidement en revue le programme quotidien, y compris les pauses et le déjeuner.
3. Discutez du programme et des normes de l'atelier avec les participants.
4. Discutez d'autres aspects logistiques, tels que l'hébergement, les indemnités journalières et le transport.

Activité 2: Travail en petits groupes et discussion en groupe entier (35 minutes)

1. Divisez les participants en petits groupes de trois ou quatre.
2. Affichez la feuille intitulée " Attentes des participants concernant l'atelier ".
3. Demandez à chaque groupe de discuter brièvement chaque question et d'y répondre. Dans chaque groupe, un participant devra prendre des notes et porter les réponses sur une feuille du tableau de papier. (15 minutes)
4. Demandez aux participants ayant pris des notes de rendre compte au groupe entier des discussions de leur groupe pour la première question. Procédez de la même façon pour les deuxième et troisième questions. (10 minutes en tout pour les réponses)



CONSEIL DE FORMATION

Tous les groupes doivent répondre *aux trois* questions figurant sur le tableau de papier et partager leurs réponses.

5. Résumez les réponses des participants et abordez les différences entre leurs attentes et les thèmes que l'atelier traitera réellement.
6. Expliquez que tout participant dont les attentes ne correspondent toujours pas aux buts et objectifs de l'atelier devra voir l'un des formateurs avant la fin de la journée pour clarifier dans quel but il a voulu suivre la formation et pour s'assurer que l'atelier lui convient. (10 minutes)

Documents de la Séance 1

Séance 1 : Séance d'ouverture

Document 1-A

Buts et objectifs de l'atelier

Buts

A la suite de cette formation, les prestataires de SAA seront capables d'utiliser leurs compétences en communication et counseling pour:

- évaluer et reconnaître les besoins de la cliente;
- écouter ses soucis;
- répondre à ses questions;
- lui fournir des informations sur l'intervention, ce à quoi s'attendre pendant la visite, les soins après intervention et les signes annonciateurs de complications;
- l'aider à prendre des décisions concernant la planification familiale, la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), et autres services de santé reproductive nécessaires.

Objectifs

Attitudes

A la suite de cette formation, les participants seront capables de:

- témoigner du respect envers toutes les clientes, quels que soient leurs valeurs, statut social ou situation personnelle;
- reconnaître et respecter le besoin de confidentialité, d'intimité et de dignité de la cliente;
- admettre qu'une cliente peut avoir des idées bien arrêtées sur sa situation et se montrer ouvert à la discussion sur ces sentiments, y compris ceux liés à la sexualité et au genre;
- faire preuve d'ouverture d'esprit en encourageant la cliente à poser des questions et en y répondant;
- respecter le droit de la cliente de choisir et d'utiliser les méthodes contraceptives en toute connaissance de cause.

Compétences

A la suite de cette formation, les participants seront capables de:

- déterminer si la cliente est disposée à discuter de ses soucis et sentiments;
- créer un environnement confortable pour une discussion ouverte des sentiments et besoins de la cliente;
- poser des questions ouvertes;
- écouter attentivement la réponse de la cliente;
- encourager les clientes à poser des questions et à exprimer leurs opinions et sentiments;
- utiliser un langage simple et des supports visuels pour expliquer ce que sont l'appareil génital, la fécondation, l'avortement, l'acte médical, la contraception et les IST;
- soutenir la cliente pendant l'intervention grâce à la communication verbale et non verbale;
- aider la cliente à évaluer et reconnaître ses besoins, son risque de contracter une IST et son besoin d'autres services de santé reproductive.

Connaissances

A la suite de cette formation, les participants seront capables de:

- expliquer l'éventail des soucis des clientes ainsi que les différents besoins des femmes présentant un avortement spontané par rapport à ceux des femmes souffrant de complications d'un avortement provoqué;
- fournir des informations préopératoires, y compris sur l'état de la cliente et l'acte médical lui-même;
- donner des instructions post-opératoires concernant notamment les précautions à prendre après l'intervention, les effets secondaires courants, les signes des complications et les mesures à prendre s'ils se présentent, le retour de la fécondité et les contacts à prendre pour les problèmes ou soucis non médicaux;
- présenter l'information essentielle sur les infections de l'appareil génital (IAG) et les IST;
- fournir l'information essentielle sur les méthodes contraceptives, en particulier celles qui peuvent être utilisées aussitôt après l'avortement.

Document 1-B

Emploi du temps de l'atelier

Séance	Participants	Durée
1. Séance d'ouverture		Matinée, 1 ^{er} jour
A.Cérémonie d'ouverture	Tous	
B.Introduction à l'atelier	Tous	
2. Valeurs et attitudes liées aux soins après avortement	Tous	
3. Comprendre le point de vue de la cliente		
A. Elaboration d'études de cas sur les clientes après avortement	Tous sauf médecins	
B.Confidentialité, intimité et dignité	Tous	Après-midi, 1 ^{er} jour
C.Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement	Tous	
D.Questions liées au genre	Tous sauf médecins	
E. Questions liées à la sexualité	Tous sauf médecins	
4. Communication entre prestataire et cliente		Matinée, 2 ^e jour
A.Communication dans les deux sens	Tous sauf médecins	
B.Communication verbale et non verbale	Tous sauf médecins	
C.Ecoute attentive	Tous sauf médecins	
D.Poser des questions ouvertes	Tous sauf médecins	
E. Utilisation d'un langage simple et de supports visuels	Tous sauf médecins	
5. Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement		Après-midi, 2 ^e jour
A. Raisons	Tous sauf médecins	
B. Choix éclairé	Tous sauf médecins	
C. Facteurs individuels	Tous sauf médecins	
6. Besoins de santé reproductive connexes et autres problèmes		
A. Information sur les IAG/IST à l'intention de la cliente après avortement	Tous sauf médecins	
B. Référence des clientes à d'autres services	Tous sauf médecins	
C. Menace d'avortement	Tous sauf médecins	
7. Counseling après avortement		Matinée, 3 ^e jour
A. Vue d'ensemble du counseling après avortement	Tous sauf médecins	
B. Counseling avant l'intervention	Tous sauf médecins	
C. Soutien à la cliente durant l'intervention	Tous	Après-midi, 3 ^e jour
D. Counseling après l'intervention	Tous sauf médecins	
8. Application clinique	Tous	Matinée, 4 ^e jour
9. Synthèse générale de l'atelier	Tous	Après-midi, 4 ^e jour

*Les médecins doivent assister à cette séance s'ils sont principalement chargés d'offrir des services de planification familiale aux clientes après avortement.

Séance 2: Valeurs et attitudes liées aux soins après avortement

Objectifs

- Expliquer l'importance du respect pour toutes les clientes, quels que soient leurs valeurs, statut social ou situation personnelle
- Expliquer combien il est important d'avoir conscience de ses propres valeurs et attitudes pour éviter de les imposer aux clientes

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en groupe entier
- Discussion

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Document 2-A: Image ambiguë (page 31) (aussi disponible sous forme de transparent, Annexe C, page 164)
- Document 2-B: Valeurs et attitudes en matière de SAA (page 32)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Parcourir la liste des déclarations sur les valeurs (page 25). Choisir sept déclarations qui seront utilisées dans l'exercice et en ajouter d'autres, si nécessaire. Les déclarations n'étant pas données dans un ordre particulier, vous devrez décider de celle que vous lirez en premier lieu, en deuxième lieu, et ainsi de suite. Voir le " Conseil de formation " à la page 26 pour des instructions.
3. Préparer trois panneaux différents intitulés: D'ACCORD, PAS D'ACCORD et PAS SUR. Les afficher sur trois murs différents à des endroits où les participants pourront se regrouper.
4. Disposer les tables et les chaises de sorte que les participants puissent circuler facilement entre les panneaux
5. Parcourir tous les documents et en faire une copie pour chaque participant.



Durée de la séance (totale): 1 heure

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 2



Durée de la séance: 1 heure

Activité 1: Mise en train (10 minutes)

1. Distribuez le Document 2-A, Image ambiguë, à tous les participants. Demandez-leur de regarder l'image et de deviner ce qu'elle représente, puis de se tourner vers le participant assis à côté d'eux pour en discuter.
2. Demandez à des volontaires de dire ce qu'ils ont vu. Si un participant décrit une femme âgée, demandez à ceux qui ont eu la même première impression de lever la main. De même, si un participant décrit une jeune femme avec une coiffure sophistiquée, demandez à ceux qui ont eu la même première impression de lever la main.
3. Engagez une discussion sur l'exercice en posant les questions suivantes:
 - Votre partenaire et vous étiez-vous tout de suite d'accord sur ce que vous avez vu ?
 - Comment expliquez-vous que les membres du groupe aient vu deux images complètement différentes sur la même photo ?
 - Comment pouvez-vous appliquer l'information débattue à votre travail de counseling auprès des clientes après avortement?

Activité 2: Discussion (10 minutes)

1. Demandez aux participants la signification du mot *valeurs* et comment cette notion pourrait influencer leur travail de prestataires de soins après avortement.
2. Résumez à haute voix les principaux points du Document 2-B: Valeurs et attitudes en matière de SAA, discutez-les, puis distribuez le document aux participants.

Activité 3: Exercice en groupe entier (25 minutes)

1. Expliquez aux participants qu'ils vont faire un exercice qui les aidera à réfléchir à leurs propres attitudes et valeurs face aux soins et clientes après avortement.
2. Lisez à haute voix les instructions suivantes:

“ Je vais lire à haute voix plusieurs déclarations. Après la lecture de chacune d'elles, vous irez vous placer devant le signe qui correspond le mieux à votre opinion, à savoir d'accord, pas d'accord ou pas sûr. Je demanderai ensuite à un ou deux participants de chaque groupe de dire ce qu'ils pensent de la déclaration. ”
3. Lisez autant de déclarations de la page ci-contre que le temps le permet et discutez-en. (*Remarque* Ne distribuez pas les déclarations sur les valeurs aux participants. Les participants ou d'autres personnes qui verraient un tel document après la formation pourraient mal comprendre le but de l'exercice et penser que les déclarations reflètent les croyances d'EngenderHealth ou des formateurs.) Après chaque déclaration, demandez à un ou deux participants de chaque groupe d'expliquer leur position. (Voir Conseil de formation, page 26.)

◆◆◆ Exemples de Déclarations sur les Valeurs ◆◆◆

Veillez noter que ces déclarations ne doivent pas être distribuées aux participants parce que les participants ou d'autres personnes qui liraient leurs documents plus tard pourraient mal comprendre le but de l'exercice et penser que les déclarations reflètent les croyances d'EngenderHealth et des formateurs.

Déclarations s'appliquant à tous les contextes

- ◆ Les médecins ont la responsabilité d'interrompre les grossesses non désirées découlant de l'échec d'une méthode contraceptive.
- ◆ Le rôle de la femme est de procréer.
- ◆ Si un homme veut que son épouse se fasse avorter, elle doit le faire, même si elle désire mener la grossesse à terme.
- ◆ Les travailleurs de l'industrie du sexe sont immoraux.
- ◆ Il n'y a pas de mal à ce qu'un célibataire se livre à une activité sexuelle. (Et qu'en est-il de la célibataire?)
- ◆ Les prestataires devraient promouvoir l'abstinence comme meilleure méthode de planification familiale pour les femmes célibataires.
- ◆ Une élève célibataire qui tombe enceinte ne mérite pas d'être exclue de l'école.
- ◆ Dans un couple, la responsabilité de la contraception doit incomber à la femme.
- ◆ Les méthodes contraceptives devraient être mises à la disposition des adolescents et des adultes célibataires.
- ◆ Les hommes sont polygames de nature (ils veulent être unis à plusieurs femmes).
- ◆ Les femmes ayant avorté plusieurs fois devraient être stérilisées.
- ◆ Les parents ont le droit de savoir si leur fille a avorté (que l'avortement soit provoqué ou spontané).

Déclarations s'appliquant aux contextes où l'avortement est légal

- ◆ Une multipare mariée qui interrompt une grossesse ne veut plus avoir d'enfants.
- ◆ Il appartient au prestataire de persuader les clientes ayant avorté d'accepter une méthode de planification familiale aussitôt après l'avortement.

Déclarations s'appliquant aux contextes où l'avortement est illégal ou très réglementé

- ◆ Si une femme fait régulièrement des fausses-couches (avortements spontanés), c'est qu'elle doit mal se conduire.
- ◆ Une femme qui provoque délibérément un avortement commet un meurtre.
- ◆ Les femmes qui provoquent des avortements méritent de souffrir et elles devraient s'attendre à avoir mal pendant les interventions de traitement après avortement.
- ◆ Si l'avortement est légalisé, les gens auront des mœurs plus légères et seront moins responsables quant aux relations sexuelles.
- ◆ Si une cliente après avortement a plusieurs enfants, il faudrait l'encourager à se faire stériliser.
- ◆ Le prestataire a le devoir de signaler les cas d'avortement provoqué à la police.
- ◆ Les femmes qui avortent spontanément sont plus dignes de compassion que celles qui provoquent l'avortement.
- ◆ Les jeunes femmes qui présentent des complications après un avortement ont probablement provoqué cet avortement.
- ◆ Les femmes qui provoquent l'avortement devraient payer les services médicaux qui sont par ailleurs gratuits.

Adapté de: Ipas. 1996. Module 2: Patient-provider interaction and communication. Dans *MVA trainer's handbook*. Carrboro, NC. Les déclarations supplémentaires sur les valeurs ont été fournies par le personnel d'EngenderHealth.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Pour que cet exercice soit efficace, il est indispensable que les participants expriment leur accord, désaccord ou incertitude sur les déclarations. Ne les autorisez pas à placer sous les panneaux des réponses anonymes sous peine de fausser le but de l'exercice. La discussion de leurs propres valeurs les sensibilisera à la manière dont ces valeurs peuvent influencer leurs interactions avec les clientes (ou d'autres personnes).

L'avortement et les soins après avortement font partie des thèmes les plus controversés et les plus délicats dans beaucoup de pays. Toutefois, les problèmes et préoccupations spécifiques diffèrent d'un endroit à l'autre. Il est donc important que vous lisiez attentivement chacune des déclarations. Vous ne devez choisir que celles qui se rapportent aux valeurs et attitudes des prestataires de services de votre pays. Ajoutez d'autres déclarations, si nécessaire. Par ailleurs, ces déclarations ne sont pas classées dans un ordre précis et il vous appartient de décider quelle déclaration vous lirez en premier lieu, en second lieu, etc.

Plusieurs des valeurs et attitudes à discuter varient selon les contextes, suivant que les femmes ont ou non accès à des services d'avortement légaux et sûrs. Pour résoudre ces différences, trois catégories d'"Exemples de déclarations sur les valeurs" sont fournies: une première pour tous les contextes, une deuxième pour les contextes où l'avortement est légal et une troisième pour les contextes où l'avortement est illégal ou très réglementé. Une fois encore, vous devez utiliser ces listes comme *guide* et ne choisir que les déclarations appropriées à votre région.

Pendant cet exercice, il est important d'insister sur le fait qu'il n'y a ni "bonnes" ni "mauvaises" réponses. Les participants devraient répondre conformément à leurs propres valeurs et croyances, et le but de l'exercice est d'aider à explorer les différences lorsqu'elles existent. Vous devez rester neutre tout au long de l'exercice et maintenir l'équilibre entre les différents points de vue exprimés. Les réponses devront se limiter à deux ou trois par groupe et par déclaration pour vous permettre de couvrir le plus grand nombre de problèmes possible.

Activité 4: Discussion (15 minutes)

1. Posez aux participants les questions suivantes:

- Tous les membres du groupe ont-ils les mêmes attitudes ou existe-t-il des différences ?
- Quelles déclarations ont causé les désaccords les plus profonds ? Comment expliquez-vous ces différences ?
- Certains des résultats vous ont-ils surpris ? Lesquels ?
- Comment ces attitudes pourraient-elles se manifester envers les clientes et que pourraient ressentir celles-ci ?

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Les exemples ci-dessous montrent comment valeurs et attitudes peuvent négativement influencer la qualité des soins:

- Ne pas dispenser de counseling sur la planification familiale à une cliente si nous pensons qu'elle ne s'intéresse pas à l'espacement des naissances.
- Faire attendre une femme présentant un avortement incomplet jusqu'à ce que toutes les autres femmes aient été traitées parce que nous pensons qu'elle est immorale et mérite de souffrir.
- Ne pas administrer d'analgésique à une femme si nous pensons qu'elle n'en a pas besoin ou qu'elle mérite de souffrir.

2. Résumez l'exercice en passant en revue les différentes manières dont les valeurs et attitudes des prestataires peuvent influencer la prestation des services de santé et en soulignant qu'il nous appartient d'offrir des soins d'une manière respectueuse et sans porter de jugement.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Exemple de résumé de toute la séance:

“ Plusieurs d'entre vous viennent de milieux similaires, pourtant vos réponses aux déclarations étaient très différentes. Les différentes expériences des personnes les mènent à des conclusions différentes. En étant conscients de nos propres attitudes, nous pourrions veiller à ne pas imposer nos croyances à nos clientes. Nous sommes professionnellement tenus d'offrir des soins, y compris des soins après avortement, d'une manière respectueuse et sans porter de jugement. ”

Source: Ipas. 1996. Module 2: Patient-provider interaction and communication. Dans *MVA trainer's handbook*. Carrboro, NC.

Documents de la Séance 2

Document 2-A
Image ambiguë



Source : Boring, E. G. 1930. A new ambiguous figure. *American Journal of Psychology* July:444.

Document 2-B

Valeurs et attitudes en matière de SAA

Une *valeur* est une croyance qui est importante pour un individu. Les valeurs peuvent être influencées par la religion, l'éducation, la culture et les expériences personnelles. Nos valeurs déterminent nos *attitudes*, c'est-à-dire notre manière de penser et d'agir envers des personnes ou idées particulières.

Toutes les interactions entre une femme et le personnel sanitaire, du moment où elle entre dans le système de soins jusqu'à sa sortie, ont un impact sur sa satisfaction à l'égard des soins qui lui sont dispensés, la rapidité avec laquelle elle se remet et la manière dont elle se soigne après sa sortie de l'établissement.

Notre façon de communiquer nos propres valeurs et attitudes (aussi bien verbalement que non verbalement) est une partie importante de nos interactions avec les femmes que nous traitons. Nos valeurs sont souvent si profondément enracinées en nous que nous n'en sommes conscients que lorsque nous sommes confrontés à une situation qui les remet en cause.

Nos attitudes, sentiments, préjugés et valeurs influent sur la manière dont nous traitons la maladie d'une cliente. Par exemple, notre réaction personnelle à son apparence, sa classe sociale ou ce pourquoi elle se fait soigner peut influencer notre façon d'administrer les analgésiques, la douceur ou la rudesse avec laquelle nous pratiquons les interventions, le retard que nous imposons à la cliente et si nous considérons l'éventail des soins dont a besoin chaque cliente.

Séance 3: Comprendre le point de vue de la cliente

Objectifs

- Identifier les caractéristiques démographiques et sociales des clientes après avortement qui sont courantes dans les structures sanitaires des participants ainsi que les différents états ou situations qui amènent les clientes à rechercher les soins après avortement.
- Elaborer des “ études de cas ” pour trois ou quatre clientes qui reflètent ces caractéristiques démographiques et sociales, ces situations ainsi que ces états physique et émotionnel (*Ces études de cas seront utilisées pour les jeux de rôle durant le reste de l'atelier*)
- Expliquer l'importance du respect du droit de la cliente à la confidentialité, l'intimité et la dignité.
- Identifier de simples façons de témoigner ce respect pendant les soins après avortement.
- Décrire les idées bien arrêtées que la cliente après avortement peut avoir sur sa situation.
- Identifier les différentes façons dont les prestataires peuvent satisfaire les besoins et soucis émotionnels des clientes après avortement.
- Aider les participants à réfléchir sur la manière dont leurs expériences personnelles ainsi que leur propre développement sexuel pourraient influencer leurs vues et sentiments actuels sur les questions liées à la sexualité et expliquer comment ces expériences pourraient influencer sur leur façon de conseiller les clientes après avortement.
- Examiner la sexualité dans le contexte des soins après avortement et expliquer comment les prestataires peuvent répondre aux soucis des clientes liés à la sexualité.
- Expliquer comment les attitudes culturelles à l'égard du genre peuvent influencer le traitement que les clientes après avortement reçoivent dans les structures sanitaires et l'idée que les clientes se font des prestataires.

Méthodes de formation

- Remue-méninges
- Travail en groupe entier
- Démonstration
- Travail en petits groupes
- Discussion
- Modèle de jeu de rôle
- Présentation

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tout matériel (tel que canapé, couverture rideau ou tenture) pouvant être utilisé pour représenter une clinique
- Document 3-A: Garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des clientes (page 51)

- Document 3-B: Genre (page 52)
- Document 3-C: Comment apprenons-nous ce que nous savons sur les rapports sexuels ? (page 53)
- Document 3-D: La sexualité (page 54)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Si l'Option 2 de la Partie A doit être utilisée, choisir trois ou quatre études de cas de l'Annexe D: Exemples d'études de cas, qui reflètent un grand éventail de caractéristiques et situations de clientes après avortement, et en faire des copies pour tous les participants.
3. Parcourir tous les documents et en faire une copie pour chaque participant.
4. Rassembler les matériels qui serviront à représenter une structure sanitaire.
5. Préparer deux feuilles du tableau de papier, l'une intitulée " Caractéristiques démographiques et sociales " et l'autre " Situations et états émotionnel et physique ".
6. Sur des feuilles du tableau de papier, préparer un tableau pour chaque cliente des études de cas (qui seront élaborées par les participants durant la Partie A ou choisies dans l'Annexe D). Chaque tableau doit être intitulé " Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement " et il doit avoir trois colonnes: " Sentiments de la cliente ", " Raisons " et " Réponse du prestataire ". (Voir l'exemple ci-dessous.)

Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement		
Nom de la cliente : _____		
Sentiments de la cliente	Raisons	Réponse du prestataire



Durée de la séance (totale): 5 heures 35 minutes (Option 1) ou 4 heures 30 minutes (Option 2)

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 3

Partie A Elaboration d'études de cas sur les clientes après avortement

Option 1: Etudes de cas originales



Durée: 1 heure 30 minutes

Cette option doit être utilisée si le temps le permet, car elle est une composante clé devant aider les participants à avoir une attitude empathique et à faire preuve d'une bonne compréhension des divers besoins et sentiments des clientes. Si le temps accordé à la formation en counseling est limité, l'Option 2 (page 39) pourra être utilisée pour raccourcir la séance.

Activité 1: Remue-méninges (20 minutes)

1. Affichez la feuille intitulée " Caractéristiques démographiques et sociales ". Demandez aux participants de penser aux clientes qu'ils reçoivent dans le cadre des soins après avortement et de dresser une liste de leurs caractéristiques démographiques et sociales. Écrivez les réponses des participants sur la feuille. (Dirigez l'exercice de remue-méninges en vous référant aux exemples de catégories cités dans la section " Conseil de formation ", ci-dessous).
2. Demandez aux participants de penser aux situations individuelles qui amènent les clientes à rechercher des soins après avortement ainsi qu'à l'état émotionnel ou physique des clientes à leur arrivée à l'établissement. Inscrivez leurs idées sur la feuille du tableau de papier intitulée " Situations et états émotionnel et physique ".

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Expliquez la différence entre caractéristiques démographiques et sociales, situations, et états émotionnel et physique en utilisant les exemples suivants:

- **Caractéristiques démographiques et sociales:** âge, situation de famille, nombre d'enfants, revenu, niveau d'instruction et antécédents sociaux.
- **Situations :** grossesse désirée/non désirée, avortement spontané/provoqué, méthode employée pour provoquer l'avortement et si le partenaire est au courant, échec de la méthode contraceptive/non-utilisation d'une méthode contraceptive, référée par un prestataire/initiative personnelle.
- **Etats émotionnel et physique :** calme/hystérique, hémorragie/état physique stable, urgence/peut attendre d'être soignée, consciente/inconsciente, craintive/calme, douleur violente/douleur modérée.

Activité 2: Travail en groupe entier (20 minutes)

1. Dites aux participants qu'ils vont élaborer des profils de cliente en groupe entier (en se basant sur la liste des caractéristiques démographiques et sociales), puis travailler en petits groupes pour élaborer une étude de cas pour chaque profil (en se référant à la liste des situations et états émotionnel et physique).

2. Expliquez que les profils devraient être variés pour refléter les différentes caractéristiques démographiques et sociales observées chez les clientes après avortement. Chacune des clientes des études de cas aura un nom parce que ces clientes seront utilisées dans les jeux de rôle durant le reste de l'atelier. Lors des jeux de rôle, lesdites clientes seront considérées comme de vraies clientes après avortement.
3. Commencez à élaborer un profil de cliente en demandant aux participants de suggérer et de convenir d'un prénom de femme.
4. Ecrivez le nom de la femme en haut d'une feuille de tableau de papier et demandez aux participants de s'entendre sur les éléments suivants (voir les exemples de profil dans la section " Conseil de formation " ci-dessous):
 - Son âge
 - Le nombre de ses enfants
 - Sa situation de famille et son statut socio-économique
 - Son niveau d'instruction
 - Toutes autres caractéristiques démographiques et sociales pertinentes
5. Une fois que le groupe sera satisfait de ce profil de cliente, répétez le processus pour créer trois ou quatre autres profils.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Elaborez trois ou quatre profils de cliente, suivant le nombre de participants. (Le minimum devrait être trois pour refléter différentes caractéristiques démographiques et sociales et situations des clientes après avortement typiques. Plus de quatre profils nécessiteront trop de temps pendant les jeux de rôle.) Ne répartissez les participants en petits groupes qu'*après* l'élaboration de tous les profils de cliente, autrement certaines combinaisons de caractéristiques démographiques et sociales risqueraient de se répéter.

Tout au long de l'atelier, faites travailler les participants en petits groupes pour qu'ils puissent effectuer le counseling avec chaque " cliente " lors des jeux de rôle.

Il serait préférable que les groupes soient constitués de trois ou quatre participants.

Par conséquent, les nombres suivants pourraient être utilisés à titre indicatif::

- Six à 12 participants : trois profils de cliente, avec deux à quatre participants par groupe.
- 12 à 20 participants : quatre profils de cliente, avec trois à cinq participants par groupe.

Comme indiqué dans l'introduction, cette formation sera plus difficile à mener s'il y a moins de six ou plus de 15 participants.

Lors de l'élaboration des profils, concentrez-vous uniquement sur les caractéristiques démographiques et sociales de la cliente. *Ne discutez pas* de sa situation ou de son état après avortement, car c'est de cette tâche que seront chargés les petits groupes lors de l'élaboration des études de cas.

Exemples de " profils ":

- Lisa: âgée de 35 ans, deux enfants, mariée, classe moyenne, travaille pour son propre compte.
- Nora: âgée de 18 ans, pas d'enfant, célibataire, n'a pas terminé ses études secondaires, pauvre.
- Ella: âgée de 20 ans, un enfant, mariée, a terminé ses études secondaires.

Activité 3: Démonstration (15 minutes)

1. Dites aux participants qu'ils travailleront en petits groupes pour élaborer une étude de cas pour chaque profil de cliente.
2. Tout d'abord, montrez comment procéder en utilisant l'un des profils de cliente. Référez-vous à la liste des situations et états émotionnel et physique et demandez aux participants de vous dire lesquels des traits s'appliqueraient le mieux à la cliente en question.
3. Écrivez leurs réponses sur la feuille du tableau de papier portant le nom de la cliente ainsi que ses caractéristiques démographiques et sociales. Ensuite, demandez aux participants de raconter l'histoire de la cliente, y compris la nature de sa grossesse (désirée ou non désirée), la nature de ses relations avec son ou ses partenaires ainsi que les circonstances précises qui l'ont amenée à rechercher des soins après avortement.
4. Notez les suggestions des participants sur la même feuille. Pour terminer, classez toutes les informations figurant sur la feuille dans un ordre logique et rédigez " l'étude de cas " de la cliente sur une nouvelle feuille du tableau de papier. (Voir ci-dessous un exemple d'étude de cas.)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

L'élaboration d'une étude de cas revient à écrire une petite histoire. Vous devez tout d'abord penser à ce que vous savez du personnage principal (profil de cliente). Ensuite, vous devez imaginer ce qui est arrivé à cette femme et qui a pu la placer dans ces situation et états émotionnel et physique. Cette information peut être tirée directement des listes de l'exercice de remue-méninges sur les caractéristiques démographiques et sociales ainsi que les situations et états émotionnel et physique. Vous trouverez ci-après un exemple, mais votre modèle devra s'inspirer des listes dressées par les participants lors du remue-méninges.

Exemple d'étude de cas pour " Nora "

Nora a 18 ans, elle est célibataire, elle n'a pas d'enfant et ne va pas à l'école. Elle vit dans un dénuement total et projette d'épouser John, son ami de longue date. Elle croit qu'elle est tombée enceinte suite à un échec de contraception (John était censé se retirer). Bien que la grossesse n'ait pas été prévue, Nora et John en étaient heureux. Pourtant aujourd'hui, quand John était au travail, Nora a commencé à saigner abondamment. Elle est venue à l'hôpital toute seule, sans y avoir été référée. Elle craint beaucoup pour ce qui lui arrive et pour ce qu'on va lui faire à l'hôpital. Elle a également peur que certains ne pensent que son avortement a été provoqué alors qu'en fait, il est spontané.

Activité 4: Travail en petits groupes (25 minutes)

1. Répartissez les participants en petits groupes (un groupe pour chaque profil de cliente restant) et assignez un profil à chaque groupe.
2. Rappelez aux participants qu'ils doivent se référer à la liste des situations et états émotionnel et physique pour identifier les éléments qui s'appliquent à leur cliente.
3. Accordez 20 minutes aux groupes pour rédiger leurs études de cas; ils devront reproduire la " version finale " sur une feuille du tableau de papier.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Circulez fréquemment parmi les différents groupes. Vérifiez tout d'abord si chaque groupe comprend la tâche qui lui est assignée, puis continuez à surveiller les groupes pour vous assurer que les situations et états émotionnel et physique qu'ils décrivent sont réalistes et qu'ils ne racontent pas la même " histoire " pour deux clientes différentes. Vous devrez peut-être négocier avec les groupes pour les amener à modifier légèrement leurs histoires afin que les études de cas reflètent les diverses situations ainsi que les divers états émotionnel et physique cités par les participants.

Activité 5: Discussion (10 minutes)

1. Demandez à un volontaire dans chaque groupe de présenter l'étude de cas du groupe sur une feuille du tableau de papier.
2. Permettez aux participants de poser quelques questions de clarification ou de suggérer des changements, mais n'encouragez pas de révisions majeures.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Lorsque les études de cas seront présentées par les différents groupes, différentes opinions seront certainement émises par les membres des autres groupes sur la manière dont elles auraient ou n'auraient pas dû être écrites. Les études de cas peuvent être présentées sous des formes multiples et il n'est pas nécessaire d'avoir le consentement de tous les participants sur tous les aspects de ces présentations, raison pour laquelle la discussion doit être limitée. Toutefois, si un groupe venait à présenter une étude de cas manifestement irréaliste compte tenu de la situation locale, il vous faudrait travailler séparément avec le groupe à sa révision au lieu d'essayer de le faire devant le reste des participants.

Une fois les études de cas présentées, affichez les feuilles sur lesquelles elles figurent au mur, à un endroit où elles resteront visibles et découvertes. Il sera fait référence à ces études de cas à maintes reprises tout au long de la formation, chaque fois que le symbole suivant apparaîtra dans le programme de formation:



Option 2: Etudes de cas adaptées

**Durée: 25 minutes**

Si le temps est très limité, choisissez trois ou quatre des études de cas préparées qui figurent à l'Annexe D. (Ceci devrait être fait avant la séance.) Les études de cas choisies doivent refléter un grand éventail de caractéristiques et situations de cliente, notamment l'âge, le nombre d'enfants, la situation de famille, s'il s'agit d'un avortement spontané ou provoqué, etc.

Activité 1: Présentation et travail en petits groupes (15 minutes)

1. Présentez les trois ou quatre études de cas choisies à l'avance dans l'Annexe D. Distribuez le document rassemblant ces études de cas (créé par le formateur avant la séance) à tous les participants.
2. Divisez les participants en petits groupes (un groupe pour chaque étude de cas) et assignez une étude de cas à chaque groupe. Expliquez-leur que les histoires sont variées pour refléter l'éventail des caractéristiques démographiques et sociales, des situations et des états émotionnel et physique que l'on rencontre chez les clientes après avortement.
3. Donnez à chaque groupe 10 minutes pour adapter son étude de cas à la situation locale. Demandez à chaque groupe d'écrire la version finale de l'étude de cas sur une feuille du tableau de papier.
4. Rappelez aux participants que la cliente de chaque étude de cas a un nom parce que ces clientes seront utilisées dans les jeux de rôle pendant le reste de l'atelier. Dans les jeux de rôle, les clientes des exemples d'étude de cas seront considérées comme de vraies clientes après avortement.

Activité 2: Discussion (10 minutes)

1. Demandez à un volontaire dans chaque groupe de présenter l'étude de cas du groupe sur une feuille du tableau de papier.
2. Permettez aux participants de poser quelques questions de clarification ou de suggérer des changements, mais n'encouragez pas de révisions majeures. (Voir le Conseil de formation de l'Activité 5, Option 1, page 38.)

Partie B Confidentialité, intimité et dignité

**Durée: 45 minutes****Activité 1: Remue-méninges (10 minutes)**

1. Demandez aux participants la signification des mots *confidentialité*, *intimité* et *dignité*.
2. Notez brièvement leurs réponses sur une feuille du tableau de papier.

Activité 2: Jeu de rôle modèle (15 minutes)

1. Annoncez aux participants que l'autre formateur et vous allez interpréter un jeu de rôle pour leur montrer ce qui peut *mal* tourner en ce qui concerne la confidentialité, l'intimité et la dignité de la cliente.
2. Demandez aux participants de prêter très attention aux indices verbaux et non verbaux.
3. Interprétez le jeu de rôle en prenant une des clientes des études de cas élaborées dans la Partie A (de préférence une femme en proie à l'anxiété) comme cliente à traiter.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Pour cette démonstration, les formateurs (plutôt que les participants) devront interpréter le jeu de rôle pour s'assurer que les objectifs fixés ont été atteints et que les exemples donnés sont appropriés à la discussion.

Les indices négatifs que l'on pourrait utiliser dans le jeu de rôle comprennent:

- La cliente est couchée dans un endroit passant et ouvert.
- Ses pieds font face à la porte et ses organes génitaux sont découverts.
- Il n'y a ni paravents ni rideaux qui la protègent.
- Elle n'est pas correctement couverte.
- Le prestataire discute ouvertement de son cas avec toutes les personnes qui passent.
- Des personnes entrent fréquemment dans la salle ou en sortent, s'arrêtant parfois pour parler avec le prestataire ou l'infirmière.
- Le prestataire essaie de discuter avec la cliente de sa sortie et de lui donner des conseils dans cette atmosphère bruyante et non intime.

Si des objets tels qu'un canapé ou une couverture ne sont pas disponibles, la cliente devra se coucher à même le sol, dans un endroit que tous les observateurs peuvent voir.

Activité 3: Discussion (20 minutes)

1. Animez une discussion sur la manière dont la cliente doit avoir vécu cette situation en posant aux participants les questions suivantes:
 - Comment pensez-vous que la cliente a vécu cette situation ?
 - Que ressentiriez-vous à la place de cette cliente ?
 - Pourquoi ces conditions existent-elles dans la prestation des services de soins après avortement ?
2. Distribuez le Document 3-A: Garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des clientes, et parcourez l'information avec les participants.
3. Demandez aux participants comment ils peuvent appliquer l'information débattue à leurs propres structures sanitaires. Orientez la discussion sur la confidentialité, l'intimité et la dignité que l'on devrait garantir à la cliente dans le contexte des réalités des structures sanitaires des participants, plutôt que d'imaginer une situation idéale.

Partie C Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement

Durée: 1 heure 35 minutes

Activité 1: Remue-méninges (20 minutes)

1. Expliquez aux participants que les clientes ont des besoins et soucis autres que la confidentialité, l'intimité et la dignité. Il peut s'agir notamment de besoins émotionnels, économiques ou d'information. Dites aux participants que le groupe insistera sur les besoins d'information plus tard, et que les besoins économiques peuvent être satisfaits en orientant les clientes vers des ressources locales pouvant se situer en dehors du système de soins (cet élément sera également débattu plus tard). Par conséquent, cet exercice les aidera à se focaliser sur les besoins et soucis émotionnels des clientes à chacune des étapes des soins après avortement.



2. Demandez aux participants de penser aux clientes des études de cas qu'ils ont élaborées ou dont ils ont discuté plus tôt ainsi qu'aux sentiments qu'elles pourraient éprouver entre le moment où elles arrivent dans la structure sanitaire et celui où elles la quittent.
3. Sur les tableaux préparés à l'avance et intitulés " Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement ", dressez la liste des sentiments qu'éprouve chacune des clientes des études de cas. Dans la colonne " Sentiments de la cliente ", laissez beaucoup d'espace après chaque sentiment pour que le texte plus long des colonnes " Raisons " et " Réponse du prestataire " puisse correspondre aux sentiments.
4. Lorsque les participants auront fini de dresser la liste des sentiments pour chacune des clientes, demandez-leur, pour chaque sentiment identifié, pourquoi la cliente éprouverait ce sentiment. Notez brièvement leurs réponses sur le tableau de papier. Laissez la troisième colonne vierge pour le travail en petits groupes.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Rappelez aux participants de se concentrer sur les sentiments spécifiques aux clientes après avortement et de clarifier les raisons pour lesquelles les clientes éprouvent ces sentiments (particulièrement s'il semble que les participants n'ont pas bien compris l'exercice).

Dans les contextes où l'avortement est légal, les soucis émotionnels des clientes sont souvent centrés sur l'intervention elle-même. Par exemple, les clientes pourraient avoir peur de souffrir pendant l'intervention ou craindre d'éventuelles complications. Les clientes se préoccupent aussi de la pression implicite ou explicite exercée sur elles pour qu'elles acceptent une méthode de planification familiale aussitôt après l'avortement.

Dans les contextes où l'avortement est illégal ou très réglementé, il arrive couramment que les clientes se sentent coupables, qu'elles aient honte, qu'elles soient anxieuses et qu'elles aient peur de la découverte d'un avortement provoqué (par les membres de la famille, les autorités locales ou d'autres personnes).

Dans tous les contextes, les femmes ayant eu un avortement spontané pourront éprouver un profond sentiment de perte, de déception, de frustration et de culpabilité de n'avoir pas pu mener la grossesse à terme. (Pour de plus amples détails sur cette question, voir la Séance 6, Partie C, page 101, comment réagir à une menace d'avortement.)



Activité 2: Travail en petits groupes (30 minutes)

1. Reconstituez les mêmes petits groupes qui ont élaboré ou discuté sur les clientes des études de cas. Remettez aux différents groupes les feuilles portant sur leur cliente.
2. Demandez aux groupes de remplir la troisième colonne du tableau pour leurs clientes respectives. A cet effet, ils devront se poser la question suivante: " Que peut faire le prestataire quand la cliente se trouve dans cet état ? "
3. Demandez à chaque groupe de choisir un rapporteur pour présenter le travail du groupe au reste des participants lors de la discussion en groupe entier.

Activité 3: Discussion (45 minutes)

1. Affichez les feuilles intitulées " Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement " sur le mur, à côté des études de cas respectives. (Conservez les feuilles après cette séance pour les utiliser lors de la Séance 6.)
2. Demandez au rapporteur de chaque groupe de partager les idées de son groupe. Indiquez au reste des participants de commenter ou de poser des questions.

Exemple de tableau rempli—NE PAS COPIER LE CONTENU

Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement		
Nom de la cliente : <u>Nora</u>		
Sentiments de la cliente	Raisons	Réponse du prestataire
<p>PEUR <i>Contexte où l'avortement est légal</i></p>	<p>Peur de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avoir mal pendant l'intervention ■ Souffrir de complications à la suite de l'intervention ■ Subir des pressions pour accepter une méthode de planification familiale permanente ou de longue durée 	<p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Expliquer à la cliente ce à quoi s'attendre pendant l'intervention et lui dire quel analgésique sera utilisé (le cas échéant) ■ Parler à la cliente du risque de complications suite à l'avortement par rapport au risque de complications pendant l'accouchement ■ Dire à la cliente qu'elle pourra choisir d'obtenir une méthode de planification familiale aussitôt après l'avortement
<p>PEUR <i>Contexte où l'avortement est illégal ou très réglementé</i></p>	<p>Peur de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mourir ■ Devenir stérile ■ Devenir handicapée ■ Être poursuivie en justice (si l'avortement a été illégalement provoqué) ou être critiquée ■ " L'inconnu " (Que se passera-t-il à l'hôpital?) ■ Ne pas être traitée parce qu'elle ne peut pas payer les services 	<p>Exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Écouter la cliente ■ La rassurer ■ Chercher à savoir pourquoi ou de quoi elle a peur ■ Lui fournir des informations ■ Prendre des dispositions pour le counseling concernant la planification familiale ou l'orientation vers d'autres services, si nécessaire ■ Être conscient de ses propres préjugés éventuels contre la cliente et essayer de ne pas porter de jugements catégoriques

Adapté de : Ipas. 1996. Module 2: Patient-provider interaction and communication. Dans *MVA trainer's handbook*. Carrboro, NC.

Partie D Questions liées au genre



Durée: 50 minutes

Activité 1: Remue-méninges/discussion en groupe entier (5 minutes)

1. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants de définir *le genre* et écrivez leur définition sur une feuille du tableau de papier.
2. Expliquez la différence entre *le genre* et *les caractéristiques sexuelles* et clarifiez toute idée fausse.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Le genre se réfère à un ensemble de qualités et de comportements que la société s'attend à trouver chez la femme ou chez l'homme. Les *caractéristiques sexuelles* déterminent si l'individu est de sexe " masculin " ou " féminin ", et elles sont fondées sur l'anatomie, la physiologie et la génétique.

Les rôles sexuels s'apprennent et peuvent être influencés par des facteurs comme l'éducation ou l'économie. Ils varient largement au sein d'une même culture et d'une culture à l'autre. Alors que le genre d'un individu ne change généralement pas, les rôles sexuels sont déterminés par la société et peuvent évoluer avec le temps.

Les rôles et attentes sexuels sont souvent reconnus comme des facteurs qui gênent les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives affectant la vie familiale, l'éducation, le statut socio-économique et la santé. Pour cette raison, la conscience du genre, tout comme celle de la sexualité, est un élément important des services de santé reproductive.

Activité 2: Exercice en groupe entier (45 minutes)

1. Demandez aux participants si on leur a jamais dit " d'agir comme un homme " ou " d'agir comme une femme " (suivant leur sexe). Dites-leur de partager certaines des expériences au cours desquelles ces paroles ou des paroles similaires ont été prononcées. Posez-leur les questions suivantes:
 - Pourquoi ces personnes vous ont-elles dit cela ?
 - Qu'avez-vous ressenti ?
2. Dites aux participants que le groupe va étudier ces deux expressions de plus près pour voir pourquoi il peut être très difficile en société d'être un homme ou une femme.
3. Écrivez la phrase " Agir comme un homme " sur une feuille du tableau de papier.
4. Demandez aux participants de partager leurs idées sur la signification de cette phrase. (Il s'agit de l'idée que la société se fait des hommes, y compris comment ils doivent agir et ce qu'ils doivent ressentir ou dire.) Écrivez les idées des participants sur la feuille de papier. Les réponses pourraient inclure:
 - Être tenace.
 - Ne pas pleurer.
 - Cacher ses émotions.
 - S'occuper des autres.
 - Ne pas céder ni reculer.

5. Après que les participants auront dressé leur liste, posez-leur les questions ci-dessous et engagez une discussion:
 - Une telle attente en matière de comportement peut-elle être contraignante pour l'homme?
 - Quelles émotions les hommes ne doivent-ils pas exprimer?
 - Quel effet le comportement attendu d'un homme peut-il avoir sur la relation entre l'homme et sa ou ses partenaires ainsi que ses enfants?
 - Dans quelle mesure les normes et attentes sociales relatives au comportement d'un homme pourraient-elles avoir un effet négatif sur la santé sexuelle et reproductive de l'homme?
 - Dans quelle mesure la pression exercée sur l'homme pour qu'il agisse conformément à son sexe peut-elle influencer son comportement sexuel et l'idée qu'il se fait de sa sexualité?
 - Les hommes sont-ils obligés de se conformer à ces normes sociales ? Peuvent-ils contester et changer les rôles sexuels existants?
6. Ensuite, écrivez la phrase " Agir comme une femme " sur une feuille du tableau de papier.
7. Demandez aux participants de partager leurs idées sur la signification de cette phrase. (Il s'agit de l'idée que la société se fait des femmes, y compris comment elles doivent agir et ce qu'elles doivent ressentir ou dire.) Ecrivez les idées des participants sur la feuille de papier. Les réponses pourraient inclure:
 - Etre passive.
 - Savoir s'occuper des autres.
 - Faire passer les besoins des autres avant les siens.
 - Etre séduisante, mais pas trop.
 - Etre silencieuse.
 - Ecouter les autres.
 - Etre une femme d'intérieur.
8. Après que les participants auront dressé leur liste, posez-leur les questions ci-dessous et engagez une discussion:
 - Une telle attente en matière de comportement peut-elle être contraignante pour la femme?
 - Quelles émotions les femmes ne doivent-elles pas exprimer?
 - Quel effet le comportement attendu d'une femme peut-il avoir sur la relation entre la femme et son ou ses partenaires ainsi que ses enfants?
 - Dans quelle mesure les normes et attentes sociales relatives au comportement d'une femme pourraient-elles avoir un effet négatif sur la santé sexuelle et reproductive de la femme?
 - Dans quelle mesure la pression exercée sur la femme pour qu'elle agisse conformément à son sexe peut-elle influencer son comportement sexuel et l'idée qu'elle se fait de sa sexualité?
 - Les femmes sont-elles obligées de se conformer à ces normes sociales ? Peuvent-elles contester et changer les rôles sexuels existants?
9. Résumez l'activité en posant les questions suivantes et en discutant les réponses:
 - Dans quelle mesure les rôles sexuels peuvent-ils faciliter ou limiter ce que les hommes et les femmes peuvent ou ne peuvent pas faire dans les relations sexuelles?
 - Dans quelle mesure les stéréotypes sexospécifiques pourraient-ils avoir un effet négatif sur la façon dont les prestataires communiquent avec les hommes et les femmes en tant que clients?
 - En se fondant sur les stéréotypes sexospécifiques, quels messages la société communique-t-elle quant aux rôles des hommes et des femmes dans la détermination des aspects d'une relation sexuelle (c'est-à-dire qui décide du moment des rapports sexuels et de l'utilisation de la contraception)?
 - En tant que prestataires, comment pouvons-nous aider les clientes lorsque la pression (interne ou externe) exercée sur elles pour qu'elles se conforment aux rôles sexuels attendus menace potentiellement leur santé sexuelle ou reproductive ? (Un exemple pourrait être une jeune femme qui s'expose à une grossesse non désirée parce que le fait d'avoir un contraceptif indiquerait qu'elle " projetait " d'avoir des rapports sexuels.)

- D'après vous, comment une prise de conscience des rôles sexuels et des stéréotypes sexospécifiques peut-elle nous aider dans notre travail en tant que prestataires ?

(Cet exercice a été adapté de: EngenderHealth. 2002. *Integration of HIV/STI prevention, sexuality, and dual protection in family planning counseling: A training manual*. Document de travail. New York.)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

En discutant des réponses aux questions ci-dessus, vous devrez inclure les points suivants:

- Les attentes concernant les rôles sexuels ou les normes culturelles peuvent entraîner des grossesses non désirées. Ceci est dû au fait que les femmes ne maîtrisent pas pleinement le moment où elles ont des rapports sexuels, qu'elles ne peuvent pas facilement avoir accès aux contraceptifs, ou à d'autres raisons. Les prestataires doivent avoir conscience de cette possibilité lorsqu'ils ont affaire aux clientes.
- Il est possible que les prestataires aient des attentes différentes pour les clientes et les clients. Ceci signifie qu'ils entravent les choix des femmes sans même s'en rendre compte. (Par exemple, il se peut que les prestataires pensent que les femmes célibataires n'ont pas le droit d'utiliser des méthodes de planification familiale parce que les femmes ne devraient pas se livrer à une activité sexuelle avant le mariage.)
- Cet exercice ne peut pas résoudre les problèmes sexistes auxquels sont confrontées nos clientes, mais il peut nous aider à mieux prendre conscience de la façon dont les rôles sexuels affectent leur vie.
- Tout au long de la discussion, utilisez les clientes des études de cas comme exemples pour que les participants puissent appliquer cette information à des clientes après avortement hypothétiques.



10. Distribuez le Document 3-B: Genre, aux participants

Partie E Questions liées à la sexualité



Durée: 55 minutes

Activité 1: Remue-méninges/discussion en groupe entier (10 minutes)

1. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants de définir le terme *sexualité* et écrivez leur définition sur une feuille du tableau de papier. Discutez de la définition et clarifiez toute idée fausse.
2. Présentez la définition suivante de la sexualité et expliquez brièvement pourquoi il est important de discuter de son rôle dans la santé reproductive:

“La sexualité humaine englobe les connaissances, croyances, attitudes, valeurs et comportements sexuels des individus. Elle traite de l'anatomie, de la physiologie et de la biochimie du système de réaction sexuelle, des rôles, de l'identité et de la personnalité, ainsi que des pensées, sentiments, comportements et relations individuels.”

– Définition élaborée par le conseil américain pour l'information et l'éducation sur la sexualité (SIECUS, Sexuality Information and Education Council of the U.S.)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

La sexualité, ainsi définie, constitue une partie importante de la planification familiale et de la prestation des services de santé reproductive. Le counseling centré sur la cliente et la facilitation du choix éclairé en matière de soins de santé reproductive dépendent des prestataires qui doivent être conscients des problèmes se rapportant à la sexualité. Les antécédents sexuels d'une cliente, ses relations et les circonstances peuvent jouer un rôle important dans son choix de la méthode contraceptive, la décision de subir un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et la satisfaction, à long terme, à l'égard des services de soins de santé. En outre, l'aptitude des femmes à améliorer leur santé reproductive et voir leurs souhaits se réaliser en matière de reproduction est profondément influencée par leur niveau de connaissance et degré de maîtrise de leurs sexualité et relations sexuelles. Les prestataires de soins peuvent aider à habiliter les femmes en les soutenant tout au long du processus d'acquisition des connaissances et de leur prise de contrôle des circonstances.

Activité 2: Travail en petits groupes (30 minutes)

1. Remettez à chaque participant le Document 3-C: Comment apprenons-nous ce que nous savons sur les rapports sexuels ?, ainsi qu'un stylo ou un crayon.
2. Demandez aux participants de répondre individuellement et par écrit aux questions du document. Encouragez-les à donner des réponses courtes comprenant quelques points essentiels.
3. Après 15 minutes, divisez les participants en groupes de deux et demandez-leur de discuter de leurs réponses. Les membres de chaque groupe devront ensuite dire si, après la discussion, ils sont d'accord avec ce qu'ils ont appris de chaque source.

Activité 3: Discussion en groupe entier (15 minutes)

1. Réunissez le groupe entier et animez une discussion sur ce que les participants et vous-mêmes avez appris sur les rapports sexuels et le genre quand vous étiez enfants, et dans quelle mesure ces idées influencent votre travail en tant que prestataires de services.
2. Abordez certaines des questions ou toutes les questions suivantes pendant la discussion:
 - En vous fondant sur votre discussion avec votre partenaire, quelles sont, d'après vous, les idées négatives les plus courantes qu'on nous communique sur les rapports sexuels?
 - Comment notre société nous transmet-elle les messages concernant les rapports sexuels?
 - Dans quelle mesure les idées communiquées ou les messages reçus sur les rapports sexuels diffèrent-ils pour les garçons et les filles?
 - Quels messages la société communique-t-elle concernant le moment où et la personne avec laquelle les femmes sont censées avoir des rapports sexuels pour la première fois (par exemple après le mariage, avec leur mari)?
 - Quels messages la société communique-t-elle concernant le moment où et la personne avec laquelle les hommes sont censés avoir des rapports sexuels pour la première fois (par exemple avant le mariage, avec une prostituée)?
 - Pensez-vous que vos clientes aient été renseignées sur les rapports sexuels de la même manière que vous? Quelles sont les similarités? Quelles sont les différences?
 - Pourquoi est-il important pour nous de réfléchir à la façon dont nos clientes ont été informées sur les rapports sexuels et la sexualité? Comment cela s'applique-t-il à notre travail en tant que prestataires?
 - Dans quelle mesure nos propres expériences sexuelles et notre façon d'être informé sur la sexualité influencent-elles notre aptitude à conseiller les clientes sur les questions liées à la sexualité et au genre?
 - Comment pouvez-vous vous montrer sensibles aux problèmes de sexisme auxquels vos clientes pourraient être confrontées?

- Comment pouvez-vous aider vos clientes à discuter plus volontiers avec vous des questions liées à la sexualité?

(Cet exercice a été adapté de: EngenderHealth. 2002. *Integration of HIV/STI prevention, sexuality, and dual protection in family planning counseling: A training manual*. Document de travail. New York.)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

En discutant des réponses aux questions ci-dessus, vous devrez inclure les points suivants:

- Nos propres inhibitions et attitudes à l'égard de la sexualité pourraient avoir une influence sur la façon dont nous parlons à nos clientes des rapports sexuels aussi bien que sur la facilité avec laquelle nous le faisons. La compréhension de la provenance de nos propres sentiments et croyances peut nous aider à nous identifier aux expériences de nos clientes ainsi qu'à la difficulté que nous avons tous à parler de notre sexualité.
- Les pratiques et relations sexuelles sont influencées par ce que nous pensons des rapports sexuels, ce qui d'après nous est convenable ou peu convenable, et ce que nous entendons par communiquer sexuellement avec une autre personne. Ces types de pensées et de sentiments sont souvent remplis d'émotions—y compris par exemple le plaisir, mais aussi quelquefois la peur, la culpabilité, la honte ou la gêne. Ces sentiments proviennent de nos expériences personnelles aussi bien que des significations que notre société et culture attribuent aux rapports sexuels.
- Bien que cet exercice tout seul ne puisse peut-être pas nous aider à discuter plus facilement de la sexualité avec nos clientes, il peut constituer une étape utile dans ce processus.
- Tout au long de la discussion, utilisez les clientes des études de cas comme exemples pour que les participants puissent appliquer cette information à des clientes après avortement hypothétiques.



3. Distribuez le Document 3-D: La sexualité, à tous les participants

Documents de la Séance 3

Document 3-A

Garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des clientes

La **confidentialité** consiste à ne pas discuter des informations personnelles de la cliente avec son partenaire, le ou les membres de sa famille qui l'accompagnent ou des membres du personnel pas directement concernés par son traitement (sauf en cas d'urgence mettant en danger sa vie). Les informations personnelles comprennent les antécédents médicaux de la cliente, les problèmes l'amenant à consulter un prestataire, les services qui lui sont offerts et les décisions qu'elle prend en matière de planification familiale. (Toutefois, si elle veut impliquer son époux ou partenaire dans la prise de décision, son souhait devrait être exaucé.)

L'**intimité** est essentielle pour protéger la confidentialité des informations données par la cliente, son sentiment de sécurité et de dignité, ainsi que sa volonté de communiquer honnêtement. Souvent, quelques modifications simples de la salle dans laquelle les clientes sont traitées ou conseillées permettent d'offrir une plus grande intimité.

La **dignité** implique que la cliente peut préserver son estime de soi et son honneur, quelles que soient ses circonstances physiques. En garantissant l'intimité et la confidentialité, on peut aider la cliente à maintenir sa dignité.

Les situations suivantes peuvent porter atteinte à la confidentialité, l'intimité et la dignité de la cliente:

- La cliente est couchée dans un endroit passant et ouvert.
- Ses pieds font face à la porte et ses organes génitaux sont découverts.
- Il n'y a ni paravents ni rideaux qui la protègent.
- Elle n'est pas correctement couverte.
- Le prestataire discute ouvertement de son cas avec toutes les personnes qui passent.
- Il laisse souvent des personnes entrer dans la salle ou en sortir.
- Il bavarde avec d'autres membres du personnel pendant le traitement et/ou le counseling.
- Il essaie de discuter avec la cliente de sa sortie et de lui donner des conseils dans cette atmosphère bruyante et non-intime.

Document 3-B

Genre

Le **genre** se réfère à un ensemble de qualités et de comportements que la société s'attend à trouver chez la femme ou chez l'homme. Les rôles sexuels s'apprennent et peuvent être influencés par des facteurs comme l'éducation ou l'économie. Ils varient largement au sein d'une même culture et d'une culture à l'autre. Alors que le sexe d'un individu ne change généralement pas, les rôles sexuels sont déterminés par la société et peuvent évoluer avec le temps.

Les rôles et attentes sexuels sont souvent reconnus comme des facteurs qui gênent les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives affectant la vie familiale, l'éducation, le statut socio-économique et la santé. Pour cette raison, la conscience du genre, tout comme celle de la sexualité, est un élément important des services de santé reproductive.

Voici des exemples de stéréotypes de rôles sexuels:

- Les femmes sont censées être des mères et leur fonction principale est de procréer.
- Les hommes doivent avoir une expérience des rapports sexuels.
- Les femmes doivent rester vierges jusqu'au mariage.
- Les hommes peuvent exiger d'avoir des rapports sexuels avec leurs épouses ou partenaires quand ils le veulent.
- Les femmes n'apprécient pas les rapports sexuels et n'éprouvent pas de désir sexuel.
- Les hommes prouvent leur virilité en ayant des rapports sexuels fréquents et avec plusieurs partenaires.
- Les femmes qui utilisent des méthodes de planification familiale peuvent être infidèles à leur mari " sans se faire prendre ".
- Les femmes victimes de viol l'ont probablement cherché.

Points de discussion

Si un prestataire pense que les femmes victimes de viol en sont quelque peu responsables, il peut être moins sensible aux sentiments et besoins de la cliente.

Examinez la relation entre les rôles sexuels et le pouvoir et reconnaissez que dans certains cas, les femmes ne peuvent choisir ni de se livrer à une activité sexuelle, ni d'utiliser une méthode de planification familiale.

L'expérience d'une grossesse découlant de la contrainte, de la force ou de la domination masculines peut amener la cliente après avortement à se méfier d'un prestataire de SAA de sexe masculin. Il se peut qu'elle soit peu disposée à poser des questions ou à exprimer ses soucis, et qu'elle soit particulièrement tendue lors d'une intervention sous anesthésie locale.

Document 3-C

Comment apprenons-nous ce que nous savons sur les rapports sexuels?

Veillez répondre brièvement par écrit aux questions suivantes, en donnant deux ou trois idées principales en réponse à chaque question.

Quand vous grandissiez :

1. Qu'est-ce que votre famille vous a appris sur les rapports sexuels?
2. Qu'est-ce que vos amis vous ont appris sur les rapports sexuels?
3. Qu'est-ce que votre religion vous a appris sur les rapports sexuels?
4. Qu'est-ce que votre école et vos enseignants vous ont appris sur les rapports sexuels?
5. Qu'est-ce que la musique, les films, les journaux et d'autres médias vous ont appris sur les rapports sexuels?
6. Qu'avez-vous appris sur les rapports sexuels pendant votre formation professionnelle ou vos études?
7. Qu'avez-vous appris d'autre sur les rapports sexuels et de quelle source?

Document 3-D

La sexualité

“La sexualité humaine englobe les connaissances, croyances, attitudes, valeurs et comportements sexuels des individus. Elle traite de l’anatomie, de la physiologie et de la biochimie du système de réaction sexuelle, des rôles, de l’identité et de la personnalité, ainsi que des pensées, sentiments, comportements et relations individuels.”

-Conseil américain pour l’information et l’éducation sur la sexualité (SIECUS, Sexuality Information and Education Council of the U.S.)

La sexualité, ainsi définie, constitue une partie importante de la planification familiale et de la prestation des services de santé reproductive. Le counseling centré sur la cliente et la facilitation du choix éclairé en matière de soins de santé reproductive dépendent des prestataires qui doivent être conscients des problèmes se rapportant à la sexualité. Les antécédents sexuels d’une cliente, ses relations et les circonstances peuvent jouer un rôle important dans son choix de la méthode contraceptive, la décision de subir un dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) et la satisfaction, à long terme, à l’égard des services de soins de santé. En outre, l’aptitude des femmes à améliorer leur santé reproductive et voir leurs souhaits se réaliser en matière de reproduction est profondément influencée par leur niveau de connaissance et degré de maîtrise de leurs sexualité et relations sexuelles. Les prestataires de soins peuvent aider à habiliter les femmes en les soutenant tout au long du processus d’acquisition des connaissances et de leur prise de contrôle des circonstances.

Voici des exemples de caractéristiques se rapportant à la sexualité:

- N’avoir des rapports sexuels que depuis peu.
- Être célibataire et tomber enceinte.
- Être une rescapée d’un viol, d’un inceste ou d’un l’abus sexuel.
- Ne pas pouvoir choisir ou contrôler le moment ou la manière de s’engager dans une activité sexuelle.
- Arrêter d’utiliser une méthode contraceptive à cause de ses effets négatifs sur l’activité sexuelle.

Les réponses aux soucis de la cliente pourraient inclure:

- Assurer la cliente que toutes les conversations seront confidentielles.
- Traiter ses préoccupations avec respect et sans porter de jugement.
- Reconnaître qu’il peut être difficile de parler de l’activité ou de la relation sexuelle ayant conduit à une grossesse non désirée, tout en lui faisant savoir que la discussion peut l’aider à éviter, à l’avenir, d’autres grossesses non désirées.
- Référer les clientes aux conseillers en planification familiale, aux psychologues ou autres personnes ressources de la structure sanitaire ou d’une autre institution.

Séance 4: Communication entre prestataire et cliente

Objectifs

- Décrire les différences entre la communication à sens unique et la communication dans les deux sens
- Expliquer les avantages de la communication dans les deux sens pour le counseling de la cliente après avortement
- Décrire l'impact de l'écoute inattentive comparé à l'écoute attentive dans une communication face à face
- Décrire deux catégories fondamentales de questions ainsi que la façon dont elles sont employées pendant la communication avec des clientes après avortement
- Expliquer l'importance de poser des questions ouvertes et des questions concernant les sentiments pour évaluer efficacement les besoins et connaissances de la cliente
- Montrer comment utiliser un langage simple et des supports visuels pour expliquer ce que sont l'appareil génital, la fécondation, la fausse-couche, l'avortement et l'acte médical après avortement

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en groupe entier/discussion
- Jeu de rôle
- Remue-méninges
- Présentation
- Travail en petits groupes

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Marqueurs pour transparent effaçables ou crayons (un par participant); utiliser les crayons si la plastification et les marqueurs pour transparent ne sont pas disponibles
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Deux morceaux de papier et un crayon pour chaque participant
- Un petit morceau de papier portant un mot représentant une " émotion " pour chaque participant
- Transparent 4-A: Exemple de schéma (page 165)
- Document 4-A: Communication à sens unique/communication dans les deux sens (page 67)
- Document 4-B: Ecoute attentive (page 68)
- Document 4-C: Questions fermées/questions ouvertes (page 69)
- Document 4-D: Les appareils génitaux féminin et masculin (page 70)
- Document 4-E: Anatomie, physiologie et grossesse (page 73)
- Simulateur de DIU/modèle manuel et canule Karman N°6 pour l'explication de l'AMIU (facultatif; voir Conseil de formation, page 64)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Préparer un transparent à partir du Transparent 4-A et faire une copie papier qui sera utilisée par un volontaire. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, faire une copie papier pour chaque participant.
3. Parcourir les Documents 4-A, 4-B, 4-C et 4-E, et faire une copie pour chaque participant.
4. Préparer de petits bouts de papier (suffisamment pour tous les participants) portant chacun un " mot traduisant une émotion " (par exemple triste, cynique, anxieuse, soulagée, déconcertée, fâchée).
5. Préparer sur des grandes feuilles plusieurs tableaux suivant le modèle ci-dessous:

Questions fermées/demandant une information – Questions ouvertes/interrogeant sur les sentiments		
Questions	Structure (F ou O)	Contenu (I ou S)

6. Reproduisez sur deux grandes feuilles de papier les schémas du Document 4-D (l'un de l'appareil génital féminin et l'autre de l'appareil génital masculin).
7. Parcourez le Document 4-D et faites-en une copie recto verso plastifiée pour chaque participant. Si la plastification n'est pas disponible, faites une copie papier du document en même temps que les autres documents.



Durée de la séance (totale): 3 heures 45 minutes

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 4

Partie A Communication dans les deux sens



Durée: 30 minutes

Activité: Mise en train (30 minutes)

1. Faites rapidement un remue-méninges: Qu'est-ce qu'une *communication à sens unique*
Qu'est-ce qu'une *communication dans les deux sens*
2. Demandez à un volontaire de vous assister lors de cet exercice.
3. Distribuez le papier et les crayons aux participants. Expliquez au groupe que le volontaire va leur décrire un dessin et que leur tâche consiste simplement à suivre les instructions données pour faire une esquisse du dessin. Ils ne peuvent ni poser de questions ni dire quoi que ce soit.
4. Remettez au volontaire une copie du Transparent 4-A: Exemple de schéma.
5. Demandez au volontaire de décrire ce qu'il voit sur le schéma afin que les autres participants puissent le reproduire sur leur bout de papier. Il ne doit pas y avoir d'échange de regards avec les participants et le volontaire ne peut utiliser que la communication verbale (pas de gestes ou de signes des mains). Seule la communication à sens unique est permise (pas de questions du groupe).
6. Lorsque le volontaire aura fini sa description du schéma, et avant de passer à l'étape suivante de l'exercice, demandez-lui ce qu'il pense de l'exercice. Dites-lui de vérifier le degré de ressemblance des dessins des participants avec le modèle (*Ne montrez pas l'exemple de schéma aux participants.*)
7. Demandez aux autres participants ce qu'ils pensent de l'exercice. Ecrivez leurs commentaires sur une feuille du tableau de papier que vous intitulerez "Communication à sens unique".
8. Répétez cette activité avec un autre volontaire et le même exemple de schéma. Toutefois, cette fois-ci, autorisez le volontaire à avoir un contact visuel avec le groupe et permettez une communication totale et libre dans les deux sens (c'est-à-dire que les participants peuvent poser des questions). Reprenez les questions de la discussion comme précédemment.
9. A la fin de l'exercice, projetez le bon dessin sur l'écran (ou distribuez les photocopies).
10. Résumez l'activité en posant les questions suivantes:
 - Lors du premier essai, combien d'entre vous se sont embrouillés et ont tout simplement cessé d'écouter? Pourquoi?
 - Pourquoi la communication à sens unique était-elle si difficile à suivre?
 - Pourquoi la communication dans les deux sens est-elle plus efficace que la communication à sens unique?
 - Même la communication verbale dans les deux sens ne peut pas assurer une compréhension totale. Comment pouvons-nous rendre nos efforts de communication plus efficaces?
 - Comment pouvons-nous appliquer cet exercice à notre communication avec les clientes après avortement?
11. Distribuez le Document 4-A: Communication à sens unique/communication dans les deux sens, et résumez-le.

Partie B Communication verbale et non verbale



Durée: 30 minutes

Activité: Discussion en groupe entier et exercice (30 minutes)

1. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants de définir ce qu'est la *communication verbale*.
2. Expliquez aux participants que lors de la communication avec les clientes, il est important qu'ils choisissent soigneusement leurs mots, qu'ils soient sensibles aux sentiments des clientes et qu'ils offrent des soins sans porter de jugement.
3. Demandez aux participants de donner des exemples de mots ou de déclarations qui peuvent offenser les clientes et créer un obstacle à la communication.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Des exemples de déclarations blessantes incluent:

- "Vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels si vous n'êtes pas prête à élever un enfant."
- [A une cliente qui pleure] "Je suis sûre que vous ne pleuriez pas quand vous vous êtes mise dans cette situation."
- "Vous méritez de souffrir pour ce que vous avez fait."

4. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants de définir ce qu'est la *communication non verbale*. Demandez-leur de dresser une liste d'exemples de communication non verbale qu'ils peuvent avoir avec leurs clientes.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Des exemples de communications non verbales incluent:

- Faire un signe de la tête.
- Tenir la main de la cliente.
- Regarder la cliente dans les yeux.*
- Rassurer la cliente du regard.
- Des facteurs qui influent sur la communication non verbale incluent:
 - L'échange de regards*
 - Le langage corporel
 - Le ton
 - L'expression

*En fonction des normes culturelles concernant l'échange de regards.

5. Expliquez que parfois, la communication non verbale peut transmettre aux clientes un message plus expressif que la communication verbale, rendant plus difficile la dissimulation de nos propres sentiments et jugements.
6. Prenez pour exemple une simple expression comme "Bonjour", avec laquelle on peut communiquer deux émotions complètement différentes en variant les aspects de la communication non verbale (par exemple le ton ou l'expression).

7. Remettez à chaque participant un petit bout de papier portant un mot se rapportant à une émotion.
8. Faites le tour de la salle et demandez à chaque participant de répéter à haute voix l'exemple d'expression ci-dessus ("Bonjour") en utilisant la communication non verbale pour traduire l'émotion écrite sur son morceau de papier.
9. Résumez l'activité en soulignant l'importance de reconnaître les signaux verbaux et non verbaux que nous envoyons à nos clientes. Rappelez aux participants l'impact que ces signaux peuvent avoir sur leurs interactions avec les clientes (et, par conséquent, sur la qualité des soins que leurs clientes reçoivent)

Partie C **Ecoute attentive**



Durée: 35 minutes

Activité 1: Exercice en groupe entier/discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants de se numéroter deux par deux (1-2-1-2, etc.).
2. Demandez à tous les "numéros 1" de quitter la salle. Le deuxième formateur se joindra à eux pour faire ce qui suit:
 - Fournissez aux "numéros 1" un sujet de discussion pouvant susciter beaucoup d'intérêt. (Le sujet peut se rapporter à leur travail, à un article d'un journal local ou à un problème personnel).
 - Dites aux "numéros 1" qu'ils devront parler de ce sujet avec leurs partenaires pendant environ quatre minutes quand ils rentreront dans la salle. Demandez-leur de penser à ce qu'ils aimeraient dire à leurs partenaires sur ce sujet.
3. Pendant que les "numéros 1" sont hors de la salle, donnez les instructions suivantes aux "numéros 2":
 - Cet exercice se rapporte à l'écoute.
 - Lorsque les "numéros 1" seront de retour dans la salle, ils commenceront à parler à leurs "numéros 2" respectifs (vous).
 - D'abord, faites comme si vous ne les écoutiez pas.
 - Je battrai des mains après deux minutes pour indiquer que vous pouvez commencer à écouter.
4. Faites un remue-méninges rapide sur différentes manières de montrer que les participants n'écoutent pas (par exemple la non-rencontre des regards [tout en tenant compte des normes culturelles], le fait de jouer avec un stylo, de regarder sa montre).
5. Indiquez aux "numéros 1" de rejoindre leurs partenaires (les numéros 2) dans la salle.
6. Demandez aux "numéros 1" de commencer à parler à leurs partenaires du thème dont ils ont discuté.
7. Au bout de deux minutes, battez des mains et laissez continuer la discussion pendant deux autres minutes.
8. Ouvrez une discussion sur l'exercice en demandant:
 - comment les "numéros 1" se sont sentis lorsque leurs partenaires ne prêtaient pas attention à ce qu'ils disaient;
 - quels signes montraient que les "numéros 2" n'écoutaient pas;
 - ce que ressentaient les "numéros 2" lorsqu'ils faisaient semblant de ne pas écouter, et ce qu'ils ont ressenti lorsqu'ils se sont mis à écouter;
 - quel rapport ils peuvent établir entre cet exercice et leur travail.
9. Distribuez le Document 4-B: Ecoute attentive.

Activité 2: Jeu de rôle modèle (15 minutes)

1. Dans un court jeu de rôle modèle, présentez quelques-unes des compétences énumérées dans le Document 4-B, y compris l'empathie et la réflexion. Décrivez les compétences montrées dans le jeu de rôle et résumez brièvement le Document 4-B.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Explication des termes employés dans le Document 4-B:

- **L'empathie** consiste à se mettre à la place de la cliente et à comprendre son point de vue comme s'il s'agissait du vôtre.
- **Interpréter les sentiments et émotions qui se cachent derrière ce qui se dit** et les **réfléchir** requiert de paraphraser ce que disent les clientes pour répondre aux sentiments et émotions qu'elles expriment. Ce faisant, nous pouvons confirmer ce que dit la cliente et lui faire savoir que nous comprenons ce qu'elle ressent réellement.

Partie D Poser des questions ouvertes

Durée: 45 minutes

Activité 1: Remue-méninges (10 minutes)

1. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants d'imaginer les questions que les prestataires pourraient poser à l'une des clientes des études de cas de la Séance 3.
2. Écrivez chaque question en entier et exactement comme elle est posée dans la colonne "Questions" de la feuille intitulée "Questions fermées/demandant une information – Questions ouvertes/interrogeant sur les sentiments..." (*Remarque* Un exemple de tableau rempli est fourni en haut de la page suivante.)
3. Arrêtez lorsque vous avez au moins 15 à 20 questions.

Activité 2: Présentation (10 minutes)

1. Expliquez aux participants que les questions peuvent être classées en deux catégories, suivant leur structure (fermées/ouvertes) ou leur contenu (information/sentiment).
2. Distribuez le Document 4-C: Questions fermées/questions ouvertes, et parcourez-le.
3. Discutez du rôle de chaque type de question dans le counseling. Donnez un ou deux autres exemples de questions pour chaque catégorie.

Activité 3: Exercice en groupe entier/discussion (25 minutes)

1. Retournez à la grande feuille de papier. Pour chaque question, demandez aux participants s'il s'agit d'une question fermée ou ouverte, d'une question demandant une information ou d'une question interrogeant sur les sentiments.
2. Marquez "F" (pour "fermée") ou "O" (pour "ouverte") dans la première colonne, puis "I" (pour "information") ou "S" (pour "sentiment") dans la deuxième colonne, comme indiqué au bas de la page suivante.

Exemple de tableau rempli pour l'Activité 1—NE PAS COPIER LE CONTENU

Questions fermées/demandant une information – Questions ouvertes/interrogeant sur les sentiments		
Questions	Structure (F ou O)	Contenu (I ou S)
1. Combien d'enfants avez-vous ?		
2. Qu'avez-vous ressenti quand vous avez découvert que vous étiez enceinte ?		
3. Que savez-vous de la fausse-couche ? De l'avortement ?		
4. Est-ce que vous utilisiez une méthode de planification familiale quand vous êtes tombée enceinte cette fois-ci ?		
5. Comment l'utilisiez-vous ?		
6. Que diriez-vous d'utiliser une méthode de planification familiale pour ne plus tomber enceinte jusqu'à ce que vous y soyez préparée ?		
7. Quelles autres méthodes de planification familiale connaissez-vous?		

Exemple de tableau rempli pour l'Activité 3—NE PAS COPIER LE CONTENU

Questions fermées/demandant une information – Questions ouvertes/interrogeant sur les sentiments		
Questions	Structure (F ou O)	Contenu (I ou S)
1. Combien d'enfants avez-vous ?	F	I
2. Qu'avez-vous ressenti quand vous avez découvert que vous étiez enceinte ?	O	S
3. Que savez-vous de la fausse-couche ? De l'avortement ?	O	I
4. Est-ce que vous utilisiez une méthode de planification familiale quand vous êtes tombée enceinte cette fois-ci ?	F	I
5. Comment l'utilisiez-vous ?	O	I
6. Que diriez-vous d'utiliser une méthode de planification familiale pour ne plus tomber enceinte jusqu'à ce que vous y soyez préparée ?	O	S
7. Quelles autres méthodes de planification familiale connaissez-vous?	F	I

3. Calculez le nombre total de questions fermées, de questions ouvertes, de questions demandant une information et de questions portant sur les sentiments.
4. Demandez aux participants d'indiquer les questions les plus communément posées aux clientes en se fondant sur l'exercice et d'expliquer pourquoi ils posent communément ces questions.
5. Montrez comment transformer les questions "fermées" en questions "ouvertes" et les questions "demandant une information" en questions "interrogeant sur les sentiments" en utilisant deux ou trois questions de la liste.
6. Demandez aux participants de s'entraîner à transformer les questions "fermées" en questions "ouvertes" et les questions "demandant une information" en questions "interrogeant sur les sentiments". Pour chaque question "fermée" ou "demandant une information" figurant sur la liste du remue-méninges, demandez à l'un des participants de suggérer comment la changer en question ouverte ou en question portant sur les sentiments. Faites le tour de la salle jusqu'à ce que chaque participant ait suggéré comment transformer au moins une question.
7. Rappelez aux participants que certaines questions fermées ne peuvent et ne doivent pas être changées en questions ouvertes (voir ci-dessous).

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Il est important de rappeler que certaines questions fermées et demandant une information sont nécessaires en counseling pour évaluer les besoins de la cliente. Le but de cette activité n'est pas d'éliminer les questions fermées et celles demandant une information, mais plutôt d'accroître l'utilisation des questions ouvertes et de celles portant sur les sentiments pour permettre aux participants de mieux évaluer les soucis et besoins émotionnels et d'information de la cliente.

8. Demandez aux participants comment ils peuvent utiliser cette compétence dans leurs relations avec les clientes.

Partie E Utilisation d'un langage simple et de supports visuels



Durée: 1 heure 30 minutes

Activité 1: Discussion (20 minutes)

1. Remettez à chaque participant le Document 4-D: Les appareils génitaux féminin et masculin, ainsi qu'un marqueur pour transparent ou un crayon.
2. En utilisant la feuille du tableau de papier préparée à l'avance, revoyez l'anatomie de la reproduction chez la femme et l'homme en identifiant chaque partie du corps sur le document. Au fil de la discussion, demandez aux participants quels sont les termes utilisés localement pour désigner chaque partie du corps (voir l'Annexe E, à la page 183).
3. Dressez une liste de ces termes locaux sur le tableau de papier. Demandez aux participants d'indiquer chaque partie du corps sur le document à l'aide du marqueur pour transparent ou du crayon, en utilisant le terme local qui convient à leurs clientes. (Si vous avez distribué des copies papier plutôt que des copies plastifiées du document, les participants devraient travailler au crayon afin que les termes puissent être effacés.)
4. Demandez aux participants comment ils peuvent utiliser les termes locaux pour communiquer avec les clientes.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Les professionnels de la médecine sont généralement formés pour désigner les parties du corps et leurs fonctions en utilisant un langage technique. Par conséquent, lorsqu'on leur demande de donner des informations aux clientes, ils répondent souvent que celles-ci ne peuvent pas comprendre de tels termes ou concepts techniques. Le problème ici, et le défi aussi bien pour les formateurs que les prestataires, consiste à trouver des *mots et images simples* pour expliquer les actes médicaux, l'anatomie et la physiologie de manière à ce que les clientes puissent comprendre.

Même la cliente la moins instruite a une certaine manière de décrire la menstruation, les rapports sexuels, la fécondation, la contraception, la grossesse, la fausse-couche, l'avortement et l'accouchement. Dès lors, il incombe au formateur et au prestataire de services d'apprendre comment les clientes décrivent de tels concepts et de se fonder sur leur niveau de connaissances actuel afin de leur donner l'information nécessaire pour répondre à leurs questions et apaiser leurs inquiétudes.

Activité 2: Présentation (20 minutes)

1. Expliquez l'importance de donner des explications simples aux clientes et le défi que cela représente.
2. Distribuez le Document 4-E: Anatomie, physiologie et grossesse aux participants et parcourez-le. A mesure que vous discutez de chaque élément, demandez s'il existe d'autres termes locaux pour les désigner.
3. Demandez aux participants comment ils décrivent actuellement l'acte ou les actes médicaux utilisés pour traiter les femmes nécessitant des soins après avortement.
4. Ecrivez leurs réponses sur une nouvelle feuille du tableau de papier et demandez-leur de dessiner un schéma des actes médicaux sur un bout de papier. (Ce schéma peut être utilisé comme support visuel au cours de l'Activité 3.)

Activité 3: Application des compétences en petits groupes (35 minutes)

1. Expliquez aux participants que le but de cette activité est de s'entraîner à donner des explications simples et à utiliser des supports visuels.
2. Répartissez les participants en groupes de trois. Dans chaque groupe, demandez à un volontaire de jouer le rôle du "prestataire" et à un autre de jouer celui de la "cliente". La troisième personne sera un observateur. (Les rôles seront inversés pour chaque jeu de rôle de sorte qu'à la fin de l'exercice, chaque participant aura joué le rôle du "prestataire").
3. Donnez les instructions suivantes: Pour chaque jeu de rôle, le "prestataire" aura cinq minutes pour expliquer quelques notions et termes de base à la "cliente". *N'oubliez pas de vous fonder sur le niveau de connaissances actuel de la cliente et d'utiliser les documents comme supports visuels.* La "cliente" peut poser des questions à tout moment. A la fin du jeu de rôle, l'observateur et la "cliente" auront cinq minutes pour faire des remarques au "prestataire" (dans chaque groupe), y compris sur ce qui a été bien fait et sur ce qui pourrait être amélioré.
4. Assignez la tâche suivante pour le premier jeu de rôle: Utilisez les documents, des supports visuels et un langage simple pour expliquer à la cliente ce que sont la *menstruation*, les *rapports sexuels*, la *fécondation* et la *contraception*.
5. Annoncez la fin des cinq premières minutes pour marquer la fin du jeu de rôle et le début de la période de commentaires en retour au prestataire. Annoncez la fin des cinq minutes suivantes pour indiquer la fin de la période de commentaires. (10 minutes au total)

6. Demandez aux participants de changer de rôles (chacun devant tenir un nouveau rôle, y compris l'observateur) et assignez la seconde tâche: Utilisez les documents, des supports visuels et un langage simple pour expliquer à la cliente ce que sont la *grossesse* la *fausse-couche* et l'*avortement*
7. Une fois de plus, annoncez lorsque cinq minutes et 10 minutes se seront écoulées. (10 minutes au total)
8. Répétez la même démarche pour la troisième tâche: Utilisez les documents, des supports visuels (y compris le schéma dessiné pendant l'Activité 2) et un langage simple pour expliquer à la cliente l'intervention d'évacuation utérine (soit l'AMIU soit la dilatation et le curetage, suivant la technique utilisée dans la structure sanitaire). (10 minutes au total)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Bien que l'utilisation du simulateur de DIU/modèle manuel et de la canule puisse aider à décrire la technique de l'AMIU, ce matériel n'est pas essentiel à l'explication. S'il n'est pas possible de se procurer ce matériel, les participants peuvent toujours utiliser d'autres méthodes pour expliquer le traitement après avortement, par exemple en faisant un dessin à main levée.

Pendant les jeux de rôle, n'oubliez pas de passer d'un groupe à l'autre pour observer les participants et vous assurer que les instructions ont été bien comprises. Si un groupe ne suit pas les instructions, corrigez-le gentiment mais sur-le-champ. Si plus d'un groupe fait fausse route, arrêtez les jeux de rôle, expliquez à nouveau les instructions à tous les participants et recommencez. Si un participant en particulier a du mal à exécuter la tâche, revenez à son groupe au moment des remarques et ajoutez vos commentaires à leur discussion.

Si nécessaire, rappelez aux participants de montrer les supports visuels à la cliente, plutôt que de les utiliser seulement pour leur propre référence.

Activité 4: Discussion (10 minutes)

Demandez aux participants ce qu'ils ont appris dans cette séance, à la fois comme "prestataires" et comme "clientes" lors des jeux de rôle, et comment ces compétences peuvent être appliquées à leur travail avec les clientes après avortement.

Documents de la Séance 4

Document 4-A

Communication à sens unique/communication dans les deux sens

Effets de la communication à sens unique:

- Seule une personne parle activement, ne donnant pas à l'autre l'occasion de poser des questions ou d'exprimer ses sentiments et opinions.
- En matière de soins de santé, le prestataire ne peut pas déterminer si la cliente a bien compris l'information qui lui a été donnée, ce qui aboutit souvent à des malentendus.
- Ce type de communication prend peut-être moins de temps, mais il n'est *pas efficace* lorsqu'il s'agit de s'assurer que les informations fournies sont bien comprises.

Effets de la communication dans les deux sens:

- Les deux personnes partagent activement les informations et les opinions et clarifient l'information en posant des questions.
- Ceci engendre une plus grande discussion et une meilleure interaction entre la cliente et le prestataire, améliorant la compréhension de part et d'autre et permettant au prestataire de savoir si la communication a satisfait les besoins de la cliente.
- Bien que ce type de communication prenne plus de temps, il est *plus efficace* lorsqu'il s'agit de s'assurer que tout le monde a été bien compris.

Document 4-B

Ecoute Attentive

Les capacités d'écoute peuvent être améliorées en:

- maintenant un contact visuel avec la personne qui parle (en tenant compte des normes culturelles);
- se montrant vraiment intéressé par le sujet de la discussion;
- étant attentif à ce que dit la personne (c'est-à-dire en ne faisant pas autre chose et en n'interrompant pas la personne qui parle);
- ne parlant pas à d'autres personnes tout en écoutant;
- posant des questions;
- ayant une attitude empathique;
- réfléchissant (c'est-à-dire en répétant l'information ou en utilisant vos propres mots pour confirmer que vous avez compris);
- interprétant les sentiments et émotions qui se cachent derrière ce qui se dit;
- intégrant ce qui a été dit dans la discussion.

Document 4-C

Questions fermées/questions ouvertes

Il est généralement possible de donner une très courte réponse aux **questions fermées**, souvent un seul mot. Ces questions nécessitent une réponse brève et exacte telle que “oui”, “non” ou un nombre. En voici quelques exemples:

- Quel âge avez-vous?
- Combien d'enfants avez-vous?
- Votre maison est-elle loin de cette clinique?
- Quand est-ce que le saignement a commencé?
- Avez-vous essayé de faire quoi que ce soit avant de venir ici?

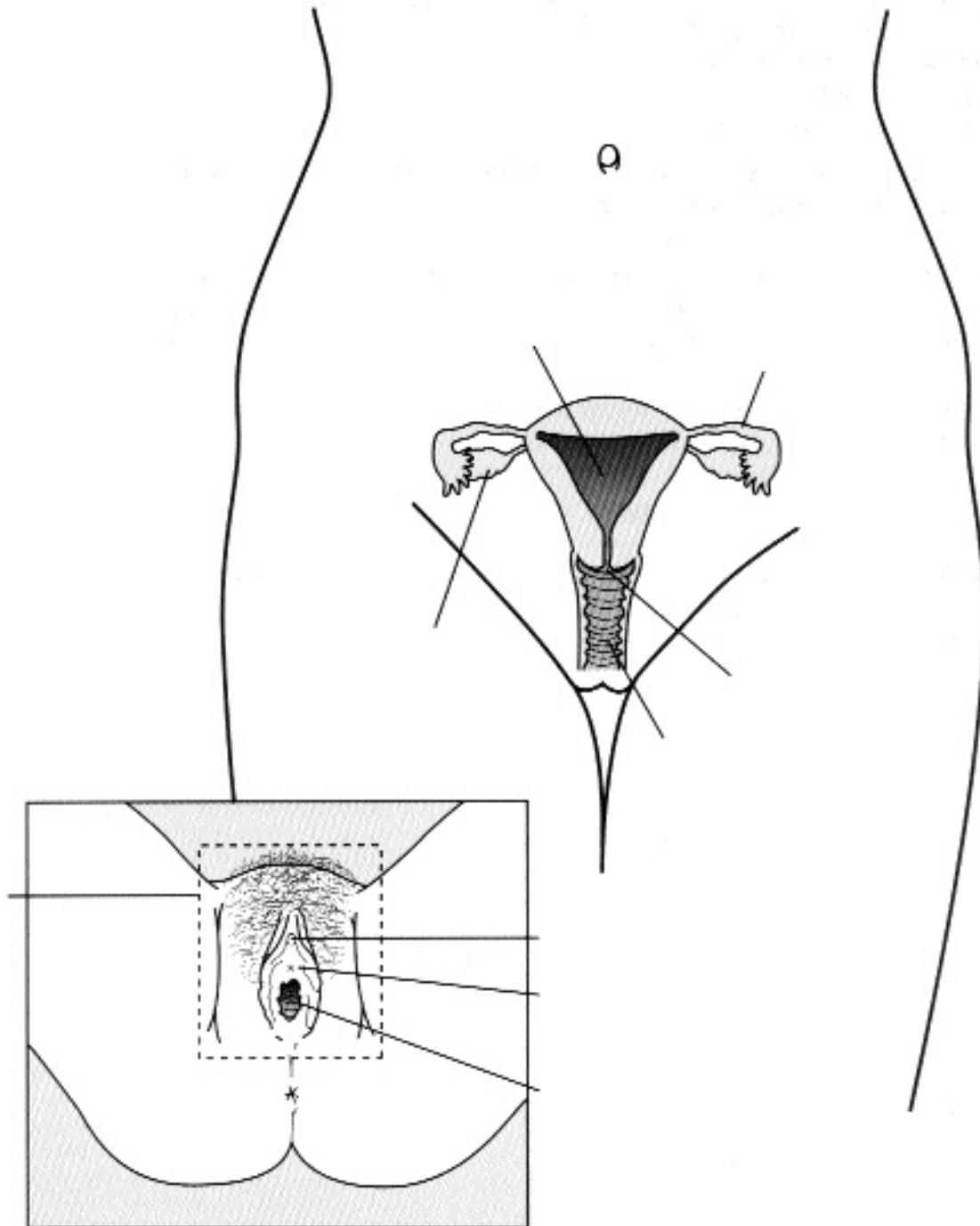
Ces questions sont appropriées pour déterminer l'état et les antécédents médicaux de la cliente au début du traitement médical ou du counseling.

Les **questions ouvertes**, qui sont utiles pour explorer les opinions et sentiments de la cliente, nécessitent habituellement des réponses plus longues. Elles sont plus efficaces pour déterminer les besoins de la cliente (en termes d'information ou de soutien affectif) et ce qu'elle sait déjà. En voici quelques exemples:

- Qu'avez-vous ressenti quand vous avez découvert que vous étiez enceinte?
- Qu'avez-vous fait quand le saignement a commencé?
- Comment vous sentez-vous maintenant?
- Que pensez-vous qu'il va se passer pendant l'intervention? Quels soucis avez-vous à ce sujet?
- Quels soucis ou questions votre mari ou partenaire a-t-il au sujet de votre état?
- Que comptez-vous faire pour ne plus tomber enceinte?
- Pourquoi avez-vous décidé d'utiliser la même méthode que votre sœur?

Document 4-D Les appareils génitaux féminin et masculin

L'appareil génital féminin



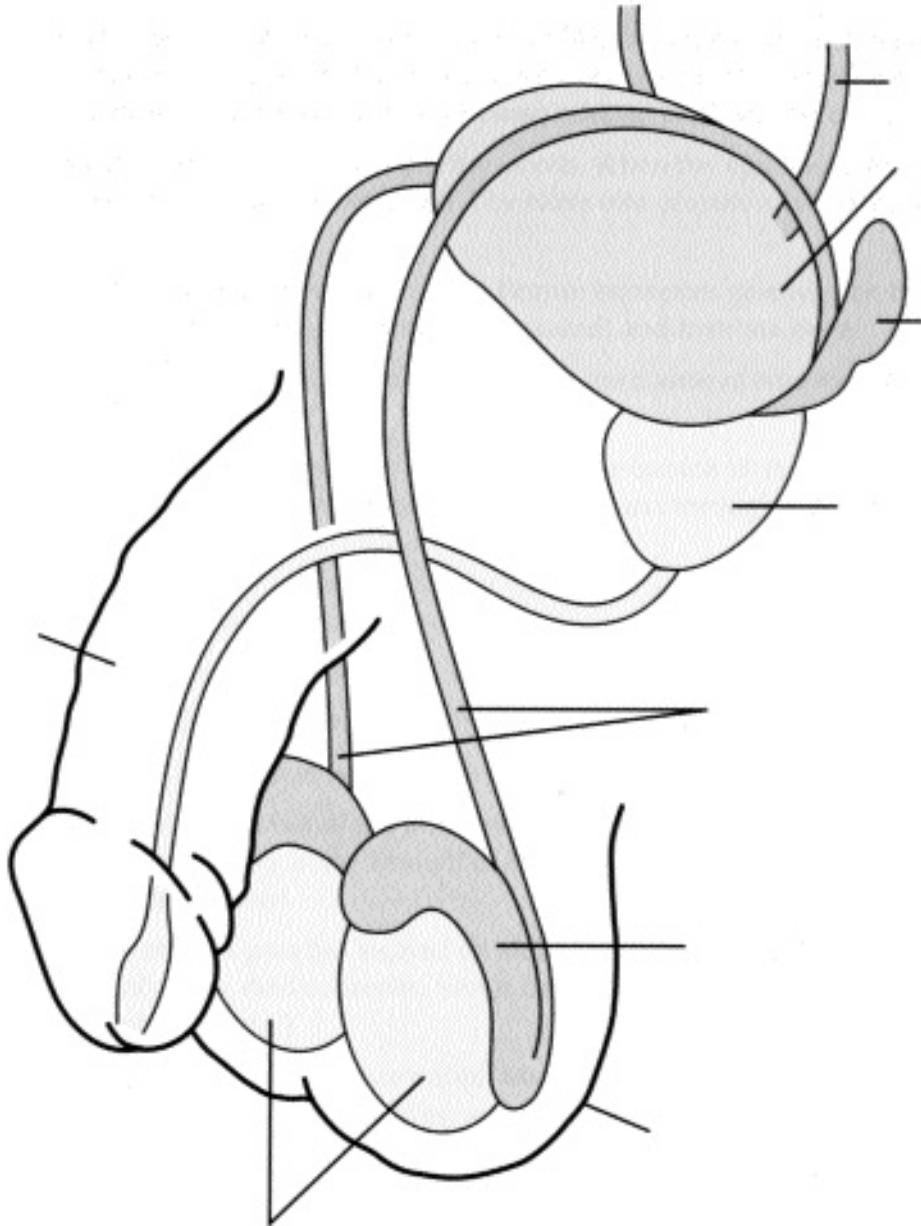
Adapté de : AVSC International. 1995. *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York.

(suite page suivante)

Document 4-D (suite)

Les appareils génitaux féminin et masculin

L'appareil génital masculin



Adapté de : AVSC International, 1995. *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York.

Document 4-E

Anatomie, physiologie et grossesse

Anatomie de la femme

- Le **col de l'utérus** est le col étroit qui relie l'utérus au vagin. Quand l'homme jouit (a un orgasme), les spermatozoïdes passent par le col pour atteindre l'utérus. Les règles et les bébés sortent de l'utérus par le col. Le col de l'utérus doit s'élargir pour permettre le passage du bébé, et c'est ce qui se passe quand une femme enceinte est en travail.
- Le **clitoris**, un petit bourgeon de tissu recouvert d'un doux repli de peau, est situé au-dessus de l'orifice urinaire. Il est très sensible au toucher. Pendant l'excitation sexuelle, le clitoris gonfle et se dresse. Il joue un rôle important dans le plaisir sexuel et l'orgasme de la femme.
- Les **trompes de Fallope** relient les ovaires à l'utérus. Quand l'ovule quitte l'ovaire, il est conduit dans la cavité utérine par l'une des trompes. Les trompes sont aussi un lieu propice à la fécondation.
- Les **ovaires** produisent les ovules et les hormones femelles. Les hormones femelles donnent aux femmes leurs caractéristiques féminines (telles que les seins et le timbre de la voix) et leurs pulsions sexuelles.
- L'**utérus** est le lieu où l'ovule fécondé s'implante et se développe pour devenir un bébé au bout de neuf mois.
- Le **vagin** est le conduit qui relie l'utérus à l'extérieur du corps. Les rapports sexuels ont lieu dans le vagin; les règles et les bébés sortent par le vagin.

Anatomie de l'homme

- L'**épididyme** est le lieu où sont stockés les spermatozoïdes.
- Le **pénis** est l'organe qui transporte le sperme et les spermatozoïdes dans le vagin.
- La **prostate** produit la plus grande partie du liquide qui constitue le sperme.
- Le **scrotum** est le sac de peau qui contient les deux testicules.
- Le **sperme** est le liquide qui s'écoule du pénis quand l'homme atteint l'orgasme. Il contient les spermatozoïdes ainsi que d'autres liquides. Les spermatozoïdes ne représentent qu'une toute petite quantité du sperme. Après une vasectomie, le sperme ne contient plus de spermatozoïdes.
- Les **vésicules séminales**, deux petits sacs situés de part et d'autre de la prostate, fournissent plus de la moitié du liquide séminal dans lequel se déplacent les spermatozoïdes. (Le liquide séminal nourrit également les spermatozoïdes.)
- Les **testicules** produisent les spermatozoïdes et les hormones mâles. Les hormones mâles donnent aux hommes leurs caractéristiques masculines (comme la pilosité faciale et les muscles) et leurs pulsions sexuelles.
- Les **canaux déférents** sont les conduits dans lesquels les spermatozoïdes se déplacent pour se mélanger au sperme.

Physiologie

- Les ovaires de la femme produisent un ovule une fois par mois.
- L'ovule se déplace dans la trompe (de Fallope).
- Les testicules de l'homme produisent les spermatozoïdes ("la semence") qui se déplacent dans deux conduits (les canaux déférents), se mélangent au sperme et sortent par le pénis.

(suite page suivante)

Document 4-E (suite)

Anatomie, physiologie et grossesse

Menstruation

Chaque mois, l'utérus d'une femme en âge de procréer qui n'est pas enceinte perd sa muqueuse, donnant lieu à un écoulement sanguin pendant la menstruation (les règles).

Fécondation

La fécondation a lieu quand le spermatozoïde pénètre dans l'ovule.

Grossesse

La grossesse survient quand l'ovule fécondé se déplace dans la trompe de Fallope pour aller se fixer dans l'utérus.

Fausse-couche

La fausse-couche est la perte spontanée d'une grossesse avant que le fœtus ne soit suffisamment développé pour survivre hors de l'utérus.

Avortement

On parle d'avortement quand une grossesse est arrêtée prématurément. (Les avortements peuvent être spontanés ou provoqués.)

Adapté de : AVSC International. 1995. *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York.

Séance 5:

Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement

Objectifs

- Identifier l'information essentielle sur la planification familiale que toutes les clientes *doivent* avoir avant de quitter la structure sanitaire
- Expliquer l'importance du choix éclairé de la cliente pour des services de planification familiale efficaces
- Décrire les facteurs personnels et cliniques qui devraient être pris en compte lors du counseling concernant la planification familiale des clientes après avortement

Méthodes de formation

- Remue-méninges
- Travail en groupe entier
- Présentation/discussion
- Etude de cas

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Transparent 5-A: Information essentielle minimum sur la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement (page 166)
- Transparent 5-B: Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement (page 167)
- Document 5-A: Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale après avortement (page 85)
- Document 5-B: Déclarations à propos de la contraception, du choix éclairé et des soins après avortement (page 86)
- Document 5-C: Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement (page 87)
- Document 5-D: Indications pour l'emploi des contraceptifs selon l'état clinique de la cliente (page 89)
- Document 5-E: Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode (page 91)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant. Si possible, photocopier les documents sur du papier de couleurs différentes (surtout les Documents 5-D et 5-E) pour pouvoir les distinguer.

3. Préparer des transparents ou des feuilles du tableau de papier à partir des Transparents 5-A et 5-B.
4. Préparer une feuille du tableau de papier comme l'exemple ci-dessous:

Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement		
Clientèle de l'étude de cas	Facteurs	Considérations
	1. Si la cliente ne veut pas être enceinte sous peu.	
	2. Si la cliente est stressée ou si elle a mal.	
	3. Si la cliente utilisait une méthode contraceptive quand elle a conçu.	
	4. Si la cliente avait cessé d'utiliser une méthode contraceptive.	
	5. Si la cliente a un partenaire qui ne veut pas employer de préservatifs ou qui l'empêchera d'utiliser une autre méthode.	
	6. Si la cliente a subi des abus sexuels ou un viol.	
	7. Si la cliente voudrait être enceinte sous peu.	

5. Renseignez-vous sur le lieu où les services de planification familiale sont offerts localement pour chaque structure, y compris l'adresse, les heures d'ouverture, les méthodes disponibles et le coût des services.



Durée de la séance (totale): 2 heures 15 minutes

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 5

Partie A Raisons



Durée: 30 minutes

Activité 1: Discussion en groupe entier [10 minutes]

1. Demandez aux participants de donner les raisons pour lesquelles les services de planification familiale doivent être liés aux services de soins après avortement.
2. Notez qu'en dépit du statut légal de l'avortement provoqué ou de nos sentiments personnels à l'égard de ce sujet, l'établissement de liens entre les soins après avortement et les services de planification familiale offre une parfaite opportunité d'aider les clientes à prévenir d'autres grossesses non désirées et à ainsi éviter le besoin de recourir à nouveau à l'avortement.
3. Demandez aux participants de décrire *leur rôle* en tant que prestataires de soins après avortement dans la prestation des méthodes et services de planification familiale aux clientes après avortement.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Le rôle du prestataire de soins après avortement dans la prestation des services de planification familiale varie d'un pays à l'autre et, éventuellement, d'une structure sanitaire à l'autre. Dans certains cas, le prestataire ne fait qu'orienter les clientes vers des services situés hors du centre de soins après avortement. Dans d'autres, il offre un counseling initial pour les services de planification familiale de sa structure sanitaire. Dans certains programmes, les soins après avortement et la planification familiale sont complètement intégrés, le même personnel dispensant les soins après avortement et les services de planification familiale.

Quelle que soit la relation entre les soins après avortement et la prestation des services de planification familiale, le prestataire de soins après avortement constitue un lien crucial lorsqu'il s'agit d'aider les clientes après avortement à reconnaître leur besoin de contraception et à surmonter d'éventuelles idées fausses et craintes concernant les méthodes contraceptives, ainsi que d'instaurer la confiance dans le système sanitaire, augmentant les chances qu'une cliente après avortement orientée vers un service de planification familiale s'y rende effectivement. Le reste de la séance traite de l'information générale sur la contraception dont ont besoin tous les prestataires de soins après avortement pour exécuter ces tâches essentielles minimales. Si la prestation des services de planification familiale ou le counseling concernant la planification familiale doivent être effectués par le personnel chargé des soins après avortement, une formation complémentaire en planification familiale est requise.

Activité 2: Remue-méninges/discussion (20 minutes)

1. Dans le cadre d'un exercice de remue-méninges, demandez aux participants de quelle information sur la planification familiale les clientes après avortement peuvent avoir besoin avant de quitter la structure sanitaire.
2. Expliquez aux participants que trois renseignements *doivent* être fournis à chaque cliente après avortement qui ne désire pas être à nouveau enceinte dans les mois qui viennent. Affichez le Transparent 5-A: Information essentielle minimum sur la planification famil-

- iale à l'intention de la cliente après avortement, et examinez chaque point:
- Elle risque d'être à nouveau enceinte dès 11 jours seulement après le traitement.
 - Diverses méthodes contraceptives sûres peuvent être employées immédiatement pour éviter une grossesse.
 - Elle doit savoir où et comment obtenir des services de planification familiale (soit au moment de l'intervention soit après la sortie de l'hôpital).
3. Si les participants ne savent pas où les services de planification familiale sont dispensés, donnez-leur cette information, y compris l'adresse, les heures d'ouverture, les méthodes disponibles et le coût des services.
 4. En utilisant comme guide le Document 5-A: Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale après avortement, étudiez les questions typiques des clientes sur la grossesse et la planification familiale, en lisant à haute voix *les questions seulement*. Demandez aux participants de répondre aux questions des clientes et corrigez toute idée fautive, si nécessaire.
 5. Notez les méthodes de planification familiale que les clientes peuvent commencer à utiliser soit pendant les soins après avortement soit aussitôt après, et lesquelles de ces méthodes sont disponibles dans les formations sanitaires des participants.
 6. Distribuez le Document 5-A.

Partie B Choix éclairé



Durée: 30 minutes

Activité 1: Discussion en groupe entier (30 minutes)

1. Demandez aux participants ce qu'est le "choix éclairé". Après avoir sollicité plusieurs réponses, lisez à haute voix la définition (première citation) du Document 5-B: Déclarations à propos de la contraception, du choix éclairé et des soins après avortement.
2. Demandez à un participant de donner un exemple d'application de cette définition aux services de soins après avortement de sa formation sanitaire.
3. Demandez aux participants de répondre aux questions suivantes:
 - Si pendant les soins après avortement, on insère un DIU à une femme contre sa volonté, que peut-elle faire? Et si elle est stérilisée? Que penseraient ces femmes du système sanitaire après une telle expérience?
 - Si l'on stérilise une femme ou qu'on lui insère un DIU sans lui donner suffisamment d'information, quelles peuvent en être les conséquences?
 - Quel impact cette pratique aurait-elle sur la disposition des femmes à se faire soigner en cas de complications de l'avortement?

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Voici des réponses possibles aux trois questions ci-dessus:

- Les prestataires peuvent croire qu'ils agissent dans le meilleur intérêt de la cliente en lui insérant un DIU sans son consentement, mais ils doivent se rappeler qu'une femme qui ne désire pas utiliser cette méthode contraceptive peut la faire retirer et le fera certainement, annulant ainsi les mesures que le prestataire aura prises pour la "protéger" de futures grossesses. La stérilisation est même plus extrême parce que la reperméabilisation n'est pas possible dans la plupart des pays. Ainsi, une femme ayant subi l'intervention contre sa volonté ne dispose d'aucun recours ultérieur. Cette utilisation forcée de la contraception laissera pour le moins aux clientes un sentiment d'amertume envers le système de santé.
- Une information insuffisante des utilisatrices de la contraception sur le mode d'emploi de la méthode et les éventuels effets indésirables peut avoir deux conséquences: il est possible que l'utilisatrice ne relève pas les signes d'alerte annonçant des complications pouvant avoir des conséquences graves sur sa santé ou indiquant que la méthode n'est pas entièrement efficace, ou qu'elle présume que toute affection survenant après le début de l'utilisation du contraceptif est quelque peu liée au contraceptif, ce qui l'amènera à se plaindre, à effectuer des visites de suivi fréquentes et à finalement abandonner la méthode. Avec le DIU, cette confusion peut amener la femme à ne pas reconnaître les signes d'alerte, à attribuer à tort au DIU des affections n'ayant aucun rapport avec la méthode ou à le faire retirer inutilement. Avec la stérilisation, il peut en résulter des problèmes chroniques ou la mort si une complication est négligée.
- Quoique les pratiques coercitives puissent faire éviter d'autres grossesses non désirées aux femmes concernées, d'autres femmes entendant parler de ces pratiques seront peu disposées à se faire soigner pour les complications de l'avortement et il pourra en découler une plus grande morbidité ou un plus grand nombre de décès.

4. Résumez: Quoiqu'il soit important de rendre la planification familiale *disponible* et *accessible* aux clientes après avortement, il *ne* faudrait *pas* que le choix d'une méthode de contraception devienne une condition d'accès aux soins.

5. Citez les points ci-dessous comme étant les raisons pour lesquelles la planification familiale *ne* doit *pas* être exigée de toutes les clientes après avortement et donnez des exemples de l'éventuel impact négatif que la contraception forcée peut avoir sur les femmes et les communautés.

- L'efficacité d'une méthode contraceptive est généralement liée à la mise à la disposition des utilisatrices d'une information suffisante pour une utilisation efficace de la méthode, ainsi qu'à un état d'esprit qui leur permet de continuer à utiliser la méthode ou d'en changer si elle n'est pas satisfaisante.
- Lorsqu'une méthode contraceptive est fournie par contrainte, son efficacité peut être réduite par manque d'information adéquate sur son mode d'utilisation correcte ou à cause du ressentiment que la cliente éprouve parce qu'elle a été forcée de l'accepter. Un arrêt de la méthode peut s'ensuivre.
- Ceci peut avoir comme résultat l'accroissement du nombre de grossesses non désirées et, éventuellement, du nombre d'avortements.
- En outre, le système sanitaire peut acquérir la réputation de maltraiter ses clientes, éloignant ainsi les clientes des services de santé dont elles ont besoin, y compris la planification familiale et les soins après avortement.

- Quoique les prestataires ne soient pas conscients de l'effet à court terme, le fait de ne pas permettre aux clientes de faire des choix éclairés peut, à long terme, réduire l'utilisation de la planification familiale et accroître la morbidité et la mortalité liées aux complications de l'avortement qui n'ont pas été traitées (ou dont le traitement a été retardé).
6. Distribuez le Document 5-B.

Partie C Facteurs individuels



Durée: 1 heure 15 minutes

Activité 1: Discussion/remue-méninges (30 minutes)

1. Expliquez aux participants que vous passerez le reste de la séance à discuter des facteurs personnels et médicaux qui devraient être pris en compte lors des discussions sur la planification familiale avec les clientes après avortement.
2. Affichez la feuille du tableau de papier intitulée "Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement". Pour chaque entrée de la colonne "Facteurs", écrivez le nom de cliente des études de cas de la Séance 3 qui correspond le mieux à la description (chaque fois que possible—sinon inventez le nom d'une nouvelle cliente pour remplir le tableau). Posez les questions suivantes: "Comment aborderiez-vous le counseling concernant la planification familiale pour cette cliente? De quoi discuteriez-vous et pourquoi?" Pour chaque facteur, écrivez les réponses des participants dans la colonne "Considérations".



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Si les participants négligent des points clés pendant cette discussion, vous pouvez vous référer au document 5-C: Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement, pour orienter la discussion.

Toutefois, pour aider les participants à bien réfléchir tous seuls aux questions, ne distribuez pas le document avant qu'ils n'aient fini la discussion sur tous les facteurs. Vous pouvez alors revoir rapidement chaque facteur, en notant les différences entre la discussion des participants et les éléments qui figurent sur le document.

Rappel: Les points 3, 4, 5 et 7 concernent la sexualité et les questions liées au genre qui ont été identifiées dans la Séance 3 (Parties D et E). Travaillez avec les participants pour remplir les colonnes du document pour ce point important.

3. Distribuez le Document 5-C et discutez des points n'ayant pas été mentionnés pendant l'activité (voir Conseil de formation, ci-dessus). Ensuite, résumez en soulignant qu'il est important de prendre en compte la situation personnelle et les antécédents d'utilisation des contraceptifs de la personne avant d'essayer de lui donner des informations sur les méthodes de planification familiale.

Activité 2: Discussion (45 minutes)

1. Expliquez qu'un autre facteur important de l'utilisation des contraceptifs à la suite de soins après avortement est l'état clinique de la cliente. Distribuez le Document 5-D: Indications pour l'emploi des contraceptifs selon l'état clinique de la cliente, et parcourez-le *rapidement* (30 minutes)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Il sera peut-être difficile de finir cette discussion en 30 minutes. Étant donné les connaissances en médecine des participants, il est possible qu'ils se montrent d'une grande curiosité et qu'ils posent beaucoup de questions sur des états cliniques précis ainsi que sur les précautions et recommandations en matière de planification familiale liées à ces états. Rappelez aux participants que le but de cet atelier est de permettre aux prestataires de soins après avortement de donner une information générale aux clientes et de répondre à leurs questions pour s'assurer qu'elles suivront les recommandations données, le cas échéant, afin d'obtenir des services de planification familiale et autres services de santé reproductive. Cette discussion vise à les familiariser avec les catégories d'états cliniques qu'un prestataire de services de planification familiale devrait considérer pour chaque cliente ainsi que les méthodes qui seraient appropriées. Si les participants doivent fournir les services de planification familiale sur place, une formation plus approfondie doit leur être dispensée, à la fois sur les aspects cliniques et le counseling.

2. Distribuez le Document 5-E: Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode, et expliquez qu'il s'agit d'un document de référence utile en counseling parce que les clientes ont souvent en tête une méthode particulière lorsqu'elles se renseignent sur la planification familiale. Dites aux participants qu'ils peuvent parcourir tous seuls le document, puis l'utiliser dans la préparation des jeux de rôle sur le counseling, plus tard pendant l'atelier (*5 minutes*).
3. Résumez en rappelant aux participants que tous ces facteurs—la structure de prestation de services de planification familiale dans leur formation sanitaire, le choix éclairé, la situation de la cliente en question, son état clinique et les caractéristiques des méthodes contraceptives—devront être pris en considération pour chacune des clientes des études de cas (de la Séance 3) lorsqu'ils s'entraîneront au counseling à travers les jeux de rôle, plus tard pendant l'atelier. Certaines clientes pourront désirer ou nécessiter une information sur la planification familiale avant ou après le traitement, tandis que d'autres ne s'y intéresseront pas du tout. Une des tâches du prestataire consiste à déterminer le meilleur moment pour communiquer cette information et à s'assurer qu'au moins les trois points clés ont été traités avec chaque cliente. (*10 minutes*)
4. Affichez le Transparent 5-B: Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement. Demandez à un volontaire de lire la citation à haute voix.

Documents de la Séance 5

Document 5-A

Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale après avortement

Q: Quand pourrai-je reprendre l'activité sexuelle ?

R: Après l'arrêt du saignement.

Q: Dans combien de temps puis-je être enceinte ?

R: Presque immédiatement—même avant vos prochaines règles.

Q: Comment puis-je éviter de me retrouver à nouveau enceinte ?

R: Commencez à utiliser une méthode de planification familiale dès maintenant.

Q: Quelles méthodes puis-je utiliser tout de suite ?

R: Demandez à votre conseiller en planification familiale quelles méthodes pourraient vous convenir. Les méthodes de planification familiale pouvant être utilisées sans risque aussitôt après l'avortement incluent:

- les préservatifs;
- les contraceptifs oraux (la pilule);
- les contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN);
- les implants Norplant;
- les mousses, gelées, comprimés, éponge, ou film spermicides;
- le diaphragme ou la cape cervicale;
- le DIU (le DIU ne doit pas être introduit en cas d'infection potentielle ou après une blessure du tractus génital ou un saignement abondant accompagné d'anémie); la stérilisation féminine ou masculine.

Q: Quelles sont les méthodes qui protègent contre les IST et le VIH ?

R: Seuls les *préservatif* et l'*abstinence* offrent une protection contre les IST et le VIH.

Remarque. Si vous avez un rapport sexuel sans utiliser de méthode de planification familiale, renseignez-vous auprès de votre prestataire sur la contraception d'urgence. Si vous prenez une dose spéciale de pilules contraceptives dans les 72 heures (trois jours) qui suivent le rapport, vous courez un risque beaucoup plus faible d'être enceinte.

Adapté de : Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion Care: A reference manual for improving quality of care*. Postabortion Care Consortium.

Document 5-B

Déclarations à propos de la contraception, du choix éclairé et des soins après avortement

“Le choix libre et éclairé signifie que la patiente/cliente de planification familiale choisit volontairement une méthode contraceptive, sans pression ou coercition. Ce choix est basé sur une bonne compréhension des avantages et limites des méthodes disponibles. La patiente/cliente devrait comprendre que presque toutes les méthodes peuvent être utilisées efficacement et sans danger immédiatement après le traitement d’un avortement incomplet et qu’elle peut choisir une autre méthode plus tard si elle souhaite changer de méthode [sauf dans le cas de la stérilisation].”

- Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care* Postabortion Care Consortium, p. 9-4.

“Rappel: L’acceptation de la contraception ou d’une méthode contraceptive particulière ne doit jamais être un préalable à l’obtention de soins après avortement d’urgence.”

- Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care*. Postabortion Care Consortium, p. 9-4.

“ Il ne faut pas que la prestation des soins après avortement d’urgence ou des interventions d’avortement volontaire dépende de l’acceptation de la planification familiale en général ou d’une méthode contraceptive particulière. Les femmes ont besoin d’information sur un grand éventail de méthodes contraceptives pour pouvoir opérer leur propre choix, en consultation avec le personnel clinique. Les responsables peuvent s’assurer que les femmes ne sont pas contraintes à choisir une méthode en surveillant les tendances de la distribution des contraceptifs aux femmes après l’avortement.”

- Organisation mondiale de la santé. 1995. Information and counseling for the patient. *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*, Genève, p. 76.

“Les prestataires de services devraient établir des mécanismes pour donner aux femmes l’occasion de choisir volontairement et en toute connaissance de cause d’utiliser la planification familiale après avortement. La prestation des soins liés à l’avortement ne devrait jamais être subordonnée à l’acceptation d’une méthode de planification familiale et il ne faudrait jamais donner à une femme une méthode à laquelle elle n’a pas consenti. Par ailleurs, aucune femme ne devrait partir d’un point d’offre de services sans avoir toute l’information devant lui permettre de continuer ou d’arrêter d’utiliser la méthode qu’elle a choisie. L’adhésion à ces principes est particulièrement importante pour les méthodes de longue durée ou celles dépendant des prestataires, ainsi que dans les contextes de crise que sont les soins d’urgence.”

- Wolf, M. et Benson, J. 1994. Meeting women’s needs for post-abortion family planning: Report of a Bellagio Technical Working Group, Bellagio, Italie, 1-5 février 1993. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* (Suppl.):S18.

Document 5-C

Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement

Facteurs	Recommandations	Raisons
1. Si la femme ne veut pas être enceinte dans les mois qui viennent.	Considérer toutes les méthodes temporaires.	La recherche d'un traitement suite à des complications de l'avortement suggère que la femme ne veut pas d'une grossesse.
2. Si la femme est stressée ou si elle a mal.	Considérer toutes les méthodes temporaires. Ne pas encourager l'utilisation de méthodes permanentes en ce moment. Référer la femme pour des services de contraception continue.	Le stress et la douleur empêchent de prendre des décisions librement et en connaissance de cause. La période du traitement des complications de l'avortement n'est pas pour une femme le moment indiqué pour prendre une décision permanente.
3. Si la femme utilisait une méthode contraceptive quand elle a conçu.	Essayer de déterminer pourquoi la contraception a échoué et quels problèmes la femme a pu avoir pour utiliser efficacement la méthode. Aider la femme à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser efficacement. S'assurer qu'elle comprend comment utiliser la méthode, obtenir des soins de suivi, se réapprovisionner, arrêter d'utiliser la méthode et changer de méthode.	L'échec de la méthode, son intolérance, l'emploi inefficace de la méthode ou l'impossibilité de se réapprovisionner ont pu aboutir à la grossesse non désirée. Ces facteurs, qui existent peut-être encore, peuvent donner lieu à une autre grossesse non désirée.
4. Si la femme avait cessé d'utiliser une méthode contraceptive.	Essayer de déterminer pourquoi la femme a cessé d'utiliser la contraception (par exemple effets indésirables, impossibilité de se réapprovisionner). Aider la femme à choisir une méthode qu'elle pourra utiliser efficacement. S'assurer qu'elle comprend comment utiliser la méthode, obtenir des soins de suivi, se réapprovisionner, arrêter d'utiliser la méthode et changer de méthode.	L'intolérance de la méthode contraceptive ou l'impossibilité de se réapprovisionner ont pu aboutir à la grossesse non désirée. Ces facteurs, qui existent peut-être encore, peuvent conduire à une autre grossesse non désirée.
5. Si la femme a un partenaire qui ne veut pas employer de préservatifs ou qui l'empêchera d'utiliser une autre méthode.	Si la femme le souhaite, faire participer son partenaire au counseling. Protéger la confidentialité des informations fournies par la femme (même si elle n'implique pas son partenaire). Discuter des méthodes que la femme peut utiliser à l'insu de son partenaire (par exemple les contraceptifs injectables). Ne pas recommander de méthodes que la femme ne pourra pas utiliser efficacement.	Dans certains cas, la participation du partenaire au counseling peut l'amener à utiliser et encourager la contraception. Toutefois, si la femme pour une quelconque raison ne veut pas impliquer son partenaire, son souhait doit être respecté.

(suite page suivante)

Document 5-C (suite)**Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement**

Facteurs	Recommandations	Raisons
6. Si la femme a été victime de violences sexuelles ou d'un viol.	La renseigner sur la contraception d'urgence (ou autre forme de contraception, le cas échéant).	Il se peut que la femme coure un risque d'agression ou de viol répétés et qu'elle continue d'avoir besoin de contraception d'urgence ou d'une autre forme de contraception.
7. Si la femme veut être enceinte sous peu.	Ne pas essayer de la persuader d'utiliser une méthode contraceptive. Fournir à la femme des informations ou la référer en conséquence si elle a besoin d'autres services de santé reproductive.	Si la femme a eu des avortements spontanés répétés, il faudrait peut-être la référer pour le traitement de la stérilité.

Adapté de : Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care*. Postabortion Care Consortium.

Document 5-D

Indications pour l'emploi des contraceptifs selon l'état clinique de la cliente

Etat clinique	Précautions	Recommandations
<p>Pas de complications après le traitement de l'avortement incomplet</p>	<p>Considérer toutes les méthodes temporaires.</p> <p><i>Implants Norplant</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>DIU</i>: peut être utilisé immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs oraux (combinés ou progestatifs purs)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Préservatifs (masculins/féminins)</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>	<p><i>Planification familiale naturelle</i>: Ne pas recommander avant le retour du cycle menstruel normal.</p> <p><i>Stérilisation féminine</i>: La période du traitement des complications de l'avortement n'est habituellement pas pour les clientes le meilleur moment pour prendre des décisions sur des méthodes permanentes.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale</i>: Devraient être remis en place après un avortement du deuxième trimestre.</p>
<p>Diagnostic confirmé ou provisoire d'une infection:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Signes et symptômes d'une septicémie/infection ■ Signes d'un avortement provoqué septique ou non médicalisé ■ Impossibilité d'exclure une infection 	<p><i>Implants Norplant</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs oraux (combinés ou progestatifs purs)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Préservatifs (masculins/féminins)</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>	<p><i>Stérilisation féminine</i>: Ne pas pratiquer l'intervention avant que l'infection soit complètement guérie (environ trois mois) ou que le risque d'infection soit écarté.</p> <p><i>DIU</i>: Ne pas l'insérer avant que l'infection soit complètement guérie (environ trois mois) ou que le risque d'infection soit écarté.</p>
<p>Lésion du tractus génital:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Perforation de l'utérus (avec ou sans lésion intestinale) ■ Grave blessure vaginale ou cervicale, y compris des brûlures chimiques 	<p><i>Implants Norplant</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs oraux (combinés ou progestatifs purs)</i>: peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Préservatifs (masculins/féminins)</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle (peuvent être utilisés en cas de perforation utérine sans complications).</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale</i>: peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle (peuvent être utilisés en cas de perforation utérine sans complications).</p>	<p><i>Stérilisation volontaire féminine</i>: Ne pas pratiquer l'intervention avant que la blessure grave soit guérie.</p> <p><i>DIU</i>: Ne pas l'insérer avant la guérison de la blessure grave.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides</i>: Ne pas commencer à les utiliser avant la guérison de la blessure vaginale ou cervicale.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale</i>: Ne pas commencer à les utiliser avant la guérison de la blessure vaginale ou cervicale.</p>

(suite page suivante)

Document 5-D (suite)**Indications pour l'emploi des contraceptifs selon l'état clinique de la cliente**

Etat clinique	Précautions	Recommandations
Saignement abondant (hémorragie) et grave anémie connexe (Hb <7 g/dl ou Hct <20)	<p><i>DIU (libérant un progestatif):</i> peut être inséré en dépit de l'anémie grave (diminue la perte de sang menstruel).</p> <p><i>Contraceptifs oraux combinés:</i> peuvent être utilisés immédiatement (bénéfiques lorsque le taux d'hémoglobine est bas).</p> <p><i>Préservatifs (masculins/féminins):</i> peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides:</i> peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale:</i> peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>	<p><i>Stérilisation féminine:</i> ne pas pratiquer l'intervention jusqu'à ce que la cause de l'hémorragie ou de l'anémie soit écartée.</p> <p><i>Pilules progestatives pures:</i> utiliser avec prudence jusqu'à l'amélioration de l'anémie acoute.</p> <p><i>Implants Norplant:</i> retarder l'insertion jusqu'à l'amélioration de l'anémie grave.</p> <p><i>Contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN):</i> retarder l'utilisation jusqu'à l'amélioration de l'anémie grave.</p> <p><i>DIU (inerte ou au cuivre):</i> retarder. l'insertion jusqu'à l'amélioration de l'anémie acoute.</p>
Avortement du deuxième trimestre	<p><i>Implants Norplant:</i> peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs injectables (DMPA, NET-EN):</i> peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Contraceptifs oraux (combinés ou progestatifs pures):</i> peuvent être utilisés immédiatement.</p> <p><i>Préservatifs (masculins/féminins):</i> peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p> <p><i>Mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides:</i> peuvent être utilisés dès la reprise de l'activité sexuelle.</p>	<p><i>Stérilisation féminine:</i> utiliser la technique de la minilaparotomie post-partum. Si cette technique n'est pas disponible, retarder l'intervention jusqu'à ce que l'utérus reprenne sa taille d'avant la grossesse (quatre à six semaines).</p> <p><i>DIU:</i> utiliser la technique d'insertion post-partum avec placement au fond de l'utérus. Si un prestataire expérimenté n'est pas disponible, retarder l'insertion de quatre à six semaines.</p> <p><i>Diaphragme ou cape cervicale:</i> devraient être remis en place après que l'utérus a repris sa taille d'avant la grossesse (quatre à six semaines).</p>

Adapté de : Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care*. Postabortion Care Consortium.

Document 5-E

Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode

Méthode	Période d'utilisation appropriée après l'avortement	Avantages	Remarques
<i>Méthodes barrières non ajustables:</i> préservatifs masculins/féminins en latex et vinyle; éponge et suppositoires vaginaux (comprimés moussants, gelée ou film)	Ces méthodes peuvent être utilisées dès la reprise des rapports sexuels.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne coûtent pas cher. ■ Bonnes méthodes temporaires au cas où l'introduction d'une autre méthode devrait être reportée. ■ Ne nécessitent aucune supervision médicale. ■ Les préservatifs (latex et vinyle) offrent une protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. ■ Leur utilisation peut être facilement interrompue. ■ Sont efficaces immédiatement. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sont moins efficaces que le DIU ou les méthodes hormonales. ■ Doivent être utilisées lors de chaque rapport. ■ Exigent une motivation soutenue. ■ Le réapprovisionnement doit être possible. ■ Peuvent gêner les rapports sexuels.
<i>Barrières ajustables utilisées avec des spermicides:</i> diaphragme ou cape cervicale avec mousse ou gelée	Le diaphragme peut être mis en place aussitôt après un avortement du premier trimestre; après un avortement du deuxième trimestre, l'insertion doit être retardée jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa taille d'avant la grossesse (quatre à six semaines). L'insertion de la cape cervicale doit être retardée jusqu'à ce que le saignement se soit arrêté et que l'utérus ait repris sa taille d'avant la grossesse (quatre à six semaines).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ne coûtent pas cher. ■ Ne nécessitent aucune supervision médicale. ■ Assurent une certaine protection contre les IST, y compris le VIH. ■ Leur utilisation peut être facilement interrompue. ■ Leur efficacité est immédiate. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sont moins efficaces que le DIU ou les méthodes hormonales. ■ Doivent être utilisées lors de chaque rapport. ■ Exigent une motivation soutenue. ■ Le réapprovisionnement doit être possible. ■ Sont associées aux infections des voies urinaires chez certaines utilisatrices. ■ L'insertion doit être faite par un prestataire de services qualifié.
<i>Contraceptifs oraux:</i> combinés et progestatifs purs	L'utilisation de la pilule peut commencer immédiatement, de préférence le jour même de l'intervention.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sont très efficaces. ■ Leur emploi peut commencer immédiatement, même en cas d'infection. ■ Peuvent être prescrits par un personnel autre que les médecins. ■ N'ont pas d'incidence sur les rapports sexuels. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Exigent une motivation continue et une prise quotidienne. ■ Le réapprovisionnement doit être possible. ■ Leur efficacité peut diminuer si la cliente a utilisé certains médicaments (par exemple la rifampine, la dilantine ou la griséofulvine) pendant longtemps. ■ Nécessitent l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH.

(suite page suivante)

Document 5-E (suite)

Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode

Méthode	Période d'utilisation appropriée après l'avortement	Avantages	Remarques
<i>Contraceptifs injectables:</i> DMPA et NET-EN	L'injection peut être faite aussitôt après un avortement du premier ou du deuxième trimestre. La méthode convient à une femme qui désire retarder le choix d'une méthode de longue durée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sont très efficaces. ■ Peuvent être utilisés immédiatement, même en cas d'infection. ■ Peuvent être prescrits par un personnel autre que les médecins. ■ N'ont pas d'incidence sur les rapports sexuels. ■ Ne dépendent pas de l'utilisatrice (sauf pour l'injection qui se fait tous les deux ou trois mois). ■ La cliente n'a pas besoin de se réapprovisionner. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer un saignement irrégulier, en particulier l'aménorrhée (un saignement abondant peut survenir dans de rares cas). ■ Le retour de la fécondité peut être retardé. ■ Les injections doivent être faites tous les deux ou trois mois. ■ Nécessitent l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH.
<i>Implants progestatifs purs:</i> Implants Norplant	Les implants peuvent être insérés aussitôt après l'avortement. Si un counseling adéquat et une prise de décision éclairée ne peuvent pas être garantis, l'insertion doit être reportée et une méthode temporaire fournie.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sont très efficaces. ■ Offrent une protection contraceptive de longue durée (implants efficaces pendant jusqu'à sept ans). ■ Permettent un retour immédiat de la fécondité après le retrait. ■ N'ont pas d'incidence sur les rapports sexuels. ■ La cliente n'a pas besoin de se réapprovisionner. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peuvent provoquer un saignement irrégulier (en particulier des pertes vaginales légères) ou l'aménorrhée. ■ L'insertion et le retrait doivent être faits par un prestataire qualifié. ■ Le rapport coût-efficacité dépend de l'utilisation à long terme. ■ Nécessitent l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH.
DIU	L'insertion doit être retardée jusqu'à ce que la blessure grave soit guérie, que l'hémorragie soit contrôlée ou que l'anémie grave s'améliore. L'insertion doit être retardée jusqu'à ce que l'infection soit guérie (trois mois). <i>Avortement du premier trimestre:</i> Le DIU peut être inséré si le risque d'infection ou la présence d'une infection sont écartés. <i>Avortement du deuxième trimestre:</i> L'insertion doit être retardée de six semaines, à moins que le matériel et l'expertise ne soient disponibles pour une insertion immédiate après l'avortement.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est très efficace. ■ Offre une protection contraceptive de longue durée. ■ Permet un retour immédiat de la fécondité après le retrait. ■ N'a pas d'incidence sur les rapports sexuels. ■ La cliente n'a pas besoin de se réapprovisionner. ■ N'exige qu'un contrôle mensuel des fils (par la cliente). ■ Seule une visite de suivi est nécessaire, à moins que des problèmes ne surgissent. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peut augmenter le saignement et les crampes menstruels pendant les premiers mois. ■ La perforation de l'utérus peut survenir lors de l'insertion. ■ Peut accroître le risque de MIP, et par la suite d'infertilité, chez les femmes ayant une infection à chlamydia ou une gonococcie au moment de l'insertion. ■ Nécessitent l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH. ■ L'insertion et le retrait doivent être faits par un prestataire qualifié.

(suite page suivante)

Document 5-E (suite)

Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode

Méthode	Période d'utilisation appropriée après l'avortement	Avantages	Remarques
<i>Stérilisation féminine</i>	<p>La stérilisation après un avortement du premier trimestre ressemble à une intervention pratiquée sur une femme qui n'est pas enceinte; après un avortement du deuxième trimestre, elle ressemble beaucoup plus à une intervention post-partum. Théoriquement, les interventions de stérilisation peuvent généralement être pratiquées immédiatement après le traitement des complications de l'avortement, à moins qu'il n'y ait une infection ou une perte de sang abondante. Il ne faudrait pratiquer l'intervention de stérilisation qu'après la guérison complète d'une infection (trois mois) ou d'une blessure.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ C'est une méthode permanente. ■ C'est la méthode féminine la plus efficace. ■ Une fois réalisée, elle n'exige aucune autre action. ■ N'a pas d'incidence sur les rapports sexuels. ■ Ne produit pas de changement de la fonction sexuelle. ■ Ne cause pas d'effets secondaires à long terme. ■ Est immédiatement efficace. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un counseling adéquat et un consentement bien éclairé sont requis avant l'intervention, ce qui n'est pas souvent possible lorsqu'il s'agit de soins d'urgence. ■ Il existe une petite possibilité de complications chirurgicales. ■ Exige un personnel qualifié et un matériel adéquat. ■ Nécessite l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH.
<i>Planification familiale naturelle</i>	<p>Son utilisation n'est pas recommandée immédiatement après l'avortement. La première ovulation après un avortement est difficilement prévisible et la méthode n'est fiable qu'après le retour du cycle menstruel normal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ N'exige aucune dépense. ■ Ne produit pas de changement de la fonction sexuelle. ■ Ne cause pas d'effets secondaires à long terme. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Est difficile à utiliser immédiatement après l'avortement. ■ Nécessite l'emploi d'autres méthodes jusqu'au retour du cycle normal. ■ Exige des instructions détaillées et un counseling. ■ Nécessite l'emploi des préservatifs si la cliente risque de contracter des IST, y compris le VIH. ■ Exige de la part de la femme et son partenaire une motivation soutenue et une bonne compréhension du mode d'utilisation de la méthode.

(suite page suivante)

Document 5-E (suite)**Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode**

Méthode	Période d'utilisation appropriée après l'avortement	Avantages	Remarques
Vasectomie	La vasectomie peut être pratiquée à tout moment.	<ul style="list-style-type: none"> ■ C'est une méthode permanente. ■ C'est la méthode masculine la plus efficace. ■ Une fois réalisée, elle n'exige aucune autre action. ■ N'a pas d'incidence sur les rapports sexuels. ■ Ne produit pas de changement de la fonction sexuelle. ■ Ne cause pas d'effets secondaires à long terme. ■ Est efficace 12 semaines après l'intervention. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un counseling adéquat et un consentement bien éclairé sont requis avant la vasectomie. ■ Il existe une petite possibilité de complications chirurgicales. ■ Exige un personnel qualifié et un matériel adéquat. ■ Nécessite l'emploi des préservatifs si le client risque de contracter des IST, y compris le VIH. ■ N'est efficace que 12 semaines après l'intervention.

Adapté de : Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care.* Postabortion Care Consortium.

Séance 6:

Besoins de santé reproductive connexes et autres problèmes

Objectifs

- Expliquer pourquoi les clientes après avortement ont besoin d'information sur les infections de l'appareil génital (IAG) et les IST
- Identifier l'information essentielle que toutes les clientes après avortement *doivent* avoir sur les IAG et les IST avant de quitter la structure sanitaire
- Décrire les problèmes médicaux, sociaux, économiques, émotionnels ou autres auxquels les clientes après avortement peuvent être confrontées et qui ne sont pas directement liés aux soins après avortement
- Identifier les ressources de référence disponibles pour satisfaire les besoins des clientes autres que les soins après avortement
- Expliquer comment reconnaître qu'une cliente a besoin d'être référée à un autre type de prestataire
- Aider les clientes présentant une menace d'avortement à faire face aux sentiments qu'elles éprouvent quant à l'état de leur grossesse

Méthodes de formation

- Discussion
- Travail en petits groupes
- Présentation
- Remue-méninges
- Jeu de rôle

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Grandes feuilles portant les études de cas de clientes (de la Séance 3)
- Papier et stylos ou crayons pour chaque participant
- Transparent 6-A: Exemple d'étude de cas N° 1: "Daisy" (page 168)
- Transparent 6-B: Exemple d'étude de cas N° 2: "Diana" (page 169)
- Document 6-A: Informations générales sur les IST (y compris le VIH) et les IAG (page 105)
- Document 6-B: Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes (page 107)
- Fiches vierges (deux par participant)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Parcourir tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
3. Préparer des transparents ou des feuilles du tableau de papier à partir des Transparents 6-A et 6-B, ou faire une copie de chacune des études de cas pour distribution aux petits groupes.

4. Préparer une feuille du tableau de papier comme l'exemple ci-dessous:

Autres problèmes de santé reproductive et ressources auxquelles la cliente peut être référée		
Catégorie	Exemple(s)	Ressource(s)
Médical		
Social		
Economique		
Emotionnel		
Autre		

5. Préparer deux feuilles du tableau de papier comme l'exemple ci-dessous (une pour chacune des deux études de cas):

Comment aborder les sentiments des clientes présentant une menace d'avortement		
Nom de la cliente : _____		
Sentiments de la Cliente	Raisons	Réponse du prestataire



Durée de la séance (totale): 2 heures 15 minutes

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 6

Partie A Information sur les IAG/IST à l'intention de la cliente après avortement



Durée: 1 heure 10 minutes

Activité 1: Discussion (40 minutes)

1. Posez la question suivante aux participants: "Pourquoi est-il important que les clientes après avortement soient informées sur les IAG et les IST?" La discussion devrait porter sur les points suivants (10 minutes)
 - L'information sur les IAG et les IST est particulièrement importante pour les femmes qui ne voulaient pas être enceintes parce qu'une femme qui porte une grossesse non désirée peut aussi avoir été exposée à des infections ou maladies lors des rapports sexuels. Bien que la grossesse non désirée soit souvent le résultat d'une mauvaise planification en termes de contraception, elle peut aussi résulter d'une relation sexuelle non voulue comme dans le cas du viol, de l'agression sexuelle ou de la prostitution. Les femmes se trouvant dans cette situation peuvent avoir besoin d'aide pour savoir comment éviter de pareilles situations à l'avenir et se protéger des IST. (Les références pour d'autres problèmes de santé reproductive et pour les problèmes non médicaux seront discutées dans la Partie B de cette séance.)
 - Bien que les femmes portant une grossesse non désirée soient considérées comme celles ayant particulièrement besoin d'information et de counseling sur les IAG et les IST, nous ne devons pas présumer que les autres clientes après avortement *n'ont pas* besoin de cette information, et cela pour les raisons suivantes:
 - ▼ Les femmes qui déclarent que leur grossesse était planifiée peuvent en fait être peu disposées à dire qu'elles *ne* voulaient *pas* être enceintes.
 - ▼ Même les femmes cherchant à concevoir d'un partenaire habituel peuvent être exposées aux IST à cause du comportement sexuel du partenaire "en dehors" de la relation.
 - ▼ Toutes les femmes sont sujettes aux IAG. Il est important d'être informé sur les IAG à la fois pour préserver sa santé reproductive et pour savoir que tout écoulement ou toute plaie n'est pas forcément signe d'IST. Les IAG sont des infections de l'appareil génital qui comprennent à la fois les IST *et* les infections non causées par le contact sexuel. En dehors du contact sexuel, d'autres causes d'IAG incluent les infections dues à un déséquilibre des micro-organismes se trouvant normalement dans le tractus génital (vaginose bactérienne, infections vaginales à champignons) et les actes médicaux (souvent en l'absence d'une bonne technique aseptique).
2. Demandez aux participants de suggérer des moyens d'aborder les IAG et les IST avec les clientes après avortement, étant donné qu'il s'agit d'un sujet délicat.
3. Ecrivez leurs réponses sur une feuille du tableau de papier. Si nécessaire, partagez certains des exemples suivants (10 minutes)
 - "L'information dont je vais discuter avec vous est une information que nous donnons à toutes nos clientes. Avez-vous déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles (ou IST)? *Continuez à définir les IST, à décrire les signes et symptômes, le traitement, la prévention, etc. De cette façon, la cliente ne pensera pas que son partenaire ou elle-même sont particulièrement soupçonnés d'avoir une IST*
 - "Avez-vous déjà entendu parler des infections sexuellement transmissibles (ou IST)? Ces infections sont courantes et chacun de nous peut les contracter. Par conséquent, il est important que nous connaissions leurs signes et symptômes, comment elles sont transmises, comment les prévenir et où aller nous faire soigner si nous présentons les signes et symptômes. Ces signes et symptômes sont..." *Exposez en détail.*

4. Distribuez le document 6-A: Informations générales sur les IST (y compris le VIH) et les IAG, et parcourez-le rapidement. Expliquez que ce document ne doit pas être considéré comme une référence complète, mais plutôt comme un exemple de la manière dont l'information peut être présentée simplement afin que presque toutes les clientes puissent la comprendre. Demandez aux participants si des informations complémentaires devraient être ajoutées pour les clientes de leurs structures respectives et notez leurs suggestions sur une feuille du tableau de papier. Rappelez aux participants qu'ils peuvent utiliser le document et les notes des suggestions comme guide de référence rapide lorsqu'ils fournissent des informations sur les IAG et les IST aux clientes. (20 minutes)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

N'oubliez pas de faire allusion à la sexualité et aux questions liées au genre qui pourraient faire partie des discussions sur les IST, par exemple si la femme est devenue enceinte suite à une relation sexuelle non désirée ou si son mari a des relations "en dehors" du mariage, qui peuvent l'avoir exposée à une IST.

Activité 2: Travail en groupe entier/discussion (30 minutes)

1. Expliquez aux participants qu'étant donné que les prestataires peuvent ne pas avoir suffisamment de temps pour discuter de toute l'information figurant sur le Document 6-A avec chaque cliente après avortement, il est important de hiérarchiser les informations à fournir. (5 minutes)
2. Demandez à chaque participant de choisir *trois points clés* que chaque cliente après avortement devrait savoir sur les IAG et les IST avant de quitter la formation sanitaire et d'écrire ces points clés sur un morceau de papier. (5 minutes)
3. Demandez aux participants, à tour de rôle, de lire leurs trois points clés. Ecrivez chaque *nouveau* point clé sur le tableau de papier. (N'écrivez pas deux fois la même suggestion.) Ensuite, en groupe entier, choisissez dans la liste complète *trois points clés* que chaque cliente devrait connaître sur les IAG et les IST avant de quitter la structure sanitaire. (15 minutes)

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Nous demandons au groupe d'identifier "trois points clés" parce qu'il est facile de se rappeler trois éléments. Toutefois, quatre ou cinq points clés peuvent être retenus, pourvu que le groupe convienne qu'il s'agit de points "clés" pour chaque cliente.

Les points clés pourront inclure:

- la compréhension des signes et symptômes des IST;
- savoir où se rendre si l'on suspecte une IST à cause des signes ou symptômes;
- l'information sur le traitement;
- la conscience de la susceptibilité et la prévention.

4. Notez que si une cliente après avortement particulière désire plus d'informations sur les IAG et les IST, le prestataire devrait fournir autant d'informations supplémentaires que possible.
5. Rappelez aux participants d'inclure ces points clés dans leurs jeux de rôle sur le counseling avec les clientes de leurs études de cas (de la Séance 3). Comme pour le counseling relatif à la planification familiale, le prestataire doit déterminer quel est le meilleur moment pour communiquer l'information sur les IAG et les IST et il doit s'assurer d'une manière ou d'une autre que les points clés ont été traités avec chaque cliente. Toutefois, ce

genre de counseling est un peu plus difficile que le counseling en planification familiale parce que la plupart des clientes ne souhaitent pas entendre parler des IAG et des IST. Combattre ce manque d'intérêt (et cette gêne) sera l'un des défis que les jeux de rôle présentés plus tard dans la formation se chargeront de relever. (5 minutes)

6. Distribuez le Document 6-B: Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes, comme référence pour rappeler aux participants comment aborder la question des IAG, des IST et du VIH avec leurs clientes.

Partie B Référence des clientes à d'autres services



Durée: 30 minutes

Activité 1: Présentation (5 minutes)

1. Expliquez que ce thème tire parti de la discussion sur les IAG et les IST de la séance précédente.
2. Expliquez qu'au-delà des IAG et IST, les clientes après avortement peuvent être confrontées à d'autres types de problèmes médicaux et non médicaux.
3. Revoyez les catégories de problèmes figurant dans la colonne "Catégorie" de la feuille intitulée: "Autres problèmes de santé reproductive et ressources auxquelles la cliente peut être référée".



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Maintenant que les prestataires sont conscients de la nécessité de surveiller les signes et symptômes des IAG et des IST, ils doivent savoir à qui référer les clientes après avortement pour un traitement et une information complémentaires sur ces sujets ainsi que sur d'autres problèmes (notamment les problèmes médicaux, sociaux, économiques et émotionnels).



Activité 2: Remue-méninges (10 minutes)

1. Demandez aux participants de penser aux clientes des études de cas (de la Séance 3). Pour chaque catégorie, ils devront trouver des exemples de problèmes sans rapport avec les soins après avortement auxquels ces clientes peuvent être confrontées. Ecrivez leurs idées sur la feuille du tableau de papier, dans la colonne "Exemple(s)".
2. Demandez aux participants de penser à des ressources appropriées existant au sein de l'institution ou de la communauté et pouvant être utilisées comme références. Ecrivez leurs idées sur la feuille de papier, dans la colonne "Ressource(s)". (Pour des exemples de réponses, voir l'exemple de tableau rempli à la page 100)

Exemple de tableau rempli—NE PAS COPIER LE CONTENU

Autres problèmes de santé reproductive et ressources auxquelles la cliente peut être référée		
Catégorie	Exemple(s)	Ressource(s)
Médicale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tuberculose ■ Infection respiratoire ■ Perte d'une grossesse voulue ; incapacité de mener une grossesse à terme 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gynécologue-obstétricien ■ Autres spécialistes (de la fertilité, par exemple) ■ Autres prestataires de soins de santé
Social	<ul style="list-style-type: none"> ■ Viol ■ Violence familiale ■ Inceste 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre d'aide pour victimes de viol ■ Services juridiques ■ Autres services sociaux ou servant les besoins des femmes ■ Institution religieuse
Economique	<ul style="list-style-type: none"> ■ Manque de moyens pour se procurer une méthode de planification familiale ■ Nourriture ou argent limités ou insuffisants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Référence à des services de planification familiale gratuits ou à moindre coût ■ Services sociaux
Emotionnel	<ul style="list-style-type: none"> ■ Troubles émotifs dus aux problèmes sociaux cités ci-dessus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychologue ou conseiller ■ Institution religieuse
Autre		

Activité 3: Présentation (5 minutes)

1. Décrivez les signes qu'une cliente peut présenter lorsqu'elle est confrontée à des problèmes de santé reproductive non liés aux soins après avortement ou à d'autres problèmes.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Les signes d'autres problèmes comprennent:

- les indicateurs physiques tels que les contusions, les égratignures ou autres signes de mauvais traitement, de traumatisme, d'accident, ou de malnutrition (qui peut-être un indicateur de problèmes économiques);
- les indicateurs émotionnels comme l'angoisse ou la peur concernant son partenaire ou l'interruption de la grossesse, ou la dépression suite à la perte de la grossesse;
- les indicateurs révélés lors de la conversation tels que les questions sur des sujets non directement liés à l'intervention de SAA (par exemple les IST et le VIH, la sexualité, les pertes vaginales, entre autres).

2. Décrivez les types de questions qu'un prestataire peut poser pour identifier les besoins d'une cliente.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Des exemples de questions permettant d'évaluer les besoins de santé reproductive d'une cliente (en plus des questions concernant la planification familiale, les IAG et les MST) comprennent:

- Quels autres soucis ou craintes avez-vous concernant de futures grossesses?
- Pouvez-vous parler de ces soucis à votre partenaire, aux membres de votre famille ou à des amis?



Activité 4: Jeu de rôle (10 minutes)

1. Demandez un volontaire pour jouer le rôle de la cliente après avortement dans un mini-jeu de rôle. Dites au volontaire et aux autres participants qu'ils devront créer un scénario dans lequel une des clientes des études de cas (de la Séance 3) a besoin d'être référée à des services sans rapport avec les soins après avortement.
2. Choisissez une des clientes des études de cas pour le scénario. Dites aux participants que vous allez jouer le rôle du "prestataire" pour leur montrer comment utiliser efficacement les questions pour évaluer les besoins non liés aux soins après avortement d'une cliente (et comment lui fournir une référence). (Supposez que vous avez déjà traité la planification familiale, les IAG et les IST avec la cliente.)
3. Quittez la salle et accordez au groupe deux minutes pour créer une situation.
4. Retournez dans la salle et demandez au volontaire de ne pas vous donner d'information, à moins que vous ne lui posiez des questions qui méritent des réponses. Montrez comment poser des questions qui permettent d'évaluer les besoins de la cliente, puis référez celle-ci à la ressource appropriée.
5. Discutez du jeu de rôle avec les participants.

Partie C Menace d'avortement

Durée: 35 minutes



Activité 1: Travail en petits groupes (20 minutes)

1. Divisez les participants en deux groupes et affichez la feuille de la Séance 3 intitulée "Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement".
2. Affichez le Transparent 6-A: Exemple d'étude de cas N° 1: "Daisy" et le Transparent 6-B: Exemple d'étude de cas N° 2: "Diana". Assignez une étude de cas à chaque groupe ou remettez à chaque groupe une copie d'une des études de cas.
3. Donnez à chaque groupe une copie de la feuille intitulée "Comment aborder les sentiments des clientes présentant une menace d'avortement". Demandez aux participants de lire leurs études de cas respectives et de dresser sur la feuille la liste des sentiments que peut éprouver la cliente pendant qu'elle se trouve dans l'établissement de santé.
4. De même, pour chaque sentiment identifié, dites aux participants d'indiquer la ou les raisons pour lesquelles la cliente pourrait éprouver ces sentiments, en utilisant la feuille de la Séance 3 concernant l'étude de cas.
5. Demandez à chaque groupe de remplir la troisième colonne pour la cliente de leur étude de cas. A cet effet, les membres du groupe devront se poser la question suivante: "Que peut faire le prestataire quand la cliente se trouve dans cet état?"



6. Demandez à chaque groupe de choisir un de leurs membres pour rapporter leurs résultats au reste des participants pendant la discussion en groupe entier.

Activité 2: Discussion (15 minutes)

1. Affichez sur le mur la feuille du tableau de papier intitulée “Comment aborder les sentiments des clientes présentant une menace d’avortement”, à côté des études de cas respectives.
2. Demandez au porte-parole de chaque groupe de partager les idées du groupe.
3. Demandez au reste des participants s’ils ont des commentaires ou des questions.

Documents de la Séance 6

Document 6-A

Informations générales sur les IST (y compris le VIH) et les IAG

Les IST

Que sont les IST ?

- Les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris l'infection à VIH (qui cause le SIDA), sont des infections transmises par les rapports sexuels (vaginaux, anaux ou oraux).
- Si elles ne sont pas traitées, les IST peuvent entraîner de graves problèmes de santé, comme la stérilité.
- Il n'existe pas de remède pouvant guérir le VIH/SIDA et l'infection aboutit habituellement à la mort.
- Certaines IST peuvent être transmises au bébé pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, causant de graves infections.
- Le VIH et certaines autres IST peuvent aussi être transmis par l'intermédiaire d'aiguilles à injection sales, d'outils servant à couper la peau et de transfusions sanguines (quand le sang n'a pas subi de test de dépistage).
- Les IST sont parfois appelées "maladies vénériennes", et elles sont très répandues dans le monde.

Quelles sont certaines IST courantes ?

- Le chancre mou
- La chlamydia
- La gonococcie
- L'hépatite B
- L'hépatite C
- L'herpès
- Le VIH/SIDA
- Le virus de la verrue humaine (VVH)
- La syphilis

Comment savoir si vous avez une IST ?

Beaucoup de personnes atteintes d'IST, surtout les femmes, n'ont pas de symptômes. (Les symptômes sont des signes dans votre corps qui vous font savoir que quelque chose ne va pas.) Quand ils apparaissent, les symptômes peuvent inclure:

- un écoulement inhabituel du vagin ou du pénis;
- une douleur ou une sensation de brûlure lors de la miction;
- des démangeaisons ou une irritation au niveau des organes génitaux;
- des plaies ou des bosses sur les organes génitaux ou l'anus;
- une éruption, y compris sur les paumes des mains et les plantes des pieds;
- chez les femmes, une douleur pelvienne (au-dessous du nombril).

La présence d'un de ces symptômes ne veut pas nécessairement dire que vous avez une IST, mais si vous présentez des symptômes, vous (et tout partenaire sexuel) devriez consulter dans un dispensaire ou un hôpital.

(suite page suivante)

Document 6-A (suite)

Informations générales sur les IST (y compris le VIH) et les IAG

Comment pouvez-vous vous protéger contre les IST?

Pratiquez la sexualité à risques réduits:

- N'ayez de rapports sexuels qu'avec un partenaire non infecté n'ayant pas lui-même d'autres partenaires.
- Si ce n'est pas possible ou si vous ne savez pas si votre partenaire est infecté:
 - ▼ Pour les rapports vaginaux ou anaux, utilisez un préservatif toutes les fois que vous avez des rapports sexuels, sans exception.
 - ▼ Pour les rapports oraux, mettez un préservatif sur le pénis ou couvrez le vagin ou l'anus avec de la cellophane ou un préservatif fendu.
 - ▼ Livrez-vous à d'autres formes d'activité sexuelle, par exemple la stimulation de votre partenaire avec la main. (Lavez-vous toujours les mains aussitôt après.)

RAPPEL: La communication entre les partenaires est importante pour pratiquer la sexualité à risques réduits avec succès. Les partenaires peuvent ainsi discuter des risques, de la confiance qu'ils s'accordent et de l'emploi des préservatifs. Plus les partenaires seront à même de parler des pratiques pouvant les exposer à des risques, mieux ils pourront identifier les moyens de réduire leur risque d'infection.

Comment utilise-t-on correctement un préservatif?

Les prestataires doivent montrer comment utiliser correctement un préservatif, puis demander à la cliente de répéter la démonstration. Pour éviter de contracter une IST, il faut *toujours* employer un préservatif.

Les IAG

Que sont les IAG ?

Les infections de l'appareil génital (IAG) sont des infections des organes génitaux. Les IAG comprennent à la fois les IST *et* d'autres types d'infections qui ne sont pas causées par le contact sexuel.

Les IAG qui *ne* sont *pas* souvent sexuellement transmises comprennent:

- l'infection vaginale à champignons;
- la vaginose bactérienne.

Quels sont les symptômes et signes des IAG ?

- Un écoulement inhabituel du vagin
- Une douleur lors de la miction
- Des douleurs pendant les rapports sexuels
- Des démangeaisons vaginales

Quelles sont les éventuelles complications des IAG non traitées?

- La vaginose bactérienne peut augmenter le risque d'infection à la suite d'une intervention chirurgicale vaginale ou d'un avortement et elle peut accroître le risque de travail précoce et d'accouchement prématuré.
- Les infections à champignons ou les vaginoses bactériennes graves peuvent causer à certaines femmes un malaise extrême.

Information sur les IST adaptée de : EngenderHealth. 2000. *What every client should know: STI/HIV prevention quick-reference cards for health care providers*. New York.

Document 6-B

Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes

Lorsque nous conseillons les clientes sur les questions de santé sexuelle et reproductive, nous devons souvent leur poser des questions très personnelles et délicates. Ceci peut représenter un défi pour la cliente qui n'est peut-être habituée à discuter de questions si personnelles qu'avec un membre de sa famille (et encore !). Cela peut aussi être un défi pour les prestataires ou les conseillers qui doivent pouvoir obtenir l'information nécessaire pour aborder le risque de grossesse non désirée et d'infection par le VIH et autres IST des clientes, ainsi que leurs soucis concernant la sexualité.

Mise en train

Il est préférable d'engager la conversation en posant des questions ouvertes d'ordre général. Le fait de poser de telles questions, par exemple sur les raisons ayant poussé la cliente à se présenter à la structure sanitaire ou sur sa santé en général, vous aidera à préparer le terrain pour les questions plus délicates que vous allez lui poser.

Plus tard, vous pourrez poser des questions plus ciblées pour obtenir des informations précises. Vous devrez introduire la discussion à votre façon, selon le cadre, la cliente, le type de service qu'elle recherche ou ce dont elle se plaint.

Exemples

- Assurez la cliente qu'il s'agit de questions de routine et que les mêmes questions sont posées à tout le monde. Par exemple:

“Je vais maintenant vous poser des questions très personnelles. Nous posons ces questions à tout le monde parce que nous croyons que la vie sexuelle d'une personne est un aspect important de sa santé.”
- Assurez la cliente que les questions auront un rapport direct avec les soins qu'elle recevra et les décisions qu'elle prendra pendant la visite:

“Il est important que je vous pose ces types de questions pour pouvoir vous aider à prendre des décisions qui vous conviennent en matière de santé.”
- Assurez-vous qu'elle est à l'aise:

“Si des questions particulières vous mettent mal à l'aise, n'hésitez pas à me le faire savoir”
- Introduisez les questions dans le contexte du risque de contracter le VIH et les IST:

“Comme vous le savez probablement, le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles sont très répandus dans cette région. J'aimerais discuter plus en détail avec vous de votre situation pour que nous puissions déterminer si vous courez un risque. Nous discutons de ce sujet avec toutes nos clientes pour nous assurer qu'elles reçoivent l'information et la méthode de planification familiale qui répond le mieux à leurs besoins.”

Questions d'ordre général

Vous pouvez entamer la conversation en posant des questions très générales, par exemple:

- Avez-vous des questions ou des soucis dont vous aimeriez discuter en ce qui concerne vos relations sexuelles?
- Pouvez-vous me parler de votre époux, de votre ou de vos partenaires sexuels? Avec qui vivez-vous?
- Parlez-moi de vos expériences sexuelles.
- Quelles questions vous posez-vous concernant ce qui pourrait arriver à votre corps pendant les rapports sexuels?
- Etes-vous satisfaite de votre vie sexuelle? Pourquoi ou pourquoi pas? En parlez-vous avec votre partenaire?
- Parlez-moi de vos premières expériences sexuelles. (Ceci est une question particulièrement importante dans le cas de jeunes clientes.)

(suite page suivante)

Document 6-B (suite)

Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes

Obtenir de la cliente les détails nécessaires

Des questions plus ciblées peuvent souvent être intégrées dans une discussion portant sur les antécédents médicaux, les caractéristiques sociodémographiques ou les facteurs de risque ayant rapport au service fourni. Si l'information n'émerge pas de la discussion générale, posez des questions pénétrantes sur le risque de contracter le VIH et les IST, la planification familiale, les soucis prénatals ou post-partum, ou autres sujets pertinents.

Exploration : poser des questions précises

La liste de sujets ci-dessous *ne doit pas* être utilisée comme liste de contrôle; elle est tout simplement un guide pour vous aider à vous rappeler les points essentiels de l'information qu'il faudrait obtenir de la cliente. Les questions sur la vie sexuelle, les pratiques sexuelles, les risques sexuels et le contexte social de la cliente devraient être posées dans le cadre d'une conversation à deux sens sur sa situation personnelle.

Risque de contracter les VIH/IST

Pendant la discussion exploratoire, essayez d'obtenir des informations sur les sujets clés afin de pouvoir aider la cliente à percevoir et déterminer son risque de contracter les IST, notamment sur:

- le nombre (et le sexe) de ses partenaires sexuels actuels et anciens;
- sa connaissance des pratiques sexuelles de son partenaire et de ses autres partenaires;
- l'emploi du préservatif;
- les antécédents d'IST et autres infections;
- les pratiques et comportements sexuels.

Soucis relatifs à la planification familiale

En plus de l'obtention d'information sur les antécédents et besoins en matière de contraception, les intentions concernant la procréation et les contre-indications potentielles, explorez les facteurs associés à la sexualité qui peuvent influencer sur le choix du contraceptif et la décision de continuer à utiliser la méthode, notamment:

- la peur d'être enceinte ou de contracter une maladie;
- les soucis à propos de l'impact négatif de la méthode (préservatifs, autres méthodes barrières, par exemple) sur le plaisir sexuel;
- la diminution de la réaction sexuelle due à l'emploi des méthodes hormonales;
- le risque de contracter le VIH et les IST (voir ci-dessus).

Autres sujets pour toutes les clientes

- Intervention chirurgicale ou maladies antérieures ayant rapport au fonctionnement sexuel
- Soucis concernant la sexualité à l'approche de la ménopause
- Dysfonctionnement sexuel chez la cliente ou le partenaire
- Douleur pendant les rapports sexuels
- Absence de désir ou d'orgasme ou manque de satisfaction sexuelle
- Lubrification insuffisante
- Age au moment du premier rapport sexuel
- Expérience récente ou passée de la coercition ou de l'abus sexuel
- Impact de la consommation de drogue ou d'alcool sur l'activité sexuelle et risques
- Utilisation et soutien de la contraception par le partenaire, communication avec le partenaire au sujet de l'utilisation de la contraception ou de la prévention des maladies

(suite page suivante)

Document 6-B (suite)

Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes

Exemples de questions sur divers sujets

- Quand êtes-vous devenue sexuellement active?
- Pouvez-vous me dire environ combien de partenaires sexuels vous avez eus?
- Ces partenaires étaient-ils des hommes ou des femmes?
- Étiez-vous consentante lors de toutes vos expériences sexuelles passées?
- Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive (méthode de planification familiale), quelle qu'elle soit, lors de vos relations sexuelles? Si oui, lesquelles? Quelle est la fréquence d'utilisation de ces méthodes? Que pensez-vous de ces méthodes? Et votre partenaire?
- Plus particulièrement, vous est-il arrivé d'utiliser des préservatifs?
- Si non, cela vous intéresserait-il d'employer des préservatifs dans vos relations actuelles ou futures?
- A votre connaissance, est-ce qu'un de vos partenaires actuels ou anciens, ou vous-même, avez jamais eu une infection sexuellement transmissible?
- A quels genres de pratiques sexuelles vos partenaires actuels ou anciens et vous-même vous êtes-vous livrés? Comment avez-vous des rapports sexuels? (*Remarque* Les clientes répondent souvent, "Nous avons des relations sexuelles." Il est important que la cliente précise ce qu'elle entend par "relations sexuelles". Si elle dit "rapports", demandez s'il s'agit de rapports vaginaux ou anaux, et aussi si elle a jamais administré ou reçu des rapports oraux? Veillez à utiliser un terme neutre en faisant allusion au partenaire sexuel de la cliente jusqu'à ce qu'elle révèle son sexe.)
- Avez-vous d'autres partenaires en dehors de votre principal partenaire? Pensez-vous que votre partenaire puisse avoir d'autres partenaires?
- Avez-vous mal pendant ou après les rapports sexuels avec votre partenaire?
- Éprouvez-vous une sensation de brûlure ou une autre douleur quand vous urinez?
- Éprouvez-vous des démangeaisons, une sensation de brûlure ou une douleur à n'importe quel autre moment? Avez-vous ou avez-vous jamais eu un écoulement inhabituel de votre pénis/vagin?
- Avez-vous des questions ou des soucis à propos de votre relation sexuelle dont vous aimeriez discuter?
- Que pensez-vous de votre relation sexuelle actuelle?
- D'après vous, quelles sont les chances pour que vous soyez exposée au VIH ou à d'autres IST? Et votre partenaire?
- Que penseriez-vous d'une (autre) grossesse en ce moment-ci? Et que penserait votre partenaire, d'après vous?

Adapté de : EngenderHealth. 2001. *Sexuality and sexual health: Online minicourse*. <http://www.engenderhealth.org/res/onc/sexuality/index.html>.

Séance 7: Counseling après avortement

Objectifs

- Décrire le but et les trois phrases du counseling des clientes après avortement.
- Examiner le counseling après avortement dans le contexte des services de soins après avortement existants.
- Expliquer comment créer un environnement confortable pour une discussion ouverte des besoins et soucis de la cliente.
- Dresser la liste des informations qui doivent être communiquées aux clientes “avant l’intervention”, notamment l’état de santé de la cliente et une description de l’acte médical.
- Montrer comment effectuer le counseling avant l’intervention, en utilisant les compétences en communication pour répondre aux besoins des clientes comme suit:
 - ▼ Déterminer si la cliente est disposée à discuter de ses soucis et sentiments.
 - ▼ Encourager la cliente à poser des questions et à exprimer ses opinions et sentiments.
 - ▼ Fournir des explications simples aux questions de la cliente.
- Identifier les soucis et besoins de la cliente pendant l’acte médical après avortement.
- Décrire les réponses verbales et non verbales aux besoins de la cliente pendant l’intervention.
- Montrer comment soutenir la cliente pendant l’intervention à travers des jeux de rôle.
- Décrire l’état d’esprit de la cliente après avortement à l’issue de l’intervention, ainsi que ses soucis et besoins immédiats.
- Donner à la cliente les instructions postopératoires (notamment comment se soigner, les effets secondaires courants de l’intervention, les signes d’éventuelles complications et ce qu’il faut faire lorsque ces signes se manifestent), aussi bien que le retour de la fécondité et les sources de référence pour les problèmes ou soucis non médicaux.
- Montrer comment parler avec la cliente après l’intervention, notamment des points suivants: les instructions postopératoires, l’information de base sur la santé reproductive et la contraception, et la référence à d’autres types de prestataires, si nécessaire.

Méthodes de formation

- Présentation/discussion
- Remue-méninges
- Jeu de rôle

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Feuilles portant les études de cas sur les clientes (de la Séance 3)
- Feuilles intitulées “Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement” pour toutes les clientes (de la Séance 3)
- Transparent 7-A: Exemple de “Carte” pour une visite des services de soins après avortement par les clientes des études de cas (page 170)

- Transparent 7-B: Conditions générales du contrôle de la douleur (pendant une évacuation utérine avec une cliente éveillée) (page 171)
- Document 7-A: Counseling après avortement (page 125)
- Document 7-B: Counseling de la cliente après avortement (page 126)
- Document 7-C: Principes du counseling à l'intention du prestataire: avant l'intervention de SAA (page 127)
- Document 7-D: Principes du counseling à l'intention du prestataire: après l'intervention de SAA (page 128)
- Document 7-E: Fiche de renseignements postopératoires (à l'intention des clientes) (page 129)
- Document 7-F: Syndrome post-abortum (à l'intention des prestataires) (page 131)
- Document 7-G: Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention (page 133)
- "Accessoires" pour les jeux de rôle, tels que les matériels éducatifs destinés aux clientes, une couverture, un rideau, des tentures ou autres matériels pouvant rendre les jeux de rôle plus réalistes
- Caméra vidéo et télévision ou écran (facultatif)

Préparatifs préliminaires

1. Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
2. Parcourir tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
3. Préparer trois feuilles du tableau de papier intitulées respectivement "Besoins et soucis", "Comment déterminer si la cliente est disposée à parler" et "Création d'un environnement confortable pour la discussion".
4. Arranger la salle de telle sorte que chaque groupe puisse s'asseoir à côté des feuilles portant son étude de cas et les sentiments de sa cliente.
5. Préparer une feuille du tableau de papier à partir du Transparent 7-B: Conditions générales du contrôle de la douleur (pendant une évacuation utérine avec une cliente éveillée).
6. Rassembler les matériels et aménager la salle pour les jeux de rôle de démonstration et de pratique d'un acte médical (c'est-à-dire quatre "salles" d'intervention).
7. Installer la caméra vidéo ainsi que la télévision ou l'écran (facultatif).



Durée de la séance (totale): 4 heures 5 minutes à 4 heures 20 minutes.

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 7

Partie A Vue d'ensemble du counseling après



Durée: 45 minutes

Activité 1: Exercice en groupe entier/discussion (25 minutes)

1. Demandez à un volontaire d'effectuer une "visite de repérage" des services de soins après avortement de sa structure sanitaire comme suit: le volontaire, jouant le rôle de la cliente de son étude de cas, devra "suivre" les pas de la cliente du moment où elle arrive à l'établissement jusqu'au moment où elle en repart (ou revient pour le suivi). A mesure que le volontaire décrit les différentes étapes franchies par la cliente, tracez le diagramme correspondant sur une feuille du tableau de papier.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

L'exemple de "visite/repérage" effectuée par une des clientes des études de cas devrait rendre l'exercice interactif et clarifier ce qui se passe pendant chaque phase du traitement pour les clientes après avortement des formations sanitaires des participants. La carte, qui doit identifier les points de contact réels avec les différents services et prestataires de services, peut permettre de savoir comment et quand conseiller les clientes à différents points du processus de prestation de services. (Voir page 168 pour un exemple de carte.)

2. Décrivez brièvement les services qui manquent ou qui doivent être améliorés. Ceci offrira aux participants un cadre tangible et familier pour réfléchir aux trois phases du counseling et les appliquer.

Activité 2: Discussion (20 minutes)

1. Demandez aux participants de décrire le rôle du counseling dans les soins après avortement. Clarifiez toute idée fautive et répondez aux questions soulevées par les participants. Ensuite, distribuez le Document 7-A: Counseling après avortement (qui comprend la définition du counseling de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]).



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Le Document 7-A clarifie le rôle du counseling dans les soins après avortement et examine les éléments du counseling, notamment qui peut dispenser le counseling ainsi que les qualités et compétences nécessaires pour le faire. La présentation de ce matériel à ce stade de la formation répond à trois buts: elle offre un cadre dans lequel placer les compétences, attitudes et connaissances traitées dans les Séances 2 à 6; elle prépare les participants à la pratique du counseling durant le reste de la formation et elle rend le counseling après avortement crédible aux yeux des participants en référant à la publication de l'OMS.

- Expliquez aux participants que les compétences en counseling et les étapes du counseling devraient toujours être intégrées dans leur travail de routine avec les clientes après avortement. Rappelez-leur que la responsabilité du counseling est partagée par *tout le personnel* qui communique avec les clientes, ne fut-ce que pour une courte durée. Si les participants continuent de percevoir le counseling comme un “nouveau” poste dont les tâches ne font pas partie de leurs descriptions de poste, les jeux de rôle qui suivent (Parties B à D) vous permettront de traiter ce problème.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Le document de l'OMS utilise le terme “soins en cas d'avortement” pour désigner à la fois les soins d'urgence de l'avortement et l'avortement volontaire. Quant à nous, nous insistons sur les aspects du counseling se rapportant spécifiquement aux soins d'urgence ou soins après avortement.

- Distribuez le Document 7-B: Counseling de la cliente après avortement, et résumez brièvement les différentes phases du counseling en matière de soins après avortement.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Utilisez des exemples des études de cas pour souligner que le contenu du counseling peut varier entre les différentes phases. Par exemple, si la cliente X de l'étude de cas arrive en état de choc, la discussion sur ses futures intentions en matière de fécondité doit attendre jusqu'à ce qu'elle ait été traitée et stabilisée, et qu'elle soit en mesure de parler de façon cohérente et sans éprouver de malaise.

Partie B Counseling avant l'intervention

Durée: 1 heure 30 minutes à 1 heure 35 minutes

Activité 1: Remue-méninges/discussion (15 minutes)

- Posez aux participants les questions suivantes: De quelle information la cliente a-t-elle besoin avant l'intervention? Quels autres besoins et soucis pourrait-elle avoir? Si nécessaire, référez-vous au Document 7-B pour l'identification des besoins et soucis, ainsi qu'à la feuille intitulée “Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement”.
- Ecrivez les commentaires des participants sur la feuille du tableau de papier intitulée “Besoins et soucis” et affichez la feuille sur le mur.
- Distribuez le Document 7-C: Principes du counseling à l'intention du prestataire: avant l'intervention de SAA, et résumez-le en passant en revue les principes directeurs du counseling avant l'intervention.

Activité 2: Remue-méninges/discussion (30 minutes)

- Posez la question suivante aux participants: Comment pouvez-vous déterminer le moment opportun pour parler avec la cliente de ses besoins et soucis? Ecrivez leurs idées sur la feuille du tableau de papier intitulée “Comment déterminer si la cliente est disposée à parler”.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Le processus visant à déterminer la disposition de la cliente à parler et à créer un environnement confortable diffère d'une structure à une autre et dépend de l'état de la cliente, de la culture locale et des spécificités de la structure offrant les services de soins après avortement (par exemple un hôpital par opposition à une clinique). Les exemples suivants peuvent être utilisés pour orienter la discussion:

- Observer l'apparence de la cliente: est-elle consciente, alerte, orientée? Semble-t-elle endormie, souffrante, craintive, agitée? Vous regarde-t-elle quand vous la saluez?
- Lui demander: "Comment vous sentez-vous?"
- Lui dire: "Vous avez peut-être des questions sur ce qui se passe. Est-ce le bon moment pour en parler?"

Les participants devraient savoir que bien que le prestataire puisse et doive essayer de communiquer avec une cliente à demi-consciente, elle peut ne pas retenir ou se rappeler l'information ou les instructions essentielles qui lui sont données avant ou après l'intervention. Cette information doit être communiquée lorsque la cliente est éveillée et alerte.

2. Affichez la feuille remplie sur le mur pour vous y référer pendant le reste de la séance.
3. Demandez aux participants de citer des moyens de créer un environnement confortable pour discuter ouvertement des besoins et soucis des clientes.
4. Ecrivez leurs idées sur la feuille intitulée: "Création d'un environnement confortable pour la discussion".
5. Montrez comment aménager le cadre et parler doucement tout en étant assis ou debout près de la cliente, comme décrit ci-dessous.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Des manières de créer un environnement confortable pour la discussion incluent:

- Aménager le cadre de façon à ce qu'il soit favorable à une discussion confidentielle avec la cliente (par exemple placer un paravent ou tirer un rideau pour la protéger des regards, ou vous assurer que vous êtes suffisamment loin des autres clientes et du personnel pour ne pas être entendus si vous parlez doucement)
- S'asseoir ou se tenir debout près de la cliente et parler doucement
- Assurer la cliente de la confidentialité de l'entretien (c'est-à-dire que tout ce qu'elle dira restera entre elle et vous, à moins que d'autres membres du personnel médical qui la traitent n'aient besoin de l'information)
- Reconnaître que la crainte, la confusion ou l'inquiétude sont des émotions courantes chez la plupart des femmes se trouvant dans cette situation
- Demander si elle aimerait faire participer quelqu'un d'autre à la discussion (par exemple son partenaire ou des membres de sa famille)

6. Affichez la feuille remplie sur le mur pour vous y référer pendant le reste de l'atelier.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Lorsque les participants auront fini d'élaborer les listes propres à leurs cultures et structures sanitaires, vous pourrez les faire dactylographier et photocopier afin de les distribuer comme documents de référence avant la fin de l'atelier.

Activité 3: Préparation des jeux de rôle (15 minutes)

Remarque Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes des études de cas (de la Séance 3) comme personnages.

1. Reconstituez les mêmes groupes que le premier jour de l'atelier, lors de l'élaboration des études de cas sur les clientes, puis placez chaque groupe à l'endroit où sont affichés son étude de cas et sa feuille sur les sentiments de la cliente.
2. Demandez à chaque groupe:
 - de concevoir un jeu de rôle de 5 à 10 minutes sur le counseling avant intervention, au cours duquel les tâches de communication suivantes seront exécutées:
 - ▼ Déterminer la disposition de la cliente à discuter de ses soucis et sentiments.
 - ▼ Encourager la cliente à poser des questions et à exprimer ses opinions et sentiments.
 - ▼ Fournir des explications simples aux questions de la cliente.
 - de penser à utiliser les questions ouvertes ou portant sur les sentiments qu'ils ont élaborées pendant la Séance 4 et d'aborder la sexualité ainsi que les questions identifiées liées au genre dans la Séance 6;
 - de penser à montrer qu'ils cherchent à interpréter les sentiments que cachent les mots de la cliente.
3. Distribuez les "accessoires" aux différents groupes.
4. Circulez dans la salle pour aider les participants à élaborer leurs jeux de rôle.

Activité 4: Pratique du jeu de rôle (20 à 25 minutes)

1. Choisissez au hasard un groupe pour présenter son jeu de rôle aux autres participants.
2. Introduisez le jeu de rôle en rappelant aux participants les circonstances de l'étude de cas.
3. Utilisez la caméra vidéo pour enregistrer le jeu de rôle (facultatif).
4. Arrêtez le jeu de rôle s'il dépasse les 10 minutes imparties. (10 minutes maximum)
5. Projetez la bande vidéo du jeu de rôle (si vous utilisez une caméra) et ouvrez une discussion (10 minutes) en posant les questions suivantes:
 - Que pensez-vous que la "cliente" a ressenti pendant ce jeu de rôle?
 - Quelles tâches de communication ont été réalisées?
 - Qu'est-ce que le groupe a bien fait?
 - Comment pourrait-il améliorer sa prestation?

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Il vous faudra peut-être rappeler aux participants de:

- prendre le jeu de rôle au sérieux. (C'est une occasion de s'entraîner pour pouvoir communiquer avec de vraies clientes le lendemain.);
- être réalistes dans les scénarios qu'ils présentent. (Une cliente ne peut pas carrément dire au prestataire qu'elle a provoqué un avortement dans un pays où l'avortement est illégal.);
- adapter la conversation aux besoins individuels de la cliente plutôt que d'utiliser une discussion préparée d'avance qui contient des informations hors de propos. (Si une cliente veut concevoir de nouveau sous peu de temps, elle n'est probablement pas intéressée par les méthodes de planification familiale de longue durée.);
- demander à la cliente quels sont ses besoins ou désirs, au lieu de faire des suppositions à ce sujet.

6. Résumez les remarques et ajoutez les points qui n'ont pas été traités par les participants.

Activité 5: Discussion (10 minutes)

1. Résumez les jeux de rôle en posant les questions suivantes:

- Qu'avez-vous appris dans cette séance?
- Comment pourriez-vous mettre en pratique ce que vous avez appris dans votre propre structure sanitaire?

2. Soyez prêt à faire votre propre démonstration de jeu de rôle au cas où des étapes ou compétences clés seraient à renforcer.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Les jeux de rôle auront un plus grand effet si chaque groupe a l'occasion de s'exercer devant les autres groupes et d'en recevoir les commentaires en retour. Toutefois, ceci prend plus de temps, en particulier s'il y a beaucoup de participants. Les groupes peuvent s'entraîner à exécuter leurs jeux de rôle en même temps, s'il y a assez d'espace et suffisamment de formateurs pour superviser chaque groupe. Il faudrait tout de même demander à un groupe de faire une démonstration pour les autres groupes, puis mener une discussion en groupe entier et faire des remarques pour ce jeu de rôle. Lorsque les participants auront fini de démontrer leurs jeux de rôle, le formateur devra identifier les points qui n'ont pas été bien interprétés et montrer comment les améliorer.

Le temps consacré aux séances pratiques variera entre la présente séance et les deux séances suivantes. Au cours de cette séance, les jeux de rôle dureront plus longtemps puisque les participants ne sont pas habitués à cette méthode. Les séances pratiques ultérieures prendront moins de temps, à mesure que les participants s'habitueront au format et que leurs compétences s'amélioreront. Soyez flexible sur la durée, cette pratique étant l'un des aspects les plus importants de toute la formation. (*Remarque:* L'enregistrement vidéo ajoutera 5 à 10 minutes au temps requis pour l'exercice.)

Partie C Soutien à la cliente durant l'intervention



Durée: 50 à 55 minutes

Activité 1: Remue-méninges/discussion (10 minutes)

1. Référez-vous à la feuille intitulée “Besoins et soucis” de l’Activité 1 de la Partie B, et demandez aux participants d’identifier les besoins et soucis que la cliente pourrait avoir durant l’acte médical.
2. Insistez sur la gamme d’émotions qu’une cliente pourrait ressentir. (Si cet élément ne figure pas sur la liste des participants, rappelez-leur le respect du droit de la cliente à la confidentialité, l’intimité et la dignité abordé lors des séances précédentes.)
3. Demandez aux participants comment le prestataire de services peut répondre à ces besoins, à la fois verbalement et non verbalement.
4. Résumez en expliquant l’importance de reconforter la cliente et de lui accorder une certaine attention—par le contact et les mots—pour contrôler la douleur.
5. Introduisez les conditions générales du contrôle de la douleur comme suit:

“La peur rend toute sensation de douleur plus forte attention soutenue et un reconfort par le contact et les mots (“anesthésie verbale” ou “verbacaine”) sont essentiels pour aider la femme à faire face à cet aspect de l’expérience.”

- Margolis, A., Leonard, A. H. et Yordy, L. 1993. Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care* 3(1):1-8.
6. Affichez la feuille intitulée “Conditions générales du contrôle de la douleur” et passez en revue les conditions:
 - Une salle d’intervention calme et rassurante.
 - Un personnel sanitaire calme, amical, doux et posé.
 - Une attention soutenue à la cliente de la part de l’équipe médicale.
 - Une explication claire de ce à quoi s’attendre avant l’intervention, de ce qui se passera pendant le traitement et, éventuellement, des malaises qu’elle pourra ressentir.
 - Une équipe de prestataires compétents, efficaces et qualifiés, qui communiquent bien avec la cliente.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Rappelez aux participants que le traitement après avortement ne se limite pas à l’intervention d’AMIU, mais qu’il inclut l’aspect beaucoup plus vaste de la prise en charge des complications de l’avortement. Les produits de la conception non évacués ne sont qu’un sous-ensemble de ces complications.

Activité 2: Préparation du jeu de rôle (15 minutes)

Remarque Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes des études de cas (de la Séance 3) comme personnages.

1. Référez-vous aux feuilles élaborées et affichées au cours de la Partie B et rappelez aux participants de les utiliser comme ressource pour les exercices de jeu de rôle.



2. Reconstituez les mêmes groupes que le premier jour de l'atelier, lors de l'élaboration des études de cas sur les clientes, puis placez chaque groupe à l'endroit où sont affichés son étude de cas et sa feuille sur les sentiments de la cliente.
3. Demandez à chaque groupe:
 - d'identifier les besoins et soucis spécifiques de la cliente de son étude de cas;
 - de concevoir un jeu de rôle de 5 minutes sur le counseling pendant l'acte médical, au cours duquel ils utiliseront les compétences verbales et non verbales pour satisfaire les besoins de la cliente et calmer ses soucis;
 - de penser à montrer qu'ils cherchent à interpréter les sentiments que cachent les mots de la cliente dans les jeux de rôle.
4. Distribuez les "accessoires" aux différents groupes.
5. Circulez dans la salle pour aider les participants à élaborer leurs jeux de rôle.

Activité 3: Pratique du jeu de rôle (20 à 25 minutes)

- 
1. Choisissez au hasard un groupe pour présenter son jeu de rôle aux autres participants.
 2. Introduisez le jeu de rôle en rappelant aux participants les circonstances de l'étude de cas.
 3. Utilisez la caméra vidéo pour enregistrer le jeu de rôle (facultatif).
 4. Arrêtez le jeu de rôle s'il dépasse les 5 minutes imparties. (*5 minutes maximum*)
 5. Projetez la bande vidéo du jeu de rôle (si vous utilisez une caméra) et ouvrez une discussion (*10 minutes*) en posant les questions suivantes:
 - Que pensez-vous que la "cliente" a ressenti pendant ce jeu de rôle?
 - Quelles tâches de communication ont été réalisées?
 - Qu'est-ce que le groupe a bien fait?
 - Comment pourrait-il améliorer sa prestation?
 6. Résumez les remarques et ajoutez les points qui n'ont pas été traités par les participants.
 7. Donnez l'exemple suivant pour montrer comment le prestataire peut répondre aux besoins et sentiments de la cliente pendant l'intervention:

"Dans certaines cultures, les femmes ont honte de rester les jambes écartées pendant un certain temps, même si cela fait partie d'un procédé clinique. Bien que les prestataires ne puissent pas complètement supprimer de tels sentiments de honte, ils peuvent se montrer sensibles aux soucis des clientes par des gestes simples tels que recouvrir la partie inférieure de leur corps chaque fois que possible, leur tenir la main, leur dire que beaucoup de femmes se sentent mal à l'aise dans cette situation et les réconforter en leur faisant comprendre que ce qu'elles ressentent est tout à fait normal."

Activité 4: Discussion (5 minutes)

1. Résumez les jeux de rôle en posant les questions suivantes:
 - Qu'avez-vous appris lors de cette séance?
 - Comment pourriez-vous mettre en pratique ce que vous avez appris dans votre propre structure sanitaire?
2. Soyez prêt à faire votre propre démonstration de jeu de rôle au cas où des étapes ou compétences clés seraient à renforcer.

 **CONSEIL DE FORMATION** ○○○

Reportez-vous au Conseil de formation de l'Activité 5 de la Partie B (page 117), pour les options sur la conduite des jeux de rôle. Comme dans les séances précédentes, vous devez identifier les aspects qui n'ont pas été correctement interprétés et montrer comment les améliorer.

Abordez les situations où la cliente est à demi-consciente à cause de son affection (et non à cause des médicaments qui lui ont été administrés). Dites aux participants que même dans ces cas, ils peuvent apporter leur soutien à la cliente en la rassurant par le contact et des paroles et en accordant une attention particulière à ses besoins (grâce à l'écoute attentive et la communication dans les deux sens).

Rappelez aux participants qu'il se peut que des membres du personnel prenant part à des interventions futures n'aient pas reçu cette formation. Toutefois, les participants peuvent partager avec d'autres les connaissances qu'ils ont acquises (et améliorer la qualité de tous les services offerts dans la structure) en servant de modèle quant aux compétences en communication et en venant en aide à leurs collègues durant l'intervention.

Ce jeu de rôle ne doit durer que cinq minutes parce qu'il y a moins de tâches de communication à mettre en pratique. Toutefois, les expressions de soutien verbal et le langage corporel sont toujours très importants. Ils peuvent aussi constituer différents défis pour les participants habitués à communiquer uniquement grâce aux mots. Par conséquent, si les participants ne peuvent pas adéquatement faire usage du langage corporel et témoigner du soutien pendant les cinq minutes que doit durer le jeu de rôle, accordez-leur plus de temps et donnez-leur de nouvelles orientations.

Partie D **Counseling après l'intervention**

Durée: 1 heure à 1 heure 5 minutes

**Activité 1: Discussions en groupe entier (25 minutes)**

1. Référez-vous à la feuille intitulée "Besoins et soucis" et identifiez les éléments qui pourraient s'appliquer à l'état d'esprit de la cliente *après* l'intervention.
2. Demandez aux participants si d'autres sentiments, besoins ou soucis s'appliquant à la cliente après l'intervention pourraient être ajoutés à la liste. Dressez-en la liste sur une autre feuille du tableau de papier.

 **CONSEIL DE FORMATION** ○○○

S'ils ne l'ont pas déjà fait dans les jeux de rôle, les groupes devront aborder la référence pour la planification familiale (Séance 5), l'information sur les IAG et les IST (Séance 6, Partie A) ainsi que d'autres services de santé reproductive ou sociale, comme indiqué plus tôt (Séance 6, Partie B). Il vous faudra peut-être ajouter des caractéristiques démographiques et sociales aux clientes des études de cas pour être sûr que les différents groupes aborderont ces différents sujets.

3. Demandez aux participants d'identifier les sentiments, besoins ou soucis auxquels le prestataire de soins après avortement peut vraiment répondre et ceux qui doivent être référés aux prestataires ou ressources hors de la structure de soins après avortement. Notez les ressources de référence telles qu'elles ont été identifiées dans la Partie B de la Séance 6.
4. Distribuez le Document 7-D: Principes du counseling à l'intention du prestataire: après l'intervention de SAA, et parcourez-le rapidement.
5. Expliquez qu'en plus de répondre aux besoins et soucis de la cliente, le prestataire doit se soucier de son bon rétablissement après l'intervention. Par conséquent, les instructions postopératoires doivent être expliquées aux clientes (et aux autres membres de leur famille, le cas échéant) de manière à ce que celles-ci puissent les comprendre. En plus de l'explication verbale, il faudrait remettre aux clientes des instructions écrites.
6. Distribuez le Document 7-E: Fiche de renseignements postopératoires (à l'intention des clientes), et étudiez chaque point. Distribuez le Document 7-F: Syndrome post-abortum, comme document de référence pour les prestataires.

Activité 2: Préparation du jeu de rôle (10 minutes)

Remarque Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes des études de cas (de la Séance 3) comme personnages.

1. Formez les mêmes groupes de participants que lors de la Séance 7, Partie B, et indiquez-leur qu'ils travailleront avec les mêmes clientes des études de cas qu'auparavant. (Référez-vous à leurs études de cas, si nécessaire, soit sur la grande feuille de papier soit sur le document.)
2. Demandez à chaque groupe:
 - d'identifier les besoins et soucis spécifiques de la cliente de son étude de cas;
 - de concevoir un jeu de rôle de 5 à 10 minutes sur le counseling après l'acte médical. Le jeu de rôle devra inclure des instructions postopératoires, une information de base sur la santé reproductive et la contraception ainsi que la référence à un autre prestataire de services, si nécessaire. (Voir les Documents 5-A, 7-E et 7-F);
 - de penser à montrer qu'ils cherchent à interpréter les sentiments que cachent les mots de la cliente dans les jeux de rôle.
3. Distribuez les "accessoires" aux différents groupes.
4. Circulez dans la salle pour aider les participants à élaborer leurs jeux de rôle.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Pour certaines clientes, il se peut que ce soit d'autres membres de la famille, tels que le mari ou sa mère, qui prennent les décisions clés concernant le repos médical, la prise des médicaments ou les soins de suivi, si nécessaire. Dans ce cas, les instructions postopératoires peuvent être données à la cliente en même temps qu'aux décideurs clés de sa famille. En aidant les groupes à préparer les jeux de rôle, veillez à ce qu'un groupe intègre ce scénario dans son jeu de rôle.

Activité 3: Pratique du jeu de rôle (20 à 25 minutes)

1. Choisissez au hasard un groupe pour présenter son jeu de rôle aux autres participants.
2. Introduisez le jeu de rôle en rappelant aux participants les circonstances de l'étude de cas.
3. Utilisez la caméra vidéo pour enregistrer le jeu de rôle (facultatif).



4. Arrêtez le jeu de rôle s'il dépasse les 10 minutes imparties. (*10 minutes maximum*)
5. Projetez la bande vidéo du jeu de rôle (si vous utilisez une caméra) et ouvrez une discussion (*10 minutes*) en posant les questions suivantes:
 - Que pensez-vous que la "cliente" a ressenti pendant ce jeu de rôle?
 - Quelles tâches de communication ont été réalisées?
 - Qu'est-ce que le groupe a bien fait?
 - Comment pourrait-il améliorer sa prestation?
6. Résumez les remarques et ajoutez les points clés qui n'ont pas été traités par les participants.

Activité 4: Discussion (5 minutes)

1. Résumez les jeux de rôle en posant les questions suivantes:
 - Qu'avez-vous appris lors de cette séance?
 - Comment pourriez-vous mettre en pratique ce que vous avez appris dans votre propre structure sanitaire?
2. Soyez prêt à faire votre propre démonstration de jeu de rôle au cas où des étapes ou compétences clés seraient à renforcer.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Reportez-vous aux Conseils de formation de l'Activité 5 de la Partie B (voir page xx) et de l'Activité 4 de la Partie C (voir page 120) pour les options sur la conduite des jeux de rôle. Comme dans les séances précédentes, vous devez identifier les aspects qui n'ont pas été correctement interprétés et montrer comment les améliorer.

La durée de chaque jeu de rôle est de 10 minutes parce qu'il existe un minimum de conditions pour l'échange d'information. Une fois de plus, soyez flexible quant à la durée du jeu de rôle.

3. Distribuez le Document 7-G: Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention, qui résume les leçons traitées dans cette séance.

Documents de la Séance 7

Document 7-A

Counseling après avortement

Le counseling après avortement:

- s'attache à aider les individus à opérer des choix et à prendre en charge les émotions provoquées par leur situation;
- ne se limite pas à fournir l'information; il permet aux clientes d'appliquer cette information à leurs situations particulières et de faire des choix éclairés;
- inclut une discussion des sentiments et soucis de la cliente puisqu'ils ont rapport aux choix que celle-ci doit faire, en particulier en ce qui concerne le comportement sexuel, la santé reproductive et la fécondité.

Le **counseling** comporte toujours une communication dans les deux sens entre la cliente et le prestataire, communication au cours de laquelle chacun tour à tour parle, écoute et pose des questions.

Selon l'Organisation mondiale de la santé:

“ Le counseling – communication en tête-à-tête durant laquelle un conseiller aide une femme à prendre ses propres décisions et à les exécuter – doit faire partie de tous les soins en cas d'avortement.... L'idéal serait que le même prestataire apporte son soutien avant, pendant et après le traitement. Cependant, ceci est souvent difficile dans une structure sanitaire ayant un personnel limité et une clientèle nombreuse. Néanmoins, un personnel compréhensif et sachant soutenir la cliente peut faire beaucoup pour satisfaire les besoins psychologiques et affectifs des femmes qui sont à la recherche de soins d'urgence après avortement ou qui cherchent à se faire avorter.

Le counseling dans le cadre des soins en cas d'avortement peut être effectué par différents membres du personnel, notamment les infirmiers, les sages-femmes, les médecins, les travailleurs sociaux ou les aides-infirmiers. [Remarque Cette liste de prestataires variera selon les pays.] Des bénévoles ont été employés avec succès dans certaines situations. Il n'est pas nécessaire d'avoir un conseiller professionnel; cependant, une formation en techniques de counseling devrait être dispensée aux membres du personnel qui jouent le rôle de conseillers.

Le personnel qui dispense le counseling ne doit pas porter de jugement, mais être plutôt très sensible et respectueux des émotions et sentiments de la femme en vue d'adapter la séance à ses besoins particuliers. Les conseillers doivent être bien informés, qualifiés et capables de donner une information exacte. Le personnel chargé du counseling doit toujours être conscient du besoin d'intimité, de confidentialité et, dans certains cas, d'anonymat.... Les éléments essentiels de tout bon counseling comprennent l'aptitude du conseiller à découvrir et écouter les besoins, préoccupations et questions d'une femme, ainsi qu'à informer, éduquer et réconforter en utilisant un langage et des termes que la femme comprend. Il est également utile d'augmenter les explications verbales de documents écrits et illustrés pour appuyer ce qui a été dit lors des séances de counseling.”

- Organisation mondiale de la santé. 1995. Information and counselling for the patient. Dans *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*.

Document 7-B

Counseling de la cliente après avortement

Avant l'intervention

- Evaluer l'aptitude de la cliente à donner ou recevoir l'information.
- Essayer de découvrir les besoins et sentiments de la cliente.
- Examiner les valeurs et les projets de la cliente.
- En se fondant sur l'état de la cliente, fournir l'information sur les points suivants, selon les besoins:
 - ▼ Examens médicaux et leurs résultats
 - ▼ Méthode de traitement/anesthésie
 - ▼ Effets secondaires, complications et risques éventuels
 - ▼ Processus de la reproduction humaine
 - ▼ Méthodes contraceptives disponibles



Pendant l'intervention

Continuer à lui apporter un soutien émotionnel grâce à:

- une communication verbale et non verbale positive et empathique;
- de la douceur lors de l'exécution de l'intervention.



Après l'intervention

- Essayer de connaître les sentiments, questions et préoccupations de la cliente après l'intervention—lui apporter soutien et encouragement.
- Répéter à la cliente quels sont les effets secondaires, risques et signes d'alerte éventuels, et lui rappeler qu'elle doit revenir à la structure sanitaire si les signes d'alerte se manifestent.
- Expliquer à la cliente comment se soigner à domicile.
- Donner à la cliente des informations postopératoires écrites.
- Rappeler à la cliente l'importance du suivi médical.
- Discuter des méthodes contraceptives disponibles, selon les besoins.
- Discuter des IAG et des IST.
- Déterminer la nécessité d'un counseling complémentaire ou d'une référence pour d'autres besoins de santé reproductive ou des problèmes non médicaux.

Document 7-C

Principes du counseling à l'intention du prestataire: avant l'intervention de SAA

Il est important d'obtenir suffisamment de renseignements médicaux pour pouvoir poser un diagnostic juste et établir un plan de traitement. Assurez la cliente que ces questions lui sont posées pour obtenir l'information nécessaire pour traiter au mieux son affection. Voici des exemples de questions qui devraient être posées:

- Quand le saignement a-t-il commencé? Est-il abondant ou peu abondant?
- Comment le saignement a-t-il commencé? A-t-il été provoqué? (Posez ces questions avec sensibilité et discrétion.)
- Est-il sorti du vagin autre chose que du sang? Cela ressemblait-il à de la peau ou à un caillot de sang avec des tissus?
- Avez-vous mal? Où? Quand la douleur a-t-elle commencé? Avez-vous très mal?
- Avez-vous eu de la fièvre? Des frissons?
- Vous êtes-vous sentie faible? Vous êtes-vous évanouie? Vous êtes-vous effondrée au sol?

Toutes les femmes traitées pour des complications de l'avortement ont *le droit d'être informées* sur leur état de santé, y compris:

- leur état physique général;
- les résultats des examens physique et pelvien ainsi que des analyses de laboratoire;
- la durée du traitement;
- la nécessité d'être référée et transportée vers un autre établissement;
- les interventions qui seront utilisées ainsi que les risques et avantages qu'elles comportent.

Les prestataires *doivent* obtenir le consentement de la cliente au traitement ou, au cas où elle ne pourrait pas le donner, celui d'un membre de sa famille ou d'un autre adulte responsable.

Soyez sensible à l'état physique et émotionnel de la cliente lorsque vous lui donnez l'information; l'obliger à vous écouter lorsqu'elle n'est pas prête à le faire serait simplement une perte de temps pour vous et pour elle.

Demandez *toujours* à la cliente si elle a des questions à vous poser.

Si l'état de la cliente le permet, essayez de découvrir ses besoins et ses sentiments sur sa situation, ainsi que ses projets d'avenir.

Adapté de : Winkler, J., Oliveras, E. et McIntosh, N. (éditeurs) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care.* Postabortion Care Consortium.

Document 7-D

Principes du counseling à l'intention du prestataire: après l'intervention de SAA

Une fois l'acte chirurgical terminé:

- Approchez-vous de la cliente lorsqu'elle est calme et qu'elle se remet de l'intervention. Soyez sensible à son état physique et émotionnel; l'obliger à vous écouter lorsqu'elle n'est pas prête à le faire serait simplement une perte de temps pour vous et pour elle.
- Soyez flexible quant à l'endroit où se déroule le counseling. Parfois, les clientes peuvent se sentir assez fortes pour se lever et parler au prestataire dans une autre salle; d'autres préféreront rester couchées et suivre le counseling pendant qu'elles se trouvent encore dans la salle de réveil.
- Sachez que l'important est de fournir à la cliente une information utile qui correspond à ses besoins.
- Si d'autres personnes ont accompagné la cliente à la structure sanitaire, demandez-lui si elle aimerait les inclure dans la discussion.
- Commencez le counseling en essayant de découvrir les sentiments, les questions et les préoccupations de la cliente après l'intervention.
- Suivez le diagramme du counseling après avortement (Document 7-B) pour vérifier l'information à communiquer à la cliente.
- Essayez de découvrir les intentions de la cliente après l'intervention.
- Remettez à la cliente la Fiche de renseignements postopératoires (Document 7-E) et parcourez-la avec elle (ainsi qu'avec d'autres personnes, si c'est indiqué).
- Proposez à la cliente de l'aider à satisfaire ses besoins, dans la mesure du possible, avant de lui dire au revoir.

Document 7-E

Fiche de renseignements postopératoires

Comment vous soigner

- Ne reprenez vos activités normales que lorsque vous vous sentirez suffisamment en forme.
- Prenez les médicaments qui vous ont été prescrits *correctement* et jusqu'à ce qu'ils soient finis.

- ▼ _____ est un antibiotique pour prévenir ou traiter les infections.
Prenez _____ comprimés _____ fois par jour pendant _____ jours jusqu'à ce que les comprimés soient épuisés.
- ▼ _____ c'est pour les malaises.
Prenez _____ comprimés toutes les _____ heures, selon les besoins.
- ▼ Votre sang a besoin de fer pour retrouver sa santé.
Prenez _____ comprimés _____ fois par jour.

- Présentez-vous à votre rendez-vous de suivi comme prévu le . Revenez à tout moment si quelque chose vous inquiète.
- Si vous êtes intéressée par l'utilisation d'une méthode de planification familiale, adressez-vous à votre prestataire pour commencer à en utiliser une *immédiatement* Vous pourriez être à nouveau enceinte dès la reprise des rapports sexuels.

Ce qu'il faut éviter :

- Les activités pénibles pendant 2 à 3 jours
- Les rapports sexuels jusqu'à l'arrêt du saignement

Ce qui est normal :

- Un saignement et des crampes ressemblant à ceux des règles normales pendant une semaine
- Une légère fatigue pendant quelques jours
- Une légère dépression ou tristesse pendant plusieurs jours

Ce qui n'est pas normal :

- La fièvre
- Les vertiges, la faiblesse ou l'évanouissement
- Les douleurs abdominales
- Des crampes fortes
- La nausée ou le vomissement
- Un saignement deux fois plus abondant que celui des règles normales
- Un écoulement vaginal malodorant

Retournez *immédiatement* à la formation sanitaire si l'un de ces symptômes se manifeste!

Instructions spéciales :

Document 7-F

Syndrome post-abortum

De quoi s'agit-il ?

Le syndrome post-abortum (aussi appelé hématométrie post-abortum) se caractérise par de fortes crampes et un malaise dus à la rétention du sang dans l'utérus, pouvant survenir après l'évacuation de l'utérus. Le syndrome post-abortum peut se manifester soit immédiatement après l'intervention, soit plusieurs jours après.

Quelles en sont les causes ?

Normalement, à la suite d'un curetage ou d'une aspiration, la muqueuse endométriale et les restes de tissus de la grossesse sont évacués par le col de l'utérus. Dans le cas du syndrome post-abortum, après l'intervention:

- l'orifice cervical est bloqué;
- l'utérus se remplit de caillots et continue de saigner;
- l'utérus ne peut pas se contracter.

Quels en sont les symptômes et signes ?

Les symptômes comprennent:

- de fortes crampes;
- la transpiration;
- la faiblesse;
- la nausée;
- le vomissement et la diarrhée (quelquefois).

A l'examen, la cliente peut présenter les signes suivants:

- transpiration;
- pâleur;
- une légère accélération du rythme cardiaque;
- un utérus tendu, sensible ou élargi à l'examen bimanuel (la taille est souvent égale ou supérieure à celle d'avant l'intervention).

Lorsque le syndrome post-abortum survient immédiatement après l'intervention, la cliente signale généralement ressentir des crampes de plus en plus fortes et un malaise croissant, au lieu de la diminution attendue de ces symptômes. Si le syndrome est retardé, la cliente indiquera généralement s'être bien sentie jusqu'à l'apparition subite des symptômes, souvent après avoir saigné très peu ou pas du tout après l'intervention.

Comment est-il traité ?

Une prompt ré-évacuation de l'utérus soulage rapidement les symptômes. L'aspiration permet de recueillir le sang et les caillots. Il est rare de trouver des restes de tissus de la grossesse; toutefois, il faudrait s'assurer que l'utérus est complètement évacué.

(suite page suivante)

Document 7-F (suite)

Syndrome post-abortum

Comment peut-on le prévenir?

Il n'est pas possible de prévenir tous les cas de syndrome post-abortum, mais l'incidence du phénomène peut être réduite en:

- utilisant une canule de la taille appropriée;
- veillant à ce que l'utérus soit complètement évacué;
- surveillant attentivement les clientes qui se trouvent dans la salle de réveil, y compris leur état général et le débit du saignement, afin de détecter les symptômes précoces du syndrome post-abortum.

Quels autres éléments doivent être pris en considération ?

Les affections suivantes (et leur traitement) devraient également être prises en considération au moment de diagnostiquer le syndrome post-abortum:

- *Produits de la conception non évacués* évacuer de nouveau l'utérus.
- *Perforation de l'utérus* éviter de répéter l'aspiration si la perforation a été suspectée au moment de l'intervention, bien que le col et l'utérus puissent être soigneusement explorés avec une canule ou une sonde utérine. Cet acte éliminera le blocage de l'orifice cervical interne.
- *Infection* l'infection est peu probable lorsque les symptômes surviennent immédiatement après l'intervention, mais elle devrait être envisagée si les symptômes apparaissent un peu plus tard. La présentation clinique d'un utérus sensible et de symptômes ressemblant à un léger choc peut être déroutante. Le fait que la cliente se sente en forme jusqu'à l'apparition soudaine des symptômes et le soulagement immédiat des symptômes après la ré-évacuation de l'utérus peuvent aider à distinguer le syndrome post-abortum de l'infection. En cas de doute, des antibiotiques doivent être administrés.

Que doit savoir la cliente ?

Le diagnostic et le traitement doivent être expliqués en des termes simples. Il faudrait demander à la cliente de surveiller les signes d'alerte habituels après avortement, à savoir la fièvre, le saignement abondant et la douleur abdominale. Si elle présente un de ces symptômes, elle devra retourner aussitôt au centre de santé pour des soins d'urgence. Si elle n'a pas d'autres complications, aucun autre traitement spécial ne sera nécessaire.

Document 7-G

Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention

Avant l'intervention...

Présentez-vous à la cliente et demandez-lui comment elle se sent.



Parlez à la cliente du traitement et de l'acte ou des actes médicaux qui seront pratiqués.



(suite page suivante)

Document 7-G (suite)

Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention

Pendant l'intervention...

Aidez la cliente à se coucher ou à monter sur la table d'opération.



Les prestataires assistant pendant l'intervention peuvent apporter leur soutien à la cliente en lui tenant la main.



Tous les prestataires peuvent reconforter la cliente pour l'aider à se détendre.



"Vous pouvez me tenir la main si vous avez mal."

"Vous vous en sortez très bien, et l'intervention est presque terminée."

"Respirez profondément, s'il vous plaît."

(suite page suivante)

Document 7-G (suite)

Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention

Après l'intervention...

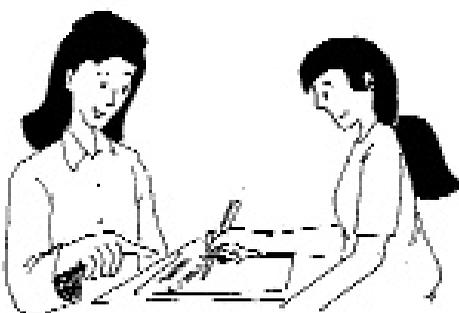
Aidez la cliente à descendre du lit ou de la table d'opération.



Assurez le counseling après avortement, y compris une discussion sur la planification familiale, le cas échéant.



Expliquez la nécessité d'un consentement éclairé pour l'acceptation d'une méthode de planification familiale. (Si la cliente n'a pas d'autres questions, demandez-lui de signer.)



Séance 8: Application clinique

Objectifs

- Mettre en pratique les compétences en counseling dans une structure de prestation de soins après avortement
- Fournir un feedback et discuter des leçons tirées de l'application des compétences

Méthodes de formation

- Pratique (pendant les heures normales de travail de la clinique ou de l'hôpital)
- Discussion en groupe entier

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Transparent 8-A: Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement (page 172)
- Document 8-A: Liste de contrôle pour l'observation du counseling (page 143)
- Document 8-B: Guide d'entretien avec la cliente (page 145)
- Matériels éducatifs à l'attention des clientes

Préparatifs préliminaires

- Préparer une feuille du tableau de papier portant les objectifs de la séance.
- Programmer, en collaboration avec la structure sanitaire et bien à l'avance, les tâches à effectuer pour les pratiques
- Parcourir tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
- Rassembler les matériels destinés à l'éducation des clientes sur les soins postopératoires, la planification familiale, ou autres sujets appropriés.
- Obtenir l'autorisation du personnel de la structure et des clientes pour que les participants puissent conseiller les clientes.
- Affecter à chaque participant un superviseur ou un formateur.



Durée de la séance (totale): Une demi journée à une journée

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 8



Durée de la séance: Une demi-journée à une journée

Activité 1: Présentation/discussion (30 minutes)

1. Donnez une idée globale du déroulement de la phase pratique:
 - Les participants travailleront individuellement avec les clientes, de préférence en suivant la cliente tout au long des trois phases des soins après avortement. La supervision, soit par un membre du personnel de la structure soit par un membre de l'équipe de formation, se fera à tous moments.
 - Des participants peuvent observer un collègue qui conseille une cliente. La "Liste de contrôle pour l'observation du counseling" (Document 8-A) peut être remplie immédiatement après l'observation ou pendant les pauses. (Ce système fonctionnera probablement mieux si les participants sont regroupés en équipes de deux pour travailler ensemble toute la journée, l'un des participants observant pendant que l'autre donne des conseils.) (*Remarque* Pendant la phase pratique, les participants peuvent aussi se référer au transparent 8-A, Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement, à la page 172.)
 - Certains participants peuvent "interviewer" les clientes avant qu'elles ne quittent la structure sanitaire en utilisant le "Guide d'entretien avec la cliente" (Document 8-B).
2. Distribuez les Documents 8-A et 8-B et parcourez-les.

Activité 2: Pratique (pendant les heures normales de travail de la clinique ou de l'hôpital)

1. Demandez aux participants et aux formateurs d'arriver à la structure avant le début de la prestation des services pour pouvoir participer au counseling avant l'intervention.

CONSEIL DE FORMATION ○○○

Chaque participant devrait conseiller *au moins* deux clientes avant, pendant et après l'intervention. Ceci leur donnera un aperçu de la gamme de situations qu'ils pourraient rencontrer et permettra de renforcer la leçon sur l'adaptation du style et du contenu du counseling à la situation de chaque cliente. La priorité doit être accordée au counseling des *clientes après avortement* en raison de la nature spécifique du programme de formation. S'il n'y a pas assez de cas après avortement au niveau de la structure, les participants pourront appliquer leurs compétences en counseling à des clientes venues pour des soins de maternité (en ajustant le contenu du counseling en conséquence).

2. Dites aux participants et aux formateurs de rester dans la structure tant que des clientes seront disponibles pour le counseling. La coordination avec le personnel de la structure est cruciale; la présence des participants à l'atelier ne devrait ni retarder ni interrompre le déroulement des soins.

Activité 3: Discussion (1 heure)

1. Discutez de l'expérience pratique à la fin de la journée. Commencez par demander à chaque participant de résumer le cas de sa cliente en deux ou trois phrases.
2. Ensuite, posez à chaque participant les questions suivantes:
 - Que pensez-vous de votre expérience de counseling auprès d'une "vraie" cliente?
 - Pensez-vous avoir efficacement communiqué avec votre cliente?
 - Pensez-vous avoir pu aider la cliente?

- ▼ Si oui, comment?
 - ▼ Si non, qu'est-ce qui vous permettra d'aider les clientes à l'avenir?
 - Pensez-vous que vous étiez suffisamment préparé pour parler à la cliente?
 - ▼ Si non, qu'est-ce qui vous permettra de parler aux clientes à l'avenir?
 - Quelle(s) leçon(s) avez-vous tirée(s) de cette expérience et que vous pourrez appliquer à votre propre structure sanitaire?
3. Partagez les observations enregistrées sur la "Liste de contrôle pour l'observation du counseling" (Document 8-A).
4. Résumez en demandant aux participants, à tour de rôle, comment ils appliqueront les enseignements tirés dans leur propre structure sanitaire:
- Chaque participant doit identifier au moins un changement qu'il apportera à sa façon de travailler avec les clientes, à la suite de l'expérience acquise au cours de cette formation.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

A mesure que les participants identifieront les changements qu'ils apporteront à leurs relations avec les clientes suite à l'expérience acquise, vous devrez leur rappeler la nécessité d'*intégrer* ces compétences dans le travail ne se rapportant pas aux soins après avortement. Insistez sur le fait que les principes du counseling peuvent être appliqués à leur style de communication et à leurs relations avec toutes les clientes.

Documents de la Séance 8

Document 8-A

Liste de contrôle pour l'observation du counseling

Nom de prestataire: _____

Nom de l'observateur: _____

Numéro de la cliente: _____

1. Le prestataire met-il la cliente à l'aise? (Décrire)

2. Le prestataire essaie-t-il de découvrir les sentiments de la cliente?

Oui

Non

3. Le prestataire essaie-t-il efficacement avec la cliente?(Cocher toutes les réponses appropriées)

Communication dans les deux sens

Ecoute

Communication verbale/non verbale

4. Le prestataire encourage-t-il la cliente à parler (par exemple à poser des questions ou à exprimer ses sentiments)?

Oui

Non

(suite page suivante)

Document 8-A (suite)

Liste de contrôle pour l'observation du counseling

5. Quel type d'information le prestataire donne-t-il à la cliente?

- Intervention de SAA
- Anesthésie
- Effets secondaires/risques possibles
- Contraception
- Accès à d'autres services de santé reproductive

6. Le prestataire encourage-t-il la cliente à prendre une décision/des dispositions une fois les soins après avortement prodigués?

- Oui
- Non

7. Comment s'est déroulée l'interaction entre le prestataire et la cliente dans l'ensemble? (Décrire)

8. Quelles étaient la réaction et les réponses de la cliente? (Décrire)

(suite page suivante)

Document 8-B

Guide d'entretien avec la cliente

Nom du prestataire: _____

Nom de l'enquêteur: _____

Numéro de la Cliente: _____

Quand s'est produit l'entretien avec la cliente ?

Avant l'intervention de SAA

Après l'intervention de SAA

1. Que pensez-vous de la manière dont le personnel communique avec vous depuis votre arrivée?

2. Quelle était l'attitude du prestataire à votre égard?

3. Quel genre d'information le prestataire vous a-t-il donné?

4. Le prestataire a-t-il répondu à toutes vos questions ? Avez-vous compris les réponses?

5. Aviez-vous des questions que vous n'avez pas posées ? Pourquoi ne les avez-vous pas posées?

(suite page suivante)

Document 8-B (suite)

Guide d'entretien avec la cliente

6. Est-ce la première fois que vous venez dans cette clinique?

7. En vous fondant sur la manière dont vous avez été traitée, conseillerez-vous à d'autres personnes de venir dans cette clinique?

8. Comment pourrait-on améliorer la qualité des services offerts par cette clinique?

Séance 9: Synthèse générale de l'atelier

Objectifs

- Evaluer l'efficacité de l'atelier quant à la réalisation de ses objectifs
- Discuter des plans de suivi de la formation
- Partager les idées et impressions finales

Méthode de formation

- Discussion

Matériels

- Feuilles du tableau du papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Annexe H: Formulaire d'évaluation de l'atelier (page 189)
- Attestations de présence pour les participants
- Rafrâichissements

Préparatifs préliminaires

1. Envoyer les invitations aux invités.
2. Communiquer aux intervenants les buts et objectifs de l'atelier afin que leurs allocutions y correspondent.
3. Demander aux participants de choisir un représentant qui parlera en leur nom.
4. Préparer une attestation de présence pour chaque participant.
5. Parcourir le Formulaire d'évaluation de l'atelier et faire une copie pour chaque participant.
6. Planifier les efforts de suivi (page 12).



Durée de la séance (totale): 55 minutes à 1 heure 25 minutes (selon le protocole local)

ETAPES DE LA FORMATION POUR LA SEANCE 9



Durée de la séance: 55 minutes à 1 heure 25 minutes

Activité 1: Evaluation écrite individuelle de l'atelier par les participants (15 minutes)

1. Distribuez le Formulaire d'évaluation de l'atelier (page 189) aux participants.
2. Donnez-leur environ 15 minutes pour le remplir.
3. Ramassez les formulaires.

Activité 2: Discussion (20 minutes)

1. Demandez à chaque participant d'indiquer quels changements il envisage d'apporter dans son lieu de travail à la suite de cette formation.
2. Dressez-en la liste sur une feuille du tableau de papier, en inscrivant le nom du participant à côté de chaque changement envisagé.
3. Expliquez que les membres de l'équipe de formation, les organisateurs de l'atelier ou les superviseurs feront leur possible pour rendre visite à chaque participant dans les trois mois qui suivent la fin de la formation. Le but de ces visites sera:
 - d'évaluer les progrès réalisés par les participants relativement aux changements souhaités;
 - d'identifier les obstacles qui se posent au counseling des clientes après avortement;
 - d'offrir une assistance technique pour aider à surmonter ces obstacles.



CONSEIL DE FORMATION ○○○

Il est indispensable d'élaborer des plans de suivi précis avec les participants et leurs superviseurs pendant la formation. Confirmez ces plans *avant* de mener cette séance (voir page 12).

Activité 3: Cérémonie de clôture (20 à 50 minutes, selon le protocole local)

1. Organisez la cérémonie de clôture conformément aux usages locaux et en observant tous les protocoles qui s'imposent.
2. Distribuez les attestations de présence.

Annexes

Annexe A

Plan de la formation

Séance	Documents	Participants	Durée
1. Séance d'ouverture			
A. Cérémonie d'ouverture	[Aucun]	Tous	30 minutes
B. Introduction à l'atelier	1-A: Buts et objectifs de l'atelier 1-B: Emploi du temps de l'atelier	Tous	50 minutes
2. Valeurs et attitudes liées aux soins après avortement	2-A: Image ambiguë 2-B: Valeurs et attitudes en matière de SAA	Tous	1 heure
3. Comprendre le point de vue de la cliente Perspective			
A. Elaboration d'études de cas sur les clientes après avortement	Aucun]	Tous sauf médecins	25 minutes à 1 heure 30 minutes
B. Confidentialité, intimité et dignité	3-A: Garantir la confidentialité, l'intimité et la dignité des clientes	Tous	45 minutes
C. Comment aborder les sentiments de la cliente après avortement		Tous	1 heure 35 minutes
D. Questions liées au genre	3-B: Genre	Tous sauf médecins	50 minutes
E. Questions liées à la sexualité	3-C: Comment apprenons-nous ce que nous savons sur les rapports sexuels? 3-D: La sexualité	Tous sauf médecins	55 minutes
4. Communication entre prestataire et cliente			
A. Communication dans les deux sens	4-A: Communication à sens unique/communication dans les deux sens	Tous sauf médecins	30 minutes
B. Communication verbale et non verbale	[Aucun]	Tous sauf médecins	30 minutes
C. Ecoute attentive	4-B: Ecoute attentive	Tous sauf médecins	35 minutes
D. Poser des questions ouvertes	4-C: Questions fermées/questions ouvertes	Tous sauf médecins	45 minutes
E. Utilisation d'un langage simple et de supports visuels	4-D: Les appareils génitaux féminin et masculin 4-E: Anatomie, physiologie et grossesse	Tous sauf médecins	1 heure 25 minutes

(suite page suivante)

Annexe A (suite)

Plan de la formation

Séance	Documents	Participants	Durée
5. Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement			
A. Raisons	5-A: Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale après avortement	Tous sauf médecins*	30 minutes
B. Choix éclairé	5-B: Déclarations à propos de la contraception, du choix éclairé et des soins après avortement	Tous sauf médecins	30 minutes
C. Facteurs individuels	5-C: Facteurs individuels intervenant dans le counseling concernant la planification familiale pendant les soins après avortement 5-D: Indications pour l'emploi des contraceptifs selon l'état clinique de la cliente 5-E: Indications pour le choix des contraceptifs selon la méthode	Tous sauf médecins	1 heure 15 minutes
6. Besoins de santé reproductive connexes et autres problèmes			
A. Information sur les IAG/IST à l'intention de la cliente après avortement	6-A: Informations générales sur les IST (y compris le VIH) et les IAG 6-B: Sexualité et risque de contracter les VIH/IST: comment aborder le sujet avec les clientes	Tous sauf médecins	1 heure 10 minutes
B. Référence des clientes à d'autres services	[Aucun]	Tous sauf médecins	30 minutes
C. Menace d'avortement	[Aucun]	Tous sauf médecins	35 minutes
7. Counseling après avortement			
A. Vue d'ensemble du counseling après avortement	7-A: Counseling après avortement 7-B: Counseling de la cliente après avortement	Tous sauf médecins	45 minutes
B. Counseling avant l'intervention	7-C: Principes du counseling à l'intention du prestataire: avant l'intervention de SAA	Tous sauf médecins	1 heure 30 minutes à 1 heure 35 minutes
C. Soutien à la cliente durant l'intervention	[Aucun]	Tous	50 à 55 minutes

*Les médecins devront participer à cette séance s'ils sont principalement chargés d'offrir des services de planification familiale aux clientes après avortement.

(suite page suivante)

Annexe A (suite)

Plan de la formation

Séance	Documents	Participants	Durée
D. Counseling après l'intervention	7-D: Principes du counseling à l'intention du prestataire: après l'intervention de SAA 7-E: Fiche de renseignements postopératoires 7-F: Syndrome post-abortum 7-G: Counseling de soutien et d'information avant, pendant et après l'intervention	Tous sauf médecins	1 heure à 1 heure 5 minutes
8.Application clinique	8-A: Liste de contrôle pour l'observation du counseling 8-B: Guide d'entretien avec la cliente	Tous	1/2 journée à 1 journée
9.Synthèse générale de l'atelier	[Aucun]	Tous	55 minutes à 1 heure 25 minutes

Annexe B

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

1. Citez les cinq éléments essentiels des soins après avortement (SAA).
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

2. Quand s'effectue le counseling après avortement?
 - a. Avant, pendant et après l'intervention.
 - b. Chaque fois que vous êtes en contact avec une cliente.
 - c. Après avoir identifié le problème de la cliente.
 - d. Les réponses a et b.
 - e. Quand vous avez du temps et que vous n'avez rien d'autre à faire.

3. Où se déroule le counseling après avortement?
 - a. Dans une chambre particulière ayant une porte et des murs insonorisés.
 - b. Dans toute section de la structure sanitaire où vous entrez en contact avec la cliente.
 - c. Dans un lieu de rencontre public.
 - d. Aucune des réponses ci-dessus.

4. Donnez un exemple de la manière dont vous pouvez respecter l'intimité de la cliente lors du counseling après avortement.

5. On parle de communication dans les deux sens quand:
 - a. La cliente et le prestataire parlent tous les deux.
 - b. La cliente et le prestataire écoutent tous les deux.
 - c. Les réponses a et b.
 - d. Aucune des réponses ci-dessus.

6. Donnez deux exemples de questions ouvertes.
 1. _____
 2. _____

7. Donnez deux signes d'écoute attentive. (Comment pouvez-vous savoir si une personne écoute attentivement?)
 1. _____
 2. _____

(suite page suivante)

Annexe B (suite)

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

8. Quelle est l'information essentielle minimum sur la planification familiale que vous devez communiquer à chaque cliente après avortement?

1. _____
2. _____
3. _____

9. Citez trois méthodes de planification familiale pouvant être utilisées sans danger après l'avortement.

1. _____
2. _____
3. _____

10. Le choix éclairé signifie que (cochez *toutes* les réponses justes):

- La cliente a reçu une information complète.
- La cliente ne peut pas quitter la structure sanitaire sans choisir de méthode de contraception.
- Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.
- Les membres de la famille de la cliente l'encouragent à choisir une méthode particulière.

11. La candidose (infection vaginale à champignons) et la vaginose bactérienne sont des infections sexuellement transmissibles.

_____ Vrai _____ Faux

12. Qu'est-ce que l'empathie?

13. Donnez deux exemples de problèmes nécessitant une référence à un autre type de service, et indiquez où vous référeriez la cliente.

1. _____
2. _____

14. Citez deux façons de créer un environnement plus confortable pour le counseling.

1. _____
2. _____

15. Citez deux signes d'alerte indiquant qu'une femme ayant reçu des soins après avortement devrait retourner à la structure sanitaire.

1. _____
2. _____

(suite page suivante)

Annexe B (suite)**Prétest/Post-test sur le counseling après avortement**

16. Définissez le *counseling après avortement*.

17. Quelle information clé devez-vous donner à toutes les clientes après avortement sur les IAG et les IST?

18. Une femme arrive dans votre formation sanitaire avec un avortement incomplet. Utilisez un langage simple pour décrire ce qui se passe dans son corps et pour lui expliquer comment vous allez résoudre le problème.

Annexe B (suite)

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

Réponses aux questions

1. Citez les cinq éléments essentiels des soins après avortement (SAA). (5 points)
 - **Partenariats entre la communauté et les prestataires de services.**
 - **Counseling complet.**
 - **Traitement de l'avortement incomplet et des complications pouvant mettre en danger la vie de la cliente.**
 - **Services de contraception et de planification familiale.**
 - **Liens avec les services de santé reproductive et autres services.**

2. Quand s'effectue le counseling après avortement? (1 point)
 - a. Avant, pendant et après l'intervention.
 - b. Chaque fois que vous êtes en contact avec une cliente.
 - c. Après avoir identifié le problème de la cliente.
 - d. Les réponses a et b.**
 - e. Quand vous avez du temps et que vous n'avez rien d'autre à faire.

3. Où se déroule le counseling après avortement? (1 point)
 - a. Dans une chambre particulière ayant une porte et des murs insonorisés.
 - b. Dans toute section de la structure sanitaire où vous entrez en contact avec la cliente.**
 - c. Dans un lieu de rencontre public.
 - d. Aucune des réponses ci-dessus.

4. Donnez un exemple de la manière dont vous pouvez respecter l'intimité de la cliente lors du counseling après avortement. (1 point)

Les réponses possibles incluent

 - **Parler à voix basse.**
 - **Parler à la cliente dans une salle ou un espace privé (si possible).**
 - **Ne partager les renseignements sur son cas avec d'autres personnes que si c'est nécessaire.**

5. On parle de communication dans les deux sens quand: (1 point)
 - a. La cliente et le prestataire parlent tous les deux.
 - b. La cliente et le prestataire écoutent tous les deux.
 - c. Les réponses a et b.**
 - d. Aucune des réponses ci-dessus.

6. Donnez deux exemples de questions ouvertes. (2 points)

Des réponses possibles incluent

 - **Qu'avez-vous ressenti quand vous avez découvert que vous étiez enceinte ?**
 - **Qu'avez-vous fait quand le saignement a commencé ?**
 - **Comment vous sentez-vous maintenant ?**
 - **Que pensez-vous qu'il va se passer pendant l'intervention ?**
 - **Quelles inquiétudes éprouvez-vous ?**
 - **Quelles inquiétudes ou questions votre mari ou partenaire a-t-il au sujet de votre état ?**
 - **Que comptez-vous faire pour ne plus tomber enceinte ?**
 - **Pourquoi avez-vous décidé d'utiliser la même méthode que votre sœur/amie/cousine/etc. ?**

(suite page suivante)

Annexe B (suite)

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

Réponses aux questions

7. Donnez deux signes d'écoute attentive. (Comment pouvez-vous savoir si une personne écoute attentivement?) (2 points)

Des réponses possibles incluent

- Maintenir un contact visuel avec la personne qui parle (selon les normes culturelles).
- Montrer de l'intérêt.
- Être attentif à ce que dit la personne ; ne pas exécuter d'autres tâches en même temps et ne pas interrompre la personne.
- Poser des questions.
- Avoir une attitude empathique.
- Réfléchir les sentiments de la cliente (c'est-à-dire répéter l'information en utilisant vos propres mots pour confirmer que vous avez compris).
- Interpréter les sentiments et émotions qui se cachent derrière ce qui se dit.
- Intégrer ce qui a été dit dans la discussion.
- Ne pas parler à d'autres personnes tout en écoutant la cliente.
- Se montrer vraiment intéressé par le sujet.

8. Quelle est l'information essentielle minimum sur la planification familiale que vous devez communiquer à chaque cliente après avortement? (3 points)

1. Qu'elle risque d'être de nouveau enceinte dès le 11^e jour suivant le traitement.
2. Qu'il existe diverses méthodes de planification familiale pouvant être utilisées sans danger aussitôt après l'intervention pour éviter une grossesse.
3. Où et comment obtenir des services de planification familiale (au moment du traitement ou à la sortie de l'hôpital, ou plus tard).

9. Citez trois méthodes de planification familiale pouvant être utilisées sans danger après l'avortement (3 points) *Les réponses possibles incluent*

- Les préservatifs.
- Les contraceptifs oraux (la pilule).
- Les contraceptifs injectables (DMPA/Dépo-Provera ou NET-EN).
- Les implants Norplant.
- Les mousses, gelées, comprimés, éponge ou film spermicides.
- Le diaphragme ou la cape cervicale.
- Le DIU (à quelques exceptions près).
- La ligature des trompes (à quelques exceptions près).
- La vasectomie.

10. Le choix éclairé signifie que (cochez *toutes* les réponses justes): (2 points)

- La cliente a reçu une information complète.
- La cliente ne peut pas quitter la structure sanitaire sans choisir de méthode de contraception.
- Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.
- Les membres de la famille de la cliente l'encouragent à choisir une méthode particulière.

(suite page suivante)

Annexe B (suite)

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

Réponses aux questions

11. La candidose (infection vaginale à champignons) et la vaginose bactérienne sont des infections sexuellement transmissibles. (1 point)
Faux. (*Ce sont des IAG, mais qui ne sont généralement pas sexuellement transmissibles.*)
12. Qu'est-ce que l'empathie? (1 point)
L'empathie consiste à se mettre à la place de la cliente et à comprendre son point de vue comme s'il s'agissait du vôtre.
13. Donnez deux exemples de problèmes nécessitant une référence et dites où vous référeriez la cliente. (2 points)
Des réponses possibles incluent
- **La tuberculose ou l'infection respiratoire ; référence à d'autres prestataires de soins ou à des spécialistes.**
 - **La perte d'une grossesse voulue ou l'incapacité de mener une grossesse à terme; référence à un gynécologue-obstétricien ou à un spécialiste de la fertilité.**
 - **Le viol, la violence familiale ou l'inceste ; référence à un centre pour victimes de viol, des services juridiques, d'autres services sociaux ou adressant les besoins des femmes, ou une institution religieuse.**
 - **Manque de moyens pour se procurer une méthode de planification familiale, nourriture ou argent limités ou insuffisants ; référence à des services de planification familiale gratuits ou à moindre coût ou à des services sociaux.**
 - **Troubles émotifs ; référence à un psychologue ou un conseiller, ou à une institution religieuse.**
14. Citez deux façons de créer un environnement plus confortable pour le counseling. (2 points)
Les réponses possibles incluent
- **S'assurer que la cliente est disposée à parler .**
 - **S'asseoir ou se tenir debout au même niveau que la cliente.**
 - **Parler à voix basse.**
 - **Fermer la porte.**
 - **Parler la langue maternelle ou la langue locale.**
 - **Garantir la confidentialité de l'entretien.**
15. Citez deux signes d'alerte indiquant qu'une femme ayant reçu des soins après avortement devrait retourner à la structure sanitaire. (2 points)
Les réponses possibles incluent
- **La fièvre**
 - **Les vertiges, la faiblesse ou l'évanouissement**
 - **Les douleurs abdominales**
 - **Des crampes fortes**
 - **La nausée, le vomissement**
 - **Un saignement abondant (deux fois plus abondant que celui des règles normales)**
 - **Un écoulement vaginal malodorant**

(suite page suivante)

Annexe B (suite)

Prétest/Post-test sur le counseling après avortement

Réponses aux questions

16. Définissez le *counseling après avortement* (3 points)

Il consiste à fournir un soutien émotionnel, des informations et une aide en matière de prise de décision aux clientes avant, durant et après l'intervention.

17. Quelle information clé devez-vous donner à toutes les clientes après avortement sur les IAG et les IST? (3 points)

Ceci dépend en partie des trois points clés que le groupe a identifiés. Des réponses possibles sont données ci-dessous.

- Faire savoir à la cliente qu'elle court un risque et lui expliquer comment prévenir les infections (lui demander d'utiliser deux méthodes de protection si son partenaire ou elle-même ont d'autres partenaires).
- Décrire les signes et symptômes des IAG et des IST .
- Expliquer où, quand et comment la cliente peut se faire soigner .

18. Une femme arrive dans votre formation sanitaire avec un avortement incomplet. Utilisez un langage simple pour décrire ce qui se passe dans son corps et pour lui expliquer comment vous allez résoudre le problème. (2 points)

Voici une réponse possible

Expliquez qu'elle était enceinte, mais que la grossesse s'est terminée et que des restes de tissus se trouvent encore dans son "ventre" ou utérus. Le prestataire va utiliser l'aspiration pour enlever les tissus. Ceci prendra ___ minutes [la durée dépendra de la méthode utilisée]. On lui donnera auparavant un analgésique pour diminuer toute malaise qu'elle pourrait ressentir. Après, elle pourra se reposer pendant un moment, puis rentrer chez elle. (Les détails varieront en fonction de la méthode de traitement.)

Annexe C

Transparents et matériels pour les activités

Vous voudrez peut-être faire des transparents et/ou des photocopies des documents suivants avant la formation. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, préparez des feuilles de tableau de papier pour les afficher pendant la formation.

Séance	Titre	Page
2	Transparent 2-A Image ambiguë	164
4	Transparent 4-A Exemple de schéma	165
5	Transparent 5-A Information essentielle minimum sur la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement	166
	Transparent 5-B Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement	167
6	Transparent 6-A Exemple d'étude de cas N° 1: "Daisy"	168
	Transparent 6-B Exemple d'étude de cas N° 2: "Diana"	169
7	Transparent 7-A Exemple de "carte" pour une visite des services de soins après avortement par les clientes des études de cas	170
	Transparent 7-B Conditions générales du contrôle de la douleur (pendant une évacuation utérine avec une cliente éveillée)	171
8	Transparent 8-A Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement	172

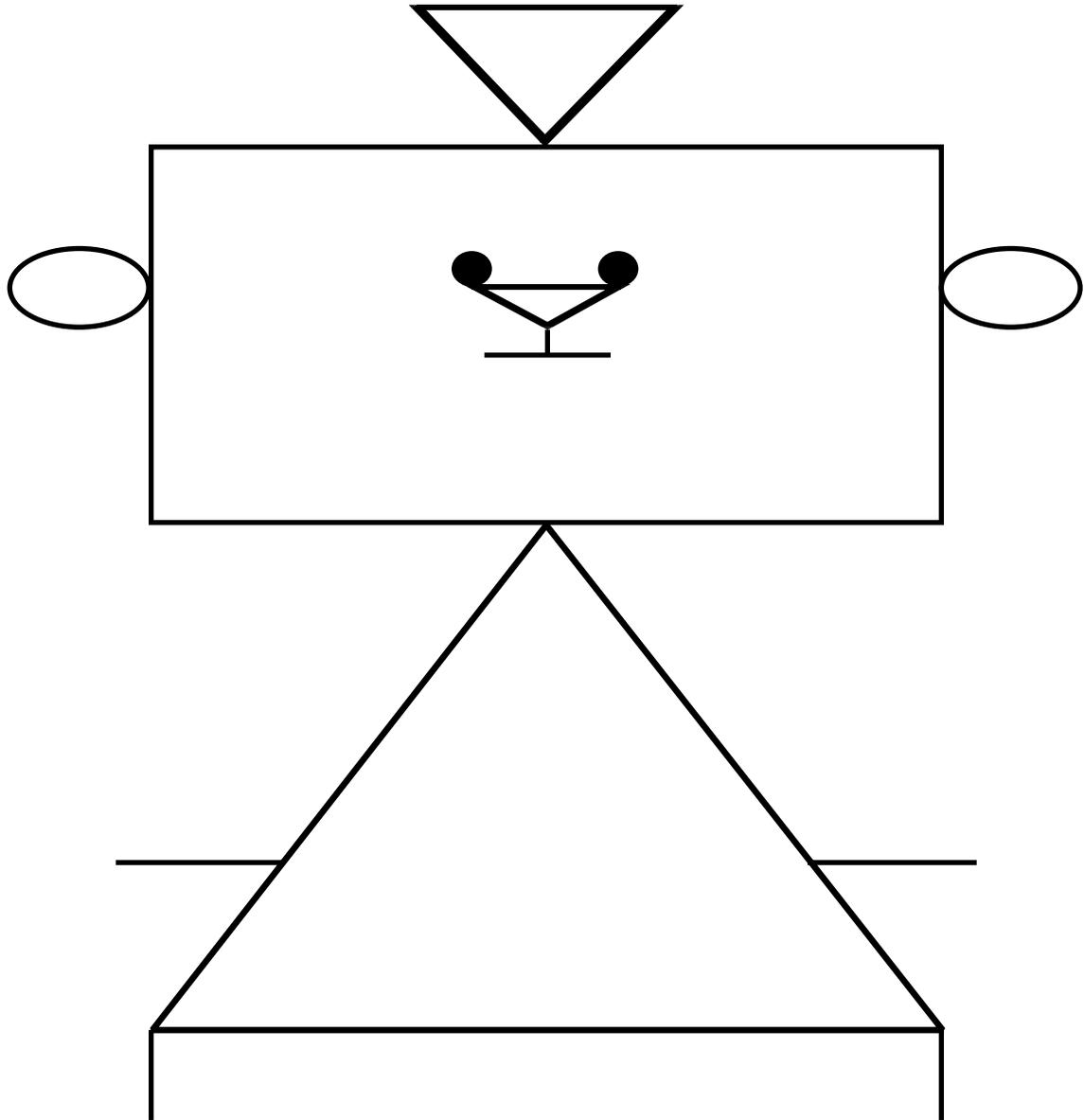
Annexe C

Transparent 2-A: Image ambiguë



Source: Boring E.G. 1930: A new ambiguous figure. *American Journal of Psychology*, July: 444.

Annexe C
Transparent 4-A: Exemple de schéma



Annexe C

Transparent 5-A

Information essentielle minimum sur la planification familiale à l'intention de la cliente après avortement

- ✓ Qu'elle risque de redevenir enceinte 11 jours seulement après la fin du traitement
- ✓ Qu'il existe diverses méthodes de planification familiale pouvant être utilisées sans danger aussitôt après l'intervention pour éviter une grossesse
- ✓ Où et comment obtenir des services de planification familiale (soit au moment du traitement soit après la sortie de l'hôpital)

Annexe C

Transparent 5-B

Information et counseling concernant la planification familiale à l'intention de la cliente

“Une femme qui présente un avortement [provoqué] montre clairement qu'elle ne veut pas être enceinte [en ce moment]. Une femme qui cherche à se faire avorter dans un pays où l'avortement n'est pas légalisé [ni effectué en toute sécurité] le fait au grand risque de sa vie. Le fait que tant de femmes cherchant à se faire avorter doivent surmonter d'énormes obstacles sociaux, juridiques et personnels atteste de leur volonté de mettre fin à une grossesse non désirée. Pourtant, on est peu enclin à mettre à la disposition de ces femmes l'information et les services pouvant les aider à prévenir des grossesses futures. Il en résulte que le cycle risque, grossesse non désirée et avortement demeure ininterrompu.”

Adapté de : Neamatalla, G. S. et Verme, C. S. 1995. Postabortion women: Factors influencing their family planning options. *AVSC Working Paper* No. 9. New York: AVSC International.

Annexe C

Transparent 6-A

Exemple d'étude de cas N° 1 : Daisy

Daisy, qui a 17 ans et qui a fini ses études secondaires, est l'aînée de sa famille. Ses parents comptent sur elle pour payer les frais de scolarité de ses deux frères et trois sœurs cadets. Ses parents l'ont désavouée quand ils ont découvert qu'elle avait passé une nuit avec son copain Ronnie. En conséquence, elle s'est vue obligée de vivre avec Ronnie, qui est encore élève au lycée. Les parents de Ronnie sont maintenant accablés du fardeau d'une autre personne à charge et Daisy le ressent. Quand elle n'a pas eu ses règles et qu'elle a constaté un léger saignement quelques jours plus tard, elle n'a pas pris la peine d'informer Ronnie et sa famille, pensant qu'il s'agissait tout simplement d'un retard de règles. Le saignement s'est aggravé, accompagné de crampes dans le bas-ventre. Elle devait changer de serviette hygiénique plus fréquemment qu'à l'habitude, ce qui l'a poussée à parler à la mère de Ronnie de son état. Ainsi, elle a été emmenée à l'hôpital.

Annexe C

Transparent 6-B

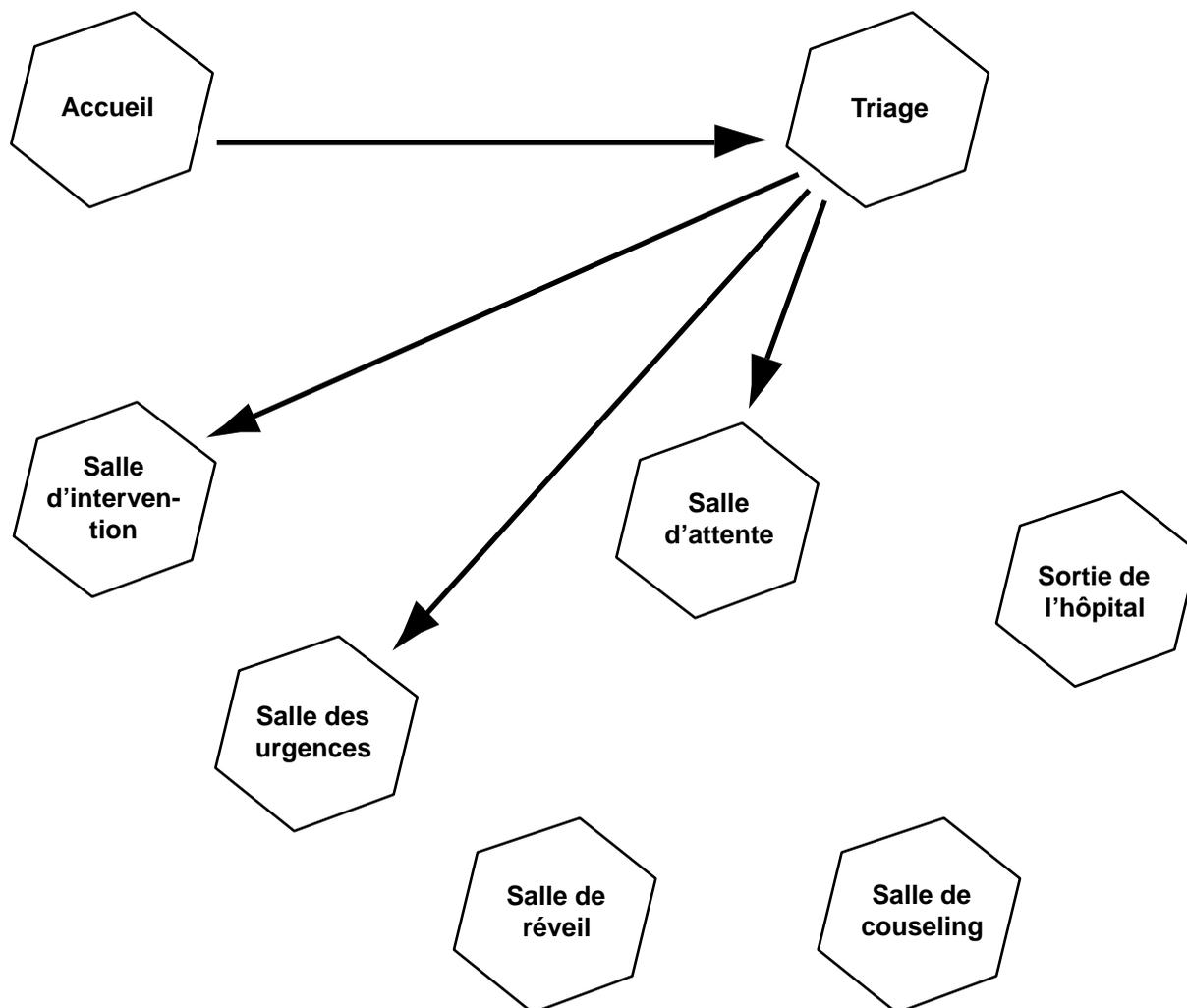
Exemple d'étude de cas N° 2 : Diana

Diana, qui a 23 ans et qui a abandonné ses études, en est à sa sixième grossesse. Elle est mariée à Jaime, un ouvrier du bâtiment. Le couple a cinq filles et ils vivent tous avec les parents de Jaime. Diana et Jaime espèrent que leur sixième bébé sera un garçon. Malgré les difficultés financières, ils s'enthousiasment à l'idée d'avoir un autre enfant. Un jour, après avoir accompli ses tâches ménagères habituelles, Diana est allée rendre visite à sa mère dans une ville proche. Quand elle est rentrée chez elle, elle a constaté un saignement vaginal léger qu'elle a attribué à son voyage, mais dont elle n'a pas parlé à Jaime. Le lendemain, juste après que Jaime est parti travailler, un autre saignement vaginal s'est produit. Elle est allée à l'hôpital avec sa belle-mère. Elle avait peur de perdre le bébé, d'être une charge financière pour ses beaux-parents et d'éloigner son partenaire. Elle craignait aussi de détruire la relation harmonieuse qu'elle avait avec ses beaux-parents. En plus, elle se sentait coupable de n'avoir pas fait tout son possible pour son bébé.

Annexe C

Transparent 7-A

Exemple de "carte" pour une visite des services de soins après avortement par les clientes des études de cas (incomplète)



Annexe C Transparent 7-B

Conditions générales du contrôle de la douleur (pendant une évacuation utérine avec une cliente éveillée)

- Une salle d'intervention calme et rassurante.
- Un personnel sanitaire calme, amical, doux et posé.
- Une attention soutenue à la cliente de la part de l'équipe médicale
- Une explication claire de ce à quoi s'attendre avant l'intervention, de ce qui se passera pendant le traitement et, éventuellement, des malaises qu'elle pourra ressentir.
- Une équipe de prestataires compétents, efficaces et qualifiés, qui communiquent bien avec la cliente.

Adapté de : Margolis, A., Leonard, A. H. et Yordy, L. 1993. Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care* 3(1):1-8.

(suite page suivante)

Annexe C

Transparent 8-A

Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement Avant l'intervention (plus information sur la méthode [curetage ou AMIU])

Information à recueillir	Réponses/Données collectées
<p><i>Données démographiques</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les données à collecter dépendront du contexte du pays 	
<p><i>Principale(s) plainte(s)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quoi ▪ Depuis quand ▪ Durée ▪ Nature ▪ Signes/symptômes associés 	
<p><i>Questions à poser</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment le saignement a-t-il commencé? ▪ Le saignement a-t-il été provoqué? A part le sang, est-il sorti du vagin quelque chose ressemblant à de la chair? Avez-vous mal? Où? Quand la douleur a-t-elle commencé? Avez-vous très mal? ▪ Avez-vous eu de la fièvre? Des frissons? Vous êtes-vous sentie faible? Vous êtes-vous évanouie? Vous êtes-vous effondrée au sol? 	
<p><i>Antécédents médicaux</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diabète ▪ Hypertension ▪ Tuberculose ▪ Néoformations ▪ Autres 	
<p><i>Antécédents obstétricaux-gynécologiques/menstruels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Date des dernières règles ▪ Durée et nature des règles ▪ Parité ▪ Gravidité ▪ Avortements ▪ Nombre d'enfants vivants 	

(suite page suivante)

Annexe C

Transparent 8-A (suite)

Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement Avant l'intervention (plus information sur la méthode [curetage ou AMIU])

Information à recueillir	Réponses/Données collectées
<p><i>Information à communiquer à la cliente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Etat physique général ■ Résultats des examens physique et pelvien ainsi que des analyses de laboratoire ■ Durée du traitement ■ Nécessité de référer et transporter la patiente vers un autre établissement ■ Interventions qui seront utilisées ainsi que les risques et avantages qu'elles comportent ■ Expliquer comment le curetage ou l'AMIU sont effectués (étapes, effets des médicaments utilisés, examen possible, sentiments attendus, description de la disposition de la salle d'intervention, consentement), aussi bien que la durée escomptée de l'hospitalisation ■ Référence/véhicule pour le transport. 	
Demander à la cliente si elle a des questions et y répondre adéquatement.	
Essayer de découvrir les besoins de la cliente ainsi que ses sentiments sur sa situation/ses projets d'avenir.	

(suite page suivante)

Annexe C**Transparent 8-A (suite)****Exemple de liste de contrôle du counseling après avortement**
Après l'intervention

Etapes	Notes
<p>Essayer de connaître les sentiments, questions et préoccupations de la cliente après l'intervention; lui apporter soutien et encouragement.</p> <p>Rappeler à la cliente les effets secondaires, risques et signes d'alerte éventuels; elle devrait revenir à la formation sanitaire si les signes d'alerte se manifestent.</p> <p>Expliquer à la cliente comment se soigner à domicile.</p> <p>Donner à la cliente des informations postopératoires écrites.</p> <p>Rappeler à la cliente l'importance du suivi.</p> <p>Discuter/décrire/fournir les méthodes contraceptives disponibles, le cas échéant.</p> <p>Discuter des IAG/IST:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Signes et symptômes. ■ Pourquoi et comment les prévenir. ■ Où obtenir des services. <p>Déterminer la nécessité d'un counseling complémentaire et/ou d'une référence pour d'autres besoins de santé reproductive ou pour des problèmes non médicaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ médicaux ■ sociaux ■ économiques 	

Notes générales :

Annexe D

Exemples d'études de cas

Les études de cas suivantes peuvent être utilisées comme exemples pour la Séance 3, Partie A. En outre, s'il n'y a pas assez de temps pour élaborer des études de cas originales, les participants peuvent adapter certains de ces cas à leur réalité locale. Tous les noms et cas sont imaginaires.

Etude de cas N° 1 : Pembeley

Pembeley est une infirmière âgée de 28 ans. Elle est célibataire et vit dans un quartier de la haute bourgeoisie avec sa famille. Elle est devenue enceinte à la suite de rapports sexuels avec Nabile, un délégué médical qui visite l'hôpital privé où elle travaille. Elle a informé Nabile qu'elle était enceinte et qu'elle avait décidé de garder le bébé, qu'il veuille participer à son éducation ou pas. A 10 semaines de gestation, elle a eu un avortement spontané et elle s'est rendue dans un hôpital public, saignant abondamment. Parce qu'elle n'était pas mariée, les prestataires à l'hôpital ont présumé qu'elle avait provoqué l'avortement et ils l'ont fait attendre plusieurs heures avant de la soigner, ne pratiquant son intervention qu'après s'être occupés de toutes les autres femmes venues se faire soigner ce jour-là. Elle a été réprimandée pour son comportement immoral et sa négligence, et aussi pour avoir conçu alors qu'elle était célibataire. Quand elle a demandé à employer la pilule, les infirmiers lui ont dit qu'à cet effet, elle devrait se rendre au centre de planification familiale à côté pendant ses heures de travail normales, mais ils l'ont aussi avertie que le centre ne fournissait habituellement pas de méthodes contraceptives aux femmes célibataires.

Etude de cas N° 2 : Paloma

Paloma a 20 ans. Elle a fini ses études secondaires et travaille comme vendeuse dans un grand magasin. Elle vivait avec son ami chez ses parents depuis plus d'un an quand elle s'est rendu compte qu'elle était enceinte de deux mois. Le couple était content de la grossesse, mais Paloma hésitait à en parler à la famille de son ami, s'attendant à être réprimandée par la mère de celui-ci qui ne cessait de leur dire qu'il était temps qu'ils emménagent dans leur propre maison. Une nuit, l'ami de Paloma est rentré à la maison saoul et il a provoqué une bagarre avec elle. Il l'a accidentellement frappée au ventre et, plus tard cette nuit-là, elle a ressenti des crampes fortes au bas-ventre. Un saignement vaginal assez abondant s'en est suivi, l'effrayant. Tôt le lendemain matin, se sentant faible, elle s'est rendue à l'hôpital toute seule, comme son ami dormait encore. A l'hôpital, elle n'arrivait pas à comprendre pourquoi le médecin et l'infirmière ne semblaient pas croire son histoire puisqu'ils lui demandaient d'admettre qu'elle avait fait quelque chose pour se débarrasser de son bébé. Pourquoi le ferait-elle? Elle les regardait d'un air incrédule, comme hébétée par la perte de son bébé. Après environ une heure, elle a été conduite dans une salle où on lui a dit qu'elle serait traitée. Elle avait peur, ne sachant pas comment ces personnes hostiles la traiteraient, et elle craignait de leur dire qu'elle n'avait que peu d'argent. Paloma ne s'était jamais sentie aussi seule qu'alors.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 3 : Sylvia

Sylvia est une veuve de 34 ans qui a trois enfants. Quand son mari est décédé il y a deux ans, elle a commencé à travailler six jours par semaine dans un magasin de confection et son revenu suffit tout juste à les faire vivre, ses enfants et elle. Cette année, elle a commencé une relation avec un homme de son village et les deux projetaient de se marier dans un an, une fois qu'ils auraient mis suffisamment d'argent de côté pour acquérir une maison pour toute la famille. Ils espéraient un jour avoir un enfant ensemble, mais ils ne pouvaient pas se le permettre pendant au moins deux ou trois ans encore. Quand Sylvia est tombée enceinte, elle s'est procuré du misoprostol* auprès de sa collègue au magasin. Celle-ci lui a indiqué d'introduire quatre comprimés dans son vagin pour interrompre la grossesse. Trois jours plus tard, elle s'est rendue toute seule à l'hôpital du district parce qu'elle saignait abondamment. Elle souffrait d'un avortement incomplet, mais pendant l'évaluation, le médecin traitant a trouvé des restes de comprimés de misoprostol dans son vagin. Elle n'a pas été conseillée avant le traitement, ni pendant l'intervention. Les prestataires qui la traitaient ont adopté une attitude méprisante à son égard parce qu'ils la jugeaient immorale pour avoir provoqué un avortement et eu des rapports sexuels alors qu'elle était veuve. Sylvia avait espéré demander une injection de DMPA à l'hôpital, mais elle avait tellement honte au moment de sa sortie de l'hôpital qu'elle ne pouvait pas supporter d'être humiliée davantage. Par conséquent, elle est partie de l'hôpital le plus vite possible, sans aucune méthode de planification familiale pour prévenir de futures grossesses non désirées.

*Le misoprostol est un succédané de la prostaglandine E1 indiqué pour la prévention et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux résultant de l'utilisation prolongée des drogues anti-inflammatoires non stéroïdes. A cause de ses propriétés abortives, les femmes comptent sur le misoprostol pour un usage pour lequel ce médicament n'est pas indiqué (pour mettre fin à leur grossesse).

Etude de cas N° 4 : Patricia

Patricia est âgée de 45 ans et elle est mariée à un fermier. Son mari, qui a un passé violent et qui boit, la force souvent à avoir des rapports sexuels quand il est saoul. Ils ont 13 enfants et la famille gagne juste assez d'argent pour survivre. Patricia n'a jamais utilisé de méthode de planification familiale, mais elle a plusieurs fois voulu se faire ligaturer les trompes. Tout récemment, elle n'a pas eu ses règles pendant deux mois, mais elle a présumé que c'était à cause de la ménopause précoce. Quand elle a eu une douleur hypogastrique et un saignement vaginal léger, elle s'est rendue dans un centre de santé local où on lui a appris qu'elle était enceinte. On lui a donné des médicaments et conseillé de rester couchée à la maison. Patricia ne voulait plus avoir d'enfants et elle n'a pas informé son mari de la grossesse. Elle a essayé de provoquer un avortement en portant un seau d'eau lourd pendant plusieurs heures, ce qui a éventuellement entraîné un saignement vaginal modéré. Elle est allée directement à l'hôpital où le saignement a empiré. Elle était consciente et assez calme, mais elle ressentait une douleur légère. Après examen, le médecin lui a dit qu'il devrait lui faire un curetage. Connaissant la méthode, elle a eu peur que son mari ne soit furieux qu'elle ne puisse pas travailler pendant la période de guérison postopératoire.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 5 : Claudine

Claudine, une étudiante célibataire âgée de 17 ans, est issue d'une famille de classe moyenne. En tant qu'aînée de sa famille, il était attendu d'elle qu'elle subvienne aux besoins de ses frères et sœurs après ses études. Elle est tombée enceinte pour la première fois de son copain qui était lui aussi étudiant, mais qui n'était pas prêt à élever une famille. Craignant que ses parents ne la laissent pas continuer ses études s'ils apprenaient qu'elle était enceinte, Claudine est allée voir un charlatan pour se faire avorter. De vives douleurs abdominales et la fièvre ont poussé sa mère à l'emmener à l'hôpital local quelques jours plus tard. Elle a été conduite au service des urgences et préparée pour une évacuation utérine, mais personne ne lui a dit ce qui se passerait pendant le traitement. Entre temps, sa mère a été informée de son état par le personnel de l'hôpital.

Etude de cas N° 6 : Marisol

Marisol a 43 ans et elle est mère de six enfants. Elle vit dans une zone rurale dans un milieu petit-bourgeois et, en plus de son travail d'épouse et de mère, elle fait une grande partie du travail pour entretenir la ferme de la famille. Elle a eu huit grossesses, dont un avortement spontané et une mort à la naissance. A ce stade de sa vie elle ne voudrait plus avoir d'enfants, mais elle n'a jamais utilisé de méthode de planification familiale. Elle est tombée enceinte pour la neuvième fois et a demandé conseil à son mari. Celui-ci lui a conseillé d'aller voir une accoucheuse traditionnelle dans leur communauté pour se faire avorter. Marisol s'est rendue chez l'accoucheuse traditionnelle qui lui a vigoureusement massé le ventre pour interrompre la grossesse. Quand elle a commencé à saigner abondamment, elle est rentrée demander l'aide de l'accoucheuse traditionnelle, mais celle-ci lui a indiqué d'aller plutôt à l'hôpital. A l'hôpital, les prestataires ont dit qu'ils ne la traiteraient pas tant qu'elle n'avouerait pas avoir provoqué l'avortement. Les médecins et les infirmiers l'ont admonestée pour avoir assassiné l'enfant qu'elle portait et ils ont menacé de la signaler aux autorités locales. Personne ne lui a, à aucun moment, dit comment prévenir une autre grossesse à l'avenir.

Etude de cas N° 7: Susan

Susan a 37 ans. Elle est mariée à Théo, un militaire. Elle a obtenu son diplôme universitaire et n'a pas d'enfants, bien qu'elle soit tombée enceinte deux fois. Elle travaille de longues journées comme caissière dans un restaurant, six jours par semaine. Susan et Théo sont mariés depuis cinq ans, et ils s'enthousiasmaient à l'idée d'avoir un enfant. Théo travaillant sur le terrain, Susan était toujours seule à la maison. Une nuit, quand elle rentrait du travail, elle a senti une douleur abdominale modérée, suivie d'un saignement vaginal moyen. Elle s'est immédiatement rendue à l'hôpital où elle a été directement emmenée à la salle des urgences. Elle pleurait et était inquiète parce qu'elle était seule et n'avait pas d'argent disponible. Pendant l'examen physique, le médecin a remarqué des lésions vulvaires et un écoulement vaginal verdâtre. Il a constaté que le col de son utérus était ouvert et que des tissus charnels se trouvaient dans son vagin. Il a diagnostiqué qu'elle avait fait un avortement.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 8 : Anna

Anna, qui a 35 ans, travaille à l'étranger la plus grande partie de l'année. Elle est mariée à un pêcheur et a quatre enfants. Après son long congé de trois mois, elle devait reprendre son travail à l'étranger dans deux semaines. Quand elle a découvert qu'elle était enceinte, elle est allée voir une sage-femme qui lui a introduit une sonde dans l'utérus. La sage-femme lui a dit qu'elle avorterait trois jours plus tard. Le saignement vaginal et la douleur abdominale ont commencé trois jours après la visite d'Anna chez la sage-femme. Elle avait aussi de la fièvre et elle se sentait très faible. Elle a alors informé son mari de l'avortement. Celui-ci l'a grondée et traitée d'assassin avant de l'emmener à l'hôpital. Anna a demandé aux médecins si elle était en train de mourir et elle a reproché à son mari d'avoir refusé de porter un préservatif. Elle a exprimé sa colère contre la sage-femme et a demandé à maintes reprises si elle serait bientôt autorisée à sortir pour pouvoir rejoindre son poste à l'étranger. Le médecin lui a fait savoir qu'elle devrait subir une évacuation utérine par AMIU, et elle était terrifiée. Elle espérait qu'elle serait au moins endormie pendant l'intervention pour ne plus ressentir la douleur.

Etude de cas N° 9 : Nicole

Nicole est âgée de 23 ans. Elle est célibataire et a un enfant. Elle vit de façon indépendante et sort avec des hommes plus âgés qui lui donnent de l'argent et des cadeaux en échange de rapports sexuels. Elle n'a jamais utilisé de contraception et a des antécédents d'IST. Après n'avoir pas eu ses règles pendant deux mois, elle a pris du misoprostol* (deux comprimés par voie orale et deux autres introduits dans le vagin). Effrayée parce qu'elle saignait encore quatre jours plus tard et parce qu'elle se sentait très faible, elle est allée à l'hôpital et a demandé à être soignée immédiatement. A l'examen, le médecin a trouvé que le col de son utérus était ouvert et que son vagin contenait des caillots de sang ainsi que des tissus placentaires. Il lui a dit qu'elle devrait subir une évacuation utérine. Nicole a exprimé sa peur de l'intervention et déploré d'être tombée enceinte, puis elle a commencé à pleurer ouvertement. L'infirmière qui la préparait pour le traitement l'a grondée pour son comportement irresponsable et immoral, responsable de la grossesse.

*Le misoprostol est un succédané de la prostaglandine E1 indiqué pour la prévention et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux résultant de l'utilisation prolongée des drogues anti-inflammatoires non stéroïdes. A cause de ses propriétés abortives, les femmes comptent sur le misoprostol pour un usage pour lequel ce médicament n'est pas indiqué (pour mettre fin à leur grossesse).

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 10 : Anupa

Anupa est une élève de 17 ans qui vit dans une zone rurale. Elle n'a pas d'enfants, mais elle aimerait élever une famille dans deux ou trois ans. Son ami et elle utilisaient la planification familiale naturelle et n'avaient pas de rapports sexuels les jours qu'ils croyaient Anupa féconde. Quand Anupa est tombée enceinte, son ami et elle ont conclu qu'ils n'étaient pas encore prêts à avoir un enfant. Quoique l'avortement soit légalement disponible dans son pays, Anupa avait entendu dire que dans les centres médicaux publics, on forçait toutes les clientes ayant fait un avortement à accepter des méthodes de planification familiale permanentes ou de longue durée. Pour éviter ce risque, elle a consulté un guérisseur traditionnel de son village. Le guérisseur lui a donné une potion à base de plantes et lui a introduit des brindilles dans le vagin. Anupa a eu atrocement mal aussi bien pendant l'intervention qu'après. Après quatre jours de saignement, de fortes crampes et de fièvre, elle est finalement allée se faire soigner dans un centre médical public. Le centre a accepté de la soigner à condition qu'elle consente à utiliser un DIU et, en désespoir de cause, elle a accepté cette condition. Quand elle a finalement pu voir un prestataire, ses complications et son infection étaient bien avancées.

Etude de cas N° 11 : Rose

Rose, une femme au foyer de 46 ans, a découvert qu'elle était enceinte de trois mois, un an seulement après la naissance de leur huitième enfant. Elle l'a su seulement après un test de grossesse fait au centre de santé puisqu'elle n'avait pas eu de retour de couches après son dernier accouchement. La sage-femme affectée dans leur région lui avait donné des préservatifs, mais il arrivait que son mari ne veuille pas les utiliser. Sa grossesse la préoccupait puisque le salaire de son mari suffisait à peine à subvenir aux besoins de la famille. Par ailleurs, sa fille aînée de 17 ans n'ayant accouché que depuis deux mois, elle avait honte d'être de nouveau enceinte alors qu'elle était déjà une grand-mère. Elle a donc décidé d'aller voir un guérisseur traditionnel qui lui a introduit un cathéter dans l'utérus. Il l'a assurée que tout irait bien. Pendant trois jours, elle est restée couchée, saignant silencieusement. Quand une forte fièvre et des frissons se sont manifestés, elle a été obligée de dire à son mari ce qu'elle avait fait. Son mari l'a emmenée d'urgence à l'hôpital où elle a dû subir une hystérectomie à cause des lacérations utérines et de l'infection. Elle était fâchée contre le guérisseur traditionnel qui lui avait dit que tout irait bien, alors qu'elle avait failli mourir. Après une semaine, elle s'est sentie mieux et soulagée que ses problèmes soient résolus, bien qu'elle continue d'avoir des remords de conscience chaque fois qu'elle voyait son mari triste et silencieux.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 12 : Fen

Fen, une femme au foyer de 26 ans, a deux enfants. Son mari est menuisier. Il travaille loin de chez lui en semaine et rentre à la maison tous les week-ends. Cela fait déjà trois mois que Fen n'a pas eu ses règles et elle s'est rendu compte qu'elle est enceinte. Il y a quelques jours, elle a ressenti une douleur abdominale. Plus tard ce jour-là, la douleur a empiré et elle a commencé à avoir un saignement vaginal. Elle a demandé à sa mère de surveiller ses enfants pour qu'elle puisse aller à l'hôpital. A l'hôpital, le médecin lui a dit après avoir fait une échographie qu'elle devait subir une évacuation utérine. Fen ne comprenait pas ce que cela voulait dire et elle était encore plus inquiète parce que son mari, qui était absent, n'était pas au courant de son état. Le lendemain, son mari est rentré du travail et il était inquiet et troublé que sa femme soit à l'hôpital. Entre temps, Fen a appris des infirmiers qu'elle avait perdu sa grossesse, et elle s'est sentie déprimée et seule.

Etude de cas N° 13 : Lerma

Lerma, qui a 21 ans et qui a fini ses études secondaires, est sans emploi. Elle a un enfant et elle est mariée depuis trois jours à un chauffeur de pousse-pousse. Elle n'a pas eu ses règles depuis deux mois. Deux jours avant son mariage, elle a eu un saignement vaginal qu'elle a cru être ses règles. Huit heures plus tard, elle a ressenti une douleur hypogastrique qui l'a poussée à aller voir un médecin. Son mari et sa mère l'ont accompagnée à l'hôpital. Le même jour, une échographie a été faite et Lerma a été informée qu'elle était enceinte de deux mois, et que le bébé ne pouvait pas être sauvé. Le couple a accueilli la nouvelle avec un enthousiasme modéré—excitation et tristesse à la fois. Les médecins ont dit à Lerma qu'elle devrait subir une évacuation utérine par AMIU. L'idée de perdre son bébé et l'attente de l'intervention la rendaient inquiète et anxieuse, et elle avait peur. Elle craignait aussi de ne pas pouvoir mener une future grossesse à terme après l'opération.

Etude de cas N° 14 : Diana

Diana, qui a 23 ans et qui a abandonné ses études, en est à sa sixième grossesse. Elle est mariée à Jaime, un ouvrier du bâtiment. Le couple a cinq filles et ils vivent tous avec les parents de Jaime. Diana et Jaime espèrent que leur sixième bébé sera un garçon. Malgré les difficultés financières, ils s'enthousiasment à l'idée d'avoir un autre enfant. Un jour après avoir accompli ses tâches ménagères habituelles, Diana est allée rendre visite à sa mère dans une ville proche. Quand elle est rentrée chez elle, elle a constaté un saignement vaginal léger qu'elle a attribué à son voyage, mais dont elle n'a pas parlé à Jaime. Le lendemain, juste après que Jaime est parti travailler, un autre saignement vaginal s'est produit. Elle est allée à l'hôpital avec sa belle-mère. Elle avait peur de perdre le bébé, d'être une charge financière pour ses beaux-parents et d'éloigner son partenaire. Elle craignait aussi de détruire la relation harmonieuse qu'elle avait avec ses beaux-parents. En plus, elle se sentait coupable de n'avoir pas fait tout son possible pour son bébé.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 15 : Mia

Mia est une femme au foyer mariée, âgée de 30 ans. Elle a fini ses études secondaires et son mari est ouvrier d'usine. Ils ont deux enfants. La dernière grossesse de Mia remonte à huit mois. Elle a accouché dans un hôpital public où une infirmière lui a dit qu'elle serait protégée de la grossesse tant qu'elle allaiterait son bébé au sein et qu'elle devrait revenir pour la planification familiale après avoir cessé d'allaiter. Il y a un mois, elle s'est rendue au service de consultation du même hôpital et, après son examen médical, elle a été informée qu'elle était enceinte. Elle n'arrivait pas à croire la nouvelle parce que l'infirmière lui avait dit que l'allaitement la protégerait de la grossesse. Elle voulait un autre bébé, mais pas de si tôt. Trois jours plus tard, elle est allée voir un guérisseur traditionnel pour faire interrompre la grossesse. Ce soir-là, elle a eu des crampes abdominales et un saignement vaginal. Son mari l'a emmenée au service des urgences et, après examen, le médecin lui a dit qu'elle était en train d'avorter et qu'une intervention d'AMIU serait pratiquée. Mia a commencé à pleurer, disant à maintes reprises qu'elle ne voulait pas faire de mal à son bébé, mais qu'il était trop tôt pour être de nouveau enceinte. Son mari a essayé de la reconforter, mais rien de ce qu'il disait ne pouvait atténuer son sentiment de culpabilité.

Etude de cas N° 16 : Annabel

Annabel, qui a 24 ans, est hôtesse dans un club d'expatriés local. Elle est tombée amoureuse d'un beau diplomate américain qui fréquentait l'établissement. Ils ont vécu ensemble dans le somptueux appartement du diplomate pendant environ trois mois. Annabel était satisfaite de sa vie et elle a exulté encore plus quand elle est tombée enceinte. Elle pensait que la grossesse était pour elle l'occasion de renforcer les liens avec son ami. Quand un saignement vaginal léger a commencé, son ami l'a emmenée à l'hôpital où le médecin a expliqué qu'elle avait une menace d'avortement. Annabel était triste, craignant de perdre à la fois son bébé et son ami.

Etude de cas N° 17 : Rita

Rita, qui a 23 ans et qui est mariée, travaille comme infirmière dans un hôpital public. Son mari et elle vivent avec la famille de son mari. Rita n'avait pas eu ses règles et elle soupçonnait qu'elle était enceinte, mais elle n'avait pas le temps d'aller pour les soins prénatals parce qu'elle était constamment occupée entre son travail et le ménage. Elle était enceinte de deux mois quand, après une période de travail très fatigante à l'hôpital, elle a remarqué du sang dans sa culotte. Elle en a parlé à son mari qui, à son tour, a informé sa belle-mère. Rita a suivi le conseil de sa belle-mère qui lui a dit de prendre un congé pour éviter de perdre la grossesse. Quand le saignement s'est arrêté, Rita a repris le travail et elle a recommencé à saigner, abondamment cette fois-ci. Elle a été hospitalisée et un curetage a été effectué. Le médecin lui a conseillé de se reposer et de ne pas être enceinte pendant un temps. Il l'a aussi informée que sa prochaine grossesse nécessiterait une sérieuse prise en charge. Le mari et la belle-mère de Rita étaient attristés par la nouvelle, et Rita s'en voulait de n'avoir pas suivi le conseil de sa belle-mère.

(suite page suivante)

Annexe D (suite)

Exemples d'études de cas

Etude de cas N° 18 : Nasim

Nasim, une célibataire de 22 ans, travaille dans un petit village comme employée dans une usine dont la production est destinée à l'exportation. Elle est issue d'une famille de classe moyenne et d'un milieu urbain et ses parents sont très croyants. A l'insu de ses parents, elle vivait avec son ami marié pendant qu'elle habitait le village et travaillait à l'usine. Nasim n'utilisait aucune forme de contraception et avait des rapports sexuels sans protection avec son ami. Quand elle a appris qu'elle était enceinte, elle était contente, mais craignait la réaction de ses parents. Son ami ne s'est pas réjoui de la nouvelle et a suggéré qu'elle fasse interrompre la grossesse. Nasim était fâchée contre son ami parce qu'il ne lui apportait pas le soutien qu'elle attendait. Pendant l'un de ses voyages à la ville, elle a acheté des herbes médicinales réputées avoir le pouvoir de faire revenir les règles. Elle buvait régulièrement le breuvage pendant qu'elle était avec sa famille et, deux semaines plus tard, elle a remarqué un saignement vaginal léger dans sa culotte. Le saignement a continué, accompagné de douleurs abdominales. Bien qu'elle soit inquiète, elle avait peur de parler du problème à ses parents. Quand elle n'a plus pu supporter la douleur, elle a demandé à être emmenée chez le médecin de famille, toujours ambulatoire et cohérente, et elle a subi un curetage. Ses parents étaient furieux quand ils ont été informés de son état et ils ont menacé de la déshériter ou de la renier. Nasim était fâchée et frustrée, mais elle n'avait personne à qui parler. Elle était fâchée contre son ami qui n'était pas là quand elle avait le plus besoin de lui, fâchée contre ses parents qui ne la comprenaient pas et, surtout, fâchée contre elle-même parce que c'est son propre comportement qui avait entraîné cette situation.

Etude de cas N° 19 : Leah

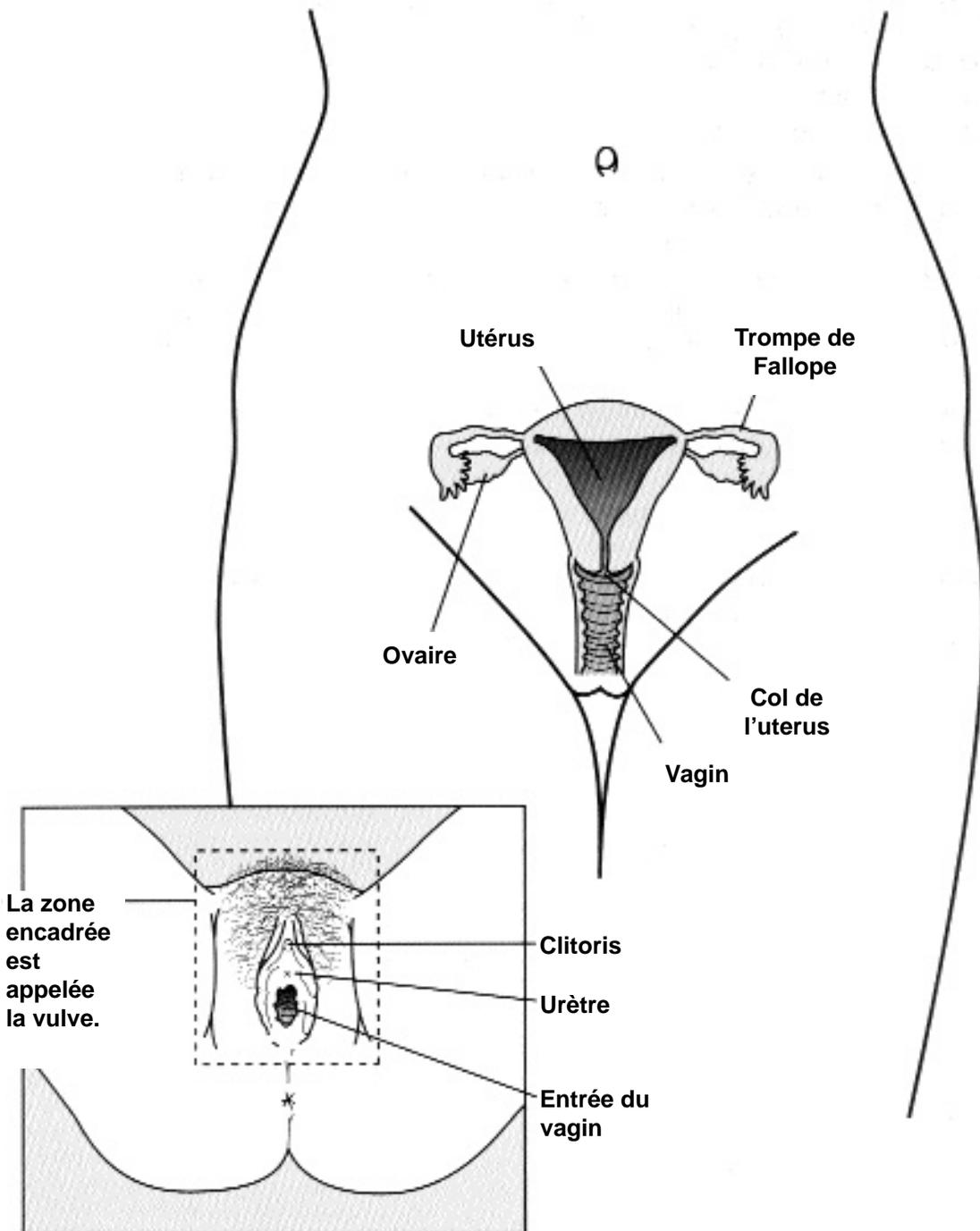
Leah, qui est âgée de 37 ans, est vendeuse dans un magasin de quartier. Elle est mariée à un gardien. Ils ont une fille de 4 ans que Leah ramène à la maison dans ses bras chaque jour à sa sortie du travail. Quand Leah a eu un retard de deux mois, elle est allée au centre de santé pour y faire un test de grossesse. Le test était positif et toute la famille était très contente. Le couple avait planifié cette grossesse parce que Leah vieillissait, et pensait que l'année leur serait bénéfique. Une nuit, Leah a remarqué une tâche de sang dans sa culotte. Elle était un peu inquiète, mais elle a pu se reposer cette nuit-là. Le lendemain matin, elle a ressenti une légère douleur hypogastrique et elle a eu un saignement vaginal moyen. Elle a alors confié sa fille à une voisine et, toute seule, est allée directement à l'hôpital. Après l'avoir examinée, le médecin l'a informée qu'un curetage devrait être fait d'urgence. Leah a pleuré, craignant l'intervention et la réaction de son mari. Après le traitement, elle a été emmenée en salle et son mari est arrivé trois heures plus tard. Leah était encore plus effrayée quand elle l'a vu.

Source: Les études de cas pour Sylvia, Pembeley, Anupa et Marisol ont été tirées de Tabbutt-Henry, J. et Graff, K. 2002. *Counseling the postabortion woman: Client-provider communication in postabortion care*. New York: EngenderHealth; toutes les autres études de cas sont des adaptations d'histoires élaborées par le personnel du programme des Philippines d'EngenderHealth.

Annexe E

Les appareils génitaux féminin et masculin

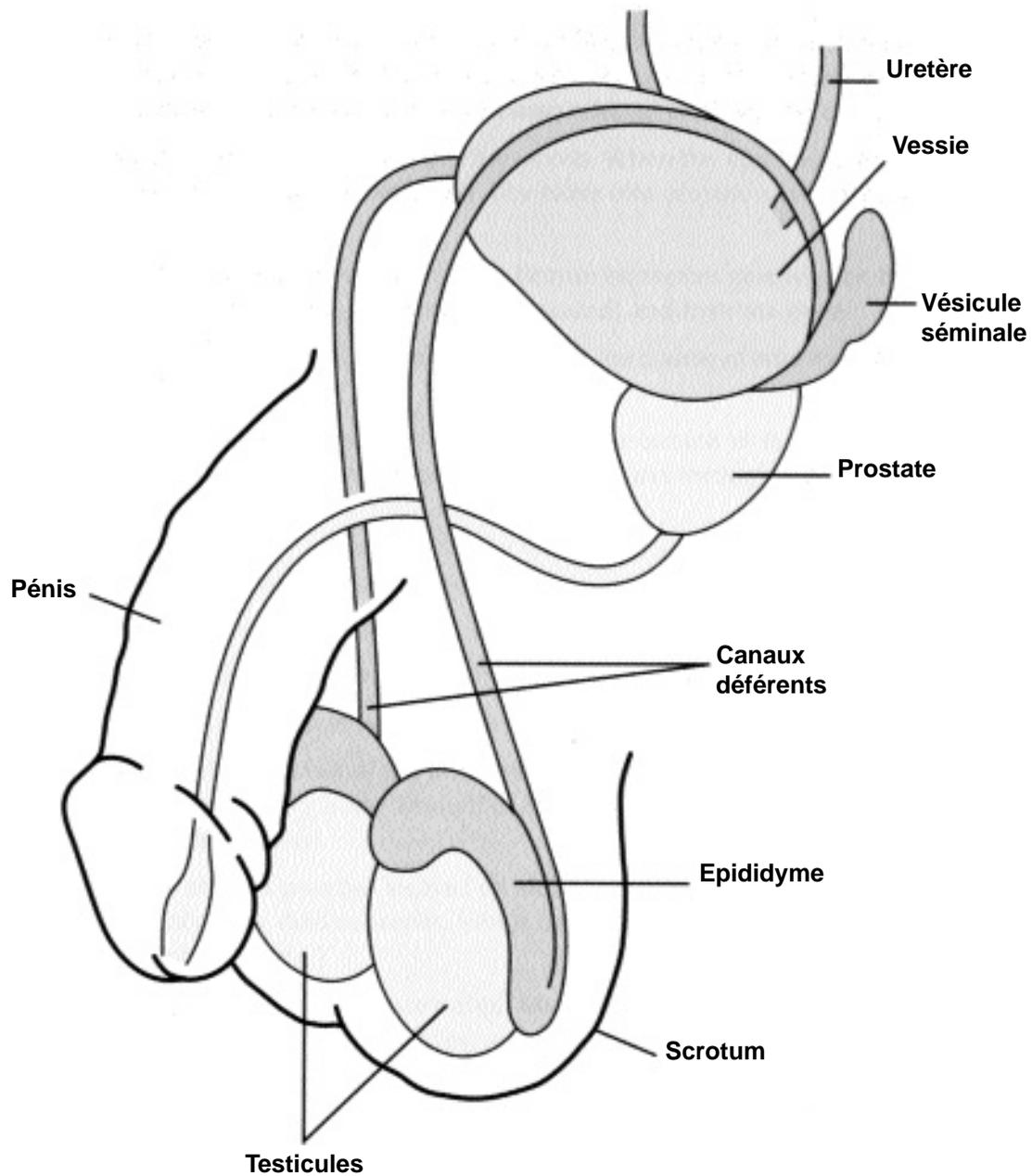
L'appareil génital féminin



Adapté de : AVSC International. 1995. *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York.

Annexe E (suite) Les appareils génitaux féminin et masculin

L'appareil génital masculin



Adapté de : AVSC International, 1995. *Family planning counseling: A curriculum prototype*. New York.

Annexe F

Ressources supplémentaires à l'intention l'attention du formateur

Leonard, A. H., and Ladipo, O. A. 1994. Post-abortion family planning: Factors in individual choice of contraceptive methods. *Advances in Abortion Care*4(2): 1 – 4.

Margolis, A., Leonard, A. H., and Yordy, L. 1993. Pain control for treatment of incomplete abortion with MVA. *Advances in Abortion Care*3(1): 1 – 8.

Neamatalla, G. S., and Verme, C. S. 1995. Postabortion women: Factors influencing their family planning options. *AVSC Working Paper* No. 9. New York: AVSC International.

Salter, C., Johnson, H. B., and Hengen, N. 1997. Care for postabortion complications: Saving women's lives. *Population Reports* series L, no. 10. Johns Hopkins University, Population Information Program.

Winkler, J., Oliveras, E., and McIntosh, N. (eds.) 1995. *Postabortion care: A reference manual for improving quality of care* Postabortion Care Consortium.

Wolf, M., and Benson, J. 1994. Meeting women's needs for post-abortion family planning: Report of a Bellagio Technical Working Group, Bellagio, Italy, February 1 – 5, 1993. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 45 (Suppl).

World Health Organization (WHO). 1995. Information and counseling for the patient. In *Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment*. Geneva, pp. 71 – 76.

Annexe G

Exemple de matériel éducatif à l'intention des clientes

Ce matériel peut être utilisé comme guide pour l'élaboration de matériels éducatifs en langue locale destinés aux clientes. Étudiez-le avant de l'utiliser et modifiez légèrement le contenu, au besoin, pour l'adapter au contexte local.

Source Le texte de cet exemple de matériel a été traduit et adapté d'un dépliant élaboré par les responsables du programme d'EngenderHealth en République Dominicaine.

Couverture

APRES LA PERTE D'UNE GROSSESSE,
VOUS DEVEZ PRENDRE SOIN DE VOUS

A l'intérieur : page 1

La perte d'une grossesse peut vous affecter physiquement et émotionnellement. Pour vous remettre, il est important de:

- demander et recevoir le soutien du personnel sanitaire du centre de santé;
- avoir le soutien de votre partenaire
- avoir le soutien de votre famille ou de personnes qui vous sont proches
- pratiquer une bonne hygiène (Lavez bien vos organes génitaux au moins deux fois par jour.)
- bien manger (Mangez comme d'habitude et buvez suffisamment.)
- n'utiliser que les médicaments qui vous ont été prescrits à l'hôpital jusqu'à ce que vous ayez fini le traitement complet
- initier les relations sexuelles seulement après l'arrêt du saignement et quand vous vous sentirez à l'aise. (L'un des aspects les plus importants des soins, en ce qui vous concerne actuellement, est de vous protéger des grossesses non désirées. Utilisez une méthode de planification familiale jusqu'à ce que votre partenaire et vous décidiez que vous êtes prêts pour une nouvelle grossesse.)

A l'intérieur : page 2

Pour prévenir de futures grossesses, choisissez une méthode de planification familiale. Après avoir quitté l'hôpital, vous pouvez utiliser:

- **le DIU:** le dispositif intra-utérin (DIU), une méthode temporaire en forme de "T", est placé dans l'utérus ou la matrice pour prévenir la grossesse. Si vous décidez de l'utiliser, il vous offrira jusqu'à 10 ans de protection;
- **les contraceptifs injectables** le Dépo-Provera, qui est un exemple de contraceptif injectable, est une méthode temporaire pour femmes. L'injection se fait tous les trois mois;
- **les implants Norplant** les implants Norplant sont une méthode temporaire pour femmes. Deux ou six petits tubes sont placés sous la peau de votre bras. Ils vous offrent une protection de jusqu'à sept ans;
- **la pilule:** la pilule est une méthode temporaire pour femmes. Pour vous protéger des grossesses non désirées, vous devez prendre une pilule chaque jour au même moment.
- **La ligature des trompes ou la vasectomie** sont des méthodes de planification familiale permanentes pour les femmes ou les hommes qui ont déjà le nombre d'enfants voulu. Cette intervention peut être pratiquée à n'importe quel moment choisi par votre partenaire ou vous-même.

(suite page suivante)

Annexe G (suite)

Exemple de matériel éducatif à l'intention des clientes

A l'intérieur : page 2 (suite)

Si vous décidez d'avoir des relations sexuelles, vous pouvez utiliser:

- **le préservatif** le préservatif est une méthode temporaire utilisée par le couple pendant les rapports sexuels pour prévenir la grossesse et la transmission des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH;
- **les comprimés moussants, les éponges et la mousse** sont des méthodes temporaires. Il vous suffit d'introduire une de ces méthodes dans votre vagin avant les relations sexuelles pour éviter la grossesse.

Les personnels de santé peuvent vous aider, votre partenaire et vous, à choisir la méthode qui vous convient le mieux. Ils peuvent aussi aborder vos soucis concernant la planification familiale ou d'autres questions de santé.

Dos

Vous devez retourner à l'hôpital:

- pour une visite de suivi le _____(date), ou
- si vous présentez un ou plusieurs des symptômes suivants:
 - ▼ Saignement abondant
 - ▼ Sécrétions ou saignement vaginaux malodorants
 - ▼ Fièvre
 - ▼ Vertiges
 - ▼ Crampes fortes
 - ▼ Vive douleur abdominale (sous le nombril)
 - ▼ Maux de tête violents et fréquents

Rappel:

- Vous avez le droit de demander des informations aux personnels de santé et de recevoir ces informations.
- Vous devez retourner à l'hôpital pour un examen médical ou dès que vous constatez un ou plusieurs des symptômes cités ci-dessus.
- Les avortements pratiqués dans des circonstances dangereuses ont des conséquences sur votre santé et ils peuvent même causer la mort.
- Le préservatif est une méthode qui vous protège contre la grossesse et les IST, y compris le VIH.
- Vous pouvez utiliser les méthodes de planification familiale présentées ici immédiatement après avoir perdu une grossesse ou quand vous décidez d'avoir des relations sexuelles.

Annexe H

Formulaire d'évaluation de l'atelier

Instructions Pour chaque élément, cochez la case qui reflète le mieux votre opinion. Vos réponses franches nous aideront à améliorer les formations futures. Nous serions également heureux de recevoir vos commentaires.

Nom (facultatif): _____

1. Les objectifs de la formation étaient:

très clairs

clairs

Pas clairs

Commentaires: _____

2. Les objectifs de la formation ont été:

entièrement atteints

atteints pour la plus grande partie

insuffisamment atteints

Commentaires: _____

3. La formation était:

trop longue

suffisamment longue

trop courte

Commentaires: _____

(suite page suivante)

Annexe H (suite)

Formulaire d'évaluation de l'atelier

4. J'ai trouvé le contenu de l'atelier intéressant:

- pendant toute la durée de la formation
- pendant la majorité des séances
- en partie seulement

Commentaires: _____

5. L'information présentée pendant le cours:

- m'était presque entièrement inconnue
- m'était inconnue en grande partie
- m'était presque entièrement connue

Commentaires: _____

6. Les compétences que j'ai acquises:

- s'appliquent directement à mon travail quotidien
- s'appliquent quelque peu à mon travail quotidien
- ne s'appliquent pas beaucoup à mon travail quotidien

Commentaires: _____

7. Le lieu utilisé pour la formation était:

- très satisfaisant
- plutôt satisfaisant
- pas satisfaisant

Commentaires: _____
