UN CURRICULUM DE FORMATION

Counseling

de la cliente souffrant de la fistule obstétricale

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

FistulaCare

www.fistulacare.org

Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale

Un curriculum de formation

© 2012 EngenderHealth/Fistula Care. Tous droits réservés.

Fistula Care
c/o EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : info@fistulacare.org
www.fistulacare.org

La présente publication a été rendue possible, en partie, grâce au soutien de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération associée GHS-A-00-07-00021-00. Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'éditeur et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID.

COPE® et MAP® sont des marques déposées d'EngenderHealth.
Conception et mise en page : Tor de Vries et John Fiege
Conception de la couverture : Tor de Vries

ISBN 978-1-885063-76-2

Imprimé aux Etats Unis d'Amérique sur du papier recyclé.

Citation suggérée : Fistula Care. 2012. *Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale : un curriculum de formation.* New York : EngenderHealth.

Table des matières

REMERCIEMENTS vii

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS ix

INITIATION DES FORMATEURS 1
- Aperçu du cours 1
- Objectifs généraux 5
- Le curriculum de formation 6
- Matériels, fournitures et équipements de formation 9
- Comment utiliser de tels matériels 10
- Evaluation 12
- Préparation préalable 13
- Au cours de la formation 15
- À la fin de la formation 17
- Après la formation 17

SESSION 1 : SESSION D'OUVERTURE 19
- Partie A : Inscription et pré-test 23
- Partie B : Cérémonie d'ouverture 23
- Partie C : Initiation à l'atelier 24
- Documents du participant de la session 1 27

SESSION 2 : VALEURS ET ATTITUDES DES PRESTATAIRES 33
- Partie A : Choix éclairé, consentement éclairé et droits de la cliente 36
- Partie B : Valeurs et attitudes 37
- Documents et ressources du participant de la session 2 47

SESSION 3 : COMPRENDRE LA FISTULE OBSTÉTRICALE 71
- Partie A : Description du problème 73
- Partie B : Causes de la fistule obstétricale 75
- Partie C : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale 75
- Partie D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins de la fistule 76
- Partie E : Prévention de la fistule obstétricale 77
- Documents du participant de la session 3 79

SESSION 4 : COMPRENDRE LE POINT DE VUE DE LA CLIENTE 97
Partie A : Elaboration des études de cas des clientes de la fistule obstétricale 100
Option 1 : Etudes de cas originales 100
Option 2 : Etudes de cas adaptées 105
Partie B : Confidentialité, intimité, et dignité 106
Partie C : Prise en charge des sentiments de la cliente 106
Partie D : Les questions relatives à la sexualité 108
Documents et ressources du participant de la session 4 111

SESSION 5 : COMMUNICATION INTERPERSONNELLE 117
Partie A : Communication bidirectionnelle 122
Partie B : Communication verbale et non verbale 123
Partie C : Ecoute active/savoir écouter 125
Partie D : Comment poser des questions ouvertes 126
Partie E : Utilisation du langage simple et des aides visuelles 129
Partie F : Cadre de counseling : REDI 131
Documents du participant de la session 5 135

SESSION 6 : COUNSELING DE LA CLIENTE SOUFFRANT DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE 147
Partie A : Vue d'ensemble du counseling 151
Partie B : Counseling des clientes de fistule obstétricale 152
Partie C : Counseling des femmes ayant des besoins spéciaux 158
Documents du participant de la session 6 161

SESSION 7 : INFORMATIONS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET COUNSELING RELATIF A LA SANTÉ 199
Partie A: Raisons 203
Partie B : Choix éclairé 205
Partie C : Situation particulière de la cliente 207
Documents du participant de la session 7 211

SESSION 8 : COUNSELING POUR LA FAMILLE DE LA CLIENTE 227
Partie A : Vue d'ensemble du counseling pour la famille de la cliente 233
Partie B : Counseling pendant l'admission et la période préopératoire 235
Partie C : Counseling après l'opération 236
Partie D : Counseling à la sortie 236
Documents du participant de la session 8 237

SESSION 9 : SOUTIEN A LA CLIENTE DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE 249
Partie A : Formation de groupes de soutien à la cliente au sein de la structure 251
Partie B : Utilisation des histoires de réussites 254
Partie C : Contact des réseaux de soutien communautaires 255
Documents du participant de la session 9 259

SESSION 10 : STAGE CLINIQUE **263**
Documents du participant de la session 10 267

SESSION 11 : RECAPITULATION DE L'ATELIER **281**

ANNEXES **287**
Annexe A : Plan de formation 289
Annexe B : Pré-test/post-test sur le counseling de la fistule obstétricale 291
Annexe C : Réponses au conseil pré-test/post-test de la fistule obstétricale 295
Annexe D : Transparents et matériels d'activité 301
Annexe E : Exemple d'étude de cas 307
Annexe F : Glossaire 315
Annexe G : Ressources complémentaires pour les formateurs 317
Annexe H : Exemple de matériels éducatifs de la cliente 321
Annexe I : Questions transversales 323
Annexe J : Formulaire d'évaluation de l'atelier 331
Annexe K : Exemple de dossier de cliente et de formulaire de consentement 335
Annexe L : Exemple de liste de contrôle pour le counseling sur la fistule et registre de counseling 341

Remerciements

Certains membres du personnel d'EngenderHealth et quelques consultants ont contribué à l'élaboration et à la production du présent curriculum. Susheela M. Engelbrecht a rédigé la version préliminaire du curriculum. Isaac Achwal, Betty Farrell, et Joseph Ruminjo ont contribué à l'achèvement du curriculum. Karen Beattie, Kathleen McFarland, Lauren Pesso, Erika Sinclair, Shipra Srihari, Abdelhadi El Tahir, Katie Tell et Mary Nell Wegner en ont fait la révision. La publication d'EngenderHealth : *Counseling the Postabortion Client : A Training Curriculum – Counseling de la Cliente après un avortement : Un curriculum de formation* – a servi de guide pour l'élaboration du curriculum. Khaliah Johnson, une consultante du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), a élaboré une première ébauche du curriculum sur le terrain et fourni une rétro-information utile. Michael Dorn a fait de précieuses contributions dans la coordination du présent curriculum avec le Counseling de la cliente souffrant de la fistule traumatique : Un supplément du Curriculum du Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale.

EngenderHealth tient à remercier les personnes qui ont participé à la réunion des experts en vue de l'élaboration du présent curriculum. Il s'agit de : Catherine Kamugumya, Henry Kakande, Fortunate Nakakeeto, Hind Mahmoud, Rahmat Hassan Mohammed, Feddis Mumba, Daniel Murokora, Twaha Mutyaba, Regis Nansumbuga, Setara Rahman, Ejigayehu Wolde, et Yirgalen Yisac.

Le présent curriculum a été édité par Sandra J. Crump, et la composition graphique a été assurée par John Fiege, sur la base d'une conception développée par Tor de Vries; Michael Klitsch s'est chargé de l'édition générale et de la gestion de la production. Amadou Lamine Sene a effectué la traduction en français et Siga Coulibaly a révisé la traduction.

Les premiers travaux dans l'élaboration du présent curriculum ont été soutenus par la Fondation Bill & Melinda Gates. Les essais sur le terrain et la finalisation du curriculum ont été financés grâce au généreux soutien du peuple américain à travers le Bureau de la population et de la santé de la reproduction de l'Agence des Etats Unis pour le Développement International (USAID), aux termes de l'accord de coopération associée N° GHS-A-00-07-00021-00. Le contenu du présent document relève de la responsabilité du projet ACQUIRE et du projet Fistula Care et ne reflètent pas nécessairement les vues de l'USAID, du gouvernement des États-Unis, ou de la Fondation Bill & Melinda Gates.

Acronymes et abréviations

AMDD	Averting Maternal Death and Disability [programme]
AMPR	acétate de médroxyprogestérone-retard
AQ	amelioration de la qualité
AT	accoucheuse traditionnelle
DIU	dispositif intra-utérin
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FIS	formation intégrale du site
FRV	fistule recto-vaginale
FVV	fistule vésico-vaginale
HcP	Hommes comme Partenaires
IST	infections sexuellement transmissibles
MAMA	méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée
MT	matrone traditionnelle
NET-EN	norethisterone enanthate
NFS	numération de formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PMSA	Plan de mise en œuvre du site d'accueil
REDI	rapport building/exploration/decision making/implementing the decision [le développement d'une Relation, l'Exploration, la Prise de décision, et l'Exécution de la décision]
REF	Réseau pour l'Eradication des Fistules
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SIECUS	Conseil Américain de l'Information et de l'Education sur la Sexualité
USAID	Agence des Etats Unis pour le Développement International
VIH	virus d'immunodéficience humaine

Initiation des formateurs

Aperçu du cours

But et objectifs du cours

Le counseling est une partie intégrante des services généraux de soins obstétricaux de la fistule, et constitue un ensemble de fonctions effectuées par les infirmières, sages-femmes et médecins qui dispensent des soins. **Le counseling est défini** comme étant le processus de communication bidirectionnelle qui consiste à aider les clientes à prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins individuels. Le counseling comporte principalement une interaction en tête-à-tête entre la cliente et le prestataire, mais il peut aussi inclure le partenaire de la cliente ou une autre personne ressource dont la présence a été demandée par la cliente.

Il existe trois volets des soins de la fistule – la prévention, le traitement et la réinsertion ; chacun de ces volets présente un ensemble unique de compétences principales d'assistance comportant le counseling de l'individu et du couple, ainsi que l'éducation de groupe (avec les membres de la famille, de la communauté, et d'autres femmes vivant avec une fistule).

COMPÉTENCES PRINCIPALES POUR LE COUNSELING RELATIF À LA PRÉVENTION

Les éléments suivant devront être intégrés dans le counseling existant en rapport avec la grossesse :

Idée préconçue au sujet du counseling

- Expliquer les causes de la fistule.
- Expliquer comment prévenir la fistule par l'alimentation et la vaccination des petites filles, le recul de la maternité précoce, la nutrition, et la planification familiale.
- Mobiliser les partenaires et/ou les autres parties qui influencent la prise de décision dans la famille.

Counseling prénatal

- Fournir des informations sur la compréhension des signes d'alerte pendant la grossesse et sur le moment où il faut aller à l'hôpital, l'accès en temps opportun aux services hospitaliers pendant le travail, et l'élaboration d'un plan de préparation à la naissance (y compris des dispositions pour le transport et la constitution d'un fond pour le transport).
- Attirer l'attention des partenaires et/ou autres parties qui influencent la prise de décision dans la famille sur le risque d'un travail prolongé et les retards dans les soins de santé et sur l'importance d'un accouchement effectué par un prestataire formé.

Counseling postnatal

- Fournir des informations sur la programmation et l'espacement des grossesses en temps opportun, et sur les options de planification familiale disponibles.
- Fournir des informations sur la nutrition optimale pour la femme et le nouveau né, en particulier les besoins nutritionnels de la mineure/fillette.

COMPÉTENCES PRINCIPALES POUR LE COUNSELING RELATIF AU TRAITEMENT

Counseling préopératoire

- Évaluer la capacité de la cliente à donner et recevoir des informations, et explorer ses besoins et sentiments.
- Fournir des informations sur l'évaluation initiale, les options éventuelles de traitement, les résultats potentiels et les effets secondaires, complications et risques possibles.
- Etablir un lien entre la cliente et un groupe de soutien social et/ou les ressources disponibles dans la structure.
- Maintenir le soutien émotionnel à travers la communication verbale/non verbale, en utilisant des techniques pour amoindrir la crainte et l'angoisse.
- Fournir des informations sur le rôle attendu de la cliente dans les soins postopératoires, les soins de la sonde, la mobilité, la nutrition, la gestion de la douleur, les signes de complications/d'alerte, la physiothérapie, la période d'abstinence sexuelle, les grossesses futures, les besoins de planification familiale, et la nécessité d'obtenir des soins prénatals de proximité et un accouchement par césarienne pour une/les grossesse(s) future(s).

Counseling intra-opératoire

- Protéger l'intimité de la cliente, et préserver le respect et la dignité
- Rassurer et réconforter la cliente avant de faire l'anesthésie
- Donner des explications sur l'anesthésie qui sera utilisée, ses risques et sur la gestion de la douleur

Counseling postopératoire

- Continuer le soutien psychologique et surveiller les besoins de gestion de la douleur pendant la période de récupération immédiate.
- Fournir les informations requises sur les résultats de l'opération, les soins personnels, les soins de la sonde, la mobilité, la nutrition, la gestion de la douleur, les signes de complications/d'alerte, la physiothérapie, la période d'abstinence sexuelle, les grossesses futures, les besoins de planification familiale, la nécessité de soins prénatals de proximité, et la nécessité d'une césarienne pour une/les grossesse(s) ultérieure(s).
- Attirer l'attention des partenaires et/ou autres parties qui influencent la prise de décision dans la famille sur les besoins de rétablissement de la cliente, la nécessité de se reposer, le fait de revenir pour le suivi au niveau de la structure sanitaire, l'abstinence sexuelle, et l'utilisation de la planification familiale pour retarder une grossesse désirée jusqu'à la guérison totale, et sur le soutien à la cliente pour bénéficier de soins prénatals de proximité et d'un accouchement par césarienne pour une/les grossesse(s) ultérieure(s).

(suite)

COMPÉTENCES PRINCIPALES POUR LE COUNSELING RELATIF AU TRAITEMENT *(suite)*

Counseling à la sortie

- Évaluer les sentiments de la cliente, ses questions et préoccupations concernant la phase de rétablissement et l'avenir.
- Fournir des informations sur la sortie conformément au plan de gestion postopératoire, et des informations sur l'abstinence sexuelle, le report de la grossesse, et la gestion de l'incontinence urinaire d'effort.
- Etablir un calendrier de suivi.
- Évaluer les autres besoins psychosociaux et mettre la cliente en rapport avec d'autres services d'assistance ou d'orientation et avec des organisations communautaires de soutien aux femmes ayant bénéficié d'une réparation de la fistule.

COMPÉTENCES PRINCIPALES POUR LE COUNSELING RELATIF À LA RÉINSERTION

Counseling par rapport à la thérapie physique/physiothérapie

- Explorer les sentiments de la cliente sur ses progrès en physiothérapie et ses progrès vers l'autonomie.

Counseling sur la réinsertion communautaire/familiale

- Explorer les sentiments de la cliente sur son acceptation et ses interactions au sein de la famille et/ou de la communauté.
- Mettre la cliente en rapport les services communautaires et/ou sociaux qui prennent en charge ses besoins évolutifs.

Counseling par rapport aux moyens de subsistance

- Mettre la cliente en rapport avec des services de renforcement des capacités pour des opportunités d'activités génératrices de revenus et de gestion de ses ressources.

Note : Dans les cas où l'opération n'avait pas réussi, en se fondant sur la condition de la cliente, le counseling relatif à la réinsertion devrait également fournir des informations sur les points suivante : les raisons de l'échec de l'opération ; les procédures et options futures possibles, les complications et/ou infections, l'hygiène personnelle et la nutrition ; la gestion de l'incontinence et la nécessité de reporter la grossesse jusqu'à l'accomplissement d'une procédure future.

Sur la base de ces compétences principales, le **but** du présent curriculum est de préparer les prestataires de services, à tous les niveaux, afin qu'ils puissent fournir des informations et assister les clientes de la fistule, y compris l'orientation pour les services de traitement et de rétablissement, et du counseling pour les questions connexes en dehors de leur champ habituel de travail.

NOTE AUX FORMATEURS

Le présent volume se concentre sur le counseling des clientes souffrant d'une fistule obstétricale généralement causée par la dystocie. Cependant, la fistule peut également être provoquée par d'autres facteurs, notamment la violence sexuelle (*qui provoque la fistule gynécologique traumatique*) ou une blessure lors d'un accouchement assisté (*fistule iatrogène*). Bien que les résultats cliniques des différents types de fistules soient souvent similaires, les besoins en counseling des femmes peuvent être très différents.

Les participants d'une réunion des experts tenue en 2005 sur la fistule traumatique ont identifié comme défi majeur dans la fourniture de soins de la fistule traumatique le manque de prestataires formés pour le counseling des survivantes de la violence sexuelle et sexospécifique, et l'absence de normes pour le counseling des clientes atteintes de fistule traumatique, ainsi que les difficultés rencontrées par rapport au suivi des soins dans l'assistance psychologiques et émotionnels à long terme après une réparation de la fistule.

Pour répondre à un tel besoin perçu, EngenderHealth a élaboré un complément pour le présent curriculum intitulé *Counseling d'une cliente souffrant de la fistule traumatique : Un supplément du curriculum de counseling sur la fistule obstétricale.* Ce document contient d'importantes données factuelles et des exercices de formation spécifiques à la fistule traumatique, notamment une documentation alternative ou complémentaire à l'usage du participant.

Tout au long de ce manuel du formateur, l'on trouvera des encadrés de couleur rose comme celui ci-après :

Se référer aux pages 14 et 15 du Complément sur la fistule traumatique pour la Document alternative 1-B, qui remplace celui figurant dans le présent curriculum.

Si la fistule traumatique constitue un problème dans la région où les participants en formation travaillent, ou si les participants devraient être formés pour le counseling des survivantes de la violence sexuelle et sexospécifique, se référer aux pages indiquées du complément intitulé *Counseling d'une cliente souffrant de la fistule traumatique.* Ce document fournit d'importantes données factuelles et des exercices de formation spécifiques à la fistule traumatique, notamment une documentation alternative ou complémentaire à l'usage du participant.

Si la fistule traumatique n'est pas un problème là où les participants en formation travaillent, ignorer simplement les encadrés roses.

Par ailleurs, le terme « fistule obstétricale » n'est utilisé dans ce curriculum que par référence expresse à cette condition ; le terme général de « fistule » est utilisé la plupart du temps.

Objectifs généraux

À la suite de cette formation, les prestataires seront en mesure d'utiliser les compétences relatives à la communication et au counseling pour effectuer les tâches suivantes :

- Évaluer les besoins et préoccupations de la cliente ;
- Fournir des informations précises sur les points suivants : ce qu'est la fistule, les causes de la fistule, les moyens de prévention de la fistule, le traitement et l'initiative personnelle en matière de soins de la fistule ; les soins préopératoires et postopératoires de la fistule ;
- Soutenir la cliente et son partenaire/sa famille, selon les besoins, avant, pendant et après la réparation de la fistule ;
- Aider la cliente à prendre des décisions par rapport à la planification familiale, la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, et l'obtention d'autres services de santé de la reproduction ;
- Assister le partenaire et/ou la famille de la cliente (si possible, et avec la permission de la cliente).

Les participants au cours

Cette nouvelle approche de formation est conçue spécifiquement pour les prestataires qui entrent en contact avec les clientes de la fistule immédiatement avant, pendant et après le traitement, notamment les infirmières, les sages-femmes, les médecins, les assistants sociaux, et les aides-infirmières. L'atelier se propose d'enseigner les compétences essentielles de counseling à tous les prestataires qui s'occupent des femmes atteintes de fistule, et s'appuie sur les connaissances et compétences de counseling de base. Il est supposé que les participants possèdent une expérience ou des connaissances cliniques sur les procédures de traitement utilisées dans le site de service, ou que ce curriculum sera dispensé en même temps que la formation clinique en fistule obstétricale, pour ce qui concerne les compétences cliniques et la prévention des infections. La formation est destinée à des groupes de six à 15 participants. Elle devrait être dispensée sur une période de six jours et demi à sept jours. Beaucoup de participants auront besoin de plus de temps pour les présentations en petits groupes et les jeux de rôle. La formation peut inclure plusieurs cadres de prestataires, **mais selon les conditions locales et les niveaux d'expérience et de connaissances, les médecins pourraient être invités à assister uniquement à certaines parties sélectionnées de la formation.** Indépendamment de la taille du groupe, cependant, les participants en tireront le plus grand partie si le site de stage clinique dispose d'un nombre suffisant de clientes de la fistule pour permettre à chaque participant d'assister une à deux clientes au cours du stage clinique.

Les formateurs au présent cours

Le présent curriculum a été conçu pour une formation menée par des formateurs qualifiés et expérimentés. Bien qu'il contienne des informations pour guider le processus de formation et aider les formateurs à prendre des décisions qui amélioreront leur expérience d'apprentissage, il est supposé que les formateurs comprennent les concepts d'andragogie, qu'ils peuvent utiliser une variété de méthodes et techniques de formation, et qu'ils savent comment adapter le matériel en vue de répondre aux besoins des participants.

Les formateurs devraient aussi être conscients des normes et directives qui régissent la certification, le suivi de formation et la supervision continue du site ou de l'institution parrainant l'activité de formation. Les formateurs devraient garder ces questions à l'esprit lors de l'examen du curriculum en vue d'organiser le cours.

Les formateurs devraient avoir une solide formation en counseling, une expérience antérieure d'aide aux clientes de la fistule, et une familiarité avec la prise en charge des complications liées au traitement de la fistule. Une équipe de deux formateurs (soit deux co-formateurs, ou un formateur principal et un assistant) est nécessaire pour cette formation intensive. Pendant qu'un formateur facilite une session, l'autre peut enregistrer les informations sur les tableaux en papier, contrôler le temps, aider à maintenir la discussion sur la bonne voie par rapport aux objectifs de la séance, modérer le travail en petits groupes, et participer aux jeux de rôle.

Le curriculum de formation

Note sur le langage

Tout au long du présent curriculum, les femmes atteintes de fistule sont appelées *clientes de la fistule*. Dans bon nombre de structures de santé, les personnes recevant des soins sont appelées *patientes*, un mot qui évoque souvent la passivité et la mauvaise santé. Ce curriculum utilise le mot cliente pour renforcer le concept d'autonomisation et suggérer un rôle actif pour la personne en quête de services. (*Voir* : EngenderHealth, 2003. *Guide COPE® : Un processus pour améliorer la qualité des services de santé.* New York)

Dans l'ensemble du curriculum, la prévention, le traitement et la réinsertion sont désignés pour indiquer les trois principales approches de prise en charge de la fistule. Dans certains textes, le terme réhabilitation est utilisé au lieu de réinsertion. Nous utilisons la réinsertion pour renvoyer à une approche plus holistique à l'assistance aux femmes après la réparation de la fistule, notamment l'assistance à leur réhabilitation physique, le counseling et un soutien affectif, et le soutien pour leur réinsertion sociale, pouvant inclure des efforts pour réduire la stigmatisation et la discrimination, et pour appuyer la formation et le soutien professionnels et éducatifs.

Composantes du curriculum de formation

Le curriculum de formation comprend trois principales composantes : des sessions de formation, des documents pour les participants, et des annexes.

Sessions de formation

La méthodologie et les instructions pour effectuer la formation sont incluses dans les sessions de formation. Les neuf sessions sont regroupées par thèmes afin de couvrir des sujets connexes. Chaque session contient des informations introductives portant sur :

- Les objectifs de la session et les points à retenir ;
- Les méthodes de formation proposées et les matériels nécessaires ;

- La préparation préalable (y compris toute fourniture particulière nécessaire à la formation) ;
- Une estimation du temps nécessaire pour la formation.

Avant de commencer chaque session, les formateurs devraient revoir les objectifs de la session. Ceux-ci peuvent être préparés à l'avance sur le tableau de conférence ou en tant que document polycopié. Les objectifs devraient être réexaminés à la fin de chaque session, en résumé de ce qui a été couvert.

Dans chaque session, une section Matériels dresse la liste de tous les matériels éducatifs et de formation nécessaires pour la session. Les matériels qui devraient être adaptés, développés, ou rassemblés par avance sont notés sous la rubrique Préparation Préalable. Le temps estimé nécessaire pour la formation de la session est également noté.

La section sur les étapes de la formation donne des instructions détaillées pour la conduite de la session, avec un temps suggéré pour chaque activité. Les conseils pour la formation donnent au formateur des informations de contexte complémentaires sur le contenu ou sur les approches de formation. Ces notes peuvent également inclure des questions de discussion, des réponses possibles pour les exercices de remue-méninges, et des propositions de formats pour les tableaux de conférence. Les conseils pour la formation apparaissent dans des zones mises en évidence après l'étape concernée ou à la fin du guide de session.

Documents à distribuer aux participants

Des documents sont distribués aux formateurs pour leur permettre de mener des activités de formation. Lors de l'examen des étapes de la formation pour chaque session, les formateurs doivent lire les documents avec soin et identifier les principaux points devant être abordés lors des discussions de groupe. Cette préparation préalable facilitera le processus d'examen et de synthèse des documents distribués. Les documents pour chaque session apparaissent après les activités de la session.

Chaque fois que possible, chaque participant devra recevoir un guide du participant. Si cela n'est pas possible, les formateurs devraient faire des copies des documents de cours qu'ils vont utiliser dans chaque session. Alternativement, si les formateurs ne peuvent pas ou ne souhaitent pas faire des copies des documents, ils peuvent écrire le contenu de certains documents choisis sur des grandes feuilles de chevalet ou sur un tableau. Cette approche donnera de meilleurs résultats avec certains des documents que d'autres. Par exemple, les participants auront besoin de copies des documents les invitant à donner des réponses écrites. En outre, ils pourraient juger utile de conserver des copies des documents contenant du matériel non offert ailleurs, afin de pouvoir examiner les documents, une fois la formation terminée.

Annexes

Les annexes contiennent des matériels et des outils à utiliser en conjonction avec les activités de formation. Les formateurs peuvent utiliser ces ressources dans leur préparation préalable. Les annexes sont les suivantes :

- *Annexe A : Plan de formation.* Un tel plan montre la chronologie et le calendrier de toutes les sessions et sous-sections, ainsi qu'une liste des documents d'accompagnement. Le programme de formation précise également le public proposé pour chaque session.

- *Annexe B : Pré-test/post-test sur le counseling de la fistule obstétricale.* Les formateurs ont la possibilité d'utiliser ce test au début et à la fin de l'activité de formation. Les formateurs peuvent utiliser les résultats du pré-test pour adapter la formation au niveau des connaissances et expériences des participants en matière de counseling. Après la formation, les formateurs peuvent utiliser le post-test pour mesurer les changements dans les connaissances et points de vue des participants. Les réponses à ce test (y compris des exemples de réponses correctes pour les questions ouvertes) apparaissent immédiatement après la version vierge du test. Le test est inclus en annexe plutôt qu'en tant que document, car il ne constitue pas une composante obligatoire du curriculum. Les formateurs et les institutions de parrainage sont libres de décider au cas par cas si l'utilisation du pré-test et du post-test est appropriée et constructive pour chaque activité particulière de formation.
- *Annexe C : Réponses au conseil pré-test/post-test de la fistula obstetricale.* Les formateurs devraient utiliser cette liste après avoir observé les participants au cours du stage clinique. L'outil d'évaluation permettra aux formateurs d'apprécier les compétences en counseling des participants et d'identifier les lacunes nécessitant davantage d'attention.
- *Annexe D : Transparents et matériels d'activité.* Les formateurs pourraient trouver utile d'utiliser des transparents ou des tableaux de conférence pour présenter un contenu ou conduire les activités de formation. L'Annexe D contient un exemple de textes et d'images qui peuvent être reproduits et utilisés pour les transparents et les tableaux de conférence au cours des sessions de formation.
- *Annexe E : Exemple d'étude de cas.* Une explication du contexte sur l'utilisation d'études de cas au cours de l'activité de formation apparaît plus loin dans cette introduction (voir « Approche d'étude de cas »). EngenderHealth recommande vivement que les participants à cette formation préparent des études de cas originales lors de l'atelier de formation, comme indiqué dans l'Option 1 de la Session 4, Partie A. Dans certaines situations de formation, cependant, le temps peut-être trop limité pour achever l'exercice d'élaboration des études de cas. Dans de tels cas, les formateurs devraient se référer à l'Option 2 de la Session 4, Partie A, et choisir trois ou quatre des études de cas préparées dans l'Annexe E. Les études de cas choisies devraient refléter un large éventail de caractéristiques et situations des clientes, notamment l'âge, la parité, l'état matrimonial, et préciser si la cliente avait une fistule traitable ou non. Ces études de cas présélectionnées seront ensuite utilisées tout au long de la formation et intégrées dans divers exercices et jeux de rôle, de la même manière que celles développées par les participants à la formation.
- *Annexe F : Glossaire.* Le glossaire définit les termes relatifs à la fistule et au counseling.
- *Annexe G : Ressources complémentaires pour les formateurs.* Il existe de nombreux matériels précieux de référence sur les soins aux clientes de la fistule. Les formateurs devraient obtenir et examiner autant de matériels que possible avant la formation.
- *Annexe H : Exemple de matériels éducatifs de la cliente.* Après la formation, les participants ou les institutions peuvent demander des matériels d'éducation des clientes pouvant renforcer les instructions critiques sur les soins après procédure/communautaires, et qui donnent des informations sur les options de planification familiale pour les femmes atteintes de la fistule.
- *Annexe I : Questions transversales.* Les formations d'EngenderHealth comprennent des sessions sur des questions transversales telles que la formation du site entier, l'amélioration de la qualité, la prévention des infections, Men as Partners® (Hommes comme Partenaires), et la stigmatisation et la discrimination liées au VIH / SIDA. Bien que ce curriculum ne traite pas ces questions dans leur intégralité, des informations sur ces sujets ont été incluses et peuvent être adaptées pour s'appliquer à la fistule.

- *Annexe J : Formulaire d'évaluation de l'atelier.* Tout comme le pré-test/post-test sur le counseling de la fistule (Annexe B) constitue un aspect important de l'évaluation de l'impact de la formation, le formulaire d'évaluation de l'atelier est un outil indispensable dans la mesure où il aide EngenderHealth à améliorer le curriculum. Ainsi, tous les participants devraient être invités à remplir le formulaire d'évaluation à la fin de la formation, et tous les formulaires dûment remplis devraient être envoyés à EngenderHealth.
- *Annexe K : Exemple de dossier de cliente et de formulaire de consentement.* Cet annexe contient des exemples utiles concernant les types de formulaires de dossiers que le formateur peut partager avec les participants en formation pour les aider à comprendre comment les données de services peuvent être récupérées et apprécier la nécessité d'obtenir le consentement éclairé. Les formateurs devraient se sentir libre de présenter ses exemples de formulaires aux participants à un moment approprié au cours de la formation.
- *Annexe L : Exemple de liste de contrôle pour le counseling sur la fistule et registre de counseling.* Le présent annexe contient des exemples d'outil pour l'évaluation de la qualité du counseling et/ou représente un instrument de travail pour la personne qui fait le counseling afin de s'assurer que les informations requises ont été partagées avec la cliente.

Matériels, fournitures et équipements de formation

Avec le matériel fourni dans le cadre du curriculum, les formateurs devraient obtenir des matériels didactiques tels que les tableaux de papier, du ruban cache ou des punaises, et des marqueurs de diverses couleurs, qui seront utilisés pendant le cours. En outre, certaines activités de formation pourraient nécessiter l'utilisation de fiches d'index ou de grandes ou petites feuilles de papier.

Cette formation s'appuie fortement sur l'utilisation des tableaux de papier pour guider ou résumer les discussions. La plupart d'entre eux peuvent être préparés à l'avance. Cependant, il y a des dangers dans l'utilisation abusive de tels tableaux de papier :

- Le papier est coûteux et parfois rare.
- Les participants peuvent s'ennuyer avec « la formation à l'aide de tableau de papier, » même si le but est de rendre la formation interactive.
- Les participants ont besoin de sauvegarder certaines informations, et les documents polycopiés pourraient s'avérer plus efficaces dans de tels cas.

Des instructions précises sont données sur le moment d'écrire ou non sur le tableau de papier pour chaque session ; essayer de ne pas faire plus qu'il n'a été suggéré.

Si l'on dispose d'un rétroprojecteur, de transparents, de marqueurs pour transparent, et d'électricité, alors les transparents peuvent être utilisés en plus ou à la place des tableaux de papier (voir les documents distribués au participant et l'Annexe D pour les matériels qui peuvent être présentés en utilisant des transparents ou des tableaux en papier). Les documents peuvent également être lus au cours de la session, puis conservés pour la référence ultérieure des participants. Voici quelques directives sur le moment d'utiliser les tableaux de papier, les transparents et les documents polycopiés :

- Utiliser les tableaux de papier si vous enregistrez des suggestions ou des idées émises par les participants (par exemple, au cours des remue-méninges), si vous souhaitez afficher les informations

sur le mur ou y faire référence plus tard dans la formation, ou bien si vous voulez que les participants réfléchissent sur une question ou un concept (peut être en se référant à un document plus tard).

- Utiliser un rétroprojecteur et des transparents si vous voulez présenter un bout de texte pour que tout le monde puisse le lire et en discuter, mais pas à des fins de sauvegarde, ou bien si vous souhaitez afficher des instructions pour un travail de groupe.
- Utiliser les documents polycopiés si vous voulez que les participants sauvegardent les informations pour s'y référer après la formation.

La Session 6, « Counseling à la cliente de fistule obstétricale », offre l'option d'utiliser une caméra vidéo pour enregistrer les jeux de rôle et donner aux participants l'opportunité de se voir sur cassette. Les formateurs sont libres de décider si l'utilisation de la vidéo est appropriée et constructive au cours de cette session. Si les formateurs choisissent d'utiliser la vidéo, ils auront besoin d'une caméra vidéo et d'une cassette, et d'un écran pour montrer la cassette au groupe. Les formateurs devraient se familiariser avec l'utilisation de cet équipement avant la formation pour éviter les retards résultant des difficultés techniques. L'objectif principal de l'exercice ne devrait pas être sacrifié à cause de distractions liées à l'équipement vidéo.

Comment utiliser de tels matériels

Conception de la formation

Le présent curriculum a été conçu pour être souple, pour accommoder différentes catégories de participants (médecins, infirmières, assistants sociaux, etc.), différents niveaux d'expérience des participants, et différents contextes sociaux et culturels. La conception du cours sera déterminée en partie par l'expérience et la formation antérieures des participants. Bien que le temps des prestataires de services puisse être limité lors de la formation sur site, il est préférable que tous les participants soient présents à toutes les sessions (voir l'Annexe A).

Les exercices de ce curriculum ont été soigneusement conçus pour atteindre des objectifs spécifiques. Bien que les formateurs puissent avoir besoin d'adapter certaines parties de la formation en fonction de leur cadre, culture, et d'autres facteurs locaux, ils devront suivre les instructions aussi strictement que possible.

Utilisation des méthodes de formation

Le curriculum repose sur une combinaison de méthodes de formation, y compris des présentations et des exercices interactifs, et des instructions sont fournies dans les étapes des sessions de formation. Malgré la nécessité pour les formateurs de devoir présenter certains matériels à travers des conférences, ils devront utiliser aussi des méthodes participatives, comme les exercices en grands et petits groupes, les jeux de rôle, et les débats. Les formateurs ne devront jamais dispenser des cours magistraux de plus de 15 à 20 minutes à la fois. Ils devraient recourir à des aides visuelles pour illustrer ceux-ci.

Il a été démontré que les méthodes participatives telles que les remue-méninges et les jeux de rôle sont un aspect essentiel pour la réussite de l'andragogie. Bien que les méthodes utilisées pour cette formation doivent être aussi interactives que possible, tant pour réduire la durée des cours magistraux, que pour engager plus pleinement les participants, le contenu du cours ne se prête pas toujours à de telles activités. Les formateurs peuvent également employer les principes de l'andragogie en encourageant les participants à discuter des problèmes et trouver des solutions en se basant sur leurs propres expériences.

Cadre temporel

La durée suggérée pour cette formation est de six jours et demi à sept jours, y compris la formation en classe et la pratique du counseling en temps réel avec les clientes de la fistule. Toutefois, la formation pourrait durer 7 à 10 jours, selon le niveau de connaissances et de compétences des participants en matière de conseil et de santé de la reproduction, et selon le déroulement de la session de stage pratique. Si les formateurs apportent des modifications sur la durée de la formation, ils pourraient également avoir besoin de changer l'ordre des sessions afin d'adapter le cours aux contraintes de temps.

L'approche d'études de cas

Le présent curriculum est conçu pour être adaptable à différentes cultures. Pour répondre à l'éventail de questions sensibles liées à la fistule dans les différents pays, les contributions des participants sont utilisées pour créer des profils de clientes qui reflètent la situation particulière de leur milieu. Ces profils de clientes sont développés en études de cas qui sont utilisées de façon répétée tout au long de la formation pour le travail en petits groupes et les jeux de rôle. Les études de cas permettent aux participants de développer de l'empathie envers les clientes en appliquant une nouvelle dynamique à la situation personnelle de chaque cliente.

La création de profils de clientes et d'études de cas qui couvrent avec précision toute la gamme des enjeux locaux et qui remettent en cause les stéréotypes, préjugés et idées fausses des prestataires requièrent une grande attention et de la sensibilité de la part des formateurs. Tout au long du curriculum, une orientation est donnée pour aider les formateurs à examiner l'éventail possible de questions qui devraient être abordées et à mener des discussions dans des zones potentiellement difficiles.

Le stage clinique

Note : la préparation du site de stage devrait être effectuée bien avant la formation et être compatible aux normes de formation d'EngenderHealth.

Le stage clinique (voir Session 10) est un élément crucial du curriculum. Après avoir terminé en salle de classe la partie interactive de la formation, les participants ont une expérience pratique dans l'application de leurs compétences à des séances de counseling avec des clientes réelles. En travaillant en binômes, les participants, à tour de rôle offrent des conseils aux clientes de la fistule avant, pendant et après les procédures de traitement, sous la surveillance d'un superviseur et d'un autre participant. (S'il y a une pénurie de clientes, les formateurs peuvent prendre des dispositions pour permettre à deux participants d'observer une séance de counseling.) Le cadre clinique offre un contexte pour appliquer les leçons couvertes en classe, et il élève la pratique des compétences à un niveau de sérieux difficile à atteindre dans les jeux de rôle en salle de classe. Le stage clinique est crucial pour l'impact de l'expérience de formation globale, et chaque participant devrait assister au moins deux clientes, de sorte qu'il puisse s'entrainer à adapter le contenu pratique des discussions aux situations réelles des individus. L'exposition à de multiples clientes aidera les participants à voir comment les besoins en counseling varient considérablement d'une cliente à une autre.

Note : La partie en salle de classe/didactique de la formation devrait être planifiée avec soin pour s'assurer que les services essentiels peuvent toujours être offerts sur les sites où les participants travaillent et qu'il existe un bon mélange de clientes de la fistule et en nombre suffisant dans la structure de santé pendant la

durée de la formation. Les formateurs devraient être souples avec le calendrier de formation : ils pourraient avoir besoin de commencer les jours d'enseignement avant la semaine réservée à la chirurgie ou de couvrir certains aspects du counseling plus tôt que prévu. Bien que de tels changements ne soient pas idéaux, ils pourraient être nécessaires pour éviter des perturbations des services et pour garantir un certain niveau d'expérience des participants en matière de counseling.

Évaluation

L'évaluation est un élément important de la formation. Elle donne aux formateurs et aux participants une indication sur ce que les participants ont appris, et aide le formateur à déterminer si les stratégies de formation ont été efficaces.

La véritable mesure du succès d'une formation en counseling est de savoir si les pratiques, services et protocoles de counseling de qualité ont été mis en place (ou améliorés), ce qui peut être déterminé seulement à travers le suivi des activités de formation. Toutefois, une évaluation plus immédiate du cours lui-même est également nécessaire. Etant donné que le cours couvre à la fois des matériels basés sur les connaissances et les attitudes, les progrès des participants seront mesurés en grande partie à travers l'évaluation de l'évolution de leurs connaissances et attitudes.

Les possibilités d'évaluation dans le curriculum sont les suivantes :

- L'évaluation des progrès des participants au cours de la formation en interrogeant les individus et groupes, afin de tester leurs connaissances et compréhension ;
- L'utilisation du pré-test et du post-test pour évaluer les amélioration ou changements dans l'ensemble des connaissances et attitudes des participants ;
- L'observation des jeux de rôle et le stage clinique pratique afin d'évaluer la manière dont les compétences en counseling des participants se sont développés depuis le milieu jusqu'à la fin de la formation.

Au cours du stage pratique, les formateurs et/ou superviseurs devront utiliser la liste vérificative d'observation du counseling sur la fistule basée sur les compétences (voir Annexe C) pour observer les participants au moment d'assister les clientes de fistule. L'objectif de la présente évaluation est d'identifier les forces et faiblesses dans les compétences des participants en matière de counseling. En utilisant les listes vérificatives évaluées, les formateurs devront discuter individuellement avec les participants des moyens d'améliorer leurs compétences en counseling. Les résultats des participants devraient être conservés par les formateurs, et utilisés comme base de référence. Les résultats peuvent également être utilisés pour identifier les participants qui ont des compétences exemplaires en matière de counseling et qui pourraient être des candidats formateurs à l'avenir. Le curriculum propose une note d'admissibilité, bien que celle-ci puisse être adaptée aux situations locales.

Après l'activité de formation, les formateurs ou un autre professionnel qualifié devraient effectuer un suivi avec les participants pour savoir comment ils ont appliqué leurs nouvelles connaissances et compétences. Si un superviseur est responsable du suivi, les formateurs devraient le contacter pour savoir comment le counseling aux clientes de fistule a été amélioré dans l'environnement du participant en tant que résultat de sa formation.

Une évaluation du cours en fin de formation permet aux participants de donner leurs commentaires sur le processus et les résultats globaux de la formation. Le formulaire d'évaluation de l'atelier (Annexe J) devrait être utilisé à cette fin, et les participants devraient être encouragés à être honnêtes dans leurs réponses. (C'est peut-être plus facile pour eux s'ils remplissent la feuille de façon anonyme.)

Enfin, il s'agit d'une nouvelle approche de formation pour le counseling aux clientes de la fistule ; l'évaluation est d'autant plus importante si EngenderHealth devrait encore améliorer le curriculum. Veuillez utiliser le formulaire d'évaluation prévu pour recueillir les commentaires de chaque participant, et retourner tous les formulaires dûment remplis à EngenderHealth.

Préparation préalable

Sélection des participants à la formation

La sélection rigoureuse des participants constitue une partie intégrante de la réussite du programme de formation. Si possible, les participants devraient avoir une certaine expérience de prestation de services aux clientes de la fistule, s'engager à travailler avec elles, former des collègues sur le lieu de travail jusqu'à ce qu'ils soient compétents, et avoir l'intention de travailler dans les services de la fistule pendant deux ans au moins. Lorsque cela est possible, les participants devraient être choisis à partir de sites où les administrateurs et superviseurs des structures sont déterminés à offrir des services de soins de la fistule.

Obtenir des informations de base

Avant le début de la formation, les formateurs devraient essayer d'en savoir autant que possible sur les participants au cours – leurs responsabilités professionnelles, leur origine, leur sexe, et leur expérience par rapport à la fourniture de soins aux femmes atteintes de la fistule obstétricale, et sur la hiérarchie d'encadrement dans leur lieu de travail, de sorte que la formation puisse être adaptée aux besoins des participants. En outre, les formateurs devraient essayer de déterminer quels plans ont été mis en place sur les sites des participants relativement aux services globaux de la fistule en général, et au counseling de la fistule en particulier. Par exemple, si le site offre actuellement peu ou pas de counseling aux clientes de la fistule, ou si les protocoles relatifs à ce sujet n'existent pas, les formateurs devraient également essayer de voir :

- Pourquoi le site a besoin de la formation ;
- Qu'est-ce que la formation va impliquer au-delà du counseling (par exemple, la prévention des infections, l'amélioration de la qualité, Men as Partners® dans la santé de la reproduction, les compétences cliniques et la planification familiale), et travailler avec le personnel du site pour organiser les orientations et mettre à jour les sessions, soit pendant la formation ou au cours du suivi ;
- Qui est responsable de la supervision des services, notamment le counseling pour les femmes atteintes de fistule ;
- Quel rôle les participants jouent-ils actuellement ou joueront-ils bientôt dans la fourniture de services de counseling aux clientes de la fistule.

Pour obtenir ces informations, EngenderHealth recommande que les formateurs interviewent les administrateurs les plus impliqués dans la formation sur les sites respectifs des participants. Pour évaluer les besoins et capacités des participants avant la formation, les formateurs peuvent les interviewer et les

observer pendant les prestations de services, ou administrer le pré-test facultatif sur le counseling de la fistule (Annexe B).

Directives pour la préparation de la formation

Les étapes suivantes devraient aider les formateurs à se familiariser avec le programme et se préparer à diriger l'activité de formation. (*Note* : Chaque participant devrait recevoir un exemplaire du Manuel du Participant. Si pour une raison quelconque il est impossible de donner un manuel à chaque participant, le formateur devrait prévoir de faire des copies des documents à distribuer.)

1. D'abord, lire rapidement tout le programme et les documents une première fois pour avoir une idée globale de l'objet, du contenu et de l'approche de la formation.

2. Ensuite, se concerter avec les administrateurs du programme sur le site du service. Si vous avez été invité à présenter cette formation, ils sont probablement bien imprégnés de ses buts, objectifs, et du public visé. Néanmoins, après avoir lu le programme une première fois, vous devriez les rencontrer pour clarifier l'objectif de la formation, voir si les participants appropriés ont été sélectionnés, et confirmer le temps alloué à l'atelier.

3. Ensuite, relire le programme mais cette fois-ci lentement. Réfléchir à chaque session en fonction des besoins des clientes de la fistule et des prestataires de services au niveau des sites de services locaux. Examiner attentivement chaque document polycopié, étant des documents permanents de l'atelier que les participants emporteront, et d'autres qui n'ont pas suivi la formation pourraient également les consulter. Les réviser à chaque fois que c'est nécessaire pour refléter et prendre en compte la situation, les enjeux et attitudes locaux.

4. Après avoir examiné et révisé (au besoin) les documents, en faire suffisamment de copies pour tous les participants. (*Note* : Certains documents peuvent être remis au début de la formation pour permettre aux participants de les lire et d'être dans le bain. D'autres documents sont destinés à être distribués dans le cadre d'une activité de formation.) Chaque participant devrait avoir un cahier ou une chemise pour garder tous les matériels dans leur ordre de distribution ; les formateurs devraient demander au directeur de la structure d'informer à l'avance tous les participants de la nécessité pour eux d'apporter un cahier ou une chemise.

5. Dresser la liste des objectifs pour toutes les sessions sur un tableau en papier. Au début de chaque session, énoncer brièvement les objectifs à couvrir. Examiner les objectifs de la session au cours d'une « récapitulation » pour créer un cadre permettant d'évaluer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, et les domaines où il pourrait y avoir des lacunes dans la compréhension des participants. (Ces lacunes peuvent être abordées lors des sessions ultérieures.)

Ressources supplémentaires pour les formateur

Avant la formation, les formateurs devraient obtenir et examiner autant que possible des matériels énumérés à l'Annexe G. (Les matériels peuvent être obtenus auprès d'EngenderHealth ou de l'éditeur.) Le curriculum renvoie parfois à des matériels spécifiques comme points de départ pour les discussions de groupe. Selon

les niveaux de la formation et de l'intérêt des participants, les formateurs pourraient choisir une ou deux de ces références à copier et distribuer en documents polycopiés. Il faut, toutefois, prendre garde à ne pas submerger les participants en leur donnant tous les matériels, ce qui ne serait pas la meilleure utilisation des ressources matérielles et financières.

Au cours de la formation

Création d'un environnement propice à l'apprentissage

De nombreux facteurs contribuent à la réussite d'un cours de formation. L'environnement d'apprentissage constitue un facteur clé. Les formateurs peuvent créer un environnement propice à l'apprentissage en faisant ce qui suit :

- *Respecter chaque participant :* les formateurs devraient reconnaître les connaissances et compétences que les participants apportent au cours. Ils peuvent faire preuve de respect en apprenant et en utilisant les noms des participants, en encourageant ces derniers à contribuer aux débats, et en leur demandant leur avis sur le programme du cours.
- *Faire des commentaires constructifs de manière fréquente : l*a rétro-information constructive, en particulier au cours des jeux de rôle et du stage clinique, augmente la motivation et la capacité à apprendre. Chaque fois que possible, les formateurs devraient reconnaître les bonnes réponses et actions des participants en les reconnaissant publiquement et faire des commentaires tels que « Excellente réponse ! », « Bonne question ! » et « Bon travail ! » Les formateurs peuvent également valider les réponses des participants en faisant des commentaires comme « Je peux comprendre pourquoi vous vous sentiriez ainsi. » Le formateur devrait également aider les participants à reconnaître les pratiques incorrectes et élaborer un plan pour améliorer leur performance.
- *Maintenir l'implication des participants :* les formateurs devraient utiliser une variété de méthodes de formation qui augmentent l'implication des participants, tels que les interrogations, les études de cas, les discussions et les travaux en petits groupes.
- *S'assurer que les participants se sentent à l'aise :* la salle de formation devrait être bien éclairée, bien aérée et calme ; elle devrait être maintenue à une température confortable. Des pauses devraient être prévues pour le repos et les rafraîchissements.

Commentaires des participants

Les formateurs devraient réserver une partie du temps au début de chaque journée de formation pour permettre aux participants de soulever des questions pouvant entraver l'apprentissage, telles que celles concernant des situations personnelles, le logement, ou les biens mobiliers. Selon la taille du groupe, une période de 10 à 15 minutes pourrait être nécessaire.

De la même façon, les formateurs devraient réserver une partie du temps à la fin de chaque journée de formation pour permettre aux participants de partager leurs perceptions sur l'apprentissage et leur évaluation de ce qui pour eux a été réussi ou pas ce jour-là. Cette évaluation permettra aux formateurs de faire les

ajustements nécessaires dans le programme, et de permettre aux participants de donner leur avis sur la manière dont la formation se déroule. Un moyen efficace pour les formateurs d'arriver à cette fin est de procéder à un « exercice plus/delta » tel que décrit ci-dessous.

En fin de journée, la veille du dernier jour de la formation (par exemple, le sixième jour d'une formation en sept jours), les formateurs pourraient demander aux participants s'ils aimeraient avoir des éclaircissements sur un point quelconque traité dans la formation, ou s'ils souhaiteraient que l'on ajoute quelques éléments au dernier jour.

Mener un exercice plus/delta

Les exercices plus/delta peuvent être utilisés pour solliciter des commentaires sur l'atelier de formation. A travers ces exercices, les participants seront en mesure d'évaluer ensemble l'expérience de l'atelier, en discutant des aspects de l'atelier qui se sont bien déroulés et en recommandant des moyens pour l'améliorer à l'avenir. Cet exercice peut être effectué à la fin de chaque journée ou à la fin de l'atelier.

Un exercice plus/delta peut prendre entre 15 et 30 minutes. Le formateur demande aux participants de citer des aspects de l'atelier qu'ils ont aimés, puis note dans la colonne de gauche du tableau de conférence intitulée « Plus » (ou « Ce que j'ai aimé dans cet atelier »). Ensuite, le formateur demande aux participants de citer un moyen d'améliorer l'atelier et l'enregistre dans la colonne de droite du tableau de papier intitulée « Delta » (ou « ce qui pourrait être fait pour améliorer cet atelier »).

Pour chaque élément figurant dans la colonne « Delta », le formateur anime une discussion en demandant si beaucoup de gens sont d'accord, ou si un seul participant pense ainsi, et en encourageant les participants à recommander des moyens pour apporter les modifications suggérées. Le formateur continue à demander des moyens d'améliorer l'atelier jusqu'à ce que les participants n'aient plus de suggestions. (*Note* : si les participants semblent réticents pour souligner les aspects négatifs de la formation, le formateur/la formatrice pourrait citer un moyen auquel il/elle a pensé pour améliorer la formation à l'avenir.)

Si les suggestions des participants pour l'amélioration impliquent des modifications de la salle de formation ou de l'environnement, le formateur devrait communiquer les suggestions à la personne appropriée pouvant faciliter les changements.

Ajustement du curriculum

A mesure que le cours progresse et que les formateurs se familiarisent avec les styles d'apprentissage des participants et leurs niveaux de connaissances, ces derniers pourraient avoir besoin de procéder à quelques ajustements mineurs dans le contenu ou le programme du cours. Le temps nécessaire pour les sessions de formation peut varier en fonction de l'expérience et des intérêts des participants et des niveaux respectifs d'expérience des formateurs.

Les ajustements du curriculum ne devront pas être fréquents et ne devront pas compromettre la qualité de la formation. Les formateurs devront couvrir tous les aspects importants dans l'ordre prescrit par le programme et les sessions de formation, et prévoir suffisamment de temps pour les discussions.

À la fin de la formation

Il est important de résumer le contenu et les activités du cours. Le formateur devrait souligner les points clés et s'assurer que toutes les préoccupations ou difficultés particulières soulevées pendant le cours sont examinées.

Lorsque la formation est achevée, les formateurs peuvent choisir de faire le post-test (Annexe B) pour évaluer l'évolution par rapport aux connaissances et attitudes des participants concernant le counseling sur la fistule. Il est également important pour les participants de procéder à l'évaluation de fin de formation (Annexe J), de sorte que les formateurs puissent examiner globalement les procédures et les résultats.

Après la formation

Suivi

L'apprentissage du counseling aux femmes atteintes de fistule ne se termine pas à l'achèvement de ce cours. À la fin de la formation, la plupart des participants auront acquis de nouvelles connaissances et compétences, et auront une meilleure compréhension de la manière d'intégrer le counseling global et de qualité dans leurs interactions routinières avec les clientes de la fistule. À la fin du cours, les formateurs pourraient travailler en collaboration avec les participants pour élaborer un plan d'action résumant les voies et moyens d'application des nouvelles connaissances et compétences acquises pendant le cours. Lors de l'examen des plans d'action avec les participants, les formateurs devraient discuter de la nécessité et de la possibilité d'effectuer la formation intégrale du site (FIS) sur les questions relative à la fistule au niveau des sites des stagiaires. (Voir l'annexe I pour avoir un aperçu de la méthodologie de la FIS.)

Après le cours, les formateurs devraient faire le suivi avec les superviseurs et/ou administrateurs au niveau des sites des participants, pour déterminer si les nouvelles compétences en matière de counseling sont utilisées dans les prestations de tous services offerts aux femmes atteintes de fistule. Lors des visites de suivi (par exemple, à travers la FIS), les formateurs devraient discuter des questions relatives à la fistule avec les autorités concernées de la structure et, si possible, observer les prestations de soins aux clientes de la fistule.

Certains participants pourraient rencontrer des difficultés à intégrer le counseling dans leurs sites de travail s'ils ne sont pas assistés par leurs collègues et soutenus par leurs superviseurs. Pour ces raisons spécifiques et d'autres encore, les formateurs devraient discuter du suivi avec les superviseurs avant la formation, et avec les participants au cours de la formation. Lorsque cela est possible, les superviseurs et les administrateurs des structures devraient recevoir une orientation en soins de la fistule, et en examiner les implications pour les changements dans les services existants afin d'offrir des services de soins de la fistule. Cette orientation permettra aux superviseurs d'apporter un soutien plus efficace aux prestataires pour mettre en pratique leurs compétences nouvellement acquises.

Avant de commencer la formation, les formateurs devraient comprendre leur rôle par rapport au suivi pouvant être fourni de plusieurs façons différentes, selon les besoins des participants, la disponibilité des formateurs et les considérations financières. Les mécanismes de suivi sont les suivants :

- *Visite aux participants sur leurs sites.* C'est le moyen le plus efficace pour faire un suivi du cours, surtout si les participants ont élaboré un plan d'action avec des buts et des objectifs. Si possible, les formateurs devraient trouver une occasion d'animer une discussion avec les participants pour parler des défis et des réussites par rapport à l'intégration d'un counseling global dans les services existants. Les questions administratives et les problèmes que les participants pourraient rencontrer seront discutés à ce moment.
- *Invitation des participants à se rendre sur d'autres sites ou rencontrer d'autres prestataires offrant un counseling global de qualité aux femmes atteintes de fistule.* Les visites aux autres sites permettent aux participants d'observer et d'obtenir des conseils utiles auprès de prestataires qui ont intégré avec succès le counseling global dans les services aux femmes atteintes de fistule.
- *Collaboration avec les administrateurs et superviseurs des sites pour élaborer un registre pour les clientes de la fistule dans les sites où les prestataires ont été récemment formés.* Les registres peuvent être utilisés pour consigner des informations détaillées de counseling pour chaque cliente, notamment si la cliente a bénéficié ou pas d'un counseling, ses intentions en matière de procréation, sa méthode choisie de planification familiale, et son orientation vers d'autres services (le cas échéant). De telles informations peuvent être examinées pour évaluer les progrès accomplis dans la fourniture d'un counseling axé sur la cliente. Toutefois, le personnel, les formateurs et les administrateurs doivent s'assurer que les données ne soient pas mal interprétées et que le système de gestion des informations sanitaires ne soit pas surchargé ; l'accent devrait être mis sur l'utilisation du site local des données par le personnel pour améliorer leurs propres services. Le counseling et les services devraient correspondre aux besoins des clientes individuelles.

Le suivi est un élément crucial de la formation et fait partie intégrante de toute formation. Les participants devraient savoir qui effectuera le suivi, comment il sera effectué, et quand et à quelle fréquence il aura lieu.

Session 1
Session d'ouverture

Objectifs de la session :

Au cours de cette session, les participants devront :

- Partager leurs attentes par rapport à l'atelier ;
- Expliquer les buts et objectifs de l'atelier ;
- Fixer les normes et la logistique de l'atelier ;
- Citer les trois éléments qui forment le noyau d'une approche globale concernant la prise en charge de la fistule.

Se référer à la page 10 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver une liste alternative de points à retenir.

POINTS À RETENIR

✓ Le counseling est une partie intégrante de l'approche globale aux services de soins obstétricaux de la fistule.

✓ Les trois éléments qui composent l'approche principale par rapport à la prise en charge de la fistule obstétricale sont les suivants :

La prévention

- Les méthodes précoces de prévention telles que la nutrition, l'éducation des filles, la prévention des grossesses précoces et la planification familiale
- La prévention immédiate, avec les soins obstétricaux essentiels et d'urgence

Le traitement

- L'orientation vers des structures sanitaires appropriées (au sein de la communauté et vers/depuis d'autres structures de santé)
- L'accès au traitement chirurgical, y compris les soins pré- et post-opératoires
- Le counseling et le soutien affectif

La réinsertion

- La réinsertion sociale, y compris la réduction de la stigmatisation/discrimination associées et le développement de la formation et du soutien professionnels
- La réadaptation physique
- Le counseling et le soutien affectif

Méthodes de formation

- Présentation
- Travail en petit groupe
- Discussion en grand groupe

Matériels

- Tableau de papier, chevalet, marqueurs, et ruban adhésif
- Papier et stylos (pour prendre des notes)
- Copies du pré-test (le cas échéant)

Se référer aux pages 11 à 13 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver en alternative l'Annexe B – Pré-test/Post-test sur le counseling de la fistule traumatique, qui remplace celui qui se trouve dans le présent curriculum, ou élaborer votre propre méthode, en utilisant les éléments de chaque version du pré-test/post-test.

- Document 1-A du participant: Buts et objectifs de l'atelier
- Document 1-B du participant: Calendrier de l'atelier

Se référer aux pages 14 à 15 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver le Document alternative 1-B, qui remplace celui du curriculum, ou élaborer votre propre calendrier d'atelier pour refléter l'insertion des matériels sur la fistule traumatique dans la formation.

- Copies de la *Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* (Organisation mondiale de la Santé [OMS] et École de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg)

Préparation préalable

1. Envoyer des invitations aux invités et trouver des conférenciers.
2. Faire connaître aux conférenciers les buts, objectifs et calendrier de l'atelier, pour qu'ils soient dans le bain pour faire leurs interventions.
3. Préparer tableau de papier dressant la liste des objectifs de la présente session.

4. Préparer un tableau de papier dressant la liste des trois questions sur les attentes des participants pour l'atelier (voir ci-dessous).

Attentes pour l'atelier

- Quels enseignements attendez-vous de cet atelier ?
- Pourquoi le counseling est-il un aspect important dans la fourniture de soins aux femmes atteintes de fistule ?
- A quel moment de la prestation de services le counseling devrait-il être inclus pour les femmes atteintes de fistule ?

Définition du counseling

- Le ***counseling*** est un processus de communication bidirectionnelle qui consiste à aider les clientes à prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins individuels.
- Le counseling comporte principalement une interaction en tête-à-tête entre la cliente et le prestataire.
- Le counseling peut également inclure le partenaire de la cliente ou une autre personne ressource dont la présence a été demandée par la cliente.

5. Préparer les tableaux de papier montrant la définition du terme counseling (voir ci-dessus) et les trois éléments de gestion complète de la fistule (voir page 22).

Se référer à la page 16 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver un tableau de papier alternatif pour les « Trois éléments de gestion complète de la fistule » qui remplace celui ci-dessous.

6. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant, invité et conférencier.
7. Aménager la salle en vue d'une présentation officielle, et prévoir des rafraîchissements, le cas échéant.
8. Obtenir suffisamment de copies du *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* et les distribuer aux participants à la fin de la session, en même temps que le texte prévu pour la session 7.

Trois éléments de la gestion globale de la fistule

Prévention

- Méthodes précoces de prévention
  - Nutrition
  - Education des filles
  - Eviter les grossesses précoces
  - Planification familiale
- Prévention immédiate
  - Soins obstétricaux essentiels et d'urgence
  - Prévention des « trois retards »
    - Retard par rapport à la décision de rechercher des soins
    - Retard dans l'arrivée à la structure de soins de santé
    - Retard dans l'obtention d'attention dans une structure

Traitement

- Orientation vers des services de santé appropriés (au sein de la communauté et à partir d'autres établissements de santé)
- Accès au traitement chirurgical, y compris les soins pré- et post-opératoire
- Counseling et soutien affectif

Réinsertion

- Réinsertion sociale, y compris la réduction de la stigmatisation/discrimination et le développement de la formation et du soutien professionnels
- Réadaptation physique
- Counseling et soutien affectif

Session 1 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 2 heures 10 minutes à 2 heures 20 minutes

PARTIE A : INSCRIPTION ET PRÉ-TEST

Durée : 55 minutes

Activité : Inscription et pré-test *(55 minutes)*

1. Accueillir et présenter les participants. (*5 minutes*)
2. Inscrire tous les participants. (5 minutes)
3. Faire le pré-test (le cas échéant). (*45 minutes*)

Se référer aux pages 11 à 13 et pages 17 à 20 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver l'Annexe alternative B — Pré-test/post-test sur le counseling sur la fistule traumatique et l'Annexe C — Pré-test/post-test des réponses clés sur le counseling de la fistule traumatique, qui remplacent celles figurant dans le présent curriculum.

PARTIE B : CÉRÉMONIE D'OUVERTURE

Durée : 30 minutes

Activité : Présentation *(30 minutes)*

1. Accueillir et présenter les participants, invités, et conférencier(s).
2. Inviter le(s) conférencier(s) à prononcer leurs allocutions d'ouverture.
3. Mener un exercice pour rompre la glace. Par exemple, cela pourrait être utile de demander à chaque participant de décrire brièvement comment le counseling aux femmes atteintes de fistule se rapporte à son travail.
4. Diriger la cérémonie d'ouverture de manière appropriée pour les coutumes locales et en respectant tous les protocoles nécessaires. Prévoir éventuellement des rafraîchissements.
5. Commencer la partie relative au contenu de la session en demandant aux participants de donner leur définition du terme « counseling », puis montrer le tableau de conférence préparé avec la définition du terme, et reconnaître ou corriger les réponses des participants.
6. Initier les participants au sujet de la fistule, montrer le tableau de conférence préparée sur la gestion globale de la fistule, et discuter des trois éléments

CONSEIL POUR LA FORMATION

S'il y a des conférenciers au cours de cette session, il faudra les rencontrer avant l'atelier et leur donner un cadre pour leurs remarques. Les conférenciers devraient souligner l'importance de l'atelier et rappeler aux participants le soutien officiel du ministère de la santé (ou d'autres parties prenantes clés) pour le programme.

Etant donné que seulement 30 minutes sont allouées à la cérémonie d'ouverture, il faudra réduire le nombre d'orateurs et rappeler que le temps est court. Les autres invités et conférenciers pourront prendre la parole à la cérémonie de clôture.

Pause facultative de 10-minutes pour le départ des invités

PARTIE C : INITIATION A L'ATELIER

Durée : 1 heure 10 minutes

Activité 1 : Présentation *(30 minutes)*

1. Distribuer le Document 1-A du participant et passer brièvement en revue les buts et objectifs de l'atelier.
2. Distribuer le Document 1-B du participant et passer brièvement en revue le plan de travail, y compris les pauses et le déjeuner.

Se référer aux pages 11 à 13 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver le Document alternatif 1-B, qui remplace celui du curriculum, ou distribuer votre propre calendrier d'atelier.

3. Négocier le calendrier et les règles de base avec les participants.
4. Discuter d'autres questions logistiques, telles que le logement, le per diem et le transport.

Activité 2 : Travail en petit groupe et discussion en grand groupe *(40 minutes)*

1. Diviser les participants en petits groupes de trois ou quatre personnes.
2. Afficher le tableau de papier préparé intitulé « Attentes pour l'atelier ».
3. Demander à chaque groupe de discuter brièvement et de répondre à chaque question. Un participant de chaque groupe devrait prendre des notes et lister les réponses sur une grande feuille. *(15 minutes)*
4. Demander aux preneurs de notes de faire un rapport à l'ensemble du groupe sur les discussions des groupes concernant la première question. Répéter l'exercice pour les deuxième et troisième questions. *(15 minutes au total pour les réponses)*

CONSEIL POUR LA FORMATION

Tous les groupes doivent répondre et partager les réponses *à toutes les trois* questions sur la grande feuille.

5. Résumer les réponses des participants et discuter des différences entre les attentes des participants et ce que l'atelier devra couvrir effectivement.
6. Leur expliquer que tout participant dont les attentes ne correspondent toujours pas aux buts et objectifs de l'atelier devrait voir l'un des formateurs avant la fin de la journée, ou dès que possible, pour clarifier le but visé par le participant en assistant à la formation et déterminer si l'atelier est approprié pour lui ou pas. (*10 minutes*)

Se référer à la page 21 du supplément sur la fistule traumatique en guise de ressource supplémentaire décrivant les étapes de la formation pour une activité supplémentaire.

Documents du participant de la session 1

Document 1-A du participant

But et objectifs de l'atelier

But

La présente formation préparera les prestataires de services à tous les niveaux à répondre aux besoins d'information et de counseling des clientes de la fistule, y compris l'orientation pour les services de traitement et de récupération de la fistule, et le counseling sur des questions connexes.

Objectifs généraux

La présente formation veillera à ce que les prestataires aient des connaissances, attitudes et compétences nécessaires pour mener à bien les tâches principales de communication et de counseling suivantes :

- Évaluer les besoins et les préoccupations de la cliente.
- Fournir des informations précises sur les points suivants : ce qu'est une fistule, les causes de la fistule, les moyens de prévention de la fistule, le traitement et les soins personnels de la fistule ; les soins pré et postopératoires de la fistule.
- Fournir un soutien à la cliente et à son partenaire/sa famille, le cas échéant, avant, pendant et après une réparation de la fistule.
- Aider la cliente à prendre des décisions sur la planification familiale, la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, et à bénéficier d'autres services de santé de la reproduction.
- Offrir un service de counseling au partenaire et/ou à la famille de la cliente (si disponible et avec la permission de la cliente).

Document 1-B du participant

Calendrier de l'atelier

Session	Participants	Durée
Session 1: Session d'ouverture		Matin, Jour 1
Partie A : Inscription et pré-test	Tous	
Partie B : Cérémonie d'ouverture	Tous	
Partie C : Introduction à l'atelier	Tous	
Session 2 : Valeurs et attitudes des prestataires	Tous	
Session 3 : Comprendre la fistule obstétricale		Après-midi, Jour 1
Partie A : Description du problème	Non médecins	
Partie B : Causes de la fistule obstétricale	Non médecins	
Partie C : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale	Non médecins	
Partie D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas des soins de la fistule	Non médecins	
Partie E : Prévention de la fistule obstétricale	Non médecins	
Session 4 : Comprendre le point de vue de la cliente		
Partie A : Elaboration des études de cas des clientes de la fistule obstétricale	Non médecins	
Partie B : Confidentialité, intimité, et dignité	Tous	Matin, Jour 2
Partie C : Prise en charge des sentiments de la cliente	Tous	
Partie D : Les questions relatives à la sexualité	Tous	
Session 5 : Communication interpersonnelle		Après-midi, Jour 2
Partie A : Communication bidirectionnelle		
Partie B : Communication verbale et non verbale	Tous	
Partie C : Ecoute active/savoir écouter	Tous	

Session	Participants	Durée
Session 5 : Communication interpersonnelle (*suite*)		
Partie D : Comment poser des questions ouvertes	Tous	
Partie E : Utilisation du langage simple et des aides visuelles	Tous	
Partie F : Cadre de counseling : REDI	Tous	
Session 6 : Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale		Matin, Jour 3
Partie A : Vue d'ensemble du counseling	Tous	
Partie B : Counseling des clientes de fistule obstétricale	Tous	Matin et Après-midi, Jour 3
Partie C : Counseling des femmes ayant des besoins spéciaux	Tous	Matin, Jour 4
Session 7 : Informations sur la planification familiale et counseling relatif à la santé		
Partie A : Raisons	Tous	
Partie B : Choix éclairé	Tous	
Partie C : Situation particulière de la cliente	Non médecins	
Session 8 : Counseling pour la famille de la cliente		Après-midi, Jour 4
Partie A : Vue d'ensemble du counseling pour la famille de la cliente	Tous	
Partie B : Counseling pendant l'admission et la période préopératoire	Non médecins	
Partie C : Counseling après l'opération	Non médecins	Matin, Jour Day 5
Partie D : Counseling à la sortie	Non médecins	
Session 9 : Soutien à la cliente de la fistule obstétricale		Après-midi, Jour 5
Partie A : Formation de groupes de soutien à la cliente au sein de la structure	Non médecins	
Partie B : Utilisation des histoires de réussite	Non médecins	
Partie C : Contact des réseaux de soutien communautaires	Non médecins	
Session 10 : Stage clinique	Tous	Jour 6 et Matin, Jour 7
Session 11 : Récapitulation de l'atelier	Tous	Après-midi, Jour 7

Session 2
Valeurs et attitudes des prestataires

Se référer aux pages 24 à 27 du supplément sur la fistule traumatique pour Vue d'ensemble de la Session 2 intitulé – Objectifs de la session, points à retenir, méthodes de formation, matériels, préparation préalable, et conseil pour la formation.

Objectifs de la session

Au cours de la présente session, les participants devront faire ce qui suit :

- Définir les termes suivants : choix éclairé, consentement éclairé, valeurs et attitudes ;
- Discuter de l'importance d'être respectueux et de ne pas porter des jugements catégoriques à aucune des clientes, quelles que soient leurs valeurs, statut social, ou situations personnelles ;
- Expliquer l'importance d'être conscient de ses propres valeurs et attitudes et éviter de les imposer aux clientes ;
- Expliquer les différences qui existent entre les termes « sexe », « genre », « équité entre les sexes » et « égalité des sexes » ;
- Discuter des différences qui existent entre les règles de comportement des hommes et celles des femmes, et comment de telles règles affectent la vie des femmes et des hommes ;
- Explorer les propres attitudes des participants sur les différences sexospécifiques, les rôles et les inégalités ;
- Lister des rumeurs et mythes communes sur la fistule et comprendre comment celles-ci peuvent entraver la capacité des clientes à prévenir la fistule et à accéder au traitement ;
- Explorer les voies et moyens de corriger les idées fausses, les rumeurs et mythes que les clientes ou leurs familles et communautés pourraient avoir sur la fistule.

POINTS À RETENIR

- ✓ Le choix éclairé est une décision volontaire et mûrement réfléchie qu'une personne prend à partir d'options, d'informations et de compréhensions.
- ✓ Le consentement éclairé est la communication entre une cliente et un prestataire qui confirme que la cliente a fait un choix éclairé et volontaire par rapport au fait d'utiliser ou de bénéficier d'une méthode ou procédure médicale.

(suite)

POINTS À RETENIR *(suite)*

- ✓ Chaque interaction entre une cliente et le personnel sanitaire – depuis le moment où elle entre dans le système de soins de santé jusqu'à la sortie – affecte la satisfaction de la cliente quant à ses soins, la rapidité de son rétablissement, et sa capacité de prendre soin d'elle-même après avoir quitté la structure.
- ✓ Nos valeurs, attitudes, sentiments, les différences par rapport au genre, les inégalités relatives au genre et le sexisme affectent notre manière de traiter la maladie d'une cliente.
- ✓ Les mythes et perceptions erronées jouent un rôle majeur dans le défaut de prévention de la fistule, les stigmatisations et discriminations injustifiées, et l'accès médiocre au traitement.
- ✓ Le counseling ciblé joue un rôle clé pour dissiper les mythes ou idées fausses que les clientes et leurs familles peuvent avoir sur les raisons pour lesquelles la fistule survient et comment elle peut être traitée et prévenue.

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en grand groupe
- Discussion
- Sketch

Matériels

- Tableau de papier, chevalet, marqueurs, stylos, crayons, cinq petites feuilles de papier pour chaque participant, et ruban adhésif
- Document 2-A du participant : Counseling, choix éclairé, consentement éclairé, et les droits de la cliente
- Document 2-B du participant : Consentement éclairé dans les soins de la fistule
- Document 2-C du participant : Protocole de consentement éclairé
- Document 2-D du participant : Formulaire de consentement éclairé
- Document 2-E du participant : Figure ambiguë
- Document 2-F du participant : Jeu du genre
- Document 2-G du participant : Les rapports sociaux entre les sexes
- Document 2-H du participant : Valeurs et attitudes dans la fourniture de services de soins de santé
- Document 2-I du participant : Exemples de mythes et d'idées fausses sur la fistule
- Ressources 2-A du formateur : Questions/exercices de discussion sur le consentement éclairé
- Ressources 2-B du formateur : Réponses au jeu du genre

- Ressources 2-C du formateur : Exemples de tableau de papier pour les expressions suivantes : « Agis en tant qu'homme » et « Agis en tant que femme »
- Ressources 2-D du formateur : Exemples de jugements de valeur

Préparation préalable

1. Préparer une grande feuille listant les objectifs de la présente session.
2. Faire une copie de la ressource 2-A du formateur, découper les questions de discussion en bandes, les plier, et les placer dans un bol.
3. Examiner la liste des jugements de valeur (Resource 2-D du formateur). Sélectionner sept jugements pour cet exercice, ajouter d'autres jugements, au besoin. Les jugements sont énumérés dans un ordre aléatoire, de sorte qu'il vous faudra décider de l'ordre dans lequel ils seront utilisés. (Voir le Conseil pour la formation dans l'activité 5.)

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les jugements de valeur de la Ressource 2-D du formateur ne devraient pas être distribués sous forme de livret de formation, car les participants (ou d'autres personnes qui lisent les matériels) pourraient se méprendre sur le but de cet exercice et penser que ces jugements reflètent les croyances d'EngenderHealth et/ou des formateurs. Ces derniers peuvent ajouter des jugements de valeur qui reflètent les croyances et valeurs locales.

4. Confectionner cinq signaux distincts: FORTEMENT EN ACCORD, D'ACCORD, EN DESACCORD, FORTEMENT EN DESACCORD, et INCERTAIN. Afficher ces signaux sur trois murs, dans des espaces proches du lieu de rassemblement des participants.
5. Disposer les tables et chaises de sorte que les participants puissent se déplacer facilement entre les signaux.
6. Passer en revue tous les livrets de formation du participant pour cette session.
7. Ecrire « Mythes sur la fistule » sur un tableau en papier et l'afficher au mur. (Ajouter des feuilles supplémentaires pendant la session de remue-méninges du groupe, au besoin.)

Session 2 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 3 heures

PARTIE A: CHOIX ÉCLAIRÉ, CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DROITS DE LA CLIENTE

Durée: 1 heure, 15 minutes

Activité 1: Discussion *(1 heure, 15 minutes)*

1. Demander aux participants de dire comment ils comprennent la différence qui existe entre le « choix éclairé » et le « consentement éclairé ».
2. Distribuer le document 2-A du participant, examiner les définitions, et attirer l'attention des participants sur les définitions et différences présentées dans le document. Souligner que le respect des droits des clientes impose aux prestataires de services d'assurer à la cliente l'accès à des informations complètes et exactes, en particulier, avant une procédure ou intervention chirurgicale.

Se référer aux pages 28 à 34 du supplément sur la fistule traumatique, Supplément 2-a, qui couvre un sujet supplémentaire – la relation entre la santé physique et mentale et le rôle des prestataires dans les soins psychosociaux – qui devrait être abordé à ce stade.

3. Distribuer le document 2-B du participant et donner aux participants 15 minutes pour lire le document.
4. Sortir le bol contenant les papiers pliés, faire le tour de la salle, et inviter des volontaires à sélectionner un papier plié.
5. Donner aux participants 5 minutes pour trouver la réponse à leurs questions, en utilisant le livret de formation du participant qu'ils viennent de lire.
6. En procédant par ordre numérique, demander aux participants de lire leurs questions et donner leurs réponses.
7. Discuter plus amplement des réponses des participants, autant que de besoin, pour s'assurer qu'ils comprennent le processus de consentement éclairé.
8. Distribuer le document 2-C du participant qui sera utilisé pour mieux fixer la compréhension individuelle du processus de consentement éclairé.

9. *Option* : Si le groupe de formation est restreint ou si la formation adopte un format individuel d'apprentissage, cette activité d'instruction peut être effectuée à titre personnel dans un exercice de remplissage, en utilisant la ressource 2-A du formateur. Après avoir terminé de remplir leur document, les résultats peuvent être examinés conjointement par le formateur et les participants.
10. Distribuer le document 2-D du participant et l'examiner avec les participants en étudiant chaque étape.
11. Permettre aux participants de poser des questions, et de clarifier, au besoin.
12. Souligner que le processus de consentement éclairé est essentiel pour assurer des services de qualité cohérents par rapport aux droits des clientes.

PARTIE B: VALEURS ET ATTITUDES

Durée : 1 heure, 45 minutes

Activité 1 : Mise en train *(10 minutes)*

1. Distribuer le document 2-E à chaque participant. Leur demander de regarder l'image et dire ce qu'elle représente, puis de se tourner vers le voisin immédiat et d'en discuter.
2. Demander à des volontaires de dire ce qu'ils ont vu. Si quelqu'un décrit une vieille femme, il faudra demander aux autres de lever la main si c'est ce qu'ils ont vu au premier abord. Si une autre personne décrit une jeune femme avec une coiffure élaborée, demander aux autres de lever la main et de dire si c'est ce qu'ils ont vu en premier.
3. Discuter de cet exercice en posant les questions suivantes :
   - Etes-vous tombé immédiatement d'accord avec votre partenaire sur ce que vous avez vu ?
   - Comment pouvez-vous expliquer le fait que les mêmes personnes dans le groupe aient pu avoir deux perceptions très différentes d'une même image ?
   - Comment pouvez-vous appliquer ce phénomène dans votre travail de counseling aux femmes atteintes de fistule ?

Activité 2: Explorer le genre *(45 minutes)*

1. Expliquer que la présente session permettra de clarifier certains termes qui seront utilisés dans l'atelier. Elle les aidera aussi à comprendre ce que signifient ces termes dans leurs propres vies.
2. Demander aux participants s'ils peuvent expliquer la différence entre « **sexe** » et « **genre** ». Après avoir reçu les commentaires du groupe, lire à haute voix les définitions de sexe et de genre qui figurent dans le conseil pour la formation ci-dessous.

CONSEIL POUR LA FORMATION

- Le **sexe** se réfère aux attributs physiologiques qui permettent d'identifier une personne comme mâle ou femelle.
- Le **genre** fait référence à des idées et attentes largement partagées concernant les femmes et les hommes. Il s'agit notamment des idées sur les caractéristiques et capacités typiquement féminines/femelles et masculines/mâles, et des attentes communément partagées sur la manière dont les femmes et les hommes devraient se comporter dans diverses situations.

3. Distribuer le document 2F du participant et demander aux participants d'indiquer si les déclarations se réfèrent au « sexe » ou au « genre ». Après cinq minutes pendant lesquelles les participants ont pu lire et répondre à leurs propres déclarations, discuter de chacune des réponses avec l'ensemble groupe (en se référant à la ressource 2-B du formateur qui contient les réponses correctes). Ensuite distribuer le document 2-G du participant.

4. Expliquer que plusieurs termes se rapportant au mot « genre » doivent également être expliqués. Demander au groupe s'il a déjà rencontré l'expression « égalité des sexes ». Il faudra leur demander ce qu'ils pensent en être la signification. Prévoir beaucoup de temps pour la discussion.

5. Après avoir obtenu leurs avis, donner la définition suivante :
   - **L'égalité des sexes** signifie que les hommes et les femmes jouissent du même statut. Ils partagent les mêmes opportunités dans l'affirmation de leurs droits humains et de leur potentiel à contribuer à toutes les sphères de la société (économique, politique, sociale et culturelle) et bénéficier de celles-ci.

6. Demander aux participants si la définition a un sens. Il faudra également leur permettre de poser des questions à ce sujet.

7. Inviter les participants à discuter pour savoir si l'égalité de genre existe réellement dans leur pays. Au cours de la discussion, inscrire sur un tableau de papier toute déclaration expliquant pourquoi les femmes ne partagent pas un statut d'égalité avec les hommes dans toutes les sphères de la société. Il faudra s'assurer que les points suivants sont inclus s'ils ne sont pas mentionnés par le groupe :
   - Dans de nombreux pays, les femmes sont plus susceptibles de subir des violences sexuelles dans les foyers que les hommes.
   - Les hommes sont mieux payés que les femmes pour le même travail (dans la plupart des cas).
   - Les hommes occupent le plus souvent les postes de pouvoir dans le monde des affaires.
   - Les femmes soutiennent tout le poids de l'épidémie de SIDA, tant en termes de nombre total d'infections que de soins et de soutien aux personnes vivant avec le VIH.

8. Demander au groupe s'il a une fois rencontré l'expression « **équité entre les sexes** ». Demander ce qu'ils pensent en être la signification, et comment elle diffère de l'égalité des sexes. Il faudra prévoir beaucoup de temps pour la discussion. Après avoir recueilli leurs avis, donner la définition suivante :
   - **L'équité entre les sexes** est le processus qui consiste à être juste envers les hommes et les femmes. L'équité entre les sexes mène à l'égalité des sexes. Par exemple, une politique d'action positive qui

favorise un soutien accru aux entreprises appartenant à des femmes peut être équitable entre les sexes, car il permet d'assurer l'égalité des droits entre les hommes et les femmes.

9. Après avoir précisé les définitions de l'égalité des sexes et de l'équité entre les sexes, poser les questions suivantes au groupe :
   - Pourquoi les hommes devraient-ils œuvrer en vue d'atteindre l'égalité des sexes ?
   - Quels avantages l'égalité des sexes apporte t-elle à la vie des hommes ?
   - Comment l'iniquité sexospécifique contribue t-elle à la survenance de la fistule ?
   - Comment l'équité entre les sexes peut-elle contribuer à la prévention de la fistule ?
10. Demander aux participants d'identifier des actions équitables entre les sexes que les hommes peuvent mener pour susciter l'égalité des sexes.

Clôture

L'objectif majeur du programme Men As Partners (MAP)® est d'encourager les communautés à être plus sensible à la spécificité des sexes de telle sorte que les hommes et les femmes puissent mener une vie plus saine et paisible et prévenir le viol, la fistule, et les infections sexuellement transmissibles, y compris l'infection du VIH. Pour y parvenir, nous devons encourager des comportements équitables sous le rapport du genre, comme la prise de décision conjointe par les hommes et les femmes au sujet de leur santé (y compris le moment pour avoir des rapports sexuels, quand utiliser des méthodes de planification familiale, le moment propice pour mener une grossesse à son terme, quand aller aux soins prénatals , et le lieu pour accoucher), le respect par les hommes du droit des femmes à dire non au sexe, le règlement sans violence des différends entre les hommes et les femmes, et le partage entre les hommes et les femmes de la responsabilité d'avoir des enfants et celle des soins à l'endroit des autres.

Activité 3 : Agis en homme *(45 minutes)*

1. Demander aux participants de sexe masculin s'il leur est une fois arrivé qu'on leur demande « d'agir en tant qu'homme ». Si c'est le cas ou qu'il s'agit de quelque chose de semblable, demandez-leur, de partager leurs expériences et puis poser les questions suivantes :
   - A votre avis, pourquoi vous a t-il dit cela ?
   - Comment l'avez-vous ressenti ?
2. Maintenant, demander aux participantes si on leur a déjà dit « d'agir comme une femme » ou quelque chose de similaire. Demandez-leur de partager leurs expériences et posez-leur les questions suivantes :
   - A votre avis, pourquoi vous a t-il dit cela ?
   - Comment l'avez-vous ressenti ?
3. Dire aux participants que vous souhaitez examiner de plus près ces deux expressions. Expliquer qu'en les étudiant, l'on se rend compte déjà de la manière dont la société crée des règles très différentes pour déterminer comment les hommes et les femmes doivent se comporter. Expliquer que de telles règles sont parfois appelées « **normes relatives au genre** » dans la mesure où elles donnent une définition

culturelle de ce qui est « **normal** » par rapport à ce que les hommes et les femmes pensent, sentent et font. Expliquer que ces règles restreignent les vies des femmes et des hommes en maintenant les hommes dans leur domaine où ils vont « agir comme un homme », et les femmes dans le sien où elles vont « agir comme une femme ».

4. Ecrire en gros caractères sur un tableau de papier l'expression « agis en homme ». Demander aux participants ce que l'on dit aux hommes dans leur communauté sur la manière dont ils devraient se comporter. Ecrire leurs réponses sur le tableau et comparer les aux exemples figurant dans la Ressource 2-C du formateur pour voir le genre de messages souvent listés, et les introduire dans la discussion s'ils n'ont pas été mentionnés.

5. Lorsque le groupe n'a plus rien à ajouter à la liste, poser les questions de discussion suivantes :
   - Lequel de ces messages peut s'avérer potentiellement dangereux ? Pourquoi ? (Mettre une étoile evant chaque message, et puis en discuter un par un.)
   - Comment le fait de vivre dans l'impasse peut-il influer sur la santé d'un homme et celle des autres, particulièrement en ce qui concerne la fistule ?
   - Comment le fait de vivre dans l'impasse peut-il limiter la vie des hommes et celle de leur entourage ?
   - Qu'est-ce qui arrive aux hommes qui essaient de ne pas suivre les règles concernant le genre (ex. « en vivant en dehors de l'impasse ») ? Que disent les gens à leur sujet? Comment sont-ils traités ?
   - Comment le fait de « vivre en dehors de l'impasse » peut-il aider les hommes à aborder de manière positive la fistule ?

6. Ecrire sur un autre tableau de papier l'expression « Agis en tant que femme ». Demander aux participants ce que l'on dit aux femmes dans leur communauté sur la manière dont elles devraient se comporter. **Ecrire ces messages sur la grande feuille.** Regarder les exemples donnés dans la Ressource 2-C du formateur pour voir le genre de messages souvent listés. Intégrer ceux-ci dans la discussion s'ils n'ont pas été mentionnés.

7. Lorsque le groupe n'a plus rien à ajouter à la liste, poser les questions à débattre suivantes :
   - Lequel de ces messages peut s'avérer potentiellement dangereux ? Pourquoi ? (Mettre une étoile à côté de chaque message, et en discuter un par un.)
   - Comment le fait de vivre dans l'impasse peut-il influer sur la santé d'une femme et sur celle des autres, particulièrement en ce qui concerne la fistule ?
   - Comment le fait de vivre dans l'impasse peut-il limiter la vie des femmes et celle de leur entourage ?
   - Qu'arrive-t-il aux femmes qui essaient de ne pas suivre les règles relatives au genre (par exemple « en vivant en dehors de l'impasse ») ? Que disent les gens à leur sujet ? Comment sont-elles traitées ?
   - Comment le fait de « vivre en dehors de l'impasse » peut-il aider les femmes à aborder de manière positive la fistule ?

8. Ensuite, sur une autre feuille, dessiner un tableau avec une colonne pour les hommes et une colonne pour les femmes. Libeller ce tableau « hommes/femmes transformés ». Demander aux participants de dresser la liste des caractéristiques des hommes « vivant en dehors de l'impasse ». Enregistrer leurs

réponses. Quand vous aurez obtenu environ sept réponses, poser la même question au sujet des femmes « vivant en dehors de l'impasse. » Aider les participants à reconnaître qu'en fin de compte, les caractéristiques d'équité entre les sexes sont en fait semblables aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

9. Poser aux participants les questions suivantes :
   - Votre perception des rôles des hommes et des femmes a-t-elle été influencée par ce que pensent votre famille et vos amis ? Comment ?
   - Les médias ont-ils un effet sur les normes de genre ? Si oui, de quelle(s) manière(s) ? Comment les médias dépeignent-ils les femmes ? Comment les médias dépeignent-ils les hommes ?
   - Comment pouvez-vous, dans votre propre vie, remettre en question certaines manières iniques attendues du comportement des hommes ? Comment pouvez-vous, dans votre propre vie, remettre en question certaines manières iniques attendues du comportement des femmes ?

CONSEIL POUR LA FORMATION

La présente activité est un bon moyen de comprendre les perceptions des normes relatives au genre. Il est nécessaire de se rappeler que de telles perceptions peuvent aussi être influencées par la classe, la race, l'ethnicité et d'autres différences. Il est également important de se rappeler que les normes relatives au genre évoluent dans de nombreux pays. Si le temps le permet, il faudra discuter avec le groupe de ce qui peut rendre plus facile le changement des normes relatif au genre dans certaines régions.

Clôture

Tout au long de leurs vies, les hommes et les femmes reçoivent des messages de leurs familles, des médias et de la société sur la manière dont ils devraient agir en tant qu'homme et comment ils devraient interagir avec les autres femmes et hommes. Comme nous l'avons vu, beaucoup de ces différences sont construites par la société et ne sont pas attribuables à notre nature ou constitution biologique. Bon nombre de ces attentes ne posent aucun problème et nous aident à profiter de notre identité en tant qu'homme ou femme. Toutefois, nous avons tous la capacité d'identifier les messages malsains, ainsi que le droit d'empêcher que de tels messages ne limitent notre plein potentiel en tant qu'êtres humains. A mesure que nous prenons davantage conscience de la manière dont certains stéréotypes relatifs au genre peuvent influer négativement sur nos vies et communautés, nous pouvons penser de manière constructive sur la façon de les remettre en question et de promouvoir des rôles et relations de genre plus positifs dans nos vies et communautés. Par conséquent, nous sommes tous libres de créer nos propres impasses du genre, et de décider de la manière de vivre nos vies en tant qu'hommes et femmes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le *genre* renvoie à un ensemble de qualités et de comportements que la société attend d'une femme ou d'un homme. Les caractéristiques du sexe sont ce qui fait de nous des hommes ou des femmes, et sont basées sur l'anatomie, la physiologie et la génétique.

Les rôles assignés à chacun des sexes sont appris et peuvent être influencés par des facteurs tels que l'éducation ou la situation économique. Ils varient largement dans et entre les cultures. Bien que le sexe d'un individu ne change pas généralement, de tels rôles sont socialement déterminés et peuvent évoluer au fil du temps.

Les rôles et attentes relatifs au genre sont souvent identifiés comme des facteurs entravant les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives pouvant affecter la vie familiale, l'éducation, la situation socioéconomique et la santé. Pour cette raison, la sensibilisation aux différences entre les sexes, telle que la prise de conscience de la sexualité, constitue un élément important des services de santé reproductive.

Activité 4 : Discussion *(10 minutes)*

1. Demander aux participants ce que le mot valeurs signifie et comment ils pourraient affecter leur travail lors de la fourniture de services aux femmes atteintes de fistule.
2. Résumer à haute voix les principaux points du document 2-H du participant sur les différences entre les sexes, les rôles assignés à chacun des sexes, et les inégalités ; faites-en des sujets de discussion, puis distribuer le document aux participants.

Activité 5 : Exercice en grand groupe *(25 minutes)*

1. Expliquer que les participants vont maintenant faire un exercice qui les aidera à réfléchir sur leurs propres attitudes, sur les différences, rôles et inégalités entre les sexes, et sur les valeurs liées aux clientes atteintes d'une fistule. Fixer les cinq signaux déjà préparés sur les murs de la salle de formation.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Définitions
Croyance : Une *croyance* peut se définir par quelque chose qu'un individu estime être vrai ou exact.
Attitude : Une *attitude* est la manière de penser et d'agir envers des personnes ou des idées particulières.
Valeur : 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.

2. Lire à haute voix les consignes suivantes :
   - Je vais lire à haute voix plusieurs énoncés. Une fois que j'aurai lu une phrase, vous vous placerez sous le signal qui reflète le mieux votre opinion – si vous êtes fortement d'accord, d'accord, en désaccord, fortement en désaccord ou indécis. Je demanderai ensuite à un ou deux participants de chaque groupe de donner leur avis à propos de la présente déclaration.
3. Lire et discuter sur autant d'énoncés de valeurs que le temps le permettra (voir Conseil pour la formation ci-dessous).

CONSEIL POUR LA FORMATION

Pour que cet exercice soit efficace, les participants doivent décider s'ils sont d'accord ou pas, ou s'ils sont incertains au sujet des énoncés de valeurs présentés par les formateurs. Ils ne devraient pas donner de réponses anonymes à afficher sur les signaux parce que cela nuirait à l'objectif de l'exercice. S'entrainer à discuter de leurs propres valeurs permettra de sensibiliser les participants sur la manière dont leurs valeurs peuvent influer sur leurs interactions avec les clientes (et les autres personnes).

Les femmes vivant avec une fistule sont souvent négligées par la société et les services de santé. Dans certains pays, les femmes atteintes de fistule sont ignorées ou ne reçoivent aucun service parce que les prestataires de soins de santé se sentent impuissants face à cette situation ou ne comprennent pas les options d'étiologie et de traitement de la maladie. Dans leurs communautés, ces femmes sont souvent considérées comme des parias et ne cherchent pas à obtenir des services, soit parce qu'elles craignent que les membres de la communauté puissent penser qu'elles méritent leur « punition », ou parce qu'elles ne comprennent pas les options de traitement. Il est donc important pour que les formateurs lisent soigneusement ces énoncés. La Ressource 2-D du formateur liste les énoncés de façon aléatoire et les formateurs décideront de l'ordre de lecture des énoncés.

Se référer aux pages 35 et 36 du supplément sur la fistule traumatique qui est une autre version de la Ressource 2-D du formateur avec des exemples d'énoncés de valeurs à lire.

Les valeurs et attitudes liées à la fistule obstétricale diffèrent selon les contextes, en fonction de l'accessibilité des soins de santé de qualité, des pratiques traditionnelles concernant les femmes qui subissent un travail prolongé, la prévalence du mariage et de la procréation précoces, etc. Utiliser la liste de la Ressource 2-D du formateur comme guide, et ne choisir que les énoncés qui sont pertinents pour la région où la formation est effectuée. Les formateurs devraient aussi se sentir libre de faire des ajouts aux énoncés de valeurs s'il en existe d'autres qui s'appliquent au contexte dans lequel les participants travaillent.

Avant et pendant cet exercice, il est important de souligner qu'il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, et que les participants peuvent changer d'avis sur un énoncé après avoir suivi la discussion. Les participants répondront en fonction de leurs propres valeurs et croyances, et le but de l'exercice est de les aider à explorer les différences. Les formateurs doivent rester neutres tout au long de l'exercice, et garder l'équilibre entre les différents points de vue présentés. Pour couvrir l'éventail d'opinions, les formateurs devront limiter les réponses de chaque groupe à deux ou trois par énoncé.

Activité 6 : Discussion *(15 minutes)*

1. Poser aux participants les questions suivantes :
   - Tout le monde dans le groupe a t-il les mêmes attitudes, ou existe- t-il des différences ?
   - Quels énoncés ont suscité le plus large éventail de désaccord ? Qu'est-ce qui pourrait expliquer ces différences ?
   - Y a-t-il eu des résultats surprenants ? quels sont-ils ?
   - Qu'avez-vous ressenti en parlant d'une opinion différente de celle des autres participants ?
   - Comment pensez-vous que les attitudes des gens concernant les énoncés puissent affecter leur manière d'interagir avec les hommes et femmes dans leur vie ?
   - Comment ces attitudes pourraient-elles être exprimées aux clientes, et quel effet cela pourrait-il avoir ?

CONSEIL POUR LA FORMATION

Voici des exemples qui montrent comment les valeurs et attitudes peuvent influencer négativement la qualité des soins :

- Le fait de ne pas offrir un service de counseling de planification familiale à une cliente parce que nous supposons qu'elle n'est plus fertile, ou qu'elle ne va plus avoir de rapports sexuels.
- Ne pas parler du désir d'une femme d'avoir d'autres grossesses parce que nous pensons que les femmes ayant eu une réparation de fistule obstétricale ne devraient plus avoir d'enfants.
- Aliéner les femmes et potentiellement compromettre la probabilité d'essayer d'obtenir des soins, en :
  - Insinuant que la femme est responsable de la fistule obstétricale, car elle a accouché avec une matrone traditionnelle, plutôt que de se rendre dans une structure de santé ou un hôpital.
  - Faisant comprendre que vous n'êtes pas surpris qu'une jeune fille ait développé une fistule obstétricale, car après tout, elle est tout juste une fillette et qu'on l'a donnée en mariage trop tôt.
- Ne pas inclure les maris/partenaires dans les soins aux femmes atteintes de fistule parce que nous pensons qu'ils sont en partie blâmables, ou parce que nous pensons que les femmes sont tellement embarrassées au sujet de la fistule qu'elles ne voudront parler du problème avec qui que ce soit.

Se référer à la page 37 du supplément sur la fistule traumatique pour y trouver plusieurs autres exemples sur la manière dont les valeurs et attitudes peuvent influencer négativement la qualité des soins.

2. Résumer l'exercice en examinant comment les valeurs et attitudes des prestataires peuvent influer sur les restations de services de soins de santé, et en soulignant leur responsabilité par rapport à la fourniture soins de santé d'une manière respectueuse et non critique.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Exemple de résumé des activités 5 et 6
(À lire aux participants par le formateur)

« Beaucoup d'entre vous sont issus de milieux similaires, mais vous avez eu des réactions très différentes aux énoncés. Les différentes expériences des personnes conduisent à des conclusions différentes. La conscience de nos propres attitudes permet de veiller à ne pas imposer nos croyances à nos clientes. Nous avons une obligation professionnelle de dispenser des soins de santé, y compris les soins aux femmes atteintes de fistule obstétricale, d'une manière respectueuse et non critique. »

Activité 7: Exercice de groupe *(45 minutes)*

1. Dire aux participants qu'ils vont maintenant se concentrer sur des mythes ou rumeurs communs sur la fistule. Animer une session de remue-méninges en demandant aux participants d'identifier des rumeurs ou mythes qu'ils ont entendus sur la fistule. Ces derniers peuvent se rapporter aux causes de la fistule, aux raisons pour lesquelles certaines femmes développent une fistule et ne cherchent pas à se faire soigner. Si les participants ont des difficultés pour lister des mythes, incitez-les à chercher dans les énoncés contenus dans le document 2-I du participant.

2. A mesure que les participants identifient les mythes, enregistrer ceux-ci sur le tableau de papier préparé et intitulé « Mythes sur la fistule ». (*5 minutes*)

3. Après avoir identifié un certain nombre de mythes ou rumeurs, répartir les participants en petits groupes de trois ou quatre personnes.

4. Dire aux petits groupes que pour chaque mythe identifié ils devraient élaborer des réponses ou explications précises et simples qui pourraient être utilisées pendant les activités de partage d'information (par exemple, extension communautaire, activités religieuses, groupes de femmes, et rencontres avec des personnes influentes). (*15 minutes*)

5. Reconstituer le grand groupe, et inviter chaque petit groupe à présenter ses explications. (*5 minutes pour chaque groupe*)

6. Une fois que tous les groupes ont fait leurs présentations, discuter de cet exercice en posant les questions suivantes : (*10 minutes*)
   - Comment et pourquoi les mythes sont-ils inventés, et pourquoi se propagent-ils ?

     Réponses possibles :
     - Les mythes découlent souvent d'un manque de connaissance et de la peur, et ils se propagent comme les ragots.
     - A mesure que les mythes se transmettent d'une personne à une autre, ils sont souvent déformés, donnant lieu à des rumeurs et idées fausses.
   - De quelle manière les mythes jouent-ils sur les craintes et préjugés des gens ?

  - Lorsque les gens ne sont pas sûrs d'un phénomène (comme la cause de la fistule obstétricale), ils pourraient chercher un coupable et injustement accuser la personne vivant avec le problème d'en être la source.
- Comment les mythes sur la fistule contribuent-ils dans la discrimination contre les femmes atteintes de fistule ?
- Ces explications étaient-elles précises ? Seraient-elles compréhensibles pour des personnes sans formation médicale ?
- Comment ces mythes affectent-ils la capacité d'une cliente à obtenir des soins pour le traitement de la fistule ?
- Les prestataires de soins de santé croient-ils parfois en ces mythes aussi ? Lesquels ? Comment cela affecterait-il leur capacité à travailler avec les clientes ?
- Dans le cadre d'une séance de counseling aux femmes recherchant des soins de la fistule, comment pourriez-vous gérer les idées fausses des clientes de la fistule, tout en respectant leurs connaissances et croyances ?
- Dans le cadre d'une séance de counseling, comment pourriez-vous gérer les idées fausses des membres de la famille ou de la communauté sur la fistule, tout en respectant leurs connaissances et croyances ?

Résumer les activités de la session et clore en rappelant aux participants que les prestataires de soins de santé doivent mettre leurs valeurs de côté et traiter les clientes d'une manière non critique.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Selon le contexte et les connaissances du groupe, il peut y avoir une certaine confusion sur la différence entre les faits et les mythes. L'animateur doit aider à clarifier tout malentendu entre les participants tout en respectant leurs croyances. Un moyen d'y parvenir consiste à demander au groupe de donner des éclaircissements ou explications sur les idées fausses et les mythes.

Idées essentielles

- Les informations sur la fistule obstétricale peuvent être déformées lorsqu'elles sont transmises d'une personne à une autre, donnant lieu à des rumeurs ou idées fausses répandues. La peur, l'ignorance, la honte, et d'autres émotions puissantes peuvent jouer un rôle dans l'émergence et la perpétuation des mythes, rumeurs et idées fausses.
- Les clientes ont souvent des croyances personnelles sur la fistule obstétricale que les prestataires n'ont aucun moyen de connaitre ou comprendre, à moins de poser des questions. Les prestataires doivent trouver des moyens de fournir des informations exactes, tout en respectant les croyances des clientes sans leur causer un sentiment d'infériorité.

Activité adaptée à partir de : EngenderHealth. 2002. *Integration of HIV/STI prevention, sexuality, and dual protection in family planning counseling: A training manual*. New York.

Documents et ressources du participant de la session 2

Document 2-A du participant

Counseling, choix éclairé, consentement éclairé et droits de la cliente

Qu'est-ce que le counseling ?

Le counseling est un processus qui consiste à aider les clientes à confirmer ou prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins individuels. Dans la plupart des cas, le counseling a lieu lors de séances en tête-à-tête entre la cliente et le prestataire ; il peut également inclure le partenaire de la cliente ou une autre personne ressource dont la présence a été demandée par la cliente. Le counseling est un échange bidirectionnel d'informations qui consiste à écouter les clientes et à les informer de leurs options. Le conseil devrait toujours être réceptif aux besoins et valeurs individuels de la cliente. Tous les prestataires, indépendamment de leurs expériences professionnelles et diplômes, ont besoin d'une formation spéciale sur le counseling et le choix éclairé.

Qu'est-ce que le choix éclairé ?

Le choix éclairé est une décision volontaire et mûrement réfléchie qu'une personne prend sur la base des options, informations et la compréhension qu'elle a de sa situation. Le processus devrait aboutir à une décision libre et éclairée de la personne indiquant si elle veut ou non obtenir des services de santé et, si oui, quelle méthode ou procédure choisir.

Qu'est-ce que le consentement éclairé ?

Le consentement éclairé c'est la communication entre la cliente et le prestataire par le biais d'un langage, de mots et aides visuelles simples que la cliente comprend, dans l'intention de confirmer qu'elle a fait un choix éclairé et volontaire par rapport à l'utilisation ou le fait de recevoir une méthode ou procédure médicale. Le consentement éclairé ne peut être obtenu qu'après avoir informé la cliente de manière adéquate et pertinente en usant d'un langage et des termes qu'elle comprend sur la nature de la procédure médicale, ses risques et avantages associés, et d'autres alternatives. Le consentement libre ne peut pas être obtenu par des moyens spéciaux de persuasion (incitation ou dissuasion), la force, la fraude, la tromperie, la contrainte, la partialité, ou d'autres formes de coercition ou de tromperie.

Les prestataires de soins de santé sont souvent tenus par la loi ou la politique institutionnelle d'obtenir un consentement éclairé avant d'administrer certaines procédures médicales, y compris les méthodes et procédures expérimentales. Indépendamment de l'existence ou non d'une documentation écrite, le consentement éclairé exige que les prestataires s'assurent qu'une cliente recevant une méthode ou un traitement a sciemment et volontairement accepté d'être traitée. Que le consentement éclairé soit écrit ou verbal, cependant, il ne peut pas remplacer le processus de choix éclairé, qui dépend du conseil et d'un échange d'informations entre les prestataires et les clientes.

Le consentement éclairé et volontaire de la cliente est particulièrement important avant un acte médical ayant un effet permanent ou de longue durée, ou qui nécessite les compétences d'un prestataire qualifié. Pour prendre un exemple à partir de la planification familiale, la stérilisation volontaire est unique, en ce sens qu'elle implique une intervention chirurgicale pour mettre fin définitivement à la fertilité. Par conséquent, de nombreux prestataires et organismes de financement qui soutiennent les services de stérilisation précisent les éléments d'un consentement éclairé, et exigent une documentation écrite du consentement de la cliente. Bien que le but du consentement éclairé est de garantir le droit de la cliente à prendre une décision volontaire et éclairée, le consentement écrit est souvent exigé pour fournir la preuve que le prestataire a satisfait aux exigences de consentement éclairé, et souligner l'importance de ce droit de la cliente.

Les prestataires devraient également prendre des précautions particulières pour garantir une prise de décision éclairée chez les femmes qui ont développé une fistule. Ces femmes vivent ou ont vécu un traumatisme médical, social et affectif considérable, et peuvent avoir des sentiments d'incertitude sur leur maladie.

Quels sont les droits des clientes ?

Les clientes ont les droits suivants :

- L'information
- L'accès aux services
- Le choix éclairé
- La sécurité des services
- L'intimité et la confidentialité
- La dignité, le confort, et la liberté d'opinion
- La continuité des soins

Adaptée à partir de : Huezo, C., and Diaz, S. 1993. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception* 9(2):129–139.

Document 2-B du participant

Consentement éclairé dans les soins de la fistule

La présente fiche d'information est un guide pratique pour les gestionnaires de programme chargés de faciliter les prestations de services et pour le personnel offrant des soins directs. Ces informations sont rédigées de manière à s'assurer que les clientes recevant des soins de la fistule donnent leur consentement éclairé pour les procédures et/ou interventions chirurgicales (c'est-à-dire, l'exérèse chirurgicale primaire et toute autre chirurgie pouvant s'avérer nécessaire dans le cadre de l'opération).

La fistule est une maladie dont peu de gens aiment parler, et les femmes vivant avec une fistule ont souvent honte de leur fuite constante et de l'odeur. Par conséquent, elles se cachent souvent ou sont contraintes de vivre isolées de leurs communautés, et parfois même de leurs familles. En raison des stigmatisations et incompréhensions associées à cette maladie, les femmes atteintes de la fistule sont exposées aux abus et à la pauvreté, ont des limites dans les soins pour elles-mêmes et par rapport à leur entourage, et pourraient ne pas avoir accès à l'éducation. Conseiller une femme confrontée à ces défis requiert de l'ouverture, de la compassion, une volonté de simplifier les termes et concepts complexes, et un véritable désir de lui donner le sentiment d'être la bienvenue. Les femmes qui vivent avec une fistule ont le droit d'obtenir des services sans risque, y compris l'accès à des informations exactes sur leur maladie, les différentes options de traitement, et les résultats post-traitement. Les femmes qui vivent avec une fistule ont également le droit d'être traitées avec respect, dignité et considération. Dans le cadre de ces considérations sur la qualité, le consentement éclairé est un élément clé en ce qui concerne les soins.

Consentement éclairé

Le consentement éclairé c'est la communication entre la cliente et le prestataire par le biais d'un langage, de mots et d'aides visuelles simples que la cliente comprend, dans l'intention de confirmer qu'elle a fait un choix éclairé et volontaire par rapport à l'utilisation ou le fait de recevoir une méthode, procédure ou intervention médicale. Le consentement éclairé ne peut être obtenu qu'après avoir informé la cliente de manière adéquate et pertinente en usant d'un langage et des termes qu'elle comprend sur la nature de la maladie, ses causes, et procédure médicale, ses risques et avantages associés, et sur les alternatives. Le consentement libre ne peut pas être obtenu par des moyens spéciaux de persuasion (incitation ou dissuasion), la force, la fraude, la tromperie, la contrainte, la partialité, ou d'autres formes de coercition ou de tromperie, y compris le report injustifié ou répété d'une intervention chirurgicale.

Le fait que la cliente signe un formulaire de consentement ne signifie pas nécessairement que la personne demande la procédure en pleine connaissance de cause.

Processus du consentement éclairé

Le consentement informé éclairé et le counseling sont différents. Le counseling c'est le processus par lequel les prestataires de services aident la cliente à prendre des décisions éclairées et mûrement réfléchies concernant les procédures de traitement de la fistule. Le **counseling est défini** comme un processus de communication bidirectionnelle qui consiste à aider les clientes à prendre des décisions éclairées et volontaires concernant leurs soins individuels. Il a lieu lors de séances en tête-à-tête entre la cliente et le

prestataire ; il peut également inclure le partenaire de la cliente ou une autre personne ressources dont la présence a été demandée par cette dernière. A travers le counseling, les prestataires :

1. Donnent des informations dont la cliente a besoin pour prendre une décision pleinement éclairée sur le traitement de la fistule.
2. Déterminent si la cliente comprend et accepte les conséquences de sa propre décision.

La documentation du consentement éclairé est un élément du processus de counseling visant à sauvegarder le droit de la cliente à prendre une décision éclairée ; il se conforme aux exigences légales.

NOTE

Rappel :
Le counseling est le processus ; la décision éclairée en est le résultat voulu.

Cinq éléments du consentement éclairé :

1. **Options de traitement :** Décrire les options de traitement en termes généraux, décrire brièvement la procédure indiquée pour la cliente ; expliquer si cette procédure particulière peut être réalisée dans la structure, ou si la cliente doit être orientée vers des services spécialisés, indiquer les coûts qui seront associés au traitement. (par exemple, le transport, les visites de suivi, etc.)
2. **Détails de la procédure :** Décrire en détail, en utilisant un langage que la cliente comprend et des aides visuelles que la cliente peut suivre :
   - Le type de chirurgie ou la procédure à effectuer – une chirurgie unique ou (potentiellement) de multiples opérations chirurgicales – y compris le type d'anesthésie à utiliser
   - Les avantages de la procédure
   - Une brève mention des risques
   - Une explication sur la gestion de la douleur
   - Le programme postopératoire prévu
   - Le suivi, y compris la nécessité d'observer une abstinence sexuelle pendant un certain temps et la planification familiale par la suite
   - La possibilité d'un échec ou d'effets secondaires postopératoires résiduels
3. **Risques associés :** Donner en détail et de manière compréhensible les risques inhérents à toute intervention chirurgicale (par exemple, les complications, hémorragie, infection, et décès), et les risques associés à la fistule (par exemple, les dommages aux organes voisins). La cliente peut devenir infertile, ce qui peut ou non être le résultat de la chirurgie.
4. **Résultats possibles :** Informer la cliente qu'elle n'aura plus de fuites, ni l'inconfort associé, une fois que l'évaluation du test de guérison indique l'absence de fuites. (Cependant, il faudra lui rappeler que l'incontinence ou la permanence des fuites après la chirurgie est également une conséquence potentielle de la procédure.) La fécondité peut être un problème à régler avant que la guérison complète n'ait lieu, par conséquent, il sera nécessaire de protéger la réparation pendant une période d'abstinence et d'utilisation de

la planification familiale. Dans quelques rares cas, le vagin peut se rétrécir après la réparation et la femme peut éprouver de la douleur pendant les rapports sexuels (dyspareunie) ; ce problème peut nécessiter d'autres soins, et dans certains cas, le couple devra s'y adapter. Les clientes ayant eu une réparation réussie ; devront s'abstenir de relations sexuelles pendant une certaine période pour permettre une bonne guérison ; utiliser la planification familiale pour espacer les grossesses désirées en toute sécurité, et obtenir des soins prénatals et un suivi de proximité et une césarienne par des prestataires qualifiés. Pour les clientes qui en ont terminé avec la procréation, la planification familiale devrait être utilisée pour prévenir les grossesses involontaires. Comme pour toute intervention chirurgicale, certaines tentatives de réparation peuvent ne pas réussir et nécessiter d'autres interventions chirurgicales. En particulier, dans les cas complexes, il peut arriver que l'on ne puisse pas réparer la fistule. Dans de tels cas, la cliente et les membres de sa famille auront besoin d'être guidés sur les options de vie avec la maladie.

5. **Options de décider pour ou contre la procédure :** Si la cliente décide de suivre la procédure, confirmer sa compréhension des avantages, risques et résultats possibles, de la nécessité d'une période d'abstinence pendant une certaine période après la réparation qui sera suivie par la planification familiale. Il faudra s'assurer que la cliente a bien compris les autres options à sa disposition si toutefois elle décide de ne pas subir la procédure. Assurer à la cliente qu'elle bénéficierait toujours de soins qu'elle recevait auparavant, et que la réparation pourra toujours se faire à n'importe quel moment, si elle change d'avis.

Responsabilité pour le consentement éclairé

Le directeur ou l'administrateur de la structure de soins de la fistule devra s'assurer que le consentement éclairé est obtenu et documenté pour chaque cliente qui subit une réparation de la fistule. Ces cadres supérieurs doivent veiller aux choses suivantes :

- A la formation correcte du personnel chargé du counseling et de la documentation du consentement éclairé ;
- A la disponibilité d'un protocole écrit au personnel du projet sur le consentement éclairé ;
- A la surveillance régulière du respect des procédures et principes du consentement éclairé ;
- A la fourniture en quantité suffisante de formulaires agréés de consentement éclairé ;
- A la conformité des procédures de consentement éclairé du site de services avec les politiques et procédures convenues avec les agences de financement nationales ou internationales, le cas échéant.

Le consentement éclairé peut être obtenu et documenté par les conseillers, les responsables de cliniques, les infirmières ou les sages-femmes, les médecins ou le personnel administratif, ou des bénévoles *après avoir reçu une formation réussie concernant les méthodes d'obtention et de documentation du consentement éclairé.* Toutefois, le prestataire des opérations a la responsabilité première de veiller à ce que le consentement éclairé soit obtenu. Ce dernier devrait également être la personne approuvant les orientations vers des services spécialisées où les problèmes rencontrés par les clientes ou des questions cliniques non résolues sont soulevés.

NOTE

Dans certaines structures, le personnel administratif ou non médical peut commencer le processus de counseling, et le médecin se chargera d'obtenir et de documenter le consentement éclairé de la cliente. La personne obtenant le consentement éclairé après que le processus de counseling a été initié doit être formée pour évaluer si les connaissances de la cliente sont complètes et sa décision éclairée.

Le consentement éclairé devrait être **obtenu** et **documenté** *avant* la procédure ; la documentation est faite *après* le processus de counseling, et *après que* la personne effectuant le counseling détermine que la décision a été prise en pleine connaissance de cause.

Le consentement éclairé devrait être obtenu en suivant le protocole de consentement éclairé (Livret de formation 2-C du participant), et en lisant à haute voix l'intégralité du formulaire de consentement éclairé à la cliente. Si la cliente sait lire, elle devrait avoir un formulaire qu'elle lira avec le conseiller. Si la cliente ne sait pas lire, le témoin devrait avoir un formulaire qu'il lira avec le conseiller. Si le témoin aussi ne sait pas lire, il devrait au moins être présent lorsque le formulaire est lu à haute voix à la cliente. Après avoir demandé si la cliente comprend les informations contenues dans le formulaire et qu'elle demande la procédure, le conseiller devrait ensuite obtenir la signature ou les indicateurs requis.

Le formulaire de consentement éclairé et le processus de counseling dans son ensemble devraient être communiqués dans une langue et des termes que la cliente peut comprendre. Dans un cadre où les clientes parlent de nombreuses langues différentes, le personnel chargé du counseling devrait parler la langue utilisée par la plupart des clientes, de sorte que le plus grand nombre puisse être servi. Si le personnel chargé du counseling ne parle pas la langue de la cliente, un interprète devrait être disponible pour s'assurer que la cliente comprend le counseling du consentement éclairé. (*Note* : L'interprète devrait recevoir une orientation sur la philosophie et le langage du consentement éclairé pour assurer la cohérence et la qualité des soins.)

Les formulaires de consentement éclairé devraient être disponibles dans la langue la plus courante et, dans la mesure du possible, dans d'autres langue.

- Pour les clientes qui savent lire et écrire, le formulaire de consentement éclairé doit être signé par la cliente et le médecin opérant ou son assistant désigné.
- Pour les clientes qui ne savent ni lire ni écrire, le formulaire de consentement éclairé devrait être signé par la cliente en utilisant son empreinte digitale ou une marque, et le médecin opérant* ou son assistant désigné. Dans de tels cas, il est conseillé à la cliente d'avoir un témoin (par exemple, une personne de soutien de son choix) présent lors du counseling afin d'assurer le rappel des informations. Le témoin devrait également signer le formulaire de consentement à l'endroit désigné.

Chaque signature doit comporter la date antérieure à la chirurgie et la date de la chirurgie.

Gestion et supervision de la conformité du consentement éclairé

Le formulaire de consentement éclairé devrait faire partie du dossier médical-chirurgical de la cliente et être conservé dans le dossier sur le site de la prestation de services après la réparation de la fistule, soit pendant une durée de 3 à 5 ans au moins, ou pendant la durée indiquée par les directives médico-légales nationales – peu importe la plus longue.

Le directeur ou administrateur de la structure est au bout du compte responsable du respect des politiques et procédures de consentement éclairé. La responsabilité peut être déléguée aux superviseurs du personnel chargé de mettre en œuvre les procédures du consentement éclairé. La conformité devrait être vérifiée par l'examen des dossiers, l'observation du counseling de consentement informé, et les interviews avec les clientes.

---

* Le médecin opérant ou son assistant désigné signe le formulaire de consentement pour indiquer qu'il a vérifié la signature, l'empreinte digitale ou la marque de la cliente et a établi que celle-ci comprend et accepte de subir l'opération.

Examen des dossiers

Les formulaires de consentement éclairé devraient être vérifiés régulièrement ; ces vérifications ne devraient pas être annoncées à l'avance. La personne qui effectue les vérifications devrait avoir un accès direct à tous les dossiers et devrait choisir ceux qui doivent être examinés.

NOTE

L'examen objectif des formulaires devrait être guidé par l'utilisation des questions suivantes :

- Le personnel utilise t-il le formulaire approuvé de consentement éclairé ?
- Le formulaire utilisé est-il conforme aux directives du programme ?
- Ya t-il un formulaire de consentement éclairé dans le dossier de chaque cliente ayant subi une procédure de réparation de la fistule ?
- Le formulaire est-il dûment signé et daté ?

L'examinateur devrait rechercher les indications suivantes selon lesquelles les procédures normales de consentement éclairé ne sont pas respectées :

- Les signatures de la cliente sur un certain nombre de formulaires sont dissemblables (indiquant une éventuelle falsification).
- L'écriture des différentes signatures contenues dans un certain nombre de formulaires est dissemblable (indiquant une éventuelle falsification).
- Une signature apparaît sur le formulaire, bien qu'inappropriée pour le cadre.

Observation du counseling sur le consentement éclairé

L'observation du counseling sur le consentement éclairé devrait faire partie du processus de suivi de l'amélioration de la qualité sur le site. Juste avant le counseling, le personnel devrait obtenir l'autorisation de la cliente pour l'observation. Le superviseur devrait vérifier que les membres du personnel se conforment aux politiques et procédures de consentement éclairé. Si des lacunes sont constatées, le superviseur devrait déterminer si le personnel dispose d'exemplaires du protocole de consentement éclairé et qu'il est familier avec celui-ci. Le cas échéant, le personnel devrait être encadré ou recyclé.

Interviews avec les clientes

Les interviews avec les clientes peuvent être effectués entre le moment où les documents de consentement éclairé sont établis et celui de la chirurgie. L'objectif est de vérifier que la cliente a été pleinement informée (en accord avec les éléments du consentement éclairé). L'interview devrait être réalisé en utilisant une liste établie de questions et dans un délai raisonnable suivant le counseling, afin de minimiser la possibilité d'oubli des informations de la part de la cliente.

Adapté à partir de : Butta, P. 1988. *Informed consent and voluntary sterilization: An implementation guide for program managers.* New York: Association for Voluntary Surgical Contraception.

Document 2-C du participant

Soins de la fistule: Protocole de consentement éclairé

- Mettre en place une zone de counseling à l'abri des yeux et des oreilles.
- Rassembler les outils de travail et les aides visuelles qui seront utilisés au cours de la séance de counseling, notamment les formulaires de consentement éclairé.
- Mettre la femme à l'aise et lui demander ce qu'elle sait au sujet de son état et du traitement de la fistule proposé.
- Corriger toute désinformation et combler le déficit en ce concerne les connaissances.
- Si la femme doit subir une procédure ou opération spécifique de la fistule, il faudra faire le counseling de consentement éclairé, en utilisant un langage simple pour couvrir les **cinq éléments suivants** :
  - Donner des informations générales sur la fistule et son traitement, notamment les procédures et interventions chirurgicales, en utilisant des supports visuels pour illustrer vos propos.
  - Décrire en détail les procédures ou interventions chirurgicales spécifiques qui seront effectuées, ainsi que les informations sur l'anesthésie, les avantages, les risques, la gestion de la douleur, le traitement et le suivi postopératoire, notamment l'abstinence, la planification familiale, et la nécessité pour la femme de se protéger contre l'infection par le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles.
  - Communiquer les risques inhérents à toute intervention chirurgicale (complications, hémorragies, infections, stérilité et décès), et les risques spécifiques associés à la fistule (la destruction des organes proches).
  - Expliquer les résultats de la procédure, comme l'arrêt des fuites, des souillages, ou les deux à la fois ; ses effets possibles sur les relations sexuelles et la possibilité de rapports sexuels douloureux (dans quelques rares cas), l'impossibilité de garantir une grossesse désirée à l'avenir ; qu'une autre intervention peut être nécessaire pendant ou après la réparation, et une éventuelle continuité des fuites, malgré la chirurgie.
  - Informer les femmes qu'elles peuvent accepter ou refuser de suivre la procédure, qu'elles peuvent décider de ne pas la subir sans pénalité ou perte d'avantages quelconque, et qu'elles peuvent procéder à la réparation si elles changent d'avis.
- Permettre à la femme de poser des questions de clarification et lui répondre.

- Il faudra s'assurer que la femme comprend en lui demandant d'expliquer dans ses propres termes ce qui sera fait et quels sont les risques, les résultats possibles, l'impact potentiel sur les relations sexuelles et la fertilité à l'avenir, la possibilité d'une autre opération nécessaire, et les options de ne pas procéder à la chirurgie ou de la différer.
- Présenter le formulaire de consentement éclairé et en faire la lecture. Si la femme accepte la procédure, suivre les instructions sur le formulaire pour obtenir sa signature (et celle d'un témoin, dans le cas d'une femme qui ne sait ni lire ni écrire).
- Enregistrer le counseling du consentement éclairé dans le dossier de la cliente.
- Insérer le formulaire signé dans le dossier de la cliente.
- Informer le médecin opérant, ou son remplaçant désigné, afin qu'il signe le même formulaire.
- Suivre les protocoles préopératoires généraux de la structure.

Document 2-D du participant

Soins de la fistule : Formulaire de consentement éclairé

Instructions : Lire le formulaire avec la cliente et écrire en majuscules le nom complet de la cliente dans l'espace prévu sur la première ligne ci-dessous. Demander à la cliente de mettre ses initiales dans l'espace prévu avant chaque numéro après la lecture de l'énoncé. Demander à la cliente de signer son nom complet sur la ligne prévue pour la signature. Suivre les instructions concernant la signature d'un témoin. Demander au médecin ou son remplaçant de signer le présent formulaire avant le début des préparatifs préopératoires.

Je soussignée, _____, demande qu'une chirurgie de
(Nom de la cliente)
réparation de la fistule soit effectuée sur ma personne.

Je fais la présente demande de mon propre gré, en connaissance de cause, en l'absence de toute contrainte, pression, ou autres incitations spéciales. Je comprends les informations ci-dessous :

_____1. La procédure à effectuer sur ma personne est une intervention chirurgicale, dont les détails ont été portés à ma connaissance.

_____2. La présente procédure chirurgicale comporte des risques de complications, tels que les saignements, la blessure d'autres organes, les infections, y compris la mort.

_____3. La présente procédure a comme avantage l'élimination de la fistule et de ses symptômes associés tels que les fuites, le souillage, ou les deux à la fois.

_____4. Aucune intervention chirurgicale ne peut être garantie à 100% sur toutes les personnes ; la procédure pourrait échouer ; une autre opération peut s'avérer nécessaire, ou alors une intervention chirurgicale supplémentaire peut ne pas être une option.

_____5. La présente intervention chirurgicale ne garantit pas une grossesse désirée à l'avenir.

_____6. Les conditions nécessaires pour la réussite de la présente intervention chirurgicale consistent à observer une période d'abstinence (3 à 6 mois après la réparation), suivi par la planification familiale pendant un certain temps avant toute tentative de procréation.

_____7. Je peux me prononcer contre la procédure à tout moment avant que l'opération ne soit effectuée (et aucun service ou autres avantages médical ou sanitaire ne me sera refusé en conséquence).

_____

(Signature ou marque de la cliente) Date

_____

(Signature du médecin traitant/assistant délégué) Date

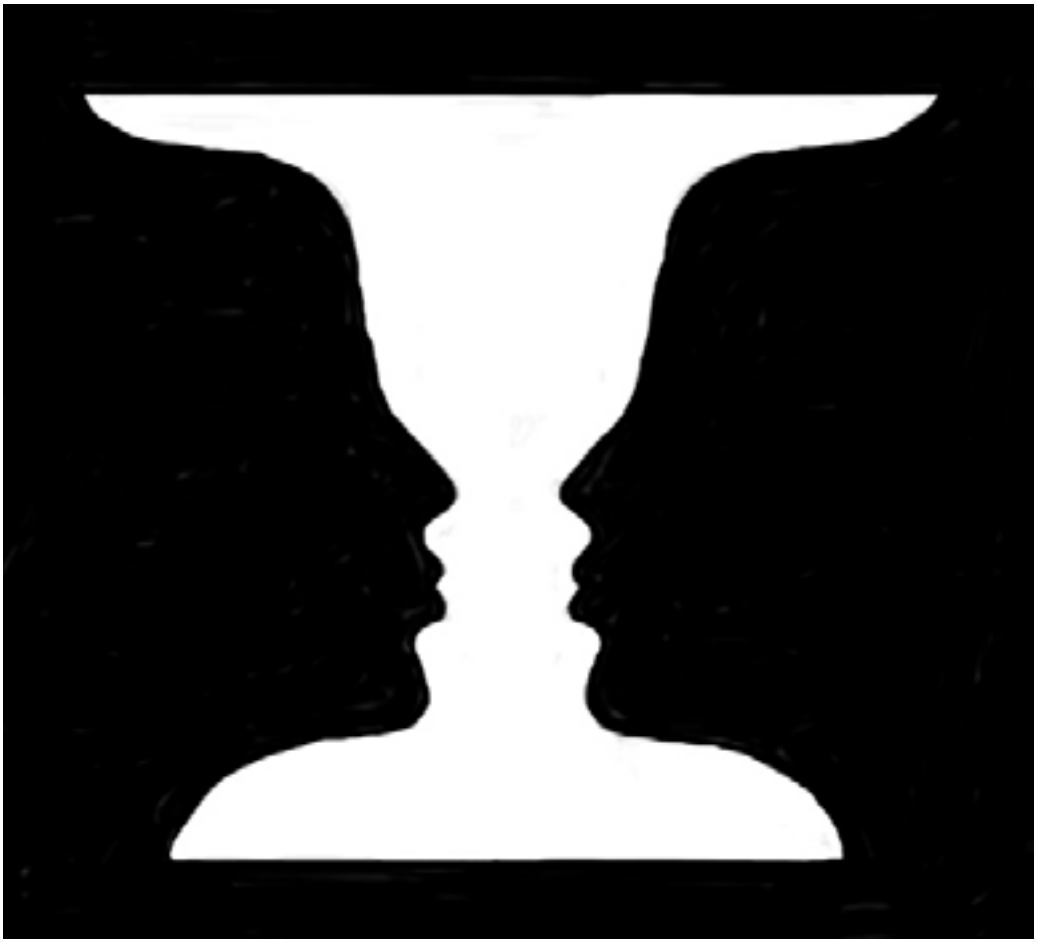
Si la cliente ne sait pas lire, un témoin de son choix, et parlant la même langue qu'elle doit signer la déclaration suivante :

_____

(Signature ou marque du témoin) Date

Document 2-E du participant

Figure ambigüe



Document 2-F du participant

Le jeu du genre

Dire si la déclaration réfère au genre ou au sexe.

Genre	Sexe	
		1. Les femmes donnent naissance à des bébés, les hommes ne le font pas.
		2. Les filles devraient être douces, les garçons rudes.
		3. Universellement, les femmes ou les filles sont les principales soignantes des personnes atteintes de la fistule dans plus de deux tiers des foyers.
		4. Les femmes peuvent allaiter les bébés, les hommes peuvent donner le biberon.
		5. Beaucoup de femmes ne prennent pas de décisions en toute liberté, notamment en matière de sexualité et de relations de couple.
		6. Le nombre de femmes atteintes par l'infection du VIH (virus d'immunodéficience humaine) et du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) a constamment augmenté à travers le monde.
		7. Quatre cinquièmes de l'ensemble des utilisateurs de drogues injectables dans le monde sont des hommes.
		8. Les femmes sont moins bien payées que les hommes pour faire le même travail.

Document 2-G du participant

Les rapports sociaux entre les sexes

Le **statut social des hommes et des femmes** renvoie à un ensemble de qualités et de comportements que la société attend d'une femme ou d'un homme. Les rôles assignés à chacun des sexes sont appris et peuvent être influencés par des facteurs tels que l'éducation ou la situation économique. Ils varient largement au sein et selon les cultures. Bien que le sexe d'un individu ne change pas généralement, les rôles assignés à chacun des sexes sont déterminés par la société et peuvent évoluer au fil du temps.

Les rôles assignés à chacun des sexes et les attentes sont souvent identifiés comme des facteurs entravant les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives pouvant affecter la vie familiale, l'éducation, le statut socioéconomique et la santé. Pour cette raison, la sensibilisation aux différences entre les sexes telle que la sexualité, joue un rôle important dans les prestations de services aux femmes atteintes de fistule.

Voici quelques exemples de stéréotypes et croyances sexistes pouvant affecter l'expérience des clientes de la fistule :

- Les femmes devraient se marier tôt pour s'assurer qu'elles sont vierges.
- Les hommes peuvent demander à avoir des rapports sexuels avec leurs épouses ou partenaires quand ils le souhaitent, sans tenir compte du désir d'une femme d'avoir des rapports sexuels ou une quelconque contre-indication médicale.
- Les femmes ne jouissent pas du sexe et ne ressentent pas de désir sexuel et, par conséquent, elles n'auraient aucune difficulté à s'abstenir de rapports sexuels après une chirurgie de réparation de la fistule.
- Les hommes démontrent leur virilité en ayant des rapports sexuels de manière fréquente, et avec de nombreuses partenaires.
- Les femmes qui n'ont pas été excisées sont généralement de mœurs légères.
- Les hommes savent ce qui est bon pour leurs femmes, et les femmes devraient suivre leurs directives, même en ce qui concerne la recherche de soins de santé.
- Les femmes qui ont été violées l'ont probablement demandé.
- Les femmes n'éprouvent jamais de désir sexuel.

Points de discussion

Si les prestataires croient que les femmes développent une fistule obstétricale parce qu'elles accouchent à domicile avec une matrone traditionnelle, et qu'elles sont donc en quelque sorte responsables de leur état, ils pourraient alors être moins sensibles aux sentiments et besoins de leurs clientes.

Examiner la relation qui existe entre les rôles assignés à chacun des sexes et le pouvoir, et reconnaître que, dans certains cas, les femmes ne peuvent ni décider d'avoir des rapports sexuels, ni recourir à une méthode de planification familiale.

L'expérience d'une grossesse à la suite d'une contrainte, force, ou domination d'un homme peut rendre les clientes méfiantes à l'égard des prestataires de sexe masculin. Dans de tels cas, les clientes de fistule pourraient être réticentes à poser des questions ou exprimer leurs préoccupations.

Document 2-H du participant

Valeurs et attitudes dans les prestations de services de soins de santé

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 façonnent nos *attitudes*. L'*attitude* est la manière de penser et d'agir envers les personnes ou idées en particulier.

Chaque interaction entre une femme et le personnel de soins de santé — à partir du moment où elle entre dans le système de soins de santé jusqu'à sa sortie — influe sur la satisfaction de la femme par rapport aux soins offerts, la rapidité de son rétablissement, et la manière de s'occuper de sa personne après sa sortie de la structure.

La façon dont nous communiquons nos propres valeurs et attitudes (que ça soit verbalement ou non) est une partie importante de nos interactions avec les gens que nous traitons. Nos valeurs sont souvent tellement enracinées que nous n'en sommes pas conscients jusqu'à ce que nous soyons confrontés à une situation qui les met à l'épreuve.

Nos valeurs, attitudes, sentiments et préjugés auront une incidence sur la manière dont nous traitons l'état de la cliente. Par exemple, notre réaction intime par rapport à l'apparence ou l'odeur de la cliente, sa classe sociale, ou la cause de son traitement, pourrait affecter la manière dont nous dispensons les soins, la douceur ou la rudesse avec laquelle nous effectuons les procédures, le retard que nous pouvons imposer, et notre considération ou non de l'ensemble de ses besoins en soins de santé.

Document 2-I du participant

Exemples de mythes et d'idées fausses sur la fistule

Dans de nombreux pays où la fistule est répandue, les croyances et pratiques culturelles forment la capacité et la volonté d'une cliente d'obtenir des services médicaux. Bien que certains membres de la communauté puissent reconnaître correctement le travail prolongé comme cause de la fistule obstétricale, ils pourraient attribuer la durée du travail, son absence de progression et/ou, finalement, le développement de la fistule à une variété d'autres causes, dont beaucoup sont soupçonnées d'être liées aux caractéristiques et/ou comportements personnels et/ou sociaux de la femme. Bon nombre de membres de la communauté ne savent pas que la violence sexuelle peut provoquer une fistule. Les mythes et idées fausses peuvent jouer un rôle dans le manque de prévention de la fistule, les stigmatisations et discriminations injustifiées, et l'accès insuffisant au traitement. Le counseling ciblé peut jouer un rôle clé pour dissiper les mythes ou idées fausses que les clientes et leurs familles ont sur les causes de la fistule et comment elle peut être traitée et prévenue.

Les mythes et idées fausses sur l'origine de la fistule varient selon le contexte culturel. Voici quelques exemples de croyances qu'une femme (ou d'autres personnes dans sa communauté) pourrait avoir sur les raisons pour lesquelles elle a développé une fistule :

- Elle a eu une liaison avec un homme qui n'était pas son mari.
- Elle a subi une « attaque spirituelle » parce qu'elle n'a pas accouché sous les soins d'une personne qui avait la capacité de la protéger spirituellement.
- Un sort lui a été jeté par des jaloux (peut-être en raison de son statut économique ou parce qu'elle avait beaucoup d'enfants).
- Une matrone traditionnelle ou un prestataire dans la structure de santé lui a pincé la vessie pendant le travail ou l'accouchement.
- Elle avait une infection sexuellement transmissible.
- Elle ou sa mère a offensé les esprits pendant la grossesse.
- Elle était une jeune fille mariée à un homme plus âgé.
- Elle a été maudite par ses parents pour être tombée enceinte avant le mariage.
- Elle n'a pas pu payer sa dot et a été punie en conséquence.
- Elle a tenté d'avorter pendant sa grossesse.

Voici d'autres croyances et pratiques culturelles pouvant contribuer à l'incidence et à la prévalence de la fistule :

- Certaines sociétés s'attendent à ce qu'une femme accouche naturellement, si elle ne peut pas, elle est considérée comme une lâche, ou « pas assez femme ».

- Dans certaines sociétés, une femme devrait accoucher de son premier-né à la maison. Ces pratiques peuvent empêcher une femme d'aller dans une structure de santé, même si des complications surgissent pendant le travail.
- Pour des considérations religieuses, une femme peut estimer qu'elle devrait accepter la fistule comme son destin, et qu'elle devrait vivre avec elle pour le reste de sa vie. Elle pourrait croire que sa souffrance sera récompensée au paradis, et que par

Adapté à partir de : The ACQUIRE Project and EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Ressource 2-A du formateur

Exercice sur le consentement éclairé pour les soins de la fistule

Les réponses à ces questions se trouvent dans le Document 2-B du participant.

1. Le « consentement éclairé » est défini comme étant : _____
_____

2. Vrai/Faux : Si la cliente signe le formulaire de consentement pour la chirurgie de la fistule, cela signifie que la personne l'a volontairement demandé ou accepté et en pleine connaissance de cause.

3. Quels sont les cinq éléments devant être couverts pour le consentement éclairé dans des services de fistule ?
   1). _____
   2). _____
   3). _____
   4). _____
   5). _____

4. Qui est chargé d'exécuter le processus de consentement éclairé ? _____
_____

5. Qu'est ce qui est nécessaire pour que le processus de consentement éclairé soit opérationnel ? _____
_____

6. Qui peut obtenir un consentement éclairé pour les procédures de traitement de la fistule ? _____
_____

7. Quel est le meilleur moment pour obtenir un consentement éclairé ?_____
_____

8. Comment le consentement éclairé devrait-il être effectué? _____
_____

9. Comment le consentement éclairé devrait-il être réalisé avec les clientes qui ne savent ni lire ni écrire ?
_____

10. Vrai/Faux : L'évaluation de la conformité au processus de consentement éclairé exige seulement l'examen des dossiers pour s'assurer que les formulaires ont été dûment signés et datés.

Ressource 2-B du formateur

Réponses au jeu du genre

Genre	Sexe	
	X	1. Les femmes donnent naissance à des bébés, les hommes non.
X		2. Les filles devraient être douces, les garçons rudes.
X		3. Universellement, les femmes ou les filles sont les principales dispensatrices de soins aux personnes atteintes de la fistule dans plus de deux tiers des foyers.
	X	4. Les femmes peuvent allaiter les bébés, les hommes peuvent donner le biberon.
X		5. Beaucoup de femmes ne prennent pas de décisions en toute liberté, notamment en matière de sexualité et de relations de couple.
X	X	6. Le nombre de femmes atteintes par l'infection du VIH (virus d'immunodéficience humaine) et du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) a régulièrement augmenté à travers le monde.
X		7. Quatre cinquièmes de l'ensemble des utilisateurs de drogues injectables dans le monde sont des hommes.
X		8. Les femmes sont moins bien payées que les hommes pour faire le même travail.

Ressource 2-C du formateur

Exemples de tableaux de conférence pour les expressions suivantes : « Agis en homme » et « Agis en femme »

Agis en homme :

- Sois solide.
- Ne pleure pas.
- Crie sur les gens.
- Sois flegmatique.
- Prends soin des autres.
- Ne recule pas.

Agis en femme :

- Sois passive.
- Occupe-toi aux petits soins.
- Sois sexy, mais pas trop.
- Sois intelligente, mais pas trop.
- Sois calme.
- Ecoute les autres.
- Supporte la douleur

Ressource 2-D du formateur

Exemples de jugements de valeurs

Ce qui suit constitue des valeurs que les individus peuvent avoir par rapport à la fistule ou par rapport aux femmes souffrant de la fistule.

Les pays ont la responsabilité de dispenser des soins gratuits à toutes les femmes atteintes de fistule.

Les femmes sans instruction sont plus susceptibles de développer une fistule.

Les femmes excisées sont plus susceptibles de développer une fistule.

Si une femme atteinte de fistule s'était bien occupée d'elle-même, elle n'aurait pas subi autant de conséquences sociales et sanitaires de la fistule.

Toutes les femmes devraient être aidées pour atteindre leurs objectifs de procréation après une réparation réussie de la fistule.

La seule manière de prévenir la fistule obstétricale est de s'assurer que toutes les femmes accouchent dans un hôpital ou centre de santé.

La fistule obstétricale est surtout le résultat de la pauvreté et du mauvais accès aux services de santé.

La fistule peut être causée par le viol ou les violences sexuelles.

La plupart des fistules sont causées par des matrones traditionnelles qui ne respectent pas les recommandations en matière de renvoie en consultation pendant un travail prolongé.

Les femmes atteintes de fistule auront du mal à être réintégrées dans leurs communautés, donc les organisations gouvernementales et non gouvernementales devraient financer des projets qui permettent à ces femmes de vivre ensemble dans leurs propres communautés de clientes de la fistule.

Toute femme ayant eu une réparation de la fistule devrait être stérilisée pour éviter des dommages ultérieurs à la réparation chirurgicale.

Le mariage précoce fait partie de la société traditionnelle, et il n'y a rien ou pas grande chose à faire pour changer cette institution.

Les matrones traditionnelles et les prestataires de services dans les structures de santé ont besoin de collaborer pour prévenir la fistule obstétricale.

Les hommes qui abandonnent leurs femmes parce qu'elles ont une fistule devraient être punis par la loi.

Beaucoup de fistule obstétricale sont causées par des matrones traditionnelles qui accomplissent des actes nuisant à l'appareil reproducteur de la femme.

La fistule obstétricale touche un faible pourcentage de femmes, et compte tenu des budgets limités pour les soins de santé, des fonds devraient alloués pour la prévention de la fistule obstétricale, plutôt que d'essayer de traiter ces femmes qui l'ont déjà contractée et y sont probablement habituées.

La seule manière de réduire le nombre de femmes atteintes de fistules obstétricales est de travailler en collaboration avec les communautés pour les mobiliser autour de questions telles que le mariage précoce et les comportements visant à rechercher les soins de santé pour les femmes.

Session 3
Comprendre la fistule obstétricale

Se référer aux pages 40 à 42 du supplément sur la fistule traumatique pour Vue d'ensemble sur la Session 3 intitulé Objectifs de la session, points à retenir, méthodes de formation, matériels, et préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront :

- Définir la fistule obstétricale;
- Décrire l'expérience des femmes vivant avec la fistule obstétricale;
- Décrire l'étiologie, les facteurs contributifs, et les conséquences de la fistule obstétricale;
- Décrire les trois éléments d'une stratégie globale pour la prévention de la fistule obstétricale.

POINTS À RETENIR

- ✓ Une **fistule obstétricale** est un passage ou ouverture anormal entre les voies génitales et les voies urinaires ou intestinales.
- ✓ Il existe plusieurs types de fistules, mais la grande majorité est constituée par la *fistule vésico-vaginale* (FVV). Après la FVV, les types le plus commun de fistule est la FVV combinée et la *fistule recto-vaginale* (FRV).
- ✓ Dans les pays en développement, la principale cause de la fistule obstétricale est le travail dystocique et le manque d'accès rapide à des soins obstétricaux d'urgence.
- ✓ Les plus importantes causes sociales sous-jacentes à la fistule obstétricale sont le manque d'accès aux soins obstétriques de qualité, notamment la présence d'un prestataire qualifié pendant le travail et l'accouchement, et le manque d'accès aux services essentiels de planification familiale.
- ✓ Le manque d'accès aux soins est souvent associé au mariage précoce ou à la grossesse précoce, la pauvreté, la malnutrition, les violations des droits des femmes, et le manque d'équité.
- ✓ La fistule obstétricale présente un large éventail de conséquences médicales et sociales. « Comprendre que l'on devrait traiter « la personne entière » atteinte de fistule, et pas seulement sa vessie ou son rectum endommagés est le concept le plus important dans les soins de la fistule », écrit Lewis Wall.

— Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4):341–359

(suite)

POINTS À RETENIR *(suite)*

- ✓ De nombreux facteurs empêchent les femmes pauvres et isolées de demander de l'aide, mais quand une réparation chirurgicale de haute qualité est mise à leur disposition, leur demande pour les services augmente considérablement.
- ✓ Les trois éléments suivants constituent l'approche principale globale par rapport à la prévention de la fistule obstétricale :
  - Améliorer l'accès aux soins obstétriques, notamment les soins d'urgence
  - Retarder les grossesses précoces
  - Traiter les questions sociales

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice en petit groupe
- Discussion
- Présentation

Matériels

- Tableau de conférence, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Rétroprojecteur (*facultatif*)
- Document 3-A du participant : Description du problème de la fistule obstétricale
- Document 3-B du participant : Causes de la fistule obstétricale
- Document 3-C du participant : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale
- Document 3-D du participant : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherent pas de soins de la fistule
- Document 3-E du participant : Prévention de la fistule obstétricale
- (*Facultatif*) Document 5-E du participant (*utiliser sous forme de transparent*) : Quatre types communs de la fistule obstétricale (page 141)
- Document 5-F du participant (*utiliser sous forme de transparent*) : Travail prolongé et effets sur le système reproducteur (page 142)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau de papier listant les objectifs de la présente session.
2. Passer en revue tous les documents à distribuer et faire une copie pour chaque participant.
3. Examiner la stratégie de formation et les conseils pour la formation de la session.
4. Préparer les tableaux de papier ou les transparents pour les présentations.

Session 3 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 1 heure 35 minutes

PARTIE A : DESCRIPTION DU PROBLÈME

Durée: 20 minutes

Activité 1 : Mise en train *(5 minutes)*

1. Passer en revue les objectifs de la présente session.
2. Ecrire les phrases suivantes sur tableau de papier ou un transparent (ou simplement distribuer des bouts de papier, lire les phrases à haute voix, et demander aux participants d'écrire si, à leur avis, les énoncés sont vrais ou faux. Dire aux participants que vous demanderez les réponses correctes à la fin de la section.

Se référer à la page 43 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre liste des énoncés pouvant remplacer celle du présent curriculum.

Formulation	Réponse
Il a été estimé que, dans le monde entier, les fistules se développent une ou deux fois pour 1.000 accouchements.	Vrai
La grande majorité des fistules sont recto-vaginales.	Faux
En général, les femmes atteintes de fistules sont très pauvres et n'ont pas les moyens de se rendre à une structure de santé à temps pour recevoir des soins obstétricaux d'urgence.	Vrai

Activité 2 : Présentation/discussion *(5 minutes)*

1. Présenter une brève description du problème de la fistule au niveau mondial, à partir du Document 3-A du participant.
2. Demander à un ou deux participants de parler de la prévalence du problème dans leurs communautés. La comparer aux données globales.
3. Présenter le contenu sur les types de fistule obstétricale, en utilisant le Document 3-A du participant.
4. Distribuer le Document 3-A aux participants.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Penser à utiliser un transparent du Document 5-E du participant : Quatre types communs de la fistule obstétricale pour expliquer plus clairement l'anatomie des différentes fistules obstétricales.

Se référer aux pages 44 à 48 du supplément sur la fistule traumatique pour un Document supplémentaire 3-a à présenter et distribuer au cours de cette activité.

Activité 3 : Remue-méninges *(5 minutes)*

1. Demander aux participants de réfléchir sur les caractéristiques d'une cliente « typique » de la fistule obstétricale. Ecrire leurs réponses sur un tableau de papier. Au besoin, compléter la liste après que le groupe a épuisé ses idées.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le profil d'une cliente « typique » de la fistule devrait inclure son âge au moment où la fistule s'est développée, son âge au moment où elle est venue à la structure de réparation, sa parité, son statut socioéconomique, son niveau d'éducation, et la cause de la fistule.

L'élaboration du profil d'une cliente typique de la fistule aide les gestionnaires de programme et les prestataires à comprendre et soigner les femmes atteintes de fistule. Toutefois, il est important de souligner que si certaines similitudes existent entre les clientes de la fistule dans les communautés où travaillent les participants, ils trouveront à la fois que la situation de chaque femme est unique, et que quelques clientes seront atypiques (par exemple, des femmes à la fin de la trentaine qui ont accouché cinq fois ou plus).

Se référer à la page 49 du supplément sur la fistule traumatique pour la Partie A, Activité complémentaire 4.

PARTIE B : CAUSES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 15 minutes

Activité : Présentation/discussion *(15 minutes)*

1. Expliquer la différence entre les causes directes et indirectes de la fistule obstétricale. Distribuer le Document 3-B du participant, et passer en revue brièvement les causes directes et indirectes de la fistule obstétricale. Utiliser le Document 5-F du participant sous forme de transparent pour illustrer comment le travail prolongé peut provoquer une fistule obstétricale.
2. Demander un ou deux volontaires d'expliquer en termes profanes la manière dont le travail prolongé peut causer une fistule obstétricale.
3. Accorder du temps pour répondre aux questions des participants.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Comprendre les causes directes et indirectes de la fistule obstétricale est essentiel pour comprendre la prévention. Les prestataires doivent avoir une bonne compréhension des causes de la fistule s'ils veulent les expliquer correctement et simplement aux clientes et à leurs familles.

Se référer aux pages 50 à 53 du supplément sur la fistule traumatique pour Document supplémentaire 3-b à présenter et distribuer au cours de cette activité.

PARTIE C : CONSÉQUENCES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 20 minutes

Activité : Travail en petit groupe *(20 minutes)*

1. Diviser les participants en deux groupes, l'un pour discuter des conséquences sociales et l'autre des conséquences sanitaires de la fistule.
2. Demander aux deux groupes de passer cinq minutes pour dresser une liste des conséquences. Demander à un participant de chaque groupe de présenter leur liste à l'ensemble du groupe.
3. Après la présentation de chaque petit groupe, demander au grand groupe de commenter ou de faire des ajouts sur ce qui a été présenté.

4. Au besoin, compléter les listes après la présentation des résultats par les groupes.
5. Distribuer le Document 3-C aux participants.

Se référer aux pages 54 à 56 du supplément sur la fistule traumatique pour Document supplémentaire 3-c à discuter et distribuer au cours de cette activité.

Se référer aux pages 57 à 59 du supplément sur la fistule traumatique pour la Partie C complémentaire, Activité 2 et Document supplémentaire 3-d à présenter et distribuer au cours de cette activité.

PARTIE D : RAISONS POUR LESQUELLES LES FEMMES NE RECHERCHENT PAS DES SOINS DE LA FISTULE

Durée : 20 minutes

Activité : Travail en grand groupe *(20 minutes)*

1. Demander aux participants de dresser une liste des raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas les soins quand elles ont une fistule.
2. Enregistrer les réponses des participants.
3. Examiner les réponses des participants, et au besoin compléter les listes.
4. Distribuer le Document 3-D aux participants.

Se référer à la page 60 du supplément sur la fistule traumatique pour la Partie D, Points supplémentaires de discussion.

PARTIE E : PRÉVENTION DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 20 minutes

Activité : Travail en petit groupe *(20 minutes)*

1. Diviser les participants en deux groupes, l'un pour discuter de la prévention des causes directes de la fistule obstétricale et l'autre pour discuter de la prévention des causes indirectes. S'assurer d'expliquer clairement la différence entre les causes directes et indirectes.
2. Demander aux groupes de consacrer cinq minutes pour dresser une liste concernant les voies moyennes de prévenir la fistule obstétricale et les défis à leurs interventions préventives.
3. Demander à un participant de chaque groupe de présenter leur liste.
4. A la fin des présentations, demander au plus grand groupe de commenter ou de faire des ajouts sur ce qui a été présenté.
5. Au besoin, compléter les listes après la présentation des résultats par les deux groupes.
6. Distribuer le Document 3-E aux participants.
7. Demander aux participants la manière dont le fait d'avoir des connaissances sur l'incidence et la prévalence, la démographie, les causes, conséquences et la prévention de la fistule aideront à offrir des services de counseling de qualité aux femmes atteintes de fistule.
8. Donner aux participants les réponses aux questions posées au début de la session.
9. Accorder du temps pour répondre aux questions des participants.

Documents du participant de la session 3

Document 3-A du participant

Description du problème de la fistule obstétricale

Données globales

Quelle est l'ampleur de la fistule obstétricale? Il est estimé que les fistules se produisent une ou deux fois pour 1000 accouchements dans le monde entier (deux à trois cas pour 1000 accouchements dans les zones à forte mortalité maternelle, où l'accès aux soins obstétricaux d'urgence est limité) (FNUAP, 2003). La prévalence réelle de la fistule, cependant, n'est pas connue. Les taux de prévalence varient considérablement, non seulement d'un pays à un autre, mais aussi d'une région à une autre dans un même pays. Plus d'informations sur la fistule obstétricale seront disponibles à mesure que des organisations comme EngenderHealth procèdent à des évaluations au niveau des structures et des communautés pour déterminer l'ampleur exacte dans certains pays et à travers le monde.

En se basant sur le nombre de femmes en quête de traitement, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé que plus de 2 millions de femmes ont une fistule obstétricale non traitée (FNUAP, 2003). Toutefois, ce chiffre est considéré comme une sous-estimation pour de nombreuses raisons, notamment parce que de nombreuses femmes atteintes de fistule ne cherchent pas à se faire soigner.

La fistule obstétricale semble être la plus répandue en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud. Une étude a estimé qu'au moins 33.450 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent chaque année dans les zones rurales d'Afrique sub-saharienne, où les soins obstétricaux d'urgence sont inaccessibles ou médiocres (Vangeenderhuysen, 2001). Cette estimation est beaucoup plus élevée que celles fondées sur les rapports des hôpitaux. La fistule obstétricale serait également répandue dans certaines parties du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord, bien que l'absence d'études exclue des estimations précises.

La fistule obstétricale est rare dans les pays développés parce que les soins obstétricaux d'urgence sont facilement disponibles. Avant le 20e siècle, cependant, la fistule obstétricale était commune en Europe et en Amérique du Nord. Puis, comme dans de nombreux pays moins développés d'aujourd'hui, les femmes sont souvent mariées et tombent enceintes à un jeune âge ; bon nombre était sous-alimentée, peu avaient un accès adéquat à des accoucheurs qualifiés, et la plupart manquaient de soins médicaux de qualité.

Types de fistules obstétricales

Une **fistule obstétricale** est un passage ou ouverture anormal entre les voies génitales et les voies urinaires ou intestinales. (La partie de l'appareil génital qui est le plus souvent touchée est le vagin, mais l'utérus et/ou le col de l'utérus peuvent également être touchés. Au niveau du tractus urinaire, la fistule touche le plus souvent la vessie, mais peut aussi parfois s'étendre à l'urètre ou à l'uretère. Dans le tractus intestinal, le rectum est le plus touché.) Cette ouverture anormale est habituellement le résultat d'une blessure survenue pendant l'accouchement, le plus souvent à cause d'un travail prolongé ou obstrué. La pression constante

de la tête du bébé contre le tissu de la paroi vaginale et de la vessie coupe l'approvisionnement sanguin et entraîne une *nécrose* (ou mort) des tissus, ce qui cause le développement d'une fistule. (Pour de plus amples informations, consulter les « Causes directes de la fistule » dans le Document 3-B du participant.) La fistule entraîne le passage incontrôlé d'urine et/ou de matières fécales à travers le vagin.

- Une **fistule vésico-vaginale** (FVV) est une ouverture entre la vessie et le vagin. L'urine de la vessie se déverse dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule urètro-vaginale** est une ouverture entre l'urètre et le vagin. L'urine de la vessie se déverse dans l'urètre, puis dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule urétéro-vaginale** est une ouverture entre l'uretère distal et le vagin. L'urine de l'uretère contourne la vessie et se déverse dans le vagin. Il en résulte également une incontinence totale ou continue.
- Une **fistule recto-vaginale** (FRV) est une ouverture entre le rectum et le vagin. Les selles se déversent dans le vagin, entraînant le passage de flatulence ou de selles dans le vagin, de fréquentes infections vaginales ou de la vessie, un écoulement vaginal nauséabond, ou carrément des selles sortant du vagin.
- Une **fistule vésico-utérine** est une complication rare de l'accouchement vaginal après une césarienne. C'est une ouverture entre l'utérus et la vessie. L'urine de la vessie se déverse dans l'utérus, puis dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.

La grande majorité des fistules sont du type FVV. Après la FVV, le type le plus commun de la fistule est la FVV/FRV combinée. Les fistules les moins fréquentes sont celles de type FRV et d'autres encore.

Qui développe la maladie ?

L'âge des femmes ayant une fistule va de l'adolescence à l'âge adulte. L'on estime que la fistule est plus fréquente chez les jeunes femmes et filles faisant l'expérience de leur première grossesse (Wall, 1996). Dans les régions où le mariage précoce est la norme, les jeunes filles sont particulièrement exposées au risque. Chez les jeunes femmes qui n'ont pas atteint la pleine maturité, le bassin peut être trop petit pour supporter facilement un accouchement difficile. Les clientes plus âgées de la fistule ont généralement vécu pendant plusieurs années (ou de nombreuses années) avec une fistule, bien que certaines femmes plus âgées qui ont déjà eu plusieurs enfants peuvent développer une fistule obstétricale si elles ont une mauvaise présentation et un travail difficile. Quelle que soit la cause de la dystocie, la raison du développement d'une fistule obstétricale est le manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence, et plus particulièrement, une césarienne, qui est effectuée en cas d'urgence pour soulager l'obstruction.

En général, les femmes atteintes de fistule sont très pauvres et peuvent avoir manqué des moyens de se rendre à la structure à temps pour recevoir des soins obstétricaux d'urgence. La grande majorité n'a pas eu l'avantage d'une éducation formelle. Leur état nutritionnel est généralement faible, et la plupart vivent dans des zones rurales reculées. En outre, leur accès aux services de première importance de planification familiale est souvent limité, et les jeunes femmes n'ont généralement pas la puissance sociale de faire des choix pour elles-mêmes sur les soins de santé et de la grossesse.

Sources

Bello, K. [aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : http://www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, July 12, 2006.

EngenderHealth. [Aucune date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak.* New York.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). [Aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report : Findings from nine African countries.* New York.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports, No. 2.* Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 julliet 2006.

Vangeenderhuysen, C., Prual, A., et Ould el Joud, D. 2001. Obstetric fistulae : Incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 73 : 65–66.

Wall, L. L. 1996. Obstetric fistulas in Africa and the developing world: New efforts to solve an age-old problem. *Women's Health Issues* 6(4) : 229–234.

Document 3-B du participant

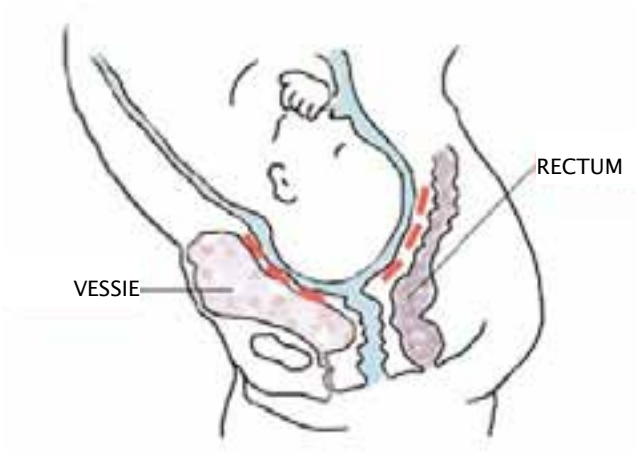
Causes de la fistule obstétricale

Causes directes de la fistule

Les facteurs physiques qui influent sur l'incidence de la fistule sont les suivants :

La dystocie

Dans les pays en développement, la principale cause de la fistule obstétricale est la dystocie et le manque d'accès rapide à des soins obstétricaux d'urgence. Au cours du travail prolongé, les tissus mous du bassin sont comprimés entre la tête en descente du bébé et les os du bassin de la mère. Cette pression incessante de la tête fœtale piégée contre le bassin de la mère peut couper la circulation du sang vers les tissus mous de la vessie, du vagin et du rectum. Si la mère survit, la dystocie se termine généralement par la mort du fœtus, qui est suivie par sa décomposition au point qu'il peut sortir en glissant. Pendant ce temps, l'absence de flux sanguin dans la région pelvienne de la mère entraîne la mort des tissus, et peut créer un trou entre le vagin et la vessie de la mère (c'est ce qu'on appelle la fistule vésico-vaginale [FVV]), ou entre le vagin et le rectum (fistule recto-vaginale [FRV]) ou les deux.



Source: UNFPA. [aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir du site web suivant : www.endfistula.org.

Blessure chirurgicale accidentelle liée à la grossesse et à l'accouchement à l'aide d'instruments

La fistule peut être causée par une blessure à la vessie pendant les opérations obstétricales effectuées dans le cadre du système de soins de santé moderne. Ces procédures sont notamment la césarienne, les accouchements difficiles par forceps, les extractions à vide inopportunes, ou les embryotomies (par exemple, la cléidectomie ou division chirurgicale de la clavicule pour la dystocie de l'épaule ; la perforation crânienne pour l'hydrocéphalie ; et la décapitation pour le prolapsus de l'épaule avec mort fœtale in utero). La fistule peut également être le résultat non intentionnel de l'épisiotomie.

Autres causes directes

Il existe également des facteurs physiques qui influent sur fréquence de la fistule non obstétricale, notamment :

- **Les opérations gynécologiques :** La majorité des fistules de l'appareil reproducteur dans les pays développés sont causées par la chirurgie gynécologique, la malignité, ou l'irradiation.
- **Pratiques traditionnelles dangereuses :** Les pratiques traditionnelles comme l'excision sont supposées être associées au développement de la fistule, mais cette hypothèse requiert une documentation supplémentaire. L'excision est généralement effectuée dans des conditions insalubres, souvent en enlevant de grandes quantités de tissus et causant éventuellement la cicatrisation et constriction de l'orifice vaginal et du canal de passage du bébé.
- **Traumatisme causé par le viol ou d'autres sévices sexuels :** les fistules causées par le viol ou d'autres sévices sexuels peuvent être beaucoup plus fréquentes que ne le suggèrent les statistiques officielles, car de nombreuses victimes ne cherchent pas à se faire traiter, si elles n'ont pas accès au traitement ou ont peur de la stigmatisation. Dans les situations de guerre et de troubles civils, où le viol est généralement beaucoup plus commun, la proportion de fistules causées par les abus sexuels peut augmenter considérablement.
- **Symptômes de diverses maladies :** La fistule recto-vaginale peut aussi être le résultat de diverses maladies, notamment l'infection par la lymphogranulomatose vénérienne ou du carcinome rectal. Elle est rarement observée en association avec la maladie diverticulaire de l'intestin ou maladie de Crohn, ou après un traitement par radiothérapie du cancer du col de l'utérus.

Causes sociales sous-jacentes de la fistule obstétricale

La plus importante cause sociale sous-jacente de la fistule obstétricale est le manque d'accès aux soins obstétricaux de qualité, notamment une assistance qualifiée pendant le travail et l'accouchement. L'accès aux soins de santé peut être entravé par un quelconque ou l'ensemble des retards suivants : (1) les retards dans la décision d'obtenir des soins, (2) les retards dans l'arrivée au centre de soins de santé, et (3) les retards dans l'obtention de soins suffisants dans la structure. Ce manque d'accès est souvent associé au mariage ou à la procréation précoce, la pauvreté, la malnutrition, les atteintes aux droits des femmes, et le manque d'équité.

1. **Premier retard : concernant la décision d'obtenir des soins :** il s'agit du fait que la femme ou sa famille tarde à se rendre chez une accoucheuse qualifiée pour obtenir des soins, et le retard de cette dernière à faire un renvoi approprié vers une structure de soins obstétricaux d'urgence. Les facteurs contribuant communément à un tel retard sont les tabous culturels, le bas statut social des femmes, le manque de connaissances et de compétences (notamment le manque de compréhension des paramètres d'une grossesse normale ou anormale, du travail et de l'accouchement), le fait qu'il n'y ait pas assez de préparation ou pas du tout alors pour la naissance du bébé ou concernant les complications éventuelles, les options de transport limitées et le manque de ressources.

2. **Deuxième retard : le fait de ne pas arriver à temps à la structure de soins de santé :** L'on indique que la fistule obstétricale est le résultat de la combinaison de la dystocie et des difficultés de transport. Même après la prise de décision par rapport à la recherche de soins, une femme pourrait ne pas atteindre une structure à temps pour y recevoir des soins d'urgence.

3. **Troisième retard : concernant l'obtention de soins dans la structure :** Le troisième retard peut se produire au niveau de la structure elle-même. Beaucoup d'hôpitaux et cliniques n'ont pas de personnel suffisamment qualifié pour offrir un traitement chirurgical rapide en cas d'urgence obstétricale. Les soins d'urgence pourraient être retardée parce que les fournitures font défaut, les diagnostics sont tardifs ou mauvais, les actions sont incorrectes, ou alors les femmes n'ont pas de quoi pour obtenir les services (ou il n'existe pas de politiques de subvention pour le traitement d'urgence) (Hinrichsen, 2004).

Bien que les trois retards susmentionnés représentent des obstacles directs à l'obtention de soins, les facteurs suivants y contribuent :

- **La pauvreté :** Les clientes de fistule habitent le plus souvent dans des régions éloignées, sont pauvres, n'ont pas fait une scolarité complète ou ne sont pas du tout scolarisées, de tels facteurs sont généralement associés aux soins de santé insuffisants durant la grossesse et l'accouchement, et par conséquent, l'on enregistre un risque accru de complications obstétricales.
- **L'accès médiocre aux services de santé :** Avec un accès moindre aux soins obstétricaux, les femmes rurales sont plus susceptibles de souffrir de la fistule que les citadines. Même si une femme ne veut pas accoucher à domicile, les obstacles matériels à la recherche de soins sont si grands, et le transport si limité, qu'il est souvent presque impossible pour elle d'accoucher dans une structure médicale. Dans certains cas, les femmes se méfient des services offerts par les infrastructures des soins de santé, et préfèrent donc ne pas se faire soigner.

  La prévalence de la fistule obstétricale non traitée semble être étroitement associée à un manque d'assistance qualifiée pendant l'accouchement, et au manque d'accès aux soins obstétricaux d'urgence, ainsi qu'au manque de compétences pour le traitement.
- **Les grossesses précoces :** Bien que le travail dystocique et la fistule obstétricale puissent survenir à tout âge au cours de la période de procréation, les adolescentes sont particulièrement exposées au risque, parce que la gestation avant que le bassin ne soit entièrement développé est un facteur physiologique qui contribue à la dystocie. Dans beaucoup de sociétés traditionnelles, le mariage peut avoir lieu avant la puberté, et il est souvent suivi d'une initiation précoce aux rapports sexuels et d'une grossesse précoce.
- **La malnutrition :** Beaucoup de femmes ont un bassin rétréci, le plus souvent en raison de la malnutrition, et de la fréquence des infections pendant l'adolescence (et même in utero), conduisant au retard de la croissance et au mauvais développement. Parfois, la poliomyélite, le rachitisme, ou d'autres maladies affectant les os ou la démarche peuvent en être la cause. Ce phénomène, aggravé par le fait que les femmes se marient souvent jeunes et commencent à procréer avant que leur croissance ne soit achevée, explique en partie la forte prévalence de la fistule obstétricale dans les pays en développement.
- **La discrimination fondée sur le sexe :** En raison de leur bas statut social dans de nombreuses communautés, les femmes n'ont pas souvent le pouvoir de décider pour elles-mêmes du moment d'avoir des enfants, ou du lieu où accoucher. Les femmes manquent souvent de pouvoir décisionnel et économique, même s'il s'agit de leur propre santé. Le manque de pouvoir est un déterminant majeur par rapport au comportement favorisant la santé des femmes. Par exemple, si le travail est obstrué et que toutes les méthodes locales échouent, une femme ne peut être transportée à l'hôpital que si son mari ou la personne déléguée par ce dernier y consent (par exemple, le beau-frère), le chef du village, ou, dans certains cas, sa belle-mère.

Sources

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth. [Aucune date]. *Facts about obstetric fistula : The hidden heartbreak.* New York.

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries.* New York.

FNUAP. [Aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports, No. 2.* Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Document 3-C du participant

Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale

Une fistule peut être dévastatrice. Non seulement la femme affligée perd souvent son bébé, mais les conséquences physiques durables, notamment les fuites constantes d'urine, de selles, ou des deux, et les odeurs en résultant, rendent difficile, voire impossible, pour elle de mener une vie normale. Ces conséquences médicales, et leur cortège de problèmes sociaux et économiques, contribuent souvent à une dégradation générale de la santé et du bien-être qui finit par entraîner la mort prématurée. Certaines femmes atteintes d'une fistule se suicide parfois.

Le large éventail de conséquences négatives sanitaires et sociales a des répercussions importantes sur les soins. « The understanding that one must treat the 'whole person' with the fistula—not just her injured bladder or rectum—is the single most important concept in fistula care [Le fait de comprendre que l'on devrait traiter ‹ la personne entière › atteinte de fistule, et pas seulement sa vessie ou son rectum endommagé – est le concept le plus important en matière de soins de la fistule] » , écrit Lewis Wall (1998).
.

Conséquences médicales de la fistule obstétricale

- Un certain pourcentage de femmes atteintes de fistule éprouve des symptômes de lésion du nerf du périnée, notamment le pied tombant*. Le pied tombant résulte d'une compression excessive du plexus du nerf sacré par la tête fœtale. Les dommages au nerf du périnée peuvent aussi résulter du travail pendant des jours dans une position accroupie. Les dégâts peuvent être exacerbés par l'application d'une pression sur l'abdomen gravide par les accoucheurs traditionnels.
- Les séquelles gynécologiques sont souvent les effets les plus remarqués de la dystocie.
- Les dommages aux nerfs pelviens sacrés et aux jambes souvent laissent les femmes dans l'incapacité de marcher, et elles peuvent nécessiter une réadaptation physique importante commençant avant la chirurgie et se terminant après le traitement.
- Beaucoup de femmes souffrent de lésions nerveuses de la vessie, ce qui conduit à des problèmes complexes de la vessie ou de l'urine.
- Les blessures dermatologiques chez les femmes qui ont une fistule vésico-vaginale causée par la dystocie sont notamment l'excoriation de la vulve et la dermatite ammoniacal, les affections cutanées douloureuses résultant d'une fuite urinaire continue.
- Certaines femmes ressentent une déshydratation due à leur consommation d'eau réduite autant que possible pour éviter les fuites.

* Le pied tombant est la position d'extension du pied causée par la paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe ; chez les femmes, il peut être causé par un travail obstrué.

- Les femmes peuvent développer des ulcérations et infections fréquentes, conduisant à une maladie rénale.
- Beaucoup de femmes ayant une fistule sont isolées socialement et ne peuvent pas recevoir une alimentation adéquate, ou peuvent être obligées de mendier pour avoir de la nourriture. D'autres ont une infection ou une hémorragie au moment de l'accouchement et peuvent souffrir d'anémie.
- Les femmes souffrant de dystocie sont plus susceptibles de souffrir d'anomalies osseuses, notamment la résorption osseuse, les fractures, l'éclatement des os, et l'oblitération ou la séparation de la symphyse.
- Le dysfonctionnement hypophysaire et hypothalamique attribuable à la fistule peut conduire à l'aménorrhée.
- Le tractus génital peut être cicatrisé et conduire à la dyspareunie (douleur pendant les rapports sexuels).
- Les femmes ayant souffert d'une dystocie prolongée ont aussi un risque plus élevé de contracter des infections, notamment la maladie inflammatoire pelvienne.
- La combinaison de l'aménorrhée, de la maladie inflammatoire pelvienne, et des lésions ou cicatrices du tractus génital se traduit par un taux élevé de stérilité secondaire chez ces clientes, un problème considérable compte tenu de l'importance accordée à la maternité dans la plupart des sociétés des pays en développement.

Conséquences sociales de la fistule obstétricale

- **La stigmatisation liée à la mort naissance :** L'accouchement d'un mort-né (qui survient jusqu'à 90% des cas de dystocie prolongée) est particulièrement pénible dans les sociétés qui accordent une grande importance aux naissances. La naissance d'un bébé vivant est célébrée par la famille de la femme et sa communauté, alors que la femme qui accouche d'un mort-né en général apporte le chagrin et la honte à sa famille.
- **L'assujettissement aux mythes et idées fausses sur la fistule :** Les causes et conséquences de la dystocie sont souvent mal comprises, et certains pensent que le problème est l'œuvre d'esprits malins ou le résultat d'infections sexuellement transmissibles (voir Document 2-D du participant).
- **L'isolement social :**
  - Les femmes atteintes de fistule peuvent être perçues comme sales, et ainsi sont souvent exclues, ou bien elles s'excluent elles-mêmes, des activités communautaires, notamment les cérémonies religieuses ou célébrations publiques.
  - L' incontinence et l'infécondité causées par la dystocie prolongée et la fistule conduisent parfois à la rupture du mariage, et éventuellement au divorce.
  - Dans certains cas, les femmes atteintes de fistule ne sont pas autorisées à vivre dans la même maison que leurs familles ou leurs maris; elles ne sont pas autorisées à manipuler les aliments, à cuisiner ou à prier.
  - Les femmes hospitalisées pour un traitement de la fistule peuvent ne pas recevoir autant de soins et de soutien de leurs maris que les femmes recevant un traitement pour d'autres conditions ou maladies, et l'importance de l'aide pratique fournie par les membres de la famille diminuent habituellement avec le temps.

- Dans certains cas, les femmes atteintes de fistule estiment qu'elles sont une honte pour leurs familles, et qu'elles méritent d'être rejetées. Ces femmes développent des problèmes psychologiques d'auto-étiquetage et d'estime de soi.
- Devant le rejet familial et social, et dans l'impossibilité de gagner leurs vies par elles-mêmes, de nombreuses femmes atteintes de fistule vivent pendant des années sans aucun soutien financier ou social. Beaucoup sombrent dans l'extrême pauvreté.
- Certaines femmes ne peuvent pas faire face à la douleur et à la souffrance et finissent par recourir au suicide.

Malgré la stigmatisation, beaucoup de femmes ayant une fistule montrent une combativité et une force remarquables. Elles trouvent des moyens d'être des survivantes, plutôt que des victimes ; elles se soutiennent elles-mêmes et leurs enfants, et certaines arrivent à mettre de l'argent de côté pendant de nombreuses années afin de pouvoir obtenir une réparation de la fistule.

Sources

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth. [Aucune date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak*. New York.

FNUAP. [Aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org/.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports, No. 2*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4):341–359.

Document 3-D du participant

Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins de la fistule

Dans 90 % des cas sans complications, la fistule peut être réparée chirurgicalement (Hinrichsen, 2004). Les femmes qui reçoivent un traitement approprié peuvent continuer à avoir des enfants, habituellement par césarienne. Toutefois, de nombreux facteurs empêchent les femmes pauvres et isolées de demander de l'aide, notamment :

- **L'ignorance d'une possibilité de guérison.**
- **Le manque d'accès aux services de santé en raison de la distance, du temps et des coûts :**
  - *L'absence de structures sanitaires locales facilement accessibles.* La plupart des hôpitaux sont établis dans les zones urbaines, et bon nombre des femmes touchées vivent dans les régions éloignées loin des dispensaires. Les gens dans les zones rurales sont marginalisés en termes de fournitures et infrastructures sanitaires, notamment les centres de santé locaux, les bonnes routes, et le personnel de santé expérimenté. Peu ou pas d'accès aux soins ou au suivi.
  - *Le manque de ressources financières.* Le coût d'une opération de réparation de la fistule est hors de portée des populations très pauvres.

  .
- **La faible acceptation des soins des soins de santé modernes, due à :**
  - *La différence dans les normes culturelles et médicales.* Dans les structures médicales, les femmes font face à des comportements auxquels elles ne sont pas habituées.
  - *Au faible statut social.* Les femmes sont traitées sans respect et dignité, et sont même agressées verbalement dans certains cas par le personnel médical.
  - *Les préjugés du personnel des structures de santé, la crainte de mauvais traitements.* Les femmes de certaines origines ethniques, religieuses ou socio-économiques peuvent être victimes de discrimination dans les structures de santé et traitées avec mépris et dédain.
  - *Le manque de confiance dans les soins de santé modernes.*
- **L'incapacité des structures de santé à s'adapter aux soins des clientes de la fistule :**
  - *La structure organisationnelle hiérarchisée.* Les hôpitaux représentent souvent une structure hiérarchisée avec des directives rigides, et on leur reproche parfois d'être impersonnels et inhumains. La plupart des femmes qui viennent pour des services de réparation de la fistule ne sont pas habituées à ce genre de structure ou aux relations impersonnelles.
  - *Le défaut d'engager les clientes.* Les hôpitaux pourraient ne pas avoir fait des efforts pour encourager les clientes à participer à leurs propres soins. Par exemple, parce que la plupart des hôpitaux ont

une hiérarchie très traditionnelle, le personnel ne peut envisager d'interroger leurs clientes sur leurs besoins. Pourtant, une cliente peut avoir besoin d'être informée qu'elle sera à l'hôpital pour une période prolongée, et de prendre des dispositions pour des choses comme les soins des enfants. Elle pourrait également avoir la responsabilité pendant son séjour postopératoire de vérifier que sa sonde n'est pas bloquée, et aurait besoin d'explications complètes et attentionnées sur la manière de procéder à ce sujet.

  - *La participation limitée des agents de santé.* Etant donné que le personnel de santé moderne peut avoir eu peu d'occasions d'explorer le contexte socioculturel de l'accouchement et des soins, les prestataires peuvent avoir des difficultés à faire preuve d'empathie pour les clientes de la fistule.

- **Le manque de prestataires qualifiés :** Souvent, les pays en développement disposent de très peu de chirurgiens, infirmières et personnels de soutien formés pour dispenser des services de réparation de la fistule.
- **L'aversion envers les services de santé de la reproduction :** Etant donné que la confiance par rapport à la sécurité et à la qualité des soins de santé peut être très faible dans les régions pauvres, ces services ne sont souvent pas utilisés.

Malgré les obstacles, lorsque la qualité de la réparation chirurgicale est mise à disposition, la demande pour les services augmente considérablement. Beaucoup de femmes voyagent des jours durant pour se rendre à un hôpital qui a un chirurgien pouvant effectuer la réparation de la fistule. Et quand les femmes entendent parler d'un prestataire en visite dans leur région, des centaines se présentent pour avoir une chance de guérir, créant un grand nombre de clientes en attente dans le bloc opératoire ou dans la structure globalement.

Sources

Bello, K. [no date given]. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth. [Aucune date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak.* New York.

FNUAP. [Aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org/.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports,* No. 2. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Document 3-E du participant

Prévention de la fistule obstétricale

Bien que le traitement de la fistule soit critique, la prévention est encore plus importante. Le fait de retarder et de réduire les grossesses des adolescentes et mettre la planification familiale à la disposition de toutes celles qui veulent l'utiliser, contribuent à réduire considérablement l'invalidité et la mortalité maternelles. Compléter ces avancées avec une assistance qualifiée à tous les accouchements et soins obstétricaux d'urgence pour les femmes qui développent des complications pendant l'accouchement rendrait la fistule rare aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés. Les approches pour aborder les questions sociales qui contribuent aux problèmes tels que les grossesses précoces, le manque d'instruction des filles, la pauvreté et le manque d'autonomie des femmes, sont aussi des interventions cruciales.

Une approche globale à la prévention de la fistule obstétricale

Une approche efficace pour résoudre le problème de la fistule obstétricale devrait se concentrer sur la prévention et le traitement, en particulier lorsque l'accès aux services obstétricaux est limité. Le problème de la fistule va probablement perdurer jusqu'à ce que les services de santé maternelle atteignent les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables de la société. Faire participer les communautés à risque dans la reconnaissance du problème, l'analyse des causes, et la résolution des problèmes contribuent à des partenariats efficaces pour aborder la prévention et la gestion de la fistule. Avant que toutes les femmes ne puissent recevoir des soins appropriés de santé maternelle, les infrastructures de santé d'un pays devraient souvent s'améliorer considérablement.

Trois éléments constituent la base d'une approche globale de **prévention** de la fistule obstétricale :

1. Retarder et/ou espacer les grossesses

La réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes est l'une des premières étapes menant à la diminution de la fréquence des complications de la grossesse, notamment la fistule. Bon nombre de fistules se développent chez les adolescentes, dont les corps pourraient ne pas être pleinement développés pour procréer (Wall et al., 2001).

L'assistance aux femmes dans la planification des grossesses est une autre importante étape vers la réduction de l'incidence de la fistule. Beaucoup de femmes vivant dans les zones rurales où la fistule est la plus courante, ont peu d'accès aux informations et services de planification familiale.

Le renforcement des capacités des systèmes de soins de santé devrait améliorer les services de planification familiale pour les populations rurales démunies. Un meilleur accès à une gamme de méthodes contraceptives aiderait plus de gens à choisir et continuer d'utiliser une méthode de leur choix.

Le fait d'offrir aux femmes une éducation sur la vie familiale peut également contribuer à réduire l'incidence de la fistule obstétricale. L'élargissement des programmes d'éducation sanitaire et de planification familiale donne aux femmes des informations et services pouvant les aider à retarder la maternité ou espacer davantage les naissances, ce qui contribue à réduire les complications de l'accouchement.

2. Améliorer l'accès aux soins obstétricaux, notamment les soins d'urgence
L'amélioration de l'accès aux soins obstétricaux de qualité, notamment une assistance qualifiée pendant l'accouchement, aidera les femmes à éviter la fistule. L'accès peut être amélioré par la prise en charge des trois retards : (1) les retards enregistrés dans la prise de décision par rapport à l'obtention de soins ; (2) les retards dans l'arrivée au centre de soins de santé, et (3) les retards concernant l'obtention de soins suffisants au niveau de la structure.

- **Retards dans la prise de décision pour l'obtention de soins.** Au cours de la période prénatale, les femmes et leurs familles devraient élaborer un plan pour l'accouchement qui comporte des dispositions pour le transport vers une structure de soins de santé, et devraient être prêtes à faire face aux complications éventuelles. Un prestataire de soins de santé peut aider les familles à élaborer de tels plans. Les familles, sages-femmes, et autres prestataires de soins de santé en milieu rural devraient apprendre à reconnaître les signes d'alerte des complications chez la mère pendant l'accouchement. Une plus grande sensibilisation sur la santé de la reproduction des femmes au sein des familles et membres de la communauté, notamment les maris, les belles-mères, les vieillards de la communauté, et les chefs religieux, peut soutenir à la fois les efforts de prévention et de traitement de la fistule.
- **Retards concernant l'arrivée au centre de soins de santé.** Les systèmes de soins de santé peuvent développer de meilleurs processus d'orientation vers des structures spécialisées afin d'éviter des retards dans l'acheminement vers les soins. L'amélioration des moyens de transports et de la communication entre les zones rurales et les hôpitaux et les autres centres de santé offrant des soins obstétricaux d'urgence est essentielle au fonctionnement du processus de renvoi. Les familles et communautés peuvent améliorer la préparation aux urgences obstétricales en mettant de côté des fonds pour le transport d'urgence et les besoins connexes.
- **Retards concernant l'obtention de soins dans la structure.** Pour aider à éviter les retards dans la structure, les médecins, infirmières et autres personnels médicaux ont besoin d'améliorer la formation, les équipements et fournitures, et les structures doivent mettre en places des politiques pour financer ou subventionner les cas urgents et/ou les indigents. Les accoucheuses qualifiées devraient surveiller le travail grâce à l'utilisation d'un *partogramme*, un graphique simple pour enregistrer les informations sur l'évolution du travail et le suivi de la condition de la femme et de son bébé. L'Organisation mondiale de la Santé recommande l'utilisation d'un partogramme pour chaque travail. Cet outil de prise de décision est un élément clé de prévention et de traitement du travail prolongé et de ses complications, mais dans de nombreux pays en développement, il n'est pas encore largement utilisé.

Pour permettre à toutes les femmes d'être assistées à l'accouchement par un personnel qualifié, les infrastructures sanitaires du gouvernement et les accoucheuses traditionnelles (AT) devraient collaborer afin de combler le déficit. Les accoucheuses traditionnelles formées pourraient considérablement contribuer à la prévention de la fistule obstétricale dans les zones rurales. Leurs services sont souvent plus accessibles, acceptables et adaptables que les services de santé modernes, parce que la plupart des accoucheuses

traditionnelles formées sont des femmes issues de la même communauté que leurs clientes, avec une compréhension de la culture. Les accoucheuses traditionnelles formées sont également en bonne position pour sensibiliser leur communauté contre les mariages et grossesses précoces, conseiller aux femmes de demander une assistance qualifiée à l'accouchement, et reconnaître et faciliter le transfert des femmes souffrant d'un travail prolongé.

Les politiques devraient promouvoir la fourniture de soins obstétricaux essentiels et d'urgence rapides et de qualité. Trop de femmes meurent ou souffrent de morbidité telle que la fistule, au moment de recevoir des soins dans les structures modernes de santé. Ces dernières devraient avoir des méthodes adéquates pour l'évaluation de la qualité des soins et prendre des mesures pour améliorer et assurer la qualité de l'ensemble des services qu'elles offrent.

3. Prise en charge des questions sociales
Les questions sociales jouent un rôle important dans la prévention de la fistule obstétricale. Les évolutions dans les traditions qui encouragent le mariage et les grossesses précoces permettraient aux plus jeunes femmes d'atteindre leur pleine maturité physique avant de commencer à procréer. L'éducation pour les jeunes femmes aide à améliorer leur statut économique et social et participe à la promotion de la santé maternelle.

Sources

Arrowsmith, S., Hamlin, E. C., et Wall, L. L. 1996. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9): 568–574.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth. [Aucune date]. *Facts about obstetric fistula: The hidden heartbreak.* New York.

FNUAP. [Aucune date]. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports, No. 2.* Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4): 341–359.

Wall, L.L., et al. 2001. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. In: Abrams, P. C., Khoury, S., et Wein, A., eds. *Proceedings of the Second International Consultation on Urinary Incontinence, Paris, July 1–3, 2001.* Plymouth, England: Health Publications Ltd. Retrieved from: www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf/.

Session 4
Comprendre le point de vue de la cliente

Se référer aux pages 62 à 67 du supplément sur la fistule traumatique pour une vue d'ensemble de la Session 4 – Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront :

- Faire une liste des caractéristiques démographiques et sociales communes des femmes atteintes de fistule et les différentes situations ou conditions qui conduisent les clientes à nécessiter une réparation de la fistule ;
- Elaborer des études de cas pour trois ou quatre clientes présentant ces caractéristiques démographiques et sociales, situations et conditions affectives et physiques (Les études de cas seront utilisées pour des jeux de rôle durant le reste de l'atelier.) ;
- Expliquer les moyens de comprendre le point de vue d'une cliente ;
- Décrire comment travailler de manière sensible et respectueuse avec les clientes de fistule ;
- Expliquer comment les attitudes culturelles sur le sexe peuvent influer sur le traitement des clientes dans les cadres de prestation de services, les soins préventifs auxquels elles peuvent accéder, et leurs points de vue par rapport aux prestataires.

POINTS À RETENIR

- ✓ Le fait d'assurer l'intimité et la confidentialité peut aider une cliente à maintenir sa dignité.
- ✓ La sensibilisation aux différences entre les sexes est un élément important par rapport à la fourniture de services à la cliente de la fistule obstétricale. Les rôles assignés à chacun des sexes et les attentes sont souvent identifiés comme des facteurs entravant les droits et le statut des femmes, avec des conséquences négatives pouvant affecter la vie familiale, l'éducation, le statut socioéconomique et la santé.
- ✓ Le counseling axé sur la cliente et la facilitation des choix éclairés concernant les soins de santé de la reproduction, notamment le moment approprié et la manière être sexuellement active, dépendent de la sensibilisation des prestataires sur les questions liées à la sexualité.
- ✓ La capacité des femmes à améliorer leur santé de la reproduction et réaliser leurs intentions en matière de procréation est profondément affectée par leur niveau de connaissances et le contrôle de leur sexualité et relations sexuelles.

Méthodes de formation

- Remue-méninges
- Travail en grand groupe
- Démonstration
- Travail en petit groupe
- Discussion
- Jeu de rôle de démonstration
- Présentation

Matériels

- Tableau de papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- N'importe quel matériel (tel que le canapé, la couverture, le rideau, ou la draperie) qui pourrait être utilisé pour décrire un cadre clinique
- Document 4-A du participant : Assurer la confidentialité, l'intimité, et la dignité des clientes
- Document 4-B du participant : La sexualité

Préparation préalable

1. Préparer un tableau de papier listant les objectifs de la session.
2. Si vous envisagez d'utiliser l'Option 2 dans la Partie A de la présente session, choisir trois ou quatre études de cas de l'Annexe E : Exemples d'études de cas afin de refléter un large éventail de caractéristiques et situations de clientes de la fistule, et préparer des documents à distribuer sur les études de cas sélectionnées à tous les participants.
3. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
4. Rassembler le matériel utilisé pour représenter un cadre de prestation de services.
5. Préparer deux tableaux de papier, l'une intitulée « Caractéristiques démographiques et sociales » et l'autre « Situations sociales et conditions affectives et physiques ».
6. Préparer le tableau de papier suivant (pour la Partie B, Activité 2), voir l'example ci-dessous, page 99.
7. Préparer un tableau de papier pour chaque cliente d'étude de cas (soit ceux qui seront développés par les participants au cours de la Partie A, ou ceux choisis dans les études de cas de cliente dans l'Annexe E). Chaque tableau devrait être intitulé « Prise en charge des sentiments de la cliente », et présenter trois colonnes : « Sentiments de la cliente », « Pourquoi ? » et « Réaction du prestataire » (voir l'exemple ci-dessous, et aussi la Ressource 4-A du formateur pour un exemple de tableau de papier rempli).

Situations qui pourraient menacer la confidentialité, l'intimité, et la dignité d'une cliente

- Laisser une cliente couchée dans un endroit achalandé et découvert.
- Placer une cliente avec les pieds tournés vers un espace ouvert et visible, et avec ses parties génitales exposées.
- Ne pas utiliser d'écrans ou rideaux autour d'une cliente.
- Ne pas suffisamment couvrir une cliente.
- Discuter ouvertement du cas d'une cliente avec n'importe quel passant.
- Permettre aux gens de faire des va-et-vient dans la zone où une cliente est en cours d'examen ou de counseling.
- Bavarder avec d'autres membres du personnel pendant le traitement et/ou counseling d'une cliente.
- Essayer de discuter des informations sur la sortie ou dispenser un counseling dans un environnement animé, non privé.

Prise en charge des sentiments de la cliente

Prénom et Nom de la cliente : _____

_____

Sentiments de la cliente	Pourquoi ?	Réaction du prestataire

Session 4 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : Option 1 : 3 heures 55 minutes; Option 2 : 2 heures 50 minutes

Se référer aux pages 68 à 78 du supplément sur la fistule traumatique (Supplément 4A et Supplément 4B), qui couvrent deux autres sujets qui devraient être abordés au début de la présente session :

- *Vue d'ensemble sur la santé mentale, les facteurs de stress et les facteurs de protection*
- *La réponse psychosociale aux questions de la violence sexuelle et de la fistule traumatique*

Ces pages contiennent également les documents supplémentaires 4-a et 4-b, à présenter et à distribuer aux participants lors de ces activités.

PARTIE A : ÉLABORATION DES ÉTUDES DE CAS DES CLIENTES DE LA FISTULE OBSTÉTRICALE

NOTE AUX FORMATEURS

La Partie A de cette session propose deux approches pour l'élaboration d'une étude de cas. Il est préférable d'utiliser l'Option 1 si le temps le permet, car c'est un exercice clé pour aider les participants à développer de l'empathie et de la compréhension envers les différents besoins et sentiments des clientes. Cependant, si le temps est limité, l'Option 2 peut être utilisée pour raccourcir la session (voir page 105).

Option 1 : Etudes de cas originales

Durée : 1 heure 30 minutes

Activité 1 : Remue-méninges (20 minutes)

1. Afficher le tableau de papier intitulé « Caractéristiques démographiques et sociales ». Demander aux participants de penser à leurs clientes qui ont une fistule obstétricale, et de lister leurs caractéristiques démographiques et sociales. Écrire les réponses des participants sur le tableau. (Guider la session de remue-méninges en se référant aux exemples de catégories énumérées dans le conseil pour la formation ci-dessous.)

2. Afficher le tableau de papier intitulé « Situations sociales et conditions affectives et physiques ». Demander aux participants de penser à leurs clientes ayant une fistule obstétricale et d'énumérer les situations sociales dans lesquelles elles peuvent se retrouver (par exemple, abandonnées, vivant avec leur mari, etc.), et les conditions affectives ou physiques qu'elles pourraient trouver en arrivant à la structure.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Expliquer la différence entre les caractéristiques démographiques et sociales, les situations et conditions affectives et physiques, en utilisant les exemples suivants :

- **Caractéristiques démographiques et sociales :** âge, état matrimonial, parité, revenu, niveau d'instruction, et contexte social.
- **Situations sociales :** situation récente par opposition à ancienne, mortinatalité par opposition à naissance vivante, abandonnée par un partenaire, ou encore vivant avec un partenaire, mendicité par opposition à prise en charge par la famille, sans enfants vivants par opposition à avec enfants vivants.
- **Conditions affectives et physiques :** dépression par opposition à espérance ; fistule compliquée par opposition à fistule simple ; ayant subi des lésions nerveuses dans les jambes par opposition à l'absence de lésion nerveuse ; fistule traitable par chirurgie par opposition à fistule non traitable par chirurgie ; peur/nervosité contre absence de peur/nervosité ; malnutrie par opposition à bien nourrie; désireuse de futures grossesses par opposition à non désireuse de futures grossesses.

Se référer aux pages 79 et 80 du supplément sur la fistule traumatique pour des points de considérations supplémentaires de la formation pour élaborer des études de cas sur les survivantes de la fistule traumatique.

Activité 2 : Travail en grand groupe *(20 minutes)*

1. Dire aux participants qu'ils vont élaborer en grand groupe des profils de clientes (à partir de la liste des caractéristiques démographiques et sociales), et ensuite travailler en petits groupes pour élaborer une étude de cas pour chaque profil (à partir de la liste des situations et des conditions affectives et physiques).
2. Expliquer que les profils devraient refléter l'éventail des caractéristiques démographiques et sociales observé chez les clientes de la fistule. Chaque cliente d'étude de cas aura un nom, parce que les clientes seront utilisées dans les exercices de jeu de rôle dans le reste de l'atelier. Dans les jeux de rôle, les clientes des études de cas seront traitées comme de réelles clientes de la fistule.
3. Commencer à élaborer un profil de cliente en demandant aux participants de proposer et de se mettre d'accord sur le prénom d'une femme.
4. Écrire le nom de la femme en haut du tableau de papier, puis demander aux participants de s'entendre sur les caractéristiques suivantes de leur cliente (voir les exemples de profils dans le Conseil pour la formation ci-dessous):
   - Âge
   - Nombre d'enfants
   - Situation matrimoniale et socioéconomique

- Niveau d'instruction
- Toute autre caractéristique démographique et sociale qui semble pertinente.

5. Lorsque le groupe est satisfait de son profil de cliente, répéter le processus jusqu'à ce que vous ayez terminé trois ou quatre profils.

NOTE AUX FORMATEURS

Elaborer trois ou quatre profils de clientes, en fonction du nombre de participants. (En élaborer au moins trois, pour tenir compte de l'éventail de caractéristiques démographiques et sociales et des situations des clientes de la fistule. Plus de quatre profils prendra trop de temps à traiter pendant les sessions de jeu de rôle.) **Ne pas diviser les participants** en petits groupes *jusqu'à ce que* tous les profils de cliente soient complets, faute de quoi, ils pourraient développer des répétitions dans les caractéristiques démographiques et sociales.

Tout au long de l'atelier, demander aux participants de travailler en petits groupes, en interprétant des jeux de rôle de counseling avec chaque « cliente ». Trois ou quatre participants par groupe serait l'idéal. Ainsi, les nombres suivants pourraient servir de guide:

- Pour 6 à 12 participants, élaborer 3 profils de clientes, avec 2 à 4 participants par groupe de jeu de rôle.
- Pour 12 à 20 participants, utiliser 4 profils de clientes, avec 3 à 5 participants par groupe de jeu de rôle.

Comme souligné dans l'introduction, la formation sera plus difficile à réaliser s'il ya moins de 6 ou plus de 15 participants.

Lors de l'élaboration des profils, se concentrer uniquement sur les caractéristiques démographiques et sociales de la cliente. Eviter de discuter de sa condition physique ou de sa situation. C'est ce que feront les petits groupes quand ils développeront leurs études de cas.

Exemples de profils :

- Tigest : 12 ans ; son premier et seul enfant était un mort-né ; analphabète et n'a jamais fréquenté l'école ; mariée, mais son époux ne lui permet pas de rester dans la maison ; n'a pas de revenu et dépend de son mari pour sa subsistance.
- Mariam : 18 ans; son premier et seul enfant était un mort-né ; analphabète et n'a jamais fréquenté l'école, son mari l'a chassée de la maison et a pris une seconde épouse, ses parents ne peuvent pas se permettre de la récupérer ; donc elle mendie pour se nourrir
- Maimouna : 26 ans, a accouché à six reprises et développé des complications et une fistule à la naissance de son sixième enfant ; elle a trois enfants vivants ; elle est la deuxième épouse de son mari ; le mari est bouleversé par ses problèmes physiques, mais tient à aider sa femme.

Activité 3 : Démonstration *(15 minutes)*

1. Dire aux participants qu'ils vont travailler en petits groupes pour élaborer des études de cas pour chaque profil de cliente.
2. Tout d'abord, montrer comment procéder avec un des profils de cliente. Se référer à la liste des situations et conditions affectives et physiques, et demander aux participants laquelle de ces situations s'appliquerait le plus probablement à cette cliente en particulier.
3. Ecrire leurs réponses sur un tableau de papier, avec le nom et les caractéristiques démographiques et sociales de la cliente. Ensuite, demander aux participants de raconter une histoire sur cette cliente, notamment sa relation avec son (ses) partenaire (s), les détails des raisons pour lesquelles elle a subi une fistule obstétricale, et quel type de fistule elle a.
4. Ecrire les suggestions des participants sur la même feuille. Enfin, organiser toutes les informations figurant sur le tableau de papier dans un ordre logique, et écrire l'étude de cas de la cliente sur un nouveau tableau de papier. (Voir ci-dessous un exemple d'étude de cas.)

CONSEIL POUR LA FORMATION

L'élaboration d'une étude de cas ressemble à la rédaction d'une petite histoire. Tout d'abord, vous réfléchissez sur ce que vous savez du personnage principal (le profil de la cliente). Ensuite, vous essayez d'imaginer ce qui est arrivé à la femme l'entraînant dans ces situations et l'amenant à vivre ces conditions affectives et physiques. Ces informations peuvent être prises directement à partir des listes des remue-méninges sur les caractéristiques démographiques et sociales et les situations et conditions affectives et physiques. Ce qui suit est un exemple, mais votre échantillon de démonstration devrait provenir des listes des remue-méninges des participants.

Exemples de l'étude de cas sur « Aberesh »
Aberesh, 22 ans, Ethiopie

A l'âge de 18 ans, Aberesh était mariée à un homme plus âgé dans une région rurale éloignée. Elle est tombée enceinte immédiatement. La grossesse a été difficile. Le travail était dystocique, et Aberesh n'a pas pu accoucher. Au troisième jour, ses parents ont décidé d'obtenir de l'aide. Ils ont vendu une chèvre et payé des hommes pour porter Aberesh sur une civière pendant six heures jusqu'à l'hôpital le plus proche. Lorsqu'elle est arrivée, il était trop tard pour sauver le bébé, son fils était mort-né.

Aberesh était si faible et épuisée par l'épreuve qu'elle ne pouvait pas sortir du lit. Il lui a fallu quatre autres semaines avant de pouvoir marcher toute seule à nouveau. Deux jours après l'accouchement, elle a commencé à avoir des fuites urinaires causées par une fistule. Rien ne pouvait empêcher l'écoulement.

— Adapté à partir d'une histoire vraie communiquée par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa

Activité 4 : Travail en petit groupe *(25 minutes)*

1. Répartir les participants en petits groupes (un groupe pour chacun des profils de cliente restants), et attribuer un profil à chaque groupe.
2. Demander aux participants de se référer à la liste des situations et conditions affectives et physiques, et d'identifier celles qui s'appliquent à leur cliente.
3. Donner aux groupes 20 minutes pour écrire leur cas, en notant leur mouture finale sur un tableau de papier.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Se déplacer fréquemment entre les groupes. Vérifier tout d'abord que chaque groupe comprend la tâche. Ensuite, continuer à s'assurer que les groupes proposent des situations et conditions affectives et physiques réalistes, et qu'ils ne racontent pas la même histoire à propos de deux clientes différentes. Vous pourriez devoir négocier avec les groupes pour les convaincre de modifier légèrement leurs histoires, de sorte que les études de cas reflètent la variété de situations et de conditions affectives et physiques énumérées par les participants dans les activités précédentes.

Activité 5 : Discussion *(10 minutes)*

1. Demander à un volontaire de chaque groupe de présenter l'étude de cas du groupe.
2. Permettre quelques questions pour clarifier ou suggérer des changements, mais éviter de favoriser de grandes révisions.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Lorsque chaque groupe présente son étude de cas, les participants dans les autres groupes auront probablement des opinions différentes sur la manière dont chaque étude de cas est écrite. Etant donné que les possibilités d'études de cas sont illimitées, il n'est pas nécessaire que tous les participants soient d'accord sur tous les aspects de chacune. C'est pourquoi les discussions sur chaque étude de cas devraient être limitées. Toutefois, si un groupe a clairement présenté une étude de cas non réaliste pour le cadre local, il convient de travailler séparément avec ce groupe pour la réviser, au lieu d'essayer de le faire en présence des autres participants. Après la présentation des études de cas, afficher les tableaux de papier sur le mur dans un endroit où elles resteront visibles et exposées.

Option 2: Etudes de cas adaptées

NOTE AUX FORMATEURS

Si le temps est extrêmement limité et que vous choisissiez d'utiliser l'Option 2, sélectionner trois ou quatre des exemples d'études de cas présentés dans l'Annexe E. (Cela devrait être fait avant la session.) Les études de cas sélectionnées devraient refléter un large éventail de caractéristiques et de situations des clientes, notamment l'âge, la parité, la situation matrimoniale, la situation économique, la fistule compliquée par opposition à la fistule simple, et ainsi de suite.

Durée: 25 minutes

Activité 1 : Présentation et travail en petit groupe *(15 minutes)*

1. Présenter les trois à quatre études de cas que vous avez sélectionnées dans l'Annexe E. Distribuer le document que vous avez préparé avant la session.
2. Répartir les participants en petits groupes (un participant pour chacune des études de cas), et attribuer une étude de cas à chaque groupe. Expliquer que les histoires sont variées et qu'elles se proposent de refléter l'éventail des caractéristiques démographiques et sociales, les situations, et les conditions affectives et physiques chez les femmes atteintes de fistule.
3. Donner à chaque groupe 10 minutes pour adapter leur étude de cas à la situation locale.
4. Demander à chaque groupe de rédiger une version finale de l'étude de cas sur un tableau de papier.
5. Rappeler aux participants que chaque cliente d'étude de cas a un nom parce que les clientes seront utilisées dans les exercices de jeu de rôle le reste de l'atelier. Dans les jeux de rôle, les clientes des exemples d'études de cas seront traitées comme de vraies clientes de la fistule.

Activité 2 : Discussion *(10 minutes)*

1. Demander à un volontaire de chaque groupe de présenter l'étude de cas du groupe.
2. Permettre quelques questions pour clarifier ou proposer des changements, mais ne pas encourager de grandes révisions. (Voir le conseil pour la formation dans l'Activité 5 de l'Option 1.)

PARTIE B : CONFIDENTIALITÉ, INTIMITÉ, AND DIGNITÉ

Durée : 25 minutes

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

1. Demander aux participants la signification des termes suivants : la confidentialité, l'intimité, et la dignité.
2. Noter brièvement leurs réponses sur le tableau en papier.

Activité 2 : Exercice en grand groupe *(15 minutes)*

1. Montrer le tableau de papier préparé, et demander aux participants de passer en revue la liste des situations qui pourraient menacer la confidentialité, l'intimité et la dignité de la cliente. (*5 minutes*)
2. Distribuer du papier aux participants, et leur demander d'écrire ce qu'ils feraient pour assurer la confidentialité et empêcher les situations décrites sur le tableau de papier.
3. Inviter des volontaires à partager leurs réponses.
4. Utilisant le Document 4-A du participant, discuter avec les participants de certaines options qui existent pour la protection de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité de la cliente.
5. Demander aux participants comment ils peuvent appliquer les leçons apprises de la présente discussion au niveau de leurs propres sites de services. Centrer la discussion sur la garantie de la confidentialité, de l'intimité et de la dignité dans les cadres de prestation de services des participants, plutôt que dans une situation idéale.

Se référer à la page 81 du supplément sur la fistule traumatique pour des informations sur un DVD traitant du counseling clinique pour les victimes de violence sexuelle.

PARTIE C : PRISE EN CHARGE DES SENTIMENTS DE LA CLIENTE

Durée : 1 heure 35 minutes

Activité 1 : Remue-méninges *(20 minutes)*

1. Expliquer que les clientes ont d'autres besoins et préoccupations que la confidentialité, l'intimité et la dignité, notamment les besoins affectifs, d'informations, et économiques. Expliquer que le groupe se concentrera plus tard sur les besoins d'informations dans l'atelier, et que les besoins économiques peuvent être abordés en renvoyant les clientes vers des ressources locales pouvant se situer en dehors

du système de soins de santé. (cette partie sera également discutée plus tard dans l'atelier.) Le présent exercice aidera les participants à se concentrer sur les besoins et préoccupations affectifs des clientes durant toutes les phases de traitement.

2. Demander aux participants de réfléchir sur les clientes d'études de cas qu'ils ont élaborées (ou discutées) auparavant, et sur les sentiments que ces clientes pourraient éprouver, à partir du moment où elles arrivent sur le site jusqu'à leur départ.

3. En utilisant tableau de papier préparé intitulé « Prise en charge les sentiments de la cliente », lister les sentiments pour chaque cliente d'étude de cas. Laisser suffisamment d'espace entre chaque sentiment figurant dans la colonne « Sentiments de la cliente » pour correspondre avec le texte plus long attendu pour les colonnes intitulées « Pourquoi ? » et « Réaction du prestataire ».

   Note : Rappeler aux participants que, quel que soit le contenu de la colonne « Pourquoi ? », le prestataire devrait :

   - Écouter activement/efficacement pour connaitre les sentiments de la cliente et pour quelles raisons elle se sent ainsi, et pour qu'il/elle puisse donner des informations contextuelles spécifiques et du réconfort en rapport à cette peur/ce sentiment.
   - Etre conscient de ses propres préjugés négatifs éventuels envers la cliente, et essayer de ne pas porter des jugements catégoriques.
   - Toujours traiter la cliente avec respect, indépendamment de sa situation socio-économique, ses craintes, et toutes autres questions.

4. Lorsque les participants ont complété la liste des sentiments pour chaque cliente d'études de cas, leur demander pourquoi la cliente pourrait éprouver chacun des sentiments identifiés. Noter brièvement leurs réponses sur tableau de papier. Laisser la troisième colonne vide jusqu'au travail en petits groupes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Rappeler aux participants de se concentrer sur des sentiments spécifiques aux clientes de la fistule obstétricale, et les aider à clarifier les raisons pour lesquelles elles ont ces sentiments (en particulier, s'il semble que les participants n'ont pas bien compris l'exercice).

Les clientes pourraient éprouver des sentiments de peur, de saleté, de culpabilité, de honte, ou d'angoisse. Elles peuvent aussi sentir qu'elles sont une honte sociale pour leurs familles et ainsi méritent d'être des parias.

Dans tous les milieux et cultures, les femmes qui ont eu une expérience de mortinatalité ressentent une grande perte et de la déception ; les femmes peuvent ressentir de la honte et de la culpabilité à accoucher d'un mort-né.

Activité 2 : Travail en petit groupe *(30 minutes)*

1. Diviser les participants en petits groupes, les mêmes que ceux où ils étaient lors de l'élaboration ou de la discussion des études de cas des clientes. Donner tableau de papier pour chaque étude de cas de cliente utilisée ci-dessus au groupe qui l'a élaborée ou en a discuté.
2. Demander à chaque groupe de remplir la troisième colonne de leurs études de cas respectives de clientes. Ils devraient se poser la question suivante : Que peut faire le prestataire lorsque la cliente éprouve ces sentiments ?
3. Demander à chaque groupe de choisir un porte-parole qui fera rapport au reste des participants au cours de la discussion en grand groupe.

Activité 3 : Discussion *(45 minutes)*

1. Afficher les tableaux de papier intitulés « Prise en charge des sentiments de la cliente » sur le mur, à côté de ceux se rapportant aux études de cas respectives.
2. Demander au porte-parole de chaque groupe de partager les idées. Demander au reste des participants de faire leurs commentaires ou de poser des questions.

PARTIE D : LES QUESTIONS RELATIVES A LA SEXUALITÉ

Durée : 25 minutes

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion en grand groupe *(10 minutes)*

1. Demander aux participants de réfléchir à une définition de la sexualité, et de l'écrire sur le tableau de papier. Discuter de cette définition et dissiper toute idée fausse.
2. Présenter la définition suivante de la sexualité, et expliquer brièvement pourquoi il est important de discuter de son rôle dans les prestations de services aux femmes ayant une fistule obstétricale :

> *Human sexuality encompasses the sexual knowledge, beliefs, attitudes, values, and behaviors of individuals. It deals with the anatomy, physiology, and biochemistry of the sexual response system; roles, identity, and personality; and individual thoughts, feelings, behaviors, and relationships. [La sexualité humaine englobe les connaissances, croyances, attitudes, valeurs et comportements sexuels des individus. Elle concerne l'anatomie, la physiologie et la biochimie du système de réaction sexuelle ; les rôles, l'identité et la personnalité ; ainsi que les pensées, sentiments, comportements et relations de l'individu.]*
>
> — Définition élaborée par le Conseil Américain de l'Information et de l'Education sur la Sexualité (SIECUS)

CONSEIL POUR LA FORMATION

La sexualité, telle que définie ci-dessus, est un aspect important de la fistule obstétricale, de la planification familiale et des soins de santé de la reproduction. Le counseling centré sur la cliente et la facilitation des choix éclairés en matière de santé de la reproduction, notamment le moment et la manière d'être sexuellement actif, exigent les prestataires à être conscients aux questions liées à la sexualité. L'historique sexuel d'une cliente, ses relations et conditions peuvent jouer un rôle important dans sa capacité à :

- Rester chaste pendant la durée recommandée après une chirurgie de réparation de la fistule obstétricale.
- Choisir d'utiliser une méthode contraceptive pour retarder la grossesse jusqu'à ce que son corps soit remis de la chirurgie.
- Prendre la décision d'être dépistée et traitée pour des infections sexuellement transmissibles lors de l'admission pour la réparation chirurgicale d'une fistule obstétricale.

En outre, la capacité des femmes à améliorer leur santé de la reproduction et atteindre leurs objectifs de procréation est profondément affectée par le degré de connaissances et de contrôle de leur sexualité et leurs relations sexuelles. Les prestataires de soins de santé peuvent rendre les femmes plus fortes en les soutenant dans le processus d'acquisition et de contrôle des connaissances.

Activité 2 : Discussion en grand groupe *(15 minutes)*

1. Animer une discussion sur les leçons apprises par les participants sur le sexe et le statut social des hommes et des femmes dans leur enfance, et comment cela pourrait influencer leur travail en tant que prestataires de services.

2. Traiter en partie ou totalement les questions suivantes lors de la discussion :
   - Quels messages la société donne-t-elle sur le moment où les femmes sont censées avoir des relations sexuelles pour la première fois, et avec qui (par exemple, après l'apparition des premières règles ; après le mariage indépendamment de l'établissement des règles; avec son mari) ?
   - Quels messages la société donne-t-elle sur le moment où les hommes sont censés avoir des relations sexuelles pour la première fois, et avec qui (par exemple, avant le mariage ; avec une prostituée) ?
   - Pensez-vous que vos clientes de fistule en ont appris sur le sexe de la même manière que vous ? Quelles sont les similitudes ? Quelles sont les différences ?
   - Pourquoi est-il important pour nous d'examiner comment les clientes atteintes de fistule ont découvert le sexe et la sexualité ? Comment cela s'applique-t-il à notre travail lors de la fourniture de services aux femmes atteintes de fistule ?
   - Comment nos propres expériences sexuelles et apprentissage de la sexualité influent-ils sur notre capacité à assister les clientes ayant des fistules sur les questions liées à la sexualité et aux rapports sociaux entre les sexes ?

- Comment pouvez-vous être sensible aux questions relatives au genre que vos clientes ayant une fistule pourraient rencontrer ?
- Comment pouvez-vous aider les clientes de la fistule à être plus à l'aise pour discuter des questions de sexualité avec vous ?

3. Distribuer le Document 4-B aux participants.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Lors de l'examen des réponses aux questions ci-dessus, inclure les points suivants :

- Nos propres inhibitions et attitudes sur la sexualité pourraient affecter notre manière de parler du sexe avec nos clientes, ainsi que notre niveau de confort à le faire. Comprendre d'où proviennent nos propres sentiments et croyances peut nous aider à faire preuve d'empathie envers les expériences des clientes, et envers les difficultés que nous tous avons à parler de notre sexualité.
- Les pratiques et relations sexuelles sont affectées par nos sentiments envers le sexe, ce qui nous semble correcte et incorrecte, et ce que cela veut dire d'établir une relation avec une autre personne d'une manière sexuelle. Ces types de pensées et sentiments sont souvent remplis d'émotions – notamment, par exemple, le plaisir, mais parfois aussi la peur, la culpabilité, la honte ou l'embarras. Ces sentiments viennent de nos expériences personnelles ainsi que de la signification que nos sociétés et cultures attachent au sexe.
- Cet exercice seul pourrait ne pas nous aider à nous sentir plus à l'aise pour parler de sexualité avec nos clientes, mais il peut être une étape utile dans le processus.
- Nous pouvons utiliser les clientes des études de cas à titre d'exemples tout au long de la discussion, pour appliquer ce que nous avons appris des clientes hypothétiques de la fistule obstétricale.

Exercice adapté à partir de : EngenderHealth. 2002. *Integration of HIV/STI prevention, sexuality, and dual protection in family planning counseling: A training manual.* New York.

Documents et ressources du participant de la session 4

Document 4-A du participant

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

La ***confidentialité*** signifie de ne pas discuter des renseignements personnels de la cliente avec son partenaire, un membre de la famille, l'accompagnant, ou avec des membres du personnel qui ne sont pas directement impliqués dans son traitement (sauf dans le cas d'une urgence constituant un danger de mort). Les renseignements personnels comprennent ses antécédents médicaux et les conditions qui l'ont poussée à rechercher des soins, les services qui lui ont été offerts, et les décisions prises par rapport à la planification familiale (au cas où elle voudrait impliquer son conjoint ou partenaire dans la prise de décision, cependant, son souhait devrait être accordé.)

L'***intimité*** peut être définie comme étant le pouvoir de contrôle des informations sur soi-même ; d'être à l'abri de l'observation, de l'intrusion, ou de l'attention des autres, et d'être isolé des autres personnes et de ne pas être vu, entendu, ou perturbé par elles au cours des soins. Il est essentiel de protéger l'intimité de la cliente, son sentiment de sécurité et sa dignité, ainsi que sa volonté de communiquer honnêtement. Souvent, de simples changements dans la configuration des lieux où les clientes sont traitées ou conseiller leur offrira plus d'intimité.

La ***dignité,*** signifie qu'une cliente peut ressentir qu'elle a une certaine valeur, un honneur, quelle que soit son état physique. Assurer l'intimité et la confidentialité peut aider une cliente à maintenir sa dignité.

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

- Mettre la cliente sur un chariot brancard, dans une salle de consultation ou de réveil privée calme, avec des rideaux.
- Bien couvrir la cliente pour préserver son intimité et la garder au chaud.
- Examiner la cliente dans une salle d'examen privée avec une porte fermée à clé pendant l'examen, ou, s'il n'y a pas d'espace, utiliser des écrans autour de la cliente.
- Garder confidentielle toute information obtenue d'une cliente.
- Assurer l'intimité auditive et visuelle dans la zone où le traitement et/ou counseling de la cliente se déroule.
- Fournir des informations (information sur la sortie ou le counseling) dans un espace qui assure l'intimité visuelle et auditive par rapport aux autres personnes, y compris le personnel.

Les situations suivantes pourraient menacer la confidentialité, l'intimité et la dignité de la cliente :

- Laisser une cliente couchée dans un endroit achalandé et découvert.
- Placer une cliente avec les pieds tournés vers un espace ouvert et visible, et avec ses parties génitales exposées.
- Ne pas utiliser d'écrans ou de rideaux autour d'une cliente.
- Ne pas suffisamment couvrir une cliente
- Discuter ouvertement du cas d'une cliente avec n'importe quel passant.
- Permettre aux gens de faire des va-et-vient dans la zone où une cliente est en cours d'examen ou de counseling.
- Bavarder avec d'autres membres du personnel pendant le traitement et/ou counseling d'une cliente.
- Essayer de discuter des informations sur la sortie ou offrir un service de counseling dans un environnement animé, non privé.

Document 4-B du participant

La sexualité

Human sexuality encompasses the sexual knowledge, beliefs, attitudes, values, and behaviors of individuals. It deals with the anatomy, physiology, and biochemistry of the sexual response system; roles, identity, and personality; and individual thoughts, feelings, behaviors, and relationships. [La sexualité humaine englobe les connaissances, croyances, attitudes, valeurs et comportements sexuels des individus. Elle concerne l'anatomie, la physiologie et la biochimie du système de réaction sexuelle ; les rôles, l'identité et la personnalité ; ainsi que les pensées, sentiments, comportements et relations de l'individu.].

—- Conseil Américain de l'Information et de l'Education sur la Sexualité (SIECUS)

La **sexualité**, lorsque définie comme ci-dessus, est un aspect important de la fistule obstétricale, de la planification familiale et des soins de santé de la reproduction. Le counseling centré sur la cliente et la facilitation des choix éclairés en matière de santé de la reproduction, notamment le moment et la manière d'être sexuellement actif, exigent des prestataires d'être au courant des questions liées à la sexualité. L'historique sexuel d'une cliente, ses relations et conditions peuvent jouer un rôle important dans sa capacité à :

- Rester chaste pendant la durée recommandée après une chirurgie de réparation de la fistule obstétricale.
- Choisir d'utiliser une méthode contraceptive pour retarder la grossesse jusqu'à ce que son corps soit remis de la chirurgie, ou de mener à terme une grossesse désirée lorsqu'elle sera prête sur le plan physique et émotionnel.
- Prendre une décision par rapport au dépistage et au traitement des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.

En outre, la capacité des femmes à améliorer leur santé de la reproduction et atteindre leurs objectifs de procréation est profondément affectée par le degré de connaissances et de contrôle qu'elles ont sur leur sexualité et leurs relations sexuelles. Les prestataires de soins de santé peuvent rendre les femmes plus fortes en les aidant dans le processus d'acquisition et de contrôle des connaissances.

Voici quelques exemples de problèmes qu'une cliente de fistule obstétricale pourrait rencontrer en rapport avec la sexualité :

- Vouloir être sexuellement active, mais craindre que son partenaire n'éprouve plus de désir pour elle, même si la réparation chirurgicale de la fistule a été un succès.
- Vouloir être sexuellement active, mais se sentir incapable de parler avec son partenaire de l'urostomie ou colostomie qui a été effectuée lorsque la réparation chirurgicale a échoué.

- Comprendre la nécessité de s'abstenir de rapports sexuels avec pénétration vaginale pendant au moins trois mois après la chirurgie de réparation de la fistule, mais ne pas avoir de choix ou de contrôle sur le moment ou la manière d'engager une activité sexuelle avec pénétration, ou ne pas avoir la capacité ou la confiance pour négocier des options sexuelles non vaginales ou sans pénétration.
- Vouloir retarder la grossesse et se protéger du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, après une réparation chirurgicale de la fistule, alors qu'elle a un partenaire qui refuse d'utiliser le préservatif ; étant trop mal à l'aise pour négocier elle-même l'utilisation du préservatif, ou ignorer les options de planification familiale.

Voici quelques manières de répondre aux préoccupations de la cliente :

- Assurer à la cliente que toutes les conversations resteront confidentielles.
- Répondre aux préoccupations d'une manière respectueuse et non critique.
- Reconnaître qu'il pourrait être difficile pour la cliente de parler d'activité sexuelle, mais lui faire savoir que cela pourrait être utile si elle veut prévenir les dommages de la réparation chirurgicale de la fistule, et/ou prévenir une grossesse jusqu'à ce que son corps soit remis, et/ou réussir une grossesse lorsqu'elle sera prête.
- Orienter les clientes vers des conseillers, psychologues ou autres ressources à l'intérieur ou à l'extérieur de l'institution.

Ressource 4-A du formateur :

Exemple de tableau-papier rempli

Prise en charge des sentiments de la cliente {Note: NE PAS COPIER LE CONTENU}

Nom de la cliente : Aberesh

Sentiments de la cliente	Pourquoi ?	Réaction du prestataire
PEUR	**Peur de :** • La chirurgie • Avoir des complications à la suite de la chirurgie • Ne jamais être capable de porter une grossesse à terme • Devenir stérile • Devenir handicapée • Mourir	**Exemples:** • Expliquer à quoi s'attendre avant, pendant et après la chirurgie. • Expliquer les risques de complications par rapport aux inconvénients liés au fait de ne pas réparer la fistule. • Ecouter. • Rassurer la cliente ; expliquer ce qui permettrait de déterminer si oui ou non la femme est susceptible de concevoir et de mener à terme une grossesse. • Trouver la cause ou nature des craintes de la cliente. • Donner des informations sur les causes. • Organiser une orientation vers d'autres services, au besoin. • Rassurer la cliente que même s'il y a un risque opératoire, tout sera fait pour protéger la cliente contre la mort.

Session 5
Communication interpersonnelle

Se référer aux pages 84 à 89 du supplément sur la fistule traumatique pour une vue d'ensemble sur la Session 5 intitulé Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront :

- Expliquer les différences entre une communication à sens unique et une communication bidirectionnelle.
- Discuter des avantages d'une communication bidirectionnelle et de l'utilisation des questions ouvertes pour le counseling.
- Démontrer l'utilisation d'un langage simple et des aides visuelles pour expliquer la pathologie et le traitement de la fistule obstétricale.
- Décrire le cadre REDI pour le counseling :
  - Développement d'une relation
  - Exploration
  - Prise de décision
  - Exécution de la décision
- Identifier les déficits dans leur pratique, après avoir fait une comparaison avec le cadre de counseling de REDI.
- Discuter de l'importance d'appliquer des cadres de counseling à la situation particulière de chaque cliente.
- Prendre en charge le contexte social pour la prise de décision en matière de counseling.

POINTS À RETENIR

- ✓ La *communication bidirectionnelle* peut prendre plus de temps, mais elle est *plus efficace* lorsqu'il s'agit de veiller à ce que chacun s'est fait bien compris.
- ✓ Les étapes de l'écoute active et efficace sont les suivantes : **É**couter, **Cla**rifier, **I**nclurer, **Re**connaitre, et **R**épéter (ÉCLAIRER).
- ✓ Les *questions ouvertes* sont utiles pour explorer les opinions et sentiments d'une cliente, et plus efficaces que les questions fermées pour déterminer les besoins d'une cliente (en termes d'information ou de soutien affectif) et ce qu'elle sait déjà.
- ✓ Les *questions fermées* peuvent être appropriées pour déterminer l'état et les antécédents médicaux de la cliente au début du traitement médical ou du counseling.

(*suite*)

POINTS À RETENIR *(suite)*

- ✓ Les besoins affectifs et les préoccupations d'une cliente de fistule peuvent changer d'une phase de traitement à une autre.
- ✓ Les renseignements donnés à une cliente de la fistule devraient être anatomiquement corrects et transmis dans un langage et un format qu'elle peut comprendre et à un moment où elle est émotionnellement prête à les recevoir.
- ✓ Les éléments du cadre de counseling REDI sont les suivants : le développement d'une Relation, l'Exploration, la Prise de décision, et l'Exécution de la décision.
- ✓ La cliente est plus importante que le cadre de counseling.

Méthodes de formation

- Mise en train
- Exercice/discussion en grand groupe
- Jeu de rôle de démonstration
- Remue-méninges
- Présentation
- Travail en petit groupe

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Marqueurs ou crayons effaçables pour transparent (un par participant) ; utiliser des crayons si les marqueurs pour papier plastifié et pour transparents ne sont pas disponibles
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Deux feuilles de papier et un crayon pour chaque participant
- Un petit bout de papier portant un mot « d'émotion » (un papier pour chaque participant)
- Document 5-A du participant : Communication latérale et bidirectionnelle
- Document 5-B du participant : Savoir écouter
- Document 5-C du participant : Questions fermées et questions ouvertes
- Document 5-D du participant : Organes reproducteurs de la femme
- Document 5-E du participant : Quatre types communs de la fistule obstétricale
- Document 5-F du participant : Travail prolongé et effets sur le système reproducteur
- Document 5-G du participant : REDI: Développement de la relation, exploration, prise de décision, exécution de la décision
- Transparent 5-A : Exemple de diagramme (Annexe D, page 302)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Préparer des transparents des Documents 5-A et 5-B du participant, et en faire une copie destinée au volontaire. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, faire une copie pour chaque participant.
3. Examiner les Documents 5-A à 5-G du participant, et en faire une copie pour chaque participant.
4. Préparer de petits bouts de papier (en quantité suffisante pour tous les participants) avec un mot émotionnel écrit sur chaque bout (par exemple, triste, cynique, anxieux, soulagé, embrouillé, coléreux).
5. Préparer plusieurs tableaux-papier comme dans l'exemple illustré ci-dessous pour la Partie D, Activité 1 :

Questions d'information/fermées et Questions de sentiments/ouvertes

Questions	Structure (Fermées ou ouvertes)	Contenu informations ou sentiments)

6. Préparer tableau-papier pour chacune des étapes du cadre de counseling REDI, comme dans les tableaux ci-dessous, pour la Partie F, Activité 2 :

Développement de la relation	**Déjà en cours**	**Formation nécessaire**	**Problèmes anticipés**
1. Accueillir la cliente.			
2. Faire les présentations.			
3. Introduire le sujet de la fistule obstétricale.			
4. Assurer la cliente de la confidentialité.			

Exploration	**Déjà en cours**	**Formation nécessaire**	**Problèmes anticipés**
1. Explorer les besoins, risques, vie sexuelle, contexte social, et conditions de la cliente.			
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.			

Prise de décision	**Déjà en cours**	**Formation nécessaire**	**Problèmes anticipés**
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre.			
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.			
3. Aider la cliente à peser les avantages, les inconvénients, et les conséquences de chacune.			
4. Assister la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.			

Exécution de la décision	**Déjà en cours**	**Formation nécessaire**	**Problèmes anticipés**
1. Aider la cliente à élaborer un plan concret et spécifique pour exécuter la décision.			
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour exécuter la décision.			
3. S'entraîner aux compétences avec la cliente, selon les besoins.			
4. Faire un plan pour le suivi.			

7. Utiliser les Documents 5-D : les organes reproducteurs de la femme, 5-E : Quatre types communs de la fistule obstétricale, et 5-F : Travail prolongé et effets sur l'appareil reproducteur, sous forme de transparents. Si un rétroprojecteur n'est pas disponible, préparer trois tableaux-papier avec les diagrammes des Documents 5-D, 5-E, et 5-F.

8. Examiner les Documents 5-D, 5-E, et 5-F, et faire une copie sur papier plastifié des documents pour chaque participant. Si la plastification n'est pas disponible, copier le document sur du papier ainsi que les autres.

9. Rassembler le matériel et préparer la salle pour s'entraîner au jeu de rôle.

Session 5 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 4 heures 35 minutes

PARTIE A : COMMUNICATION BIDIRECTIONNELLE

Durée: 30 minutes

Activité : Mise en train *(30 minutes)*

1. Faire un bref remue-méninge : Qu'est-ce que la communication unilatérale ? Qu'est-ce que la communication relationnelle ?
2. Demander à un volontaire de vous aider dans cet exercice.
3. Distribuer du papier et des crayons aux participants. Expliquer que le volontaire va leur décrire un dessin, et leur tâche consiste simplement à suivre les instructions pour esquisser ce que le volontaire décrit. Ils ne peuvent pas poser de questions ou dire quoi que ce soit.
4. Fournir au volontaire une copie du transparent 5-A : Exemple de diagramme.
5. Demander au volontaire de décrire ce qu'il voit sur l'exemple de diagramme pour que les autres puissent le dessiner sur un bout de papier. Le volontaire ne devra pas établir un contact visuel avec les participants, et doit utiliser seulement une communication verbale (pas de gestes ou signes de la main). Seule une communication unilatérale est autorisée (pas de questions du groupe).
6. A la fin de la description du digramme par le volontaire, et avant l'étape suivante de l'exercice, demander au volontaire ce qu'il pense de l'exercice. Lui demander de vérifier les dessins des participants pour voir à quel point ils se sont rapprochés de l'exemple du diagramme. (Ne pas montrer l'exemple de diagramme aux participants.)
7. Demander aux autres participants ce qu'ils ont pensé de l'exercice. Ecrire leurs commentaires sur le tableau-papier préparé intitulé « Communication unilatérale ».
8. Répéter cette activité avec un autre volontaire et le même exemple de diagramme. Cette fois, cependant, permettre au volontaire de faire un contact visuel avec le groupe et d'avoir une communication relationnelle pleine et libre (c.-à-d., les participants peuvent poser des questions). Répéter les questions à discuter comme avant.
9. Lorsque l'exercice est terminé, projeter le diagramme avec le rétroprojecteur (ou distribuer des copies).
10. Résumer cette activité en posant les questions suivantes :
    - Dans le premier essai, combien d'entre vous se sont embrouillés et ont simplement cessé d'écouter ? Pourquoi ?
    - Pourquoi la communication unilatérale a-t-elle était si difficile à suivre ?

- Pourquoi la communication relationnelle est plus efficace que la communication à unilatérale ?
- Même la communication relationnelle verbale ne peut assurer une compréhension complète. Comment pouvons-nous rendre nos efforts de communication plus efficaces ?
- Comment le présent exercice s'applique t-il à nos communications avec les clientes de la fistule ?

11. Distribuer et résumer le Document 5-A du participant.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Dans la discussion sur la communication unilatérale vs. communication bidirectionnelle, les formateurs devront s'assurer qu'ils ont indiqué aux participantes que le counseling requiert généralement la communication bidirectionnelle, avec le prestataire et la cliente qui interagissent en fournissant des informations à chacun d'eux, ainsi que d'échanger des remarques. Par exemple, en expliquant les options de traitement médical dans le cas de la fistule traumatique, le prestataire (dans ce cas l'envoyeur) donne des informations à la cliente (dans ce cas-ci la réceptrice), mais il ou elle devra également confirmer que la cliente a compris et devra demander si elle a des questions à poser (i.e., le prestataire devra demander à la cliente si elle a des remarques à lui faire ou des réponses aux questions). Cela constitue une méthode pour établir la communication bidirectionnelle.

PARTIE B : COMMUNICATION VERBALE ET NON VERBALE

Durée : 30 minutes

Activité : Discussion en grand groupe et exercice *(30 minutes)*

1. Demander aux participants de réfléchir à une définition de la communication verbale.
2. Expliquer qu'au moment d'interagir avec les clientes, ils devront choisir leurs mots avec soin, être sensible aux sentiments des clientes, et prodiguer des soins sans porter de jugements catégoriques.
3. Demander aux participants de donner des exemples de mots ou déclarations pouvant être blessants pour la cliente, et créer un obstacle à la communication.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Exemples de déclarations blessantes :

- « Ne vous asseyez pas sur la chaise. Je ne veux pas qu'elle soit souillée. »
- A une cliente en pleurs : « Nous vous disons toujours, à vous femmes, d'accoucher dans un centre de santé ou à l'hôpital, mais vous continuez à aller chez les accoucheuses traditionnelles, et voila ce que ça donne maintenant. »
- A un autre prestataire : « Amenez un purificateur d'air. Cette cliente est en train d'empester la salle. »

4. Demander aux participants de réfléchir à une définition de la *communication non verbale*. Leur demander d'énumérer des exemples de manières non verbales de communiquer avec les clientes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Exemples de communication non verbale :

- Hocher la tête
- Tenir la main de la cliente
- Maintenir le contact des yeux*
- Donner des regards rassurants

Facteurs influant sur la communication non verbale :

- Contact visuel*
- Langage corporel
- Ton de la voix
- Expression faciale

* Les normes culturelles concernant le contact visuel varient ; dans certaines cultures, le maintien du contact visuel est déplacé.

5. Expliquer que la communication non verbale peut parfois envoyer un message plus fort aux clientes que la communication verbale, car elle révèle nos sentiments et jugements.
6. Donner un exemple d'expression simple comme « bonjour », et montrer comment elle peut faire passer deux émotions complètement différentes en fonction de la communication non verbale (par exemple, le ton de la voix ou l'expression du visage) qui l'accompagne.
7. Donner à chaque participant un petit bout de papier mentionnant une émotion.
8. Faire le tour de la salle, demander à chaque participant de répéter à haute voix l'expression que vous avez utilisée ci-dessus (c'est-à-dire « Bonjour »), en utilisant une communication non verbale pour transmettre l'émotion qui figure sur leurs bouts de papier.

Se référer aux pages 90 à 92 du supplément sur la fistule traumatique pour des points supplémentaires et un document supplémentaire (5-a) pour discuter à ce stade de l'activité.

9. Résumer la présente activité en soulignant l'importance de reconnaître les signaux verbaux et non verbaux que nous envoyons aux clientes. Rappeler aux participants l'impact que ces signaux peuvent avoir sur leurs interactions avec les clientes (et, par conséquent, sur la qualité des soins reçus par leurs clientes).

PARTIE C : ÉCOUTE ACTIVE/SAVOIR ÉCOUTER

Durée : 35 minutes

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

1. Demander aux participants de compter par deux.
2. Demander à tous les « un » de quitter la salle. Le deuxième formateur devrait sortir avec eux et faire ce qui suit :
   - Donner au groupe un sujet de discussion qui devrait susciter beaucoup d'intérêt. (Cela peut être une question liée au travail, un élément d'information d'intérêt local, ou une question personnelle.)
   - Dire au groupe que, lorsqu'ils retourneront dans la salle, il leur sera demandé de parler de ce sujet avec un partenaire de l'autre groupe (les « deux ») pendant environ quatre minutes. Leur demander de réfléchir à ce qu'ils aimeraient dire à leurs partenaires sur ce sujet.
3. Alors que les « un » sont hors de la salle, donner les instructions suivantes aux « deux »:
   - Cet exercice porte sur l'écoute.
   - Lorsque l'autre groupe reviendra dans la salle, ils commenceront à parler à leurs partenaires respectifs dans ce groupe (vous).
   - Dans un premier temps, vous devez agir comme si vous n'écoutiez pas.
   - Je taperai des mains après deux minutes pour signaler que vous pouvez commencer à écouter.
4. Faire un bref remue-méninge sur les façons dont les participants peuvent montrer qu'ils n'écoutent pas (c'est-à-dire en ne faisant pas de contact visuel [selon les normes culturelles], en jouant avec un stylo, ou en regardant leurs montres).
5. Inviter les « un » à revenir dans la salle.
6. Demander à tous les « un » de se mettre en rang, et demander aux « deux » de se mettre en rang face aux « un », afin que chacun ait un partenaire de nombre différent.
7. Demander à chacun des « un » de commencer à parler à la personne en face de lui sur le sujet donné.
8. Au bout de deux minutes, taper des mains, et laisser la discussion se poursuivre pendant encore deux minutes.
9. Faciliter la discussion sur l'exercice en posant les questions suivantes :
   - Qu'ont-ils ressenti (ceux qui parlaient), lorsque leurs partenaires les ont ignorés ?
   - Quels sont les signes montrant que leurs partenaires n'écoutaient pas ?
   - Quel effet les partenaires ont-ils senti en feignant de ne pas écouter; et lorsqu'ils ont commencé à écouter ?
   - Comment le présent exercice se rapporte t-il à votre travail ?
10. Distribuer le Document 5-B du participant.

Activité 2 : Jeu de rôle de démonstration *(15 minutes)*

Interpréter quelques compétences énumérées sur le Document 5-B du participant, notamment l'empathie et la réflexion, dans un bref jeu de rôle. Décrire les compétences affichées dans le jeu de rôle, et résumer brièvement le Document 5-B du participant.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Explication de termes contenus dans le Document 5-B du participant :

- **L'empathie** est réalisée en se mettant à la place de la cliente, et en comprenant son point de vue comme si c'était le votre.
- **L'interprétation** consiste à attribuer un sens ou une signification particulière à la manière dont la cliente réagit verbalement ou non verbalement aux informations, à sa situation, et aux autres questions que vous discutez avec elle.
- **La réflexion** implique la reformulation des pensées et/ou sentiments de la cliente avec vos propres mots. Cette technique permet à la cliente de confirmer et de transmettre sa compréhension de ce qu'elle ressent vraiment.

Se référer à la page 93 du supplément sur la fistule traumatique pour des points supplémentaires à discuter à ce stade dans la Partie C : Ecoute active/savoir écouter.

PARTIE D : COMMENT POSER DES QUESTIONS OUVERTES

Durée : 45 minutes

Activité 1 : Remue-méninges *(20 minutes)*

1. Demander aux participants de réfléchir aux questions que les prestataires pourraient poser à l'une des clientes de l'étude de cas de la Session 4.
2. Ecrire chaque question, complètement et exactement telle que posée, dans la colonne des « Questions » sur tableau-papier intitulé « Questions d'information/fermées contre Questions de sentiment/ouvertes ». (Note : Un exemple tableau-papier rempli figure sur la page suivante.)
3. S'arrêter lorsque 15 à 20 questions ont été obtenues.

Se référer à la page 94 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre liste d'exemples de questions à écrire sur tableau-papier utilisé à ce stade de l'activité.

Exemple de tableau-papier rempli pour l'Activité 3 {NE PAS COPIER LE CONTENU}

Questions d'information/fermées vs Questions de sentiment/ouvertes

Questions	Structure (F ou O)	Content (I ou S)
1. Combien d'enfant avez-vous ?		
2. Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez constaté que vous ne pouviez plus contrôler votre urine ?		
3. Que savez-vous sur le travail qui a duré trop longtemps ?		
4. Etes-vous allée en consultation prénatale pendant votre grossesse ?		
5. Comment preniez-vous soins de vous pendant votre grossesse ?		
6. Que diriez-vous de subir une opération pour arrêter vos fuites urinaires ?		
7. Quelles options de traitement connaissez-vous pour les fuites urinaires ?		

Activité 2 : Presentation *(10 minutes)*

1. Expliquer que les questions peuvent être considérées en deux catégories : leur structure (questions fermées contre questions ouvertes) et leur contenu (information contre sentiment).
2. Distribuer et examiner le Document 5-C du participant.
3. Discuter du rôle de chaque type de question dans le counseling. Donner un ou deux autres exemples de questions pour chaque catégorie.

Activité 3 : Exercice/Discussion en grand groupe *(25 minutes)*

1. Retourner au tableau-papier. Pour chaque question, posez les questions suivantes aux participants : La question est-elle « fermée » ou « ouverte » ? Est-ce une question « d'information » ou « de sentiment » ?
2. Ecrire « F » (pour les questions fermées) ou « O » (pour les questions ouvertes) dans la première colonne, écrire « I » (pour information) ou « S » (pour sentiment) dans la deuxième colonne, tel que indiqué (au bas) de la page suivante.
3. Additionner le nombre total de questions fermées, ouvertes, d'information, et de sentiment.
4. Demander aux participants comment ils décriraient les questions les plus couramment utilisées avec les clientes, en se basant sur cet exercice, et demander aux participants d'expliquer pourquoi ils utilisent le plus souvent certaines questions.
5. Montrer comment les questions fermées peuvent être changées en questions ouvertes, et comment les questions d'information peuvent être modifiées en questions de sentiment, en utilisant deux ou trois questions de la liste.
6. Demander aux participants de s'entraîner à changer une question fermée en question ouverte, et une question d'information en question de sentiment. Pour chaque question fermée ou d'information sur la liste de remue-méninges, demander à un participant de suggérer comment la poser en utilisant une question ouverte ou de sentiment. Faire le tour de la salle jusqu'à ce que chaque participant ait proposé une suggestion pour changer au moins une question.
7. Rappeler aux participants que certaines questions fermées ne peuvent pas et ne devraient pas être changées en questions ouvertes (voir ci-dessous).

CONSEIL POUR LA FORMATION

Il est important de rappeler que certaines questions fermées et d'information sont nécessaires pour faire le counseling, pour évaluer les besoins de la cliente. Le but de cette activité n'est pas d'éliminer les questions fermées et d'information, mais plutôt d'accroître l'utilisation des questions ouvertes et axées sur les sentiments, afin de permettre aux participants de mieux évaluer les besoins et préoccupations d'information et d'émotion de la cliente.

8. Demander aux participants comment ils pourraient utiliser cette compétence dans leurs interactions avec les clientes.

Se référer à la page 95 du supplément sur la fistule traumatique pour un autre exemple de tableau-papier rempli.

Exemple de tableau-papier rempli pour l'Activité 3 {NE PAS COPIER LE CONTENU}

Questions d'information/fermées vs Questions de sentiment/ouvertes

Questions	Structure (Fermée ou Ouverte)	Content (Information ou Sentiment)
1. Combien d'enfant avez-vous ?	F	I
2. Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez constaté que vous ne pouviez plus contrôler votre urine ?	O	S
3. Que savez-vous sur le travail qui a duré trop longtemps ?	O	I
4. Etes-vous allée en consultation prénatale pendant votre grossesse ?	F	I
5. Comment preniez-vous soins de vous pendant votre grossesse ?	O	I
6. Que diriez-vous de subir une opération pour arrêter vos fuites urinaires ?	O	S
7. Quelles options de traitement connaissez-vous pour les fuites urinaires ?	O	I

PARTIE E : UTILISATION DU LANGAGE SIMPLE ET DES AIDES VISUELLES

Durée: 1 heure 25 minutes

Activité 1 : Discussion *(20 minutes)*

1. Distribuer les Documents 5-D, 5-E, 5-F du participant, et un marqueur pour transparent ou un crayon à chaque participant.
2. Utiliser les tableau-papier ou transparents préparés, passer en revue la pathologie de la fistule en identifiant chaque partie du corps représentée. En discutant des diagrammes, demander aux

participants à savoir les termes utilisés localement pour désigner chaque partie du corps. Demander aux participants comment ils pourraient utiliser les termes locaux lors de la communication avec les clientes tout en étant conscient de l'argot et des connotations négatives.

Activité 2 : Présentation *(20 minutes)*

1. Expliquer l'importance et la difficulté de donner des explications simples aux clientes.
2. Demander aux participants la façon dont ils décrivent actuellement la pathologie et le traitement de la fistule obstétricale aux femmes en quête de soins de la fistule.
3. Ecrire leurs réponses sur un nouveau tableau-papier, et demander aux participants de dessiner un exemple de diagramme pour le traitement chirurgical sur un bout de papier. (Ce diagramme peut être utilisé en tant qu'aide visuelle pour l'Activité 3.)

Activité 3 : Pratique des compétences en petit groupe *(35 minutes)*

1. Expliquer que l'objectif de cette activité est de s'entraîner à donner des explications simples et à utiliser des aides visuelles.
2. Répartir les participants en groupes de trois. Dans chaque groupe, demander un volontaire de jouer le rôle du « prestataire », et un autre celui de la « cliente ». La troisième personne sera l'observateur. (Les rôles changeront pour chaque jeu de rôle, de sorte qu'à la fin de l'exercice, chaque participant aura joué le rôle du « prestataire ».)
3. Donner les instructions suivantes : Pour chaque jeu de rôle, le « prestataire » aura cinq minutes pour expliquer certains concepts et termes fondamentaux à la « cliente ». *Il faudra se rappeler de s'appuyer sur le niveau actuel de connaissances de la cliente et d'utiliser les documents en tant qu'aides visuelles.* La cliente peut poser des questions à tout moment. A la fin du jeu de rôle, l'observateur et la cliente disposeront de cinq minutes pour donner leurs réactions au prestataire (dans chaque petit groupe), notamment ce qu'il a bien fait et ce qui pourrait être amélioré.
4. Donner la tâche pour le premier jeu de rôle : En utilisant les documents, aides visuelles et un langage simple, expliquer à la cliente *pourquoi elle a une fuite d'urine/de selles, la cause de la fistule obstétricale dont elle souffre, et les options de traitement.*
5. Annoncer la fin des cinq premières minutes, et instruire les participants de terminer le jeu de rôle et de commencer à donner leurs commentaires. Annoncer la fin des cinq minutes suivantes, mettant fin aux commentaires. (*10 minutes au total*)
6. Demander aux participants de changer de rôles (avec chaque personne, y compris l'observateur, interprétant un nouveau rôle). Le nouveau « prestataire » devra s'appuyer sur les commentaires faits au « prestataire » précédent.
7. Encore une fois, annoncer la fin des cinq et 10 minutes. (*10 minutes au total*)

8. Demander aux participants de changer de rôle (avec chaque personne, y compris l'observateur, interprétant un nouveau rôle). Le nouveau « prestataire » devrait s'appuyer sur les commentaires faits au « prestataire » précédent.

9. Encore une fois, annoncer la fin des cinq et 10 minutes. (*10 minutes au total*)

CONSEIL POUR LA FORMATION

Pendant les jeux de rôle, ne pas oublier de passer d'un groupe à l'autre pour observer, et s'assurer que les participants comprennent correctement les instructions. Si un groupe ne suit pas les instructions, le corriger en douceur mais immédiatement. Si plus d'un groupe est embrouillé, arrêter les jeux de rôle, expliquer les instructions à nouveau, et recommencer. Si un participant en particulier a des problèmes avec la tâche, revenir vers ce groupe pour la séance de commentaires et ajouter vos commentaires à la discussion.

Au besoin, rappeler aux participants de montrer des aides visuelles à la cliente, plutôt que de les utiliser seulement pour leur propre référence.

Activité 4 : Discussion *(10 minutes)*

Demander aux participants ce qu'ils ont appris de cette session, en tant que « prestataires » et « clientes » dans le jeu de rôle, et comment cela peut être appliqué dans leur travail avec les clientes de la fistule.

Se référer aux pages 96 à 100 du supplément sur la fistule traumatique, qui couvre un sujet supplémentaire – Feedback positif à travers la paraphrase, l'élogie, l'encouragement et l'empathie – qui devrait être abordé à ce stade. Il comprend le Document supplémentaire 5-b à présenter et distribuer aux participants pendant l'examen de ce sujet.

PARTIE F : CADRE DE COUNSELING : REDI

Durée : 50 minutes

Activité 1 : Mise en train *(10 minutes)*

1. Répartir les participants en quatre groupes.

2. Présenter l'exercice en disant aux participants qu'ils vont maintenant examiner un cadre pour le counseling de la cliente de fistule. Il faudra également leur faire savoir qu'il existe d'autres cadres qu'ils ont pu entendre parler concernant d'autres aspects de counseling en matière de santé de la reproduction (tel que GATHER).

CONSEIL POUR LA FORMATION

Souligner que les mesures du cadre REDI peuvent être utilisées en tant que guide au cours des séances d'aide psychosociale. Dans tout counseling, la cliente est plus importante que le cadre. Au cours des exercices et discussions qui suivent, les participants devraient garder à l'esprit que les cadres peuvent aider les prestataires en leur montrant la voie pour leurs discussions avec les clientes, afin qu'ils ne ratent pas les mesures importantes. Toutefois, un cadre de counseling n'est utile que s'il permet aux prestataires de s'occuper des besoins et préoccupations propres à chaque cliente.

Si les participants souhaitent en apprendre davantage sur d'autres cadres, les formateurs peuvent examiner celui de GATHER (Saluer, Interroger, Dire, Aider, Expliquer, Revenir), qui est couramment utilisé pour le counseling en planification familiale. Le cadre REDI a été choisi pour le counseling de la fistule en raison de sa flexibilité. D'autres informations peuvent être trouvées sur les deux cadres de counseling dans la publication d'EngenderHealth intitulée : *Comprehensive Counseling for Reproductive Health : An Integrated Curriculum.*

3. Distribuer le Document 5-G du participant. Passer brièvement en revue les expressions et étapes du cadre de conseil REDI. Noter que le cadre REDI est conçu pour :
   - Mettre l'accent sur la responsabilité de la cliente par rapport à la prise de décision et à son exécution.
   - Donner des directives pour examiner les relations et le contexte social de la cliente.
   - Gérer les problèmes que la cliente peut rencontrer dans l'exécution de cette décision, et renforcer ses capacités pour l'aider à faire face à ces problèmes.

Se référer à la page 101 du supplément sur la fistule traumatique pour un point supplémentaire à discuter à ce stade de l'activité.

Activité 2 : Travail en petit groupe *(15 minutes)*

1. Afficher le tableau de papier préparé pour chaque phase du cadre REDI. Écrire les questions suivantes sur un autre tableau-papier. Expliquer que chaque groupe devra examiner une phase du cadre REDI, et répondre aux questions suivantes pour chaque étape :
   - Quelles étapes faites-vous déjà dans votre travail ?
   - Quelles étapes nécessiteraient une formation complémentaire, que ce soit pour améliorer les connaissances et compétences, ou pour que vous soyez plus à l'aise ? (Note au formateur : Une formation continue pourrait aussi être jugée utile pour les étapes qu'ils font déjà.)
   - Quelles étapes seraient difficiles à mettre en œuvre, et pourquoi ?
2. Attribuer une phase du cadre REDI à chaque groupe, et distribuer les tableaux-papiers correspondants.

3. Expliquer aux participants que, pour chaque étape, ils devraient passer en revue la description dans le manuel, examiner les questions que vous avez écrites sur le tableau-papier, et cocher les cases du tableau qui s'appliquent à leur cadre de travail. Il se pourrait qu'ils cochent plus d'une case ou toutes les trois cases – pour certaines étapes. Si les opinions divergent au sein du groupe, les participants devraient mettre un point d'interrogation dans la case.

4. Demander à chaque groupe de choisir une personne pour remplir le tableau de leur groupe et un autre pour servir de « rapporteur » en faisant compte-rendu pour l'ensemble du groupe sur la discussion du petit groupe.

5. Donner aux groupes 10 minutes pour remplir leurs tableaux. Vérifier brièvement chaque groupe pour s'assurer qu'ils comprennent les instructions. Si certains groupes terminent plus tôt que les autres, ils peuvent passer à d'autres phases du REDI, et discuter entre eux de leurs réponses aux trois questions.

Activité 3 : Discussion *(25 minutes)*

1. En commençant avec le Développement de la relation, demander au rapporteur du groupe d'afficher le tableau-papier du groupe et d'expliquer les conclusions. S'il y a des points d'interrogation, demander une brève explication. Demander également que l'on vous fasse un bref commentaire sur les problèmes du groupe. *(10 minutes au total pour les quatre groupes)*

2. Demander aux participants de dire ce qu'ils ont appris de cet exercice. *(5 minutes)*

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les participants devraient noter qu'ils sont déjà en train de faire une bonne partie des étapes de counseling décrites dans le cadre REDI. Les étapes qui, à leur avis, nécessitent une formation supplémentaire seront abordées dans le présent atelier. Les problèmes anticipés pourraient nécessiter une formation au-delà de la portée de cet atelier. Toutefois, les formateurs peuvent partager ces problèmes anticipés avec les superviseurs des participants ou les gestionnaires de programme, et ceci dans le cadre du suivi de la formation.

3. Animer une discussion en posant les questions suivantes *(10 minutes)*
   - Comment ce cadre peut-il garantir que le counseling est centré sur la cliente ?
   - Combien de temps les prestataires dans votre structure consacrent-ils généralement au counseling de chaque cliente ? Pensez-vous que ce cadre permet aux prestataires de travailler dans ce délai ? Pensez-vous que les prestataires peuvent gagner du temps avec ce cadre ? Si oui, comment ? Si non, pourquoi pas ?
   - Pourquoi le cadre prend t-il en charge le contexte social des décisions des clientes ?
   - Pourquoi ce cadre assure t-il la prise de décision éclairée et volontaire de la cliente ?

Formation REDI adapté à partir de : EngenderHealth. 2003. Principles and approaches for client-centered communication in sexual and reproductive health. Dans *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum*. New York.

Documents du participant de la session 5

Document 5-A du participant

Communication unilatérale et bidirectionnelle

Les inconvénients de la **communication unilatérale** :

- Une seule personne parle activement, ne donnant aucune chance à l'autre de poser des questions ou d'exprimer ses sentiments et opinions.
- En matière de soins de santé, le prestataire n'est pas en mesure de déterminer si la cliente a bien compris les informations données, ce qui conduit souvent à des malentendus.
- La communication unilatérale peut prendre moins de temps que la communication bidirectionnelle, mais elle n'est pas efficace en termes d'établissement de la compréhension.

Les avantages de la **communication bidirectionnelle :**

- Les deux personnes sont actives dans le partage d'informations et d'opinions, et dans les éclaircissements des informations avec des questions.
- Cela crée plus de discussion et d'interaction entre la cliente et le prestataire, ce qui améliore la compréhension des deux parties et aide le prestataire à déterminer si la communication a répondu aux besoins de la cliente.
- Bien que la communication bidirectionnelle prenne plus de temps que la communication unidirectionnelle, elle est plus efficace pour garantir que chaque personne s'est fait bien compris.

Document 5-B du participant

Savoir écouter

Les compétences d'écoute peuvent être améliorées par les pratiques suivantes :

- Maintenir un contact visuel avec l'orateur. (dans les limites des normes culturelles)
- Montrer un intérêt réel pour le sujet.
- Etre attentif à l'orateur. (c'est-à-dire, ne pas faire d'autres tâches en même temps et ne pas interrompre)
- Ne pas parler à d'autres personnes tout en écoutant.
- Poser des questions.
- Manifester de l'empathie.
- Réfléchir (c'est-à-dire, répéter ou utiliser vos propres termes pour confirmer la compréhension).
- Interpréter les sentiments et émotions derrière les paroles.
- Intégrer ce qui a été dit dans la suite de la discussion.

Un moyen facile de se rappeler les étapes de l'écoute active et efficace se trouve dans l'acronyme ÉCLAIRER :

É « **É**couter » Ecouter, et utiliser la communication non verbale, tel que le fait d'hocher la tête.

CLA « **CLA**rifier » Clarifier, en posant des questions sur ce que la cliente a dit.

I « **I**nclurer » Inclurer les opinions de la cliente en repondant au questions.

RE « **RE**connaitre » Reconnaitre la cliente en disant quelque chose comme « C'est bien. »

R « **R**épéter » Répéter en utilisant vos propres termes pour confirmer la compréhension.

Document adapté à partir de : Family Health International (FHI). 2003. Module 4: Communicating effectively as a peer educator. In *HIV & AIDS peer educators trainers' guide for IMPACT implementing agencies*. Arlington, VA.

Document 5-C du participant

Questions fermées et questions ouvertes

Les **questions fermées** peuvent généralement être répondues avec une réponse très courte, souvent un seul mot. Une question fermée appelle une réponse brève, exacte, comme « 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 ?
- Etes-vous allée en consultation prénatale pendant votre grossesse ?
- Quand avez-vous commencé à avoir des fuites d'urine ?
- Combien de temps a duré votre travail avant l'accouchement ?

Ces questions peuvent être utilisées pour déterminer la situation et les antécédents médicaux de la cliente au début du traitement médical ou du counseling.

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

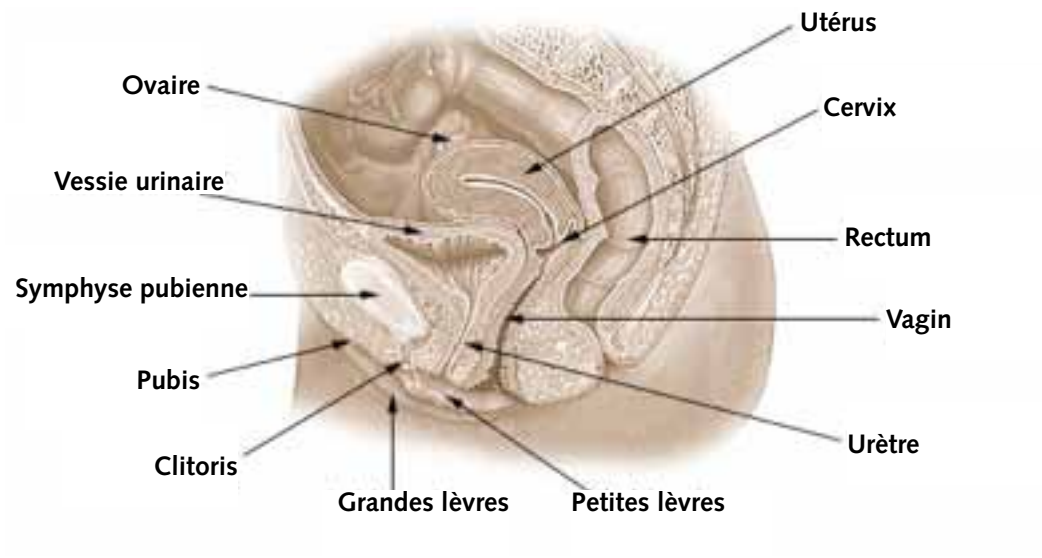
En voici quelques exemples :

- Qu'avez-vous ressenti quand vous avez constaté que vous ne pouviez plus contrôler votre urine ?
- Que savez-vous sur un travail qui a duré trop longtemps ?
- Comment avez-vous pris soin de vous pendant la grossesse ?
- Que diriez-vous de subir une intervention chirurgicale pour corriger vos fuites d'urine ?
- Quelles options de traitement des fuites d'urine connaissez-vous ?
- Que se passera t-il, selon vous, pendant votre séjour ici ? Quelles sont vos préoccupations à ce sujet ?
- Quelles questions ou préoccupations votre mari ou partenaire a t-il sur votre maladie ?

Document 5-D du participant

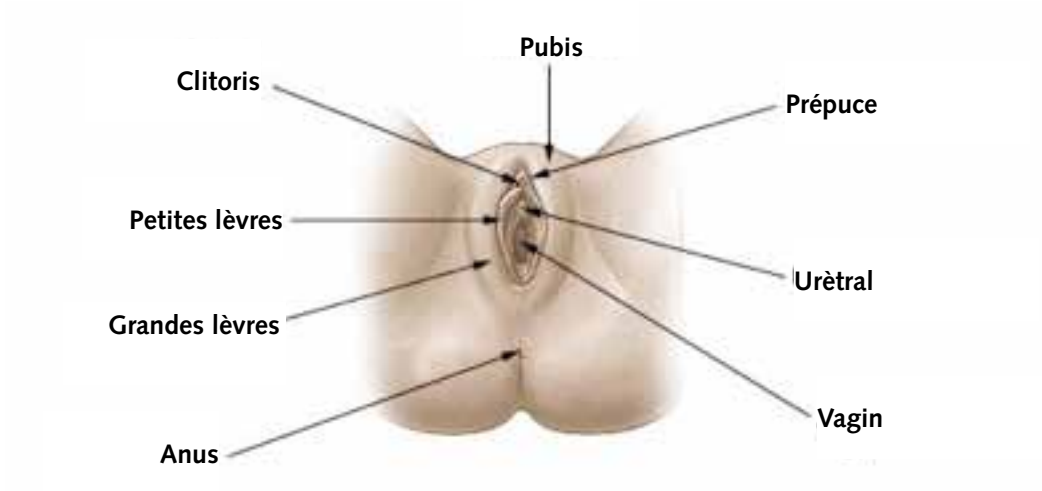
Organes reproducteurs de la femme

Organes reproducteurs de la femme



Source : U.S. National Cancer Institute (NCI) Surveillance, Epidemiology and End Results (SEER) Program. [Aucune date.] Female reproductive system. Atlanta: NCI SEER Cancer Registry. Accès par www.training.seer.cancer.gov/module_anatomy/ unit12_3_repdt_female.html/, 12 mars 2008.

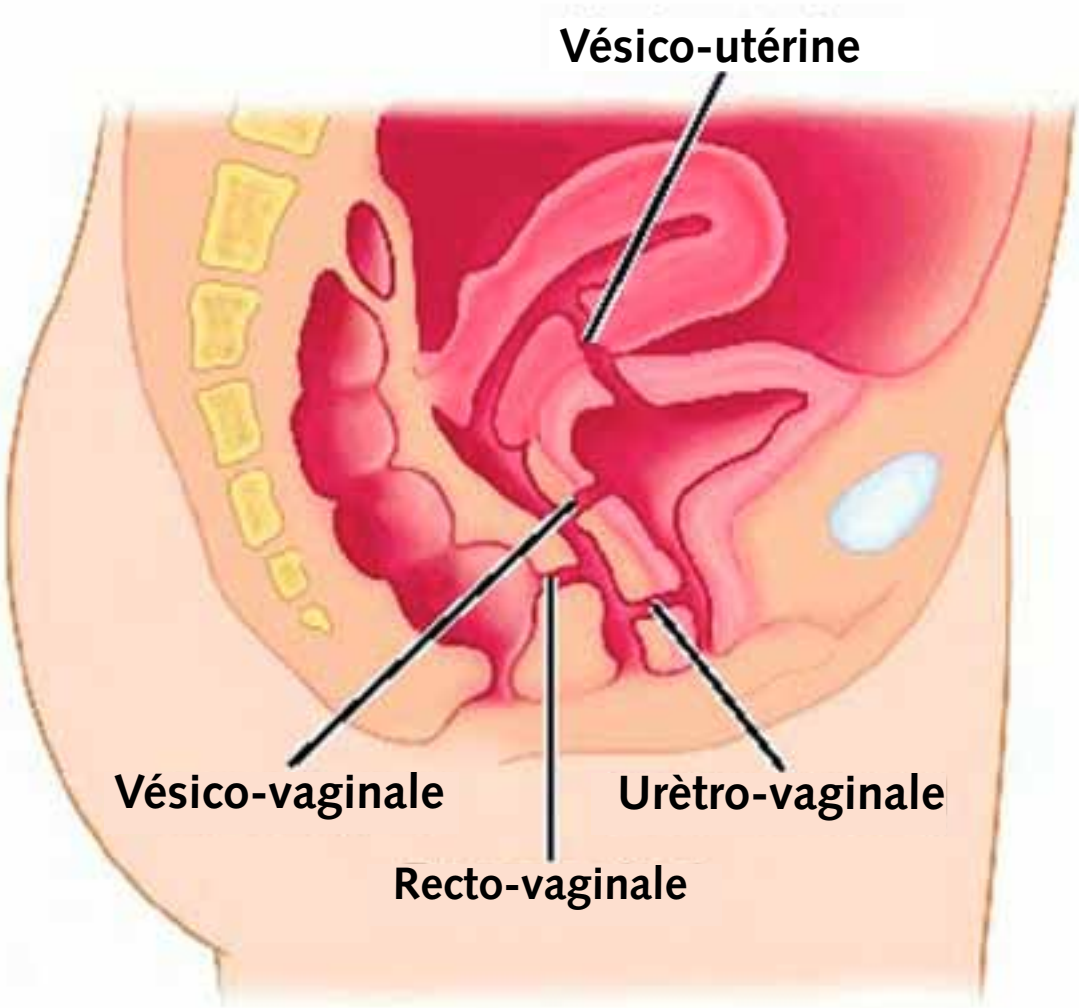
Organes génitaux externes de la femme



Source : NCI SEER Program. [Aucune date.] External genitalia. Atlanta: NCI SEER Cancer Registry. Accès par www.training.seer.cancer.gov/module_anatomy/unit12_3_ repdt_female3_genitalia.htmll/, 12 mars 2008.

Document 5-E du participant

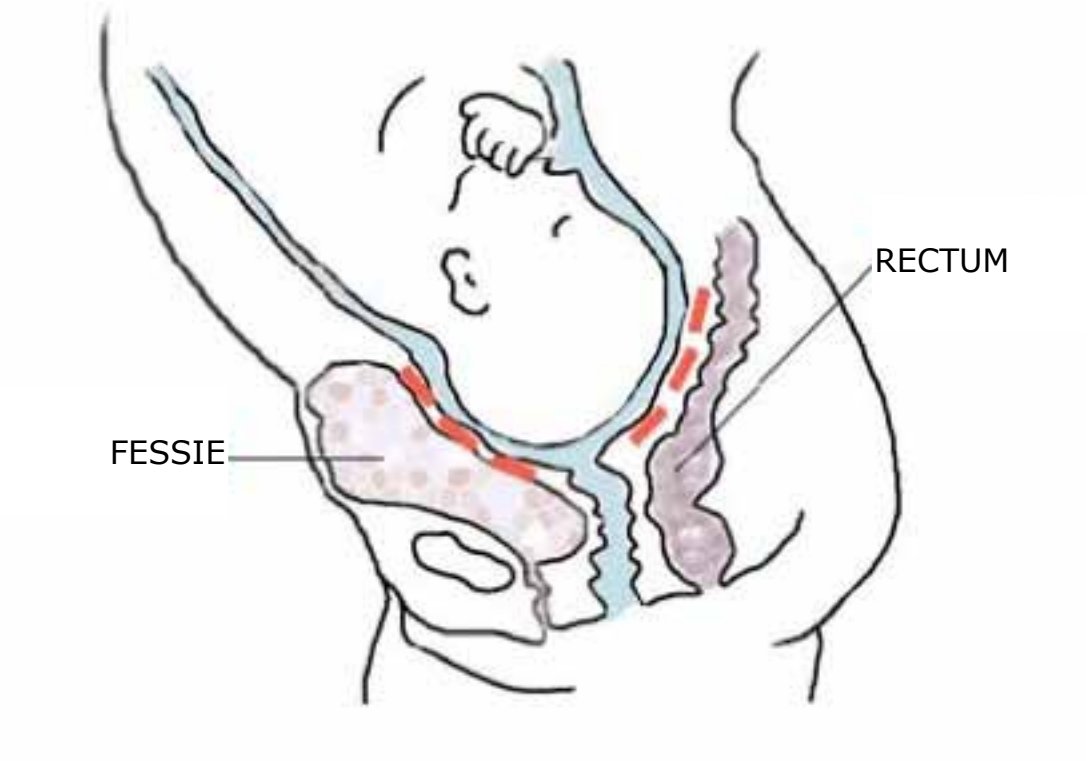
Quatre types communs de la fistule obstétricale



Source : Merck & Co., Inc. 2006. *Dorland's illustrated medical dictionary*. Whitehouse Station, NJ.

Document 5-F du participant

Travail prolongé et effets sur le système reproducteur



Source : FNUAP. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org, 8 août 2005.

Document 5-G du participant

REDI : Développement de la relation, exploration, prise de décision, exécution de la décision

Phase 1 : Développement de la relation

1. Accueillir la cliente :
   - Saluer chaleureusement la cliente.
   - Aider la cliente à se sentir à l'aise et détendue.
2. Faire les présentations :
   - Identifier la raison de la visite de la cliente.
   - Poser des questions générales, comme le nom, l'âge et le nombre d'enfants.
3. Introduire le sujet de la fistule obstétricale :
   - Expliquer la nécessité de poser certaines questions.
   - Expliquer à la cliente les sujets dont vous allez discuter.
4. Assurer la confidentialité :
   - Expliquer le but de la confidentialité et la politique en la matière.
   - Créer une atmosphère de confidentialité en vous assurant que personne ne peut entendre votre conversation, même si vous n'êtes pas en mesure d'utiliser une pièce séparée.

Phase 2 : Exploration

1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
   - Déterminer ce que la cliente comprend de son problème (la fistule obstétricale et/ou des questions connexes), identifier les soucis ou préoccupations qu'elle pourrait avoir, et ce qu'elle espère précisément accomplir grâce à la visite.
   - Etudier l'historique de grossesse de la cliente, sa connaissance et son utilisation des méthodes de planification familiale et les pratiques de maternité sans risque.
   - Explorer d'autres facteurs sur la situation de la cliente pouvant limiter son pouvoir ou contrôle sur la prise de décisions, comme la dépendance financière d'un partenaire ou membre de la famille, les tensions au sein de la famille élargie, et la crainte de la violence, entre autres.

2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner des informations, au besoin :
   - Demander à la cliente ce qu'elle sait sur sa situation, c'est-à-dire, le fait qu'elle ait développé une fistule.
   - Demander ce qu'elle sait sur la procédure de réparation de la fistule, notamment les dangers et les complications éventuelles.
   - Corriger les informations fausses et combler tout déficit dans ses connaissances.

Phase 3 : La prise de décision

1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
   - Aider la cliente à donner la priorité aux décisions, afin de déterminer lesquelles sont les plus importantes à gérer aujourd'hui.
   - Expliquer l'importance que revêt la prise de ses propres décisions par la cliente.
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision :
   - Bon nombre de clientes (et certains prestataires) estiment que dans la plupart des domaines de la santé sexuelle et de la reproduction, les options de prise de décision de la cliente sont limitées. Un important rôle que joue le prestataire consiste à exposer les différentes décisions qu'une cliente peut prendre et l'aider à explorer les conséquences de chacune. Cela permettra à la cliente de faire son propre choix, ce qui est un élément clé concernant le soutien aux droits sexuels et de procréation de la cliente.
3. Peser les avantages, inconvénients et conséquences de chaque option :
   - S'assurer que la discussion est axée sur des options répondant aux besoins individuels de la cliente, en tenant compte de ses préférences et préoccupations.
   - Donner des informations plus détaillées, autant que de besoin, sur les options envisagées par la cliente.
   - Déterminer qui serait touché par chaque décision.
   - Explorer avec la cliente comment, à son avis, son partenaire ou les membres de sa famille pourraient réagir au programme envisagé (par exemple, subir la chirurgie de réparation de la fistule, accoucher à l'avenir dans un centre de santé, etc.).
4. Aider la cliente à prendre ses propres décisions réalistes :
   - Demander à la cliente quelle est sa décision (à savoir, quelle option elle choisit).
   - Demander à la cliente d'expliquer en ses propres mots pourquoi elle prend cette décision.
   - Vérifier si cette décision est son choix, sans la pression de son conjoint, partenaire, des membres de sa famille, d'amis ou autres prestataires de services.
   - Aider la cliente à déterminer si sa décision peut être effectivement réalisée, compte tenu de ses relations, sa vie familiale, et sa situation économique.

Phase 4 : Mise en œuvre de la décision

1. Aider la cliente à faire un plan concret et précis pour la mise en œuvre de la décision :
   - Etre *précis*. Si une cliente déclare qu'elle va faire quelque chose, essayer de voir à quel moment, dans quelles circonstances, et quelles seront les étapes suivantes dans chaque situation. Lorsque l'on élabore un plan visant à réduire les risques de dommages à la réparation chirurgicale ou de développement d'une autre fistule, il est important de poser à la cliente la question suivante : « Que ferez-vous ensuite ? » Par exemple, si une cliente dit qu'elle va accoucher de son prochain bébé dans un centre de santé ou un hôpital, le prestataire devrait lui demander : « Comment vous y rendriez-vous ? » « Comment allez-vous payer la visite? » « Comment direz-vous à votre partenaire/famille que vous souhaiteriez accoucher dans un centre de santé ou un hôpital ? »
   - Interroger sur les conséquences possibles du plan : « Comment votre partenaire/famille va-t-il/elle réagir » « Craignez-vous des désaccords ? »
   - Interroger sur le soutien social : « Qui peut vous aider à réaliser le plan ? » « Qui pourrait créer des obstacles ? » « Comment allez-vous faire face à un manque de soutien ou avec des personnes qui s'opposent aux efforts que vous faites pour réduire les risques ? »
   - Aider la cliente à faire un « Plan B. » Si le plan actuel ne fonctionne pas, qu'est-ce que la cliente peut faire d'autre ?
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. Tester les compétences de la cliente, selon les besoins :
   - Compétence en matière de communication et de négociation avec le partenaire
     - Discuter des craintes ou préoccupations de la cliente concernant la communication et la négociation avec son partenaire ou les membres de sa famille au sujet des problèmes de santé maternelle ou de la planification familiale, et proposer des idées pour améliorer la communication et la négociation.
     - Faire un jeu de rôle avec la cliente sur les situations possibles de communication et de négociation.
   - Compétences par rapport à l'utilisation des méthodes de planification familiale
     - S'assurer que la cliente (et/ou son partenaire ou les membres de sa famille) comprend l'utilisation de la méthode de planification familiale qu'elle a choisi ; demander à la cliente de répéter les informations de base et l'encourager à demander des éclaircissements.
4. Faire un plan de suivi :
   - Inviter la cliente à revenir en visite de suivi pour un soutien continu à la prise de décision, la négociation, et le changement de comportement.
   - Expliquer le calendrier des visites de suivi médical ou de réapprovisionnement en contraceptifs.
   - Orienter la cliente pour les services non fournis dans votre structure.

Document adapté à partir de : EngenderHealth. 2003. Session 8: Counseling frameworks. Dans *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum*. New York.

Session 6
Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale

Se référer aux pages 104 à 107 du supplément sur la fistule traumatique pour Vue d'ensemble de la Session 6 equivalent – Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront procéder comme suit :

- *Décrire :*
  - Le but du counseling aux clientes de la fistule à chaque étape de la prestation de services.
  - Les informations qui devraient être fournies aux clientes à chaque étape de la prestation de services.
  - Les préoccupations et besoins de la cliente, avant, pendant et après l'opération.
  - Les besoins particuliers en counseling pour les clientes ayant des besoins spéciaux (c.-à-d., les clientes qui sont très jeunes, plus âgées, séropositives, qui sont des handicapées physiques, mentales ou handicapées par un retard de développement).

- *Examiner* le counseling dans le cadre des services existants pour les femmes atteintes de fistule.
- *Démontrer :*
  - Comment créer un environnement favorable pour discuter des besoins et préoccupations des clientes.
  - Le counseling à chaque étape de prestation de services, en utilisant les compétences en matière de communication pour répondre aux besoins des clientes grâce aux jeux de rôle.
  - Le counseling pour les femmes ayant des besoins spéciaux.

POINTS À RETENIR

- ✓ Toute personne qui interagit avec une cliente dans une structure de santé a un rôle à jouer pour aider la cliente à se sentir plus à l'aise.
- ✓ Il existe six étapes de prestation de services
  - le premier contact
  - l'accueil clinique
  - la prise en charge préopératoire
  - la gestion intra-opératoire
  - la gestion postopératoire
  - la sortie et le suivi
- ✓ Les besoins affectifs et d'information de la cliente et ceux du personnel de la structure de santé chargé des soins sont différents à chaque étape de la prestation de services.
- ✓ Le counseling de la cliente de la fistule :
  - Insiste sur le fait d'aider les clientes à faire leur choix et à gérer les émotions liées à leur situation.
  - Va au-delà de simplement donner des faits, permettant aux clientes d'appliquer ces informations à leurs situations particulières, et de faire des choix éclairés.
  - Discute des sentiments et préoccupations, car ils sont pertinents pour les choix de la cliente, notamment en matière de comportement sexuel, de santé de la reproduction et de la fertilité.
- ✓ Une cliente de fistule aura besoin :
  - D'informations et d'éducations actualisées sur la fistule et les soins connexes, qui devraient être partagées par les prestataires en utilisant un langage que la cliente peut comprendre, et des messages simples et clairs.
  - De soutien affectif.
  - D'une gestion clinique de qualité.
- ✓ L'approche à la prise en charge clinique dépendra de l'état physique de la femme à son arrivée, de l'existence d'autres maladies, du type et de la classification de la fistule.
- ✓ Les femmes qui peuvent avoir des besoins spéciaux de counseling sont notamment, les femmes les plus jeunes, les femmes plus âgées, les femmes séropositives, les femmes physiquement handicapées, et les femmes ayant un retard de développement ou une déficience mentale.
- ✓ Le suivi et les soins après la sortie sont importants pour une bonne réinsertion sociale et la guérison.

Méthodes de formation

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

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tableau-papier des études de cas de cliente (de la Session 4)
- Tableau-papier intitulés « Prise en charge des sentiments de la cliente » pour chaque cliente (préparé pour la session 4)
- Transparent 6-A : Exemple de « carte » pour la révision structurée concernant les services de la cliente de l'étude de cas (Annexe D, page 303)
- Document 10-A du participant : Exemple de guides d'apprentissage du counseling

  Note : Utiliser les documents de la Session 10 sous forme de transparents.
- Document 6-A du participant : Etapes de la prestation de services
- Document 6-B du participant : Counseling à la cliente de la fistule obstétricale
- Document 6-C du participant : Etapes de counseling à la cliente de la fistule obstétricale
- Document 6-D du participant : 10 conseils pour améliorer les services de counseling aux clientes de la fistule obstétricale
- Document 6-E du participant : Vue d'ensemble sur l'accueil clinique
- Document 6-F du participant : Vue d'ensemble de l'admission et de la gestion préopératoire
- Document 6-G du participant : Vue d'ensemble sur l'intervention chirurgicale
- Document 6-H du participant : Vue d'ensemble sur la gestion postopératoire (les 14 premiers jours après l'opération)
- Document 6-I du participant : Vue d'ensemble sur la sortie et le suivi
- Document 6-J du participant : Fiche d'information de sortie
- Document 6-K du participant : Counseling aux clientes ayant des besoins spéciaux
- Support pour les jeux de rôle, tels que le matériel éducatif de la cliente, une couverture, un rideau, les draperies, des échantillons ou images de matériels utilisés pour la fistule ou d'autres équipements pouvant rendre les jeux de rôle plus réalistes
- Caméra vidéo et télévision ou moniteur (facultatif)

Préparation préalable

1. Préparer tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Examiner tous les documents et en faire des copies pour chaque participant.
3. Préparer six tableaux-papier avec les titres suivants reflétant chaque étape de traitement de la fistule :
   - Accueil
   - Admission
   - Traitement préopératoire
   - Traitement intra-opératoire

- Traitement postopératoire
- Sortie

4. Préparer les tableaux-papiers avec les titres suivants :
   - « Besoins et préoccupations – Premier contact »
   - « Besoins et préoccupations – Accueil clinique »
   - « Besoins et préoccupations – Admission dans le pavillon et période préopératoire »
   - « Besoins et préoccupations – Période intra-opératoire »
   - « Besoins et préoccupations – Période postopératoire »
   - « Besoins et préoccupations – Premier contact »
   - « Besoins et préoccupations – Accueil clinique »
   - « Besoins et préoccupations – Admission dans le pavillon et période préopératoire »
   - « Besoins et préoccupations – Période intra-opératoire »
   - « Besoins et préoccupations – Période postopératoire »
5. Préparer la salle pour que chaque groupe puisse s'asseoir près de ses études de cas et tableaux-de papier respectifs comportant les sentiments.
6. Rassembler le matériel et préparer la salle pour la pratique des jeux de rôle.
7. Mettre en place la caméra vidéo et la télévision ou le moniteur (facultatif).

Session 6 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 5 heures 35 minutes à 6 heures

Se référer aux pages 108 à 124 du supplément sur la fistule traumatique (Suppléments 6A et 6B), qui couvrent les deux autres sujets qui devraient être abordés au début de la présente session :

- *Resolution des problèmes que font face les clientes de la fistule traumatique*
- *Counseling des clientes de la fistule traumatique (questions psychosociales)*

Ces pages contiennent également les documents supplémentaire 6-a, 6-b et 6-c, à présenter et à distribuer aux participants lors de ces activités.

PARTIE A : VUE D'ENSEMBLE DU COUNSELING

Durée : 45 minutes

Activité 1 : Exercice/Discussion en grand groupe *(25 minutes)*

1. Demander à un volontaire de faire un « mappage de la répétition » concernant les services offerts aux clientes de la fistule au niveau de son site, et ce de la manière suivante : Le volontaire devra jouer le rôle de sa cliente d'étude de cas et « répéter » les étapes de la cliente à son arrivée à la structure jusqu'à son départ (ou son retour pour le suivi). Tandis que le volontaire décrit les étapes, schématiser-les sur un tableau-papier.

CONSEIL POUR LA FORMATION

L'exemple de répétition et de mappage d'une cliente d'étude de cas devrait rendre l'exercice interactif *et* préciser ce qui se passe à chaque étape de la prestation de services sur les sites respectifs des participants. La carte devrait identifier les points de contact actuels avec les différents services et prestataires, et peut servir de référence concernant la manière et le moment approprié pour offrir des services de counseling aux clientes dans le processus de prestation de services.

2. Distribuer le Document 6-A du participant et le comparer avec ce qui était écrit sur tableau-papier.
3. Identifier brièvement les services manquants ou ayant besoin d'être améliorés. Cela fournira aux participants un cadre concret et familier pour examiner et appliquer les services de counseling.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le Document 6-A du participant apporte des éclaircissements sur le rôle du counseling dans les soins aux femmes ayant une fistule obstétricale, et passe en revue les éléments du counseling, notamment la personne ciblée pour faire le counseling, et les qualités et compétences requise. A ce stade de la formation, la présentation de ce matériel répond à trois objectifs : elle fournit un cadre convenable pour les compétences, les attitudes et les enseignements abordées dans les Sessions 2 à 5, et elle prépare les participants à la pratique du counseling qu'ils feront pour ce qui reste de la formation.

Activité 2 : Discussion *(20 minutes)*

1. Demander aux participants de décrire le rôle du counseling dans les services de santé pour les femmes atteintes de fistule. Dissiper tout malentendu, répondre aux questions soulevées par les participants, et distribuer le Document 6-B du participant.
2. Expliquer aux participants que les compétences et démarches relatives au counseling devraient toujours être intégrées dans leur travail quotidien avec les clientes de la fistule. Il faudra rappeler que tout membre du personnel communiquant avec les clientes, même si ce n'est que pour une courte durée, a une part de responsabilité pour le counseling.

Se référer aux pages 125 à 127 du supplément sur la fistule traumatique pour les points de discussion supplémentaires et du Document supplémentaire 6-d des participants à distribuer et à débattre à ce stade de cette activité.

3. Distribuer le Document 6-C du participant et résumer brièvement les besoins de counseling à chaque étape de la prestation de services.
4. Distribuer le Document 6-D du participant et examiner brièvement les points les plus importants.

PARTIE B : COUNSELING DES CLIENTES DE FISTULE OBSTÉTRICALE

Durée : 3 heures 55 minutes, à 4 heures 20 minutes

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion *(45 minutes)*

1. Afficher les six tableaux-papier marqués sur les murs.
2. Répartir les participants en trois groupes, et demander à chaque groupe de remplir la section suivante sur deux des tableaux-papier : (i) « les besoins et préoccupations » pour l'étape de prestation de services désigné, et (ii) « les émotions qu'une cliente pourrait éprouver à ce moment précis ».
3. Réunir à nouveau tout le groupe et diriger les membres de chaque petit groupe pour l'examen du contenu de chaque tableau-papier.

4. Mettre fin à l'exercice en interrogeant les participants sur la manière dont le prestataire de service pourrait répondre à de tels besoins, que ça soit de manière verbale ou non verbale. Ensuite, lire la citation suivante pour voir comment un prestataire peut répondre aux besoins et sentiments d'une cliente au cours de la procédure :

> In some cultures, women may feel ashamed to sit for an extended period of time with their legs open, even though this is part of a clinical procedure. While providers cannot completely erase such feelings of shame, they can be sensitive to the client's concerns by means of simple gestures, such as draping her lower body whenever possible, holding her hand, telling her that many women feel a little uncomfortable in this situation, and reassuring her that this feeling is normal. [Dans certaines cultures, les femmes peuvent avoir honte de s'asseoir longtemps avec les jambes écartées, même si cela fait partie d'une procédure clinique. Si les prestataires ne peuvent pas complètement faire disparaitre de tels sentiments de honte, ils peuvent se montrer sensibles aux préoccupations de la cliente par de simples gestes, comme recouvrir la partie inférieure de son corps chaque fois que possible, en lui tenant la main, en lui disant que de nombreuses femmes se sentent un peu mal à l'aise dans cette situation, et en la rassurant que ce sentiment est normal.]
>
> 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.

5. Résumer l'activité en expliquant l'importance de rassurer la cliente et de lui prêter attention.

Activité 2 : Remue-méninges/Discussion *(30 minutes)*

1. Poser la question suivante aux participants : Comment pouvez-vous déterminer si c'est le moment propice pour discuter avec une cliente de ses besoins et préoccupations ? Ecrire leurs idées sur tableau-papier intitulé « Evaluation de la disponibilité d'une cliente pour discuter ».

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le processus d'évaluation de la disponibilité d'une cliente à discuter et de la création d'un environnement propice diffèrent d'un endroit à une autre, dépendant de son état, de la culture locale, et des caractéristiques spécifiques du site de services (par exemple, l'hôpital vs cadre clinique). Les exemples suivants peuvent servir de guide pour la discussion :

- Observer l'apparence de la cliente : Est-elle consciente, vigilante ou, orientée ? Semble-t-elle endormie, en proie à la douleur, apeurée, ou agitée ?
- Demander : « Comment vous sentez-vous ? »
- Demander : « Vous pouvez avoir des questions sur ce qui se passe. Est-ce un bon moment pour en parler ? »

2. Afficher le tableau-papier rempli sur le mur en guise de référence durant le reste de cette session.

3. Demander aux participants de faire une liste des moyens de créer un environnement favorable pour discuter ouvertement des besoins et préoccupations des clientes.
4. Ecrire leurs idées sur le tableau-papier intitulé « Création d'un environnement favorable à la discussion ».
5. Montrer comment organiser le cadre, et parler doucement en s'asseyant ou se tenant debout près de la cliente, tel que décrit ci-dessous.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Quelques exemples concernant la manière de créer un environnement favorable à la discussion :

- Organiser le cadre de sorte qu'il soit propice à une discussion confidentielle avec la cliente (par exemple, en tirant un paravent ou un rideau pour l'intimité visuelle, ou en s'assurant que vous êtes assez loin des autres clientes et du personnel pour ne pas être entendu si vous parlez doucement).
- S'asseoir ou se mettre debout au même niveau que la cliente.
- Assurer la cliente de la confidentialité (c'est-à-dire, lui faire savoir que tout ce qu'elle dira, restera entre elle et vous, à moins que d'autres membres du personnel médical qui la soigne n'aient besoin de savoir).
- Reconnaitre que les sentiments de peur, de confusion, ou d'inquiétude sont des émotions communes pour la plupart des femmes qui sont dans cette situation.
- Demandez-lui s'il y a quelqu'un d'autre qu'elle aimerait voir participer à la discussion (par exemple, son partenaire ou des membres de sa famille).

6. Afficher le tableau-papier rempli sur le mur en guise de référence durant le reste de l'atelier.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Après l'établissement des listes dans le tableau-papier par les participants, étant des listes spécifiques à leurs propre cultures et sites, vous pouvez les saisir en machine, les copier et les distribuer avant la fin de l'atelier.

Activité 3 : Préparation au jeu de rôle *(10 minutes)*

Note : Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes d'études de cas (à partir de la Session 3) en tant que personnage. Cette technique de jeu de rôle sera utilisée à chaque étape des soins. Bien que le processus soit le même pour chaque jeu de rôle, les transparents et documents seront différents.

1. Pour guider le counseling, projeter un transparent du Document 10-A du participant (Exemple de guide d'apprentissage du counseling).

2. Distribuer les documents pour chaque étape des soins. Les participants peuvent les utiliser en tant que référence pour les aider à élaborer des messages pour la cliente dans l'étude de cas. Ceci n'est qu'un guide, et les participants devraient le comparer avec les protocoles de leurs institutions respectives.
   - Document 6-E du participant : Vue d'ensemble de l'accueil clinique.

Se référer aux pages 128 à 138 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre version du Document 6-E du participant intitulé Vue d'ensemble de l'accueil clinique, qui sera distribué à ce stade de l'activité.

   - Document 6-F du participant : Vue d'ensemble de l'admission et de la gestion préopératoire
   - Document 6-G du participant : Vue d'ensemble d'une intervention chirurgicale
   - Document 6-H du participant : Vue d'ensemble de la gestion postopératoire (les 14 premiers jours après l'opération)
   - Document 6-I du participant : Vue d'ensemble de la sortie et du suivi

Se référer aux pages 139 à 141 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre version du Document 6-I du participant intitulé Vue d'ensemble de la sortie et du suivi, qui sera distribué à ce stade de l'activité.

   - Document 6-J du participant: Fiche de renseignement sur la sortie
3. Diviser les participants en cinq groupes, utilisant les mêmes groupes de clientes d'étude de cas tel qu'au premier jour de l'atelier, et installer chaque groupe près du lieu où son étude de cas et les tableaux-papier comportant les sentiments sont affichés sur le mur. Attribuer à chaque groupe un stade de soins différent (par exemple, soit « l'accueil clinique », « l'admission et la gestion préopératoire », « l'intervention chirurgicale », « la gestion postopératoire » ou « la sortie et le suivi »).
4. Demander à chaque groupe de :
   - Développer un jeu de rôle qui va durer cinq à 10 minutes pour le counseling pendant l'accueil clinique. La session de counseling devrait accomplir les tâches de communication suivantes :
     - L'évaluation de la volonté de la cliente à discuter de ses préoccupations et de ses sentiments
     - L'incitation de la cliente à poser des questions et exprimer ses opinions et sentiments
     - La réponse aux questions de la cliente avec des explications simples
   - Se rappeler d'utiliser les questions ouvertes ou de sentiments élaborés par les participants pour répondre aux préoccupations relatives à la sexualité et aux rapports sociaux entre les sexes.
   - Se rappeler de montrer des exemples de réflexion (par exemple, l'interprétation des sentiments derrière les mots d'une cliente).
5. Distribuer les supports à chaque groupe.
6. Encourager les groupes à utiliser les listes de contrôle normalisées pour les counseling dans leur manuel pour le stade concerné de la prestation de services.
7. Déambuler dans la salle et aider les participants à développer leurs jeux de rôle.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Vous pouvez avoir besoin de rappeler aux participants les objectifs suivants du jeu de rôle :

- Prendre le jeu de rôle au sérieux. (C'est une occasion de s'entraîner aux interactions avec des clientes réelles le jour suivant.)
- Etre réaliste dans les scénarios présentés.
- Adapter la conversation pour répondre aux besoins individuels de la cliente, plutôt que d'utiliser un scénario de discussion avec des informations non pertinentes. (Par exemple, si une cliente veut bientôt tomber enceinte, elle ne sera probablement pas intéressée par des méthodes de planification familiale à longue durée.)
- Poser des questions, plutôt que de faire des hypothèses sur la volonté et les besoins de la cliente.

Se référer à la page 142 du supplément sur la fistule traumatique pour un conseil de formation supplémentaire pour la présente activité.

Activité 4: Présentation de jeu de rôle *(20 à 25 minutes pour chacune des cinq étapes)*

1. Demander à chaque groupe de faire leur jeu de rôle et préciser que les autres participants observeront.
2. Introduire le jeu de rôle en rappelant aux participants les circonstances de l'étude de cas.
3. Enregistrer sur vidéo le jeu de rôle (facultatif).
4. Arrêter le jeu de rôle s'il dépasse 10 minutes.
5. Visionner la bande vidéo du jeu de rôle (si une vidéo est utilisée), et mener une discussion (10 minutes) en posant les questions suivantes :
   - Comment pensez-vous que la cliente s'est sentie au cours de ce jeu de rôle ?
   - Quelles sont les tâches de communication accomplies ?
   - Les informations fournies étaient-elles techniquement exactes ?
   - Est-ce que les questions techniques ont été expliquées en utilisant un langage simple ?
   - Qu'est-ce que le groupe a réussi ? Commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires. Terminer en faisant un résumé des commentaires positifs.
   - Comment pourraient-ils s'améliorer (aussi bien pour la technique que pour le contenu) ? Commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires. Terminer en faisant une synthèse concernant la manière dont le groupe pourrait s'améliorer.
6. Résumer les commentaires et ajouter tout point qui n'était pas couvert par les participants.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Certains participants pourraient être bouleversés lorsqu'ils rencontrent de réelles clientes de fistule pendant la formation. Il pourrait être utile de discuter avec les participants de cette question à ce stade de la formation. Il faudra leur assurer que vous serez disponible s'ils ont besoin d'un soutien affectif supplémentaire de votre part lors de réelles séances de counseling. En outre, ce point devrait être rappelé avant et pendant le stage clinique aussi.

7. Sélectionner le groupe suivant devant interpréter leur jeu de rôle, et répéter les étapes 1 à 6. Répéter le processus jusqu'à ce que tous les groupes aient accompli leurs jeux de rôle.

Activité 5 : Discussion *(10 minutes pour chacune des cinq scènes)*

1. Résumer les jeux de rôle en posant les questions suivantes :
   - Qu'avez-vous appris de cette session ?
   - Comment pourriez-vous appliquer ce que vous avez appris dans votre cadre de travail ?
2. Etre prêt à effectuer votre propre jeu de rôle de démonstration, au cas où les étapes ou compétences clés devraient être renforcées.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les jeux de rôle fonctionnent mieux si chaque groupe est en mesure de s'entraîner devant les autres et obtenir des commentaires. Cependant, cela prend plus de temps, surtout s'il y a plusieurs participants dans la formation. Les groupes peuvent pratiquer leur jeu de rôle en même temps s'il y a suffisamment d'espace et s'il y a un nombre suffisant de formateurs pour superviser chaque groupe. Toutefois, vous devriez toujours disposer d'un groupe pour faire la démonstration aux autres, et vous devriez toujours diriger une discussion en grand groupe et recueillir les commentaires pour ce jeu de rôle. Après la présentation des jeux de rôle par les participants, le formateur devrait d'abord identifier les aspects qui ont été bien fait, puis ceux qui ne l'ont pas été et puis montrer comment faire pour les améliorer.

Au cours de cette session et des deux suivantes, le temps disponible pour la pratique peut varier. Dans la présente session, les jeux de rôle prendront plus de temps parce que les participants ne sont pas familiers avec le processus. Les séances d'entraînement suivantes prendront moins de temps, à mesure que les participants s'habituent au format et améliorent leurs compétences. Il faudra faire preuve de souplesse en attribuant du temps pour la pratique des jeux de rôle ; cette étape constitue l'un des aspects les plus importants de toute la formation. L'on devra rappeler aux participants d'utiliser la liste de contrôle du counseling pendant la pratique.

(*Note* : L'enregistrement sur bande magnétoscopique ajoutera cinq à 10 minutes au temps nécessaire pour l'exercice.)

PARTIE C : COUNSELING DES FEMMES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX

Durée : 55 minutes

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion *(5 minutes)*

1. Demander aux participants de faire une liste de femmes dont les situations les obligent à faire face à d'autres préoccupations physiques ou quotidiennes qui ne sont pas nécessairement liées à la fistule.
2. Ecrire les commentaires des participants sur le tableau-papier intitulé « Les femmes ayant des besoins spéciaux », et afficher-le sur le mur.

Activité 2 : Préparation de la présentation *(10 minutes)*

1. Distribuer le Document 6-K du participant.
2. Diviser les participants en six groupes et attribuer aléatoirement un besoin spécial tiré du document polycopié à chaque groupe.
3. Demander à chaque groupe de faire un exposé de cinq minutes sur le counseling aux femmes ayant le besoin spécial assigné au groupe.
4. Distribuer le tableau-papier, les marqueurs et/ou transparents à chaque groupe.
5. Déambuler dans la salle et aider les participants à mesure que les autres développent leurs présentations.

Activité 3 : Présentation *(30 minutes)*

1. Demander à un volontaire de surveiller le temps.
2. Demander à chaque groupe de présenter son exposé, en s'assurant que les groupes ne dépassent pas le délai de cinq minutes.

Activité 4 : Discussion *(10 minutes)*

1. Résumer les présentations en posant les questions suivantes :
   - Qu'avez-vous appris de cette session ?
   - Comment pourriez-vous appliquer ce que vous avez appris dans votre propre cadre de travail ?

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le Document 6-K du participant ne traite pas de tous les types de clientes ayant des besoins spéciaux. L'on devra encourager les participants à penser aux femmes qu'ils ont rencontrées et qui pourraient avoir des besoins spéciaux, et aux solutions/approches de counseling qui ont été utilisées ou pourraient être utilisées pour répondre à de tels besoins.

En particulier, certaines clientes de la fistule peuvent avoir subi des violences de leurs partenaires à cause de la fistule, peuvent avoir une fistule causée par le viol ou l'agression sexuelle, ou souffrir d'un autre traumatisme causé par l'agression, et avoir du mal à communiquer. Toutes les femmes ayant subi des violences pourraient ressentir de la peur, souffrir de dépression, avoir le «sentiment de devenir folles », etc., ce qui pourrait nécessiter d'autres counseling psychiatriques, du soutien affectif, et/ou des médicaments.

Les participants à la formation qui travaillent avec un nombre important de cas de fistule traumatique ou avec des femmes ayant subi des violences sexuelles, devraient être formés dans le module complémentaire du présent curriculum de counseling aux femmes ayant développé une fistule traumatique.

Se référer à la page 143 du supplément sur la fistule traumatique pour des points supplémentaires à discuter à la présente de cette activité.

Documents du participant de la session 6

Document 6-A du participant

Étapes de la prestation de services

Premier contact

Prestataires clés du counseling
- Gardiens/personnel de sécurité
- Réceptionniste/préposé à l'entrée
- Infirmière/sage-femme

↓

Accueil clinique

Prestataires clés du counseling

Cliniciens (par exemple, le médecin de garde, l'infirmière, la sage-femme, l'agent de clinique, le médecin agréé)

↓

Gestion Préopératoire

Prestataires clés du counseling
- Personnel infirmier (par exemple, l'infirmière de santé publique)
- Docteur
- Clinicien
- Assistant social
- Conseiller
- Ancienne cliente de fistule (par exemple, la pair conseillère, l' éducateur en santé communautaire)
- Personnel d'appui de la structure

↓

Gestion intra-opératoire

Prestataires clés du counseling
- Personnel/infirmière du bloc opératoire
- Anesthésiste
- Urologue/chirurgien
- Personnel d'appui de la structure

↓

Gestion postopératoire

Prestataires clés du counseling
- Personnel infirmier (par exemple, l'infirmière de santé publique)
- Docteur
- Clinicien
- Assistant social
- Conseiller
- Ancienne cliente de fistule (par exemple, pair conseillère, éducateur en santé communautaire)
- Personnel d'appui de la structure

↓

Sortie et suivi

Prestataires clés du counseling
- Personnel infirmier
- Clinicien
- Conseiller
- Assistant social
- Agent de santé communautaire
- Partenaire/membres de la famille (s'ils ont eux-mêmes déjà reçu un counseling)

Adapté à partir de : The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. Report of fistula counseling experts' meeting: 29 & 30 Mars 2005, Kampala, Uganda. New York.

Document 6-B du participant

Counseling à la cliente de fistule obstétricale

Caractéristiques du conseil :

- Se concentre sur le fait d'aider les individus à faire leur choix et à gérer les émotions liées à leur situation.
- Va au-delà de la simple présentation des faits en permettant aux clientes d'appliquer les informations à leurs situations particulières et de faire des choix éclairés.
- Comporte une discussion sur les sentiments et préoccupations, car ceux-ci sont pertinents pour les choix de la cliente, en particulier concernant le comportement sexuel, la santé de la reproduction et la fertilité.

Le **counseling** implique toujours une communication bidirectionnelle entre la cliente et le prestataire, communication dans laquelle chacun d'entre eux passe du temps à parler, à écouter et à poser des questions.

QU'EST-CE QUE LE COUNSELING ?

Le counseling est une interaction bidirectionnelle entre une cliente et un prestataire de soin de santé pour évaluer et répondre à l'ensemble des besoins sanitaires de la cliente, ses connaissances et préoccupations sans tenir compte du type de service sanitaire que le prestataire offre ou du genre de service de soins sanitaire que la cliente recherche.

Dans le counseling intégré de la santé sexuelle et reproductive, les rôles et responsabilités du prestataire sont les suivants :

- Aider les clientes à évaluer leurs propres besoins pour une variété de soins sanitaires, d'informations et de soutien.
- Fournir les informations appropriées par rapport aux problèmes et besoins identifiés par la cliente.
- Aider les clientes dans la prise de décisions volontaires et éclairées.
- Aider les clientes à développer les compétences dont elles auront besoin pour appliquer ces décisions.

— Adapté de : EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum—Participant handbook [Counseling globale pour la santé de la reproduction : Un curriculum intégré – Manuel du Participant]*. New York. Page 9.

Note : Toute personne qui interagit avec une cliente dans une structure de santé a un rôle à jouer pour aider la cliente à se sentir plus à l'aise. Bien que certains membres du personnel n'aient pas reçu une formation formelle en counseling (par exemple, les gardiens, commis, et réceptionnistes), ils peuvent et devraient recevoir une orientation sur les problèmes qui affectent les clientes de la fistule. Des activités comme la formation intégrale du site (FIS) peuvent être menées pour répondre à un tel besoin (voir Annexe I).

Besoins spéciaux en matière de counseling à la cliente de la fistule obstétricale

Information/Education

Des informations et une éducation actualisées sur la fistule et les soins connexes devraient être partagées par les prestataires dans un langage que la cliente comprend, et en utilisant des messages simples et clairs. Une cliente de fistule aura besoin d'obtenir des informations pour :

1. Comprendre la cause de sa maladie (pour dissiper les mythes ou idées fausses) afin de pouvoir participer à la gestion de sa condition.
2. Comprendre le type de fistule qu'elle a, et le degré et l'étendue de sa blessure, de préférence avec l'aide d'un diagramme.
3. Comprendre la portée du traitement et le taux de réussite, les risques et avantages.
4. Etre informée sur la possibilité d'une réparation de la fistule.
5. Comprendre les résultats possibles du traitement.
6. Comprendre son propre rôle dans la gestion de son état
7. Avoir des directives préopératoires et postopératoires claires.
8. Comprendre l'importance de son hygiène personnelle.
9. S'engager dans des groupes de soutien aux clientes au sein de la structure.
10. Être informée par rapport aux expériences de réussite de la fistule.
11. Comprendre les éventuelles complications préopératoires et postopératoires.
12. Comprendre les problèmes relatifs à la santé de la reproduction et les droits sexuels (notamment la planification familiale) qui pourraient influer sur son état.
13. Comprendre son potentiel de fertilité après le traitement.
14. Comprendre ses options de planification familiale.
15. Comprendre les options au cas où la réparation est impossible ou a échoué.
16. Comprendre comment prendre soin d'elle après la chirurgie, notamment comment maintenir une bonne nutrition, comment préparer ses propres repas, et comment assurer une bonne hygiène personnelle.
17. Comprendre l'importance des soins prénatals dans la prévention de la fistule, ainsi que la manière et le lieu pour obtenir des soins.
18. Comprendre comment prendre soin d'elle et l'endroit approprié pour les soins lors des accouchements ultérieurs (par exemple, la nécessité d'aller dans une structure pour son prochain accouchement).
19. Utiliser ses propres connaissances et expérience pour faire venir d'autres clientes de la fistule dans les structures.
20. Contacter les organisations communautaires qui travaillent avec les femmes atteintes de fistule, et se tourner vers les activités génératrices de revenus et les possibilités d'accès à l'éducation.

Soutien affectif

Les conseillers devront veiller à ce que la cliente de fistule :

1. Sente qu'elle est la bienvenue dans la structure.
2. Soit consciente que son intimité et sa confidentialité soient préservées.
3. Se sente à l'aise avec le personnel et les autres clientes au niveau de la structure.
4. Se sente à l'aise pour discuter de ses sentiments, préoccupations, de ses problèmes et besoins.
5. Se sente libre d'agir.
6. Ne ressente plus de peur.
7. Voie ses sentiments, préoccupations, questions et besoins pris en charge.
8. Soit soutenue de manière convenable (sur le plan affectif, physique et matériel) avant et après la réparation, quel que soit le résultat de l'opération.
9. Comprenne qu'elle n'est pas la seule dans cette situation.
10. Possède des compétences d'adaptation pour gérer la dépression ou d'autres conséquences émotionnelles de la fistule.

Gestion clinique

Les systèmes de santé devraient s'assurer que les clientes atteintes de fistule disposent :

1. D'un accès facile aux services de santé.
2. D'un accès à un traitement/réparation chirurgicale de qualité de la fistule, sans aucun retard.
3. De soins dispensés avec empathie et amour.
4. De prestataires de soins de santé bien formés et compétents.
5. De soins infirmiers de qualité.
6. De l'assurance qu'elles seront traitées avec respect, que leur confidentialité et leur intimité seront préservées, et qu'elles seront traitées comme des partenaires dans leurs soins et traitement.
7. De soins de qualité pour traiter des situations de co-morbidité avant et après l'opération. (par exemple, une physiothérapie, au besoin ; un régime spécial, le cas échéant, en préparation pour la chirurgie, etc.)
8. D'un accès à des groupes de soutien aux clientes dans une structure donnée.
9. D'un accès à des organisations communautaires d'auto-assistance, le cas échéant.
10. D'un accès à des services de suivi de qualité après la sortie.
11. D'un accès à des services de soins obstétricaux d'urgence. (avant et après une réparation réussie)s
12. D'un accès aux autres services de santé en matière de sexualité et de santé de la reproduction après la réparation, notamment les services de planification familiale.

Document 6-C du participant

Étapes de counseling à la cliente de fistule obstétricale

PREMIER CONTACT

- Assurer un accueil chaleureux.
- Donner des instructions à l'unité appropriée.
- Maintenir l'empathie/le respect.
- Démontrer de la compréhension envers l'état de la cliente (sur le plan physique, émotionnel, etc.)
- Assurer la confidentialité (si possible).

Note : Les besoins de la cliente et les messages appropriés de counseling varient, dépendant du fait que si oui ou non, la cliente a déjà été diagnostiquée d'une fistule ou se présente pour la première fois.

→

ACCUEIL CLINIQUE

- Assurer la confidentialité et la dignité.
- Évaluer l'habilité ou la capacité de la cliente à donner et à recevoir des informations.
- Identifier les besoins et sentiments de la cliente.
- Examiner les valeurs et plans de vie de la cliente.
- En se fondant sur l'état de la cliente, éventuellement fournir des informations sur les points suivants :
  - Examens et résultats
  - Etat actuel et causes (y compris, la dissipation des mythes ou idées fausses au sujet de la fistule)
  - Possibilité de traitement et/ou options de traitement (par exemple, si l'on dit à la cliente d'attendre pour la chirurgie, elle devra être en mesure de comprendre pourquoi)
  - Soins personnels
  - Durée et résultats du traitement
    Taux de réussite, effets secondaires, complications et risques possibles
  - Histoires de réussite (par exemple, les anciennes clientes pourraient être présentes pour parler avec les clientes, ou la structure pourrait présenter des vidéos/photos de clientes guéries de la fistule avec leurs enfants)
  - Groupes de soutien social aux clientes au sein de la structure
  - Si l'état de la cliente ne peut être traité, donner des informations sur les réseaux de soutien communautaire, et parler des perspectives de vie qu'elle envisage

Note : Les partenaires et/ou membres de la famille devraient être impliqués dans le counseling à partir de ce stade (soit avec la cliente ou séparément).

→

GESTION PRÉOPÉRATOIRE

- Assurer un accueil chaleureux.
- Présenter la cliente de fistule aux autres clientes du pavillon.
- Maintenir le soutien affectif en :
  - Fournissant une communication verbale et non verbale positive et compréhensive
  - Atténuant les craintes concernant la chirurgie
- En fonction de l'état de la cliente et après une discussion avec l'équipe chirurgicale qui s'occupe d'elle, fournir éventuellement des informations sur les points suivants :
  - Description de la procédure (y compris les dangers, complications possibles, taux de réussite)
  - Histoires de réussite
  - Rôle de la cliente dans la gestion de son état

↓

Adapted de : The ACQUIRE Project/EngenderHealth. *Report of the Fistula Counseling Experts' Meeting: March 29 and 30, 2005, Kampala Uganda.* New York.

Étapes de counseling à la cliente de fistule obstétricale *(suite)*

SORTIE ET SUIVI

- Explorer les sentiments, questions et préoccupations de la cliente après l'opération, et apporter un soutien et un encouragement.
- Rappeler à la cliente les effets secondaires, risques et signes d'alerte possibles, et élaborer un plan pour les complications/signes d'alerte éventuels.
- Dire à la cliente comment prendre soin d'elle-même à la maison, notamment :
  - La période d'abstinence nécessaire
  - Le report de la grossesse
  - La gestion de l'incontinence urinaire d'effort
- Fournir à la cliente des informations écrites sur l'après procédure.
- Rappeler à la cliente l'importance de faire un suivi.
- Discuter des méthodes de contraception disponibles, selon le besoin.
- Discuter des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.
- Évaluer les besoins de counseling supplémentaire ou de renvoi vers d'autres services pour d'autres besoins de santé de la reproduction ou questions non médicales.
- Fournir des liens aux organisations communautaires, le cas échéant.
- Discuter des activités génératrices de revenus et des opportunités d'accès à l'éducation, le cas échéant.

En cas d'échec de l'opération :

- En fonction de l'état de la cliente, fournir éventuellement des informations sur les points suivants :
  - Les raisons pour lesquelles la chirurgie a échoué
  - La possibilité de subir une autre opération à l'avenir (si cela est possible ou pas, et, si oui, indiquer le moment et le lieu)
  - Options possibles à l'avenir.
  - Hygiène personnelle et une bonne nutrition
  - Gestion de l'incontinence (par exemple, faire des exercices spéciaux)
  - Messages sur le report de la grossesse/planification familiale/choix de contraception (si désiré) (en particulier pendant qu'elle attende la prochaine opération)
  - Complications et/ou infections possibles

GESTION POSTOPÉRATOIRE

- Accueillir chaleureusement le retour!
- Maintenir le soutien affectif :
  - En rassurant
  - En prenant en charge les sentiments de la cliente
- Selon l'état de la cliente, donner éventuellement des informations sur les points suivants :
  - Résultat de l'opération
  - Soins personnels
  - Soins de la sonde
  - Position et mobilité
  - Nutrition
  - Soulagement de la douleur
  - Complications/signes d'alerte
  - Physiothérapie, au besoin
  - Période nécessaire d'abstinence sexuelle
  - Nécessité de soins prénatals de qualité et d'un accouchement à l'hôpital (probablement par opération césarienne) pour les grossesses futures
  - Disponibilité des services et droits en matière de sexualité et de santé de la reproduction (notamment la planification familiale)

Note : Les partenaires et/ou membres de la famille devraient recevoir du counseling à ce stade afin d'acquérir une compréhension complète de ce qu'ils devront faire pour aider dans la gestion postopératoire. Selon les normes spécifiques de la structure de santé, la famille pourrait être impliquée immédiatement après l'opération en apportant et en préparant les repas, de l'eau pour le nettoyage, etc.

GESTION INTRA-OPÉRATOIRE

- Assurer le respect et la dignité.
- Maintenir le soutien émotionnel à travers :
  - Une communication verbale et non verbale positive et compréhensive
  - L'atténuation des craintes concernant l'opération
  - La réassurance/le confort/l'espoir
- Selon l'état de la cliente et les discussions avec l'équipe chirurgicale qui s'occupe d'elle, donner éventuellement des informations sur les points suivants :
  - Le type d'anesthésie qui sera utilisé, les risques et la douleur
  - Rappel des étapes de l'opération

Note : Les besoins de counseling au cours de la période intra-opératoire varient, selon le type d'anesthésie effectuée pendant la chirurgie, c'est-à-dire, s'il s'agit d'une anesthésie générale ou rachidienne.

Adapté à partir de : The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Document 6-D du participant

10 conseils pour améliorer les services de counseling aux clientes de la fistule obstétricale

Les participants à une réunion d'experts sur le counseling aux femmes atteintes de la fistule obstétricale (voir note en bas de page) ont partagé une série de conseils pour l'aide psychosociale. Ce qui suit constitue une liste de 10 suggestions :

1. Beaucoup de femmes atteintes de la fistule ne sont pas alphabétisées et n'ont pas eu l'avantage d'une éducation formelle. Pour cette raison, il pourrait s'avérer plus utile de **dessiner un diagramme expliquant la cause de la fistule** pour aider les femmes à comprendre leur état, que de partager des informations ou d'utiliser la terminologie médicale. Dans certaines situations, le recours à l'analogie (par exemple, montrer un bout de papier déchiré, ou une tasse en papier percée, pour expliquer une fuite) pourrait également être utile.

2. Beaucoup de clientes de la fistule sont rejetées par les membres de leurs familles ou communautés, d'autres s'isolent. Pour cette raison, **le premier counseling devrait inclure des messages clés sur l'acceptation** pour aider les femmes à « retrouver la parole », et renouer avec le sentiment d'estime de soi.

3. Dans certains contextes, **les prestataires eux-mêmes ont des attitudes ou croyances qui stigmatisent davantage les clientes de la fistule**. La formation au counseling devrait prévoir une focalisation sur la prise en charge des préjugés des prestataires et des éventuelles perceptions erronées sur les femmes atteintes de fistule obstétricale.

4. Les femmes qui sont **d'anciennes clientes de la fistule sont souvent d'excellentes conseillères au niveau de la structure ou de la communauté.** Avec une formation minimale, elles peuvent devenir de précieuses messagères.

5. **Le partage d'histoires sur les femmes qui ont eu une réparation réussie de la fistule peut constituer une importante stratégie dans le counseling préopératoire.** Ces histoires peuvent aider à apaiser les craintes et donner de l'espoir lorsque les femmes se trouvent à un moment particulièrement vulnérable dans le processus de traitement.

6. Dans les situations où les clientes de la fistule parlent une autre langue que le personnel, **les anciennes clientes de la fistule peuvent servir de traductrices efficaces.**

7. **L'implication des membres de la famille et/ou partenaires dans le counseling** peut être décisive pour la réussite globale d'une cliente. La famille peut offrir un soutien crucial pour les besoins affectifs, matériels et cliniques de la cliente, aussi bien avant qu'après l'opération. Les membres de la famille et partenaires peuvent recevoir un counseling en même temps que la cliente ou au cours d'une séance distincte, selon les informations discutées et leurs préférences.

8. A mesure que les anciennes clientes de fistule commencent le processus de réinsertion sociale, **les structures et groupes de soutien communautaires existants peuvent aider à faciliter le processus de réinsertion sociale.**

9. **Les conseillers peuvent aider à responsabiliser les femmes en soulignant leur rôle dans leur propre processus de guérison.** Lorsqu'elles sont conscientes de leurs progrès dans la guérison et dans la prise en charge leurs propres soins, les clientes commencent souvent à acquérir à nouveau un sentiment de contrôle sur leurs vies.

10. Pour s'assurer que les futurs prestataires de soins de santé sont informés sur la réparation de la fistule des clientes, **certaines structures ont créé des cartes personnalisées pour les clientes avec les notes du chirurgien.** La carte est donnée à la cliente lorsqu'elle quitte la structure, et elle est chargée de l'apporter avec elle lorsqu'elle reviendra pour des soins. Cela aide la cliente à donner des renseignements médicaux, des détails précis, et « à posséder » l'expérience d'une manière autrement impossible.

Adapté à partir de : The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Document 6-E du participant

Vue d'ensemble de l'accueil clinique

NOTE :

Une suspicion clinique élevée est la clé pour un diagnostic rapide et exact.

Relevé des antécédents

L'anamnèse doit inclure au moins :

- L'âge, la parité et les antécédents obstétricaux
- Tout antécédent d'excision
- Les dates d'accouchement, le nombre et le sexe des enfants, et leur sort
- Les antécédents menstruels, surtout depuis le dernier accouchement
- Le personnel ayant assisté la dernière grossesse et l'accouchement
- La durée du travail et la manière dont elle a été gérée
- L'orientation et la présentation du bébé, si elles sont connues
- Le mode d'accouchement et le cas échéant, d'intervention chirurgicale (par exemple, l'épisiotomie, la symphysiotomie, la chirurgie destructive)
- Résultat pour le bébé
- Début et durée des symptômes de l'incontinence urinaire ou fécale
- Les problèmes de démarche ou de mobilité, le cas échéant
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux, y compris les allergies, le cas échéant
- Les personnes dispensant les soins actuels de la cliente et les soins après l'opération
- L'antécédent matrimonial et social, notamment tout problème découlant de la fistule

Critères diagnostiques pour la fistule vésico-vaginale

Lors de l'anamnèse d'une cliente, se rappeler que la qualité du diagnostic préliminaire sera améliorée si un ou plusieurs des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Les clientes viennent généralement après un accouchement difficile, en se plaignant d'écoulement urinaire continu indolore. Elle se présente habituellement dans les trois premiers jours, mais parfois aussi tardivement que sept jours après un accouchement dystocique.
- Certaines clientes font état d'une exacerbation pendant l'activité physique. (Cela peut conduire à un diagnostic erroné de l'incontinence urinaire d'effort.)

- Si la fistule est de petite taille, la fuite peut être intermittente, selon la distension de la vessie ou l'activité physique.
- Certaines clientes peuvent se plaindre de pertes vaginales ou d'hématurie.
- S'il y a une implication urétérale concurrente, la cliente peut ressentir des symptômes non spécifiques tels que la fièvre, des frissons, des douleurs lombaires, ou des symptômes gastro-intestinaux causés par une infection des reins.

Critères diagnostiques pour la fistule recto-vaginale

Lors de l'anamnèse d'une cliente, se rappeler que la qualité du diagnostic préliminaire sera améliorée si un ou plusieurs des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Certaines rares clientes ne présentent pas de symptômes.
- La plupart des clientes signalent des flatulences ou des passages de selles par le vagin.
- Des clientes peuvent signaler des symptômes découlant de vaginite ou d'une cystite, comme des pertes vaginales ou une miction fréquente et douloureuse.
- Parfois, un écoulement vaginal nauséabond se développe, mais des selles évidentes pourraient ne pas être constatées provenant du vagin, à moins que la cliente n'ait la diarrhée.
- La cliente clinique peut également avoir une incontinence fécale due au dommage associé du sphincter anal.

Examen Physique

L'examen physique de la cliente peut être effectué, en utilisant une technique douce, par le conseiller, mais seulement si cela se situe dans le cadre de la formation et des responsabilités professionnelles de ce dernier. Il est aussi important d'obtenir le consentement et de préparer la femme à l'examen physique que pour l'opération chirurgicale, notamment à la possibilité de ressentir un inconfort ou une douleur lors de l'examen. Beaucoup de femmes ont peur, et ont besoin de réassurance et d'explications sur les raisons de l'examen ou procédure et ce qu'il faut attendre.

L'examen physique devrait couvrir l'état général de la femme, ainsi que toute affection associée à la fistule. L'examen devrait être effectué en utilisant une technique douce, et inclure :

- La vérification des fondamentaux (par exemple, pouls, tension artérielle, respiration, température)
- Observation des signes éventuels de malnutrition ou d'anémie
- La palpation abdominale
- L'évaluation de la faiblesse des membres, du pied tombant, de la démarche ou mobilité anormale, ou des contractures
- L'inspection de la vulve, du vagin, du périnée et des cuisses pour détecter tout signe de :
  - Inflammation cutanée ou dermatite ammoniacale
  - Excoriation ou une ulcération du périnée et des cuisses
  - Infection dermique

  - Contamination fécale
  - Excision, épisiotomie, ou déchirures
- La réalisation en douceur d'un examen numérique et au spéculum (qui peut être accompli soit au cours de l'examen physique ou pendant la période préopératoire, à la discrétion du chirurgien), pour détecter :
  - Toute autre anomalie pelvienne
  - La présence ou l'absence de l'utérus
  - La présence de tissu nécrotique qui pourrait nécessiter une ablation,
  - La présence et la gravité de tissu cicatriciel vaginal
  - L'emplacement et le nombre de fistules et la taille approximative de chaque défaut circonférentiel
  - Toute implication de l'urètre
  - La présence, la localisation et la taille d'une fistule recto-vaginale (FVR) et la présence de cicatrices, d'implication anale et de sténose
  - La présence de calculs de la vessie[2]

Critères diagnostiques pour la fistule vésico-vaginale

Lors de l'anamnèse d'une cliente, se rappeler que le diagnostic préliminaire sera amélioré si un ou plusieurs des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- Le mélange de liquide dans le vagin peut être noté. Le fluide doit être envoyé pour analyse si le diagnostic n'est pas clair.
- Un examen attentif au spéculum pour voir l'ensemble de la paroi vaginale antérieure devrait être effectué pour identifier la fistule. Dans de nombreux cas, la fistule est facilement visible. L'emplacement de la fistule par rapport à l'apex vaginal et le trigone de la vessie devrait être inspecté, et la qualité des tissus environnants (inflammation, œdème, cicatrices, ou infection) notée.
- Dans certains cas de fistules de petite taille, aucun trou manifeste ne peut être visible. Un examen bimanuel avec palpation attentive de la paroi antérieure pourrait localiser la fistule, avec sa zone indurée autour.
- Si aucune fistule n'est notée malgré une suspicion clinique élevée, un simple test de colorant de la vessie peut être effectué dans la salle de consultation. La vessie est remplie d'un colorant liquide (solution saline normale avec du carmin d'indigo) à l'aide d'une sonde urinaire, et un autre examen gynécologique avec un spéculum est effectué pour visualiser la paroi antérieure. La cliente est invitée à tousser et pousser, et la fuite de colorant liquide confirme l'emplacement de la fistule.
- Si ce test est négatif, un tampon devrait être inséré, et la cliente fera 10 à 15 répétitions d'un mouvement qui augmente la pression intra-abdominale, comme monter les escaliers ou sautiller sur place. La présence d'une fistule peut alors être confirmée lorsque le tampon est enlevé et que l'on voit le colorant au-delà de la limite la plus distale du tampon.

---

[1] *Note :* Pour l'examen au speculum, certains chirurgiens placent la femme dans une position latérale-gauche exagérée.

[2] Si l'on suspecte la présence de calculs dans la vessie, le diagnostic peut être fait en introduisant une petite sonde métallique ou une sonde utérine à travers l'urètre ; cependant, certains chirurgiens préfèrent procéder ainsi au moment de l'opération, à cause de l'éventuel inconfort pour la cliente.

- Une variante de cette technique est le double test de colorant, où un colorant est administré oralement (phénazopyridine ou pyridium) à la cliente, la vessie est remplie, et un tampon est inséré. La présence d'une coloration bleue (carmin d'indigo) suggère une fistule vésico-vaginale ou urètro-vaginale, tandis qu'une coloration rouge (pyridium) suggère la fistule urétéro-vaginale.
- Dans certains cadres, la femme est examinée sous anesthésie lors d'une séance distincte, et un test de colorant est utilisé pour identifier la fistule. Dans d'autres cadres, ceci est fait au début de l'opération principale, suivi immédiatement d'une chirurgie finale lors de la même séance.

Critères diagnostiques pour la FRV

Lors de l'anamnèse d'une cliente, se rappeler que le diagnostic préliminaire sera amélioré si un ou plusieurs des critères descriptifs suivants sont utilisés :

- L'examen physique est essentiel pour confirmer le diagnostic et estimer la taille et l'emplacement de la fistule, évaluer la fonction des sphincters, et évaluer la possibilité d'une maladie intestinale inflammatoire ou d'une tumeur locale.
- L'auscultation des clientes externes consiste actuellement en un examen recto-vaginale (observation visuelle et palpation). L'ouverture d'une fistule peut être considérée comme une fossette ou un creux et, parfois, peut être légèrement sondée pour confirmation. L'examen pourrait comporter une rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie, si possible.
- En plaçant un tampon vaginal, instillant du bleu de méthylène dans le rectum, et en examinant le tampon après 15 à 20 minutes, on peut souvent établir la présence d'une FRV. Si le tampon est immaculé, une autre partie du tractus gastro-intestinal peut être impliquée.

Tests de Laboratoire

Dépistage

Les tests suivants peuvent être utilisés pour exclure d'autres anomalies, et formuler un plan de traitement approprié :

- Hémoglobine, test de falciformation, et test de groupe sanguin
- Test d'helminthologie des selles
- Une urographie intraveineuse, en particulier pour les femmes atteintes de fistule urétéro-vaginale apparente ou de forte implication d'une fistule vésico-vaginale/du col de la vessie
- Analyse et culture d'urine pour exclure la coexistence d'une infection des voies urinaires
- Urémie, électrolyte et créatinine pour évaluer la fonction rénale
- Numération de formule sanguine (NFS) pour exclure une infection systémique
- Frottis vaginal pour les infections vaginales
- Dépistage des infections sexuellement transmissibles
- Statut vaccinal (vérification des dossiers si disponible) ; les vaccinations nécessaires devraient être administrées.

D'autres tests pour la fistule vésico-vaginale (effectués à la discrétion du chirurgien) comprennent :

- Cystoscopie pour voir la fistule et évaluer sa situation par rapport aux uretères et trigone, s'assurer de la perméabilité urétérale bilatérale, et exclure les corps étrangers (ou pose de suture) dans la vessie
- Une biopsie du trajet de la fistule et une cytologie urinaire, en particulier chez les clientes suspectées de tumeurs malignes urogénitales
- Des études radiologiques avant la réparation chirurgicale d'une fistule vésico-vaginale pour évaluer pleinement la fistule, et exclure la présence de fistules multiples
- Une pyélographie intraveineuse pour exclure la fistule urétéro-vaginale concurrente ou une obstruction urétérale
- Un fistulogramme ciblé, si un traitement conservateur, comportant la gestion expectante, le drainage continu de la vessie, la fulguration, ou la thérapie par occlusion de fibrine est à recommander.

D'autres tests pour la FRV (effectués à la discrétion du chirurgien) sont les suivants :

- Endoscopie flexible (sigmoïdoscopie ou coloscopie) : peut être effectuée pour évaluer pleinement la possibilité d'une maladie inflammatoire de l'intestin.
- Lorsque la maladie inflammatoire de l'intestin se trouve dans le diagnostic différentiel, une endoscopie avec biopsie doit précéder toute approche opératoire de la fistule, car le traitement dépend du diagnostic.

Explication, discussion, et consentement

Une fois que les résultats de l'examen préliminaire sont disponibles, en utilisant un langage, des termes et des aides visuelles simples, le conseiller devrait expliquer tous les aspects (les options de traitement, les détails de l'opération et la période postopératoire, et les éventuelles séquelles à long terme) à la femme, à son partenaire et à sa famille, si possible et si la femme le souhaite. L'implication du partenaire et de la famille dans la divulgation de ces informations, et dans la prise de décision contribue à accroître leur soutien à la femme après l'opération et pendant les grossesses futures.

La femme et son conjoint, ou sa famille, pourraient avoir besoin de temps pour examiner les différentes options avant de prendre une décision. Si la femme choisit de subir l'opération, son consentement éclairé pour la procédure devrait être obtenu et officiellement enregistré. Il est important que la femme prenne la décision elle-même et qu'elle donne son consentement librement.

Classification

Les fistules sont classées de deux façons : (1) selon leur classification chirurgicale, et (2) selon le degré éventuel de difficulté de leur réparation (OMS, 2005). Les deux sont basées sur le degré d'implication ou non du mécanisme de fermeture, car ceci a des conséquences sur la technique opératoire et le pronostic de la réparation.

La *classification chirurgicale* se réfère au type de réparation chirurgicale qui pourrait être nécessaire. Il n'existe aucun système de classification standardisé pour la fistule traumatique et certains de ces systèmes sont utilisés. Un exemple (voir le tableau suivant) démontre comment la technique opératoire devient de plus en plus complexe en fonction du type, du type I au type IIBb. Le même principe s'applique à la classification par la taille de la fistule, qui varie de petite à grande.

CLASSIFICATION DES FISTULES PAR TYPE DE CHIRURGIE REQUISE, SELON LEUR EMPLACEMENT ANATOMIQUE/PHYSIOLOGIQUE

Type I	Fistule n'impliquant pas le mécanisme de fermeture		
Type II	Fistule impliquant le mécanisme de fermeture		
	A	Sans implication subtotale de l'urètre	
		a	Sans défaut circonférentiel
		b	Avec défaut circonférentiel
	B	Sans implication subtotale de l'urètre	
		a	Sans défaut circonférentiel
		b	Avec défaut circonférentiel
Type III	Divers	Divers (par ex.. fistule urétérique et autre fistule exceptionnelle)	
Sous classification de la fistule selon la taille			
Petite	<2 cm		
Moyenne	2–3 cm		
Grande	4–5 cm		
Etendue	6 cm ou plus		

Source: Waaldijk, 1995.

Les fistules sont aussi divisées en deux catégories selon *le degré de difficulté anticipée de la réparation* (voir le tableau suivant) :

- Fistule simple/avec un bon pronostic, qui peut être réparée par des chirurgiens bien formés et compétents pour entreprendre des opérations de fistules simples.
- Fistule compliquée/avec un pronostic incertain, qui nécessite un aiguillage et une réparation par un chirurgien expert de la fistule.

DEGRÉ DE DIFFICULTÉ ANTICIPÉE DE LA RÉPARATION DE DIFFÉRENTES SORTES DE FISTULE

Critère de définition	Bon pronostic/simple	Incertain/compliqué
Nombre de fistules	Unique	Multiple
Emplacement	Fistule vésico-vaginale (FVV)	Fistule recto-vaginale (FRV), FVV/FRV, implication du col
Taille (diamètre)	<4 cm	≥4 cm
Implication de l'urètre/du mécanisme de la continence	Absente	Présente
Cicatrisation du tissu vaginal	Absente	Présente
Présence de défaut circonférentiel (séparation complète de l'urètre et de la vessie)	Absente	Présente
Degré de perte de tissu	Minimale	Etendue
Implication de l'uretère/de la vessie	Uretère dans la vessie, ne se vidant pas dans le vagin	Uretère se vidant dans le vagin ; la vessie peut contenir des calculs
Nombre de tentatives de réparation	Aucune tentative antérieure	Tentatives antérieures non réussies

Source: OMS, 2005.

Sources

The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda*. New York.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : http://www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, July 12, 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge*. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. On site curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries*. New York.

Kohli, N., et Miklos, J. R. [Aucune date.] Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Récupéré à partir de : publié http://womenshealtheducation.net/content/urogvvf/urogvvf002.php3, July 12, 2006.

Mabeya, H. M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de : http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, July 12, 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico -and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de : from http://www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, July 12, 2006.

Organisation mondiale de Santé (OMS). 2005. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development*. Geneva.

Riley, V. J. 2006. Vesicovaginal fistula. *E-Medicine*. Récupéré à partir de : from http://www.emedicine.com/med/topic3321.htm, July 12, 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal fistula. E-Medicine. Récupéré à partir de : http://www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, July 12, 2006.

Waaldijk, K. 1995. Surgical classification of obstetric fistula. I*nternational Journal of Gynecology and Obstetrics*, 49(2):161–163.

Document 6-F

Vue d'ensemble de l'admission et de la gestion préopératoire

Problèmes médicaux associés avec la fistule

Le diagnostic et traitement précoce de la fistule est rare dans les pays moins développés. Les clientes qui viennent à un centre de réparation de la fistule peuvent avoir eu une fistule pendant des mois voire des années, et souvent, elles souffrent de malnutrition et d'anémie, une situation qui doit être améliorée avant la chirurgie. Certaines clientes auront une faiblesse des membres inférieurs, des contractures musculaires, et un pied tombant, pour lesquels la thérapie physique et le counseling psychologique devraient être démarrés en période préopératoire et poursuivis après l'opération.

Malnutrition sévère et anémie

Etant donné que la plupart des femmes souffrant de fistules génitales sont pauvres, elles pourraient aussi souffrir de malnutrition et d'anémie. Elles pourraient avoir subi un travail prolongé aggravé par une hémorragie post-partum. En outre, elles pourraient avoir vécu en parias sociaux pendant une longue période, avec peu de nourriture et d'argent. Elles peuvent aussi être infestées par des parasites intestinaux.

- Pour les femmes qui sont symptomatiques de l'anémie ou hémodynamiquement compromises par l'anémie, une transfusion sanguine et/ou des suppléments hématiniques pourraient être indiqués.
- Les femmes qui sont sévèrement malnutries ont besoin d'une évaluation nutritionnelle à l'admission et d'un régime alimentaire de haute teneur calorique et équilibré sur le plan nutritionnel.
- Du fer, des suppléments vitaminiques et des médicaments antihelminthiques à large spectre ourrait également être nécessaires.

Infection

Selon les symptômes et la prévalence locale de la maladie, les femmes devraient subir un dépistage de l'infection (gale, parasites intestinaux, et tuberculose) et le traitement devrait être commencé avant la chirurgie.

- Si une femme se présente peu de temps après un travail obstrué qui aura été la cause de la fistule, il faudrait prendre soin de faire un dépistage et de traiter les infections vaginales et/ou de l'utérus.
- Lorsque les infections de l'appareil reproducteur et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH et le SIDA, sont répandues, l'évaluation, le dépistage et le traitement appropriés devraient être effectués.
- Les femmes souffrant de dermatite excoriative peuvent être traitées avec des antibiotiques ou des crèmes émollientes (par exemple, des crèmes topiques d'oxyde de zinc) en préopératoire, mais le traitement ne devrait pas retarder la chirurgie. La dermatite disparaît une fois que la fistule est fermée, et il n'y a plus d'irritation urinaire à la peau.

Fonction rénale altérée

L'évaluation de l'activité fonctionnelle rénale est indiquée, en particulier chez les femmes atteintes d'une fistule urétérale.

- Une urographie intraveineuse de routine n'est pas nécessaire pour toutes les clientes, mais elle pourrait être nécessaire pour confirmer le diagnostic et la localisation d'une fistule urétérale, et fournir des informations concernant la présence d'un hydro-uretère et/ou d'une hydronéphrose.
- Lorsque l'activité fonctionnelle rénale d'une femme pourrait être compromise, des tests de l'urée sanguine, d'électrolyte, et de la créatinine devraient être demandés.

Calculs

La présence de calculs dans la vessie et/ou le vagin n'est pas rare chez les clientes de la fistule. Les calculs et les autres corps étrangers doivent être éliminés, soit à travers la fistule ou par le biais d'une cystotomie sous-pubienne. En présence de l'inflammation et de l'infection, l'antibiothérapie est recommandée et la chirurgie de la fistule pourrait être reportée.

Pied tombant et/ou altération de la démarche

Les dommages aux nerfs dans les jambes causent certaines femmes d'avoir des difficultés à marcher, ce qui peut être aggravé par le développement de contractures. Ces femmes pourraient avoir besoin de réadaptation physique importante qui commence avant l'opération et sera achevée après le traitement.

Anxiété et dépression

Les clientes de la fistule ont tendance à avoir une mauvaise image de soi et sont dévalorisées, croyant souvent que leur état est unique. Elles peuvent ressentir de la honte et être abattues, évitent le contact visuel en parlant avec les autres. Dans certains cas, la femme a été abandonnée par son partenaire qui l'a quittée pour se remarier. Dans de telles situations, une femme est généralement incapable de se soutenir financièrement et emménagera chez ses parents ou un autre membre de la famille. Alors que dans certains cas, les membres de la famille accueillent la femme gracieusement, dans d'autres elle est traitée comme une prisonnière. Les femmes parfois s'isolent par peur et honte de sentir mauvais, abandonnant leur foyer avant que les partenaires ne puissent les quitter. Certaines femmes sont rejetées et vivent loin de leur communauté plus large. Certaines sont contraintes de se prostituer ou de se livrer à d'autres formes de travail non qualifié pour gagner leur vie.

Une femme qui a une fistule est souvent analphabète et peut ignorer sa propre condition et de la possibilité que la fistule puisse être gérée ou réparée. Elle est souvent nerveuse dans un environnement inconnu et peut se sentir intimidée par le personnel médical ou infirmier.

- Un counseling psychologique attentionné devrait être disponible tout au long du processus de traitement et après la sortie pour les femmes qui en ont besoin.
- Toute femme qui se présente avec une fistule a besoin d'une explication douce, mais pratique et simple de son état. Le conseiller doit expliquer l'étiologie (et dissiper les mythes ou idées fausses), les options de traitement, le taux de réussite/échec, l'autogestion, les plans de traitement, et les questions liées à la fertilité future. La femme a besoin de connaître les possibilités de réussite et d'échec chirurgical et la possibilité d'une intervention chirurgicale à l'avenir.

Préparation préopératoire

Nutrition

Avant la chirurgie, la cliente de fistule maintient un régime alimentaire normal jusqu'à l'après-midi de la veille de l'opération. Puis elle absorbera des liquides par voie orale dans la soirée. Autrement, l'on pourrait conseiller à la cliente de manger légèrement pendant trois jours avant la chirurgie.

Le client ne devra rien ingérer par voie orale après minuit dans la nuit précédant la chirurgie.

Élimination

- Préparation intestinale : le régime des lavements varie en partie selon que l'opération est pour une fistule vésico-vaginale ou une fistule recto-vaginale, mais deux schémas fréquemment utilisés sont les suivants :
  - Deux lavements, l'un à 22 heures, et l'autre à 06h00, la veille et le jour de la chirurgie
  - Un lavement deux fois par jour pendant deux jours avant la chirurgie

Hygiène

En préparation pour la chirurgie, les clientes de la fistule devraient être informées sur l'hygiène périnéale bien soignée.

En outre, le périnée et la peau périnéale devront être nettoyés en utilisant un produit spécialement conçu à cet effet. Le nettoyage fréquent avec du savon et de l'eau devra être évité car il risque d'irriter la peau péri-anale et aggraver les dommages causés par les fuites urinaires/fécales.

Médicaments

Une antibiothérapie prophylactique peut être dispensée. En outre, un somnifère peut être prévu dans la nuit avant la chirurgie, de même qu'un anxiolytique juste avant que la femme n'aille à la chirurgie.

Sang

Les clientes pourraient être invitées à prendre des dispositions pour obtenir deux unités, ou plus, de sang, au cas où la chirurgie nécessiterait une transfusion, mais tel n'est pas le cas pour la plupart.

Références

The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: 29 & 30 mars 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Needs assessment of obstetric fistula in nine countries.* New York.

Kohli, N., et Miklos, J. R. [Aucune date.] Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Récupéré à partir de : http://womenshealtheducation.net/content/urogvvf/urogvvf002.php3, 12 juillet 2006.

Mabeya, H M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, 12 juillet 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico-and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juillet 2006.

Riley, V. J. Vesicovaginal fistula. 2006. *E-Medicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juillet 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal Fistula. *E-Médicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juillet 2006.

Document 6-G du participant

Vue d'ensemble de l'intervention chirurgicale

Fistule vésico-vaginale

La fistule vésico-vaginale symptomatique (FVV) requiert un traitement approprié, car la fermeture spontanée est rare. Le traitement approprié dépend d'une variété de facteurs, et les différents systèmes de classification de la fistule placent différents degrés d'accent sur les divers facteurs. Cependant, il est généralement admis que les facteurs les plus pertinents sont la taille, l'emplacement, et les cicatrices de la fistule. D'autres facteurs incluent le nombre de fistules et les tentatives antérieures de chirurgie, la longueur et la largeur du reste de l'urètre et du vagin, la capacité de la vessie, les calculs urinaires, la période écoulé depuis l'événement qui a causé la fistule, la gravité des symptômes, la qualité des tissus environnants, et l'expérience et les compétences chirurgicales du clinicien.

Gestion classique

Pour éviter la formation des fistules, ou susciter la fermeture spontanée d'une fistule de très petite taille, il est important que toutes les femmes qui ont subi un travail prolongé ou dystocique, avec ou sans opération césarienne, d'être traitées selon le schéma suivant, immédiatement après l'accouchement ou aussitôt qu'elles arrivent dans un établissement de soins de santé :

- Une sonde à demeure de taille appropriée (Foley 16-18) devrait être insérée pour permettre le drainage de l'urine, pour une période allant de 14 jours à 4-6 semaines.
- Le périnée et le vagin devraient être nettoyés avec de l'eau salée (bains de siège), ou une solution de détergent doux dans de l'eau, deux fois par jour.
- La femme devrait être encouragée à boire une grande quantité de fluides, autour de 4-5 litres par jour.
- Le vagin devrait être examiné dès que possible, au spéculum, et tout tissu nécrotique devrait être doucement supprimé.
- Toute infection devrait être traitée conformément aux protocoles locaux, et la prophylaxie de routine contre les infections des voies urinaires devra être utilisée.
- Si le traitement est efficace, la femme et son mari devraient être conseillés sur la planification familiale, les soins prénatals pour les futures grossesses, et la nécessité d'accoucher dans un établissement ayant la capacité pour les opérations de césarienne.
- Si le traitement n'est pas efficace, la femme et le mari/la famille devraient être informés des options de traitement.

La fermeture spontanée de 15 à 20 % des fistules simples ou de petite taille peut être accomplie par des moyens classiques, à condition que les femmes soient traitées immédiatement après ou dans les jours qui suivent l'accouchement. Dans ces cas :

- Le régime est identique à celui des femmes ayant subi un travail prolongé ou dystocique, sauf que le drainage de la vessie continue par cathéter devra être maintenu pendant un minimum de quatre à un maximum de six semaines, conformément au protocole local.
- Tout tissu nécrotique devrait être régulièrement et lentement débridé au besoin, même si la femme doit éventuellement nécessiter une intervention chirurgicale.
- Les femmes pour qui le régime ci-dessus est couronné de succès peuvent être libérées lorsque leur vagin est propre et complètement guéri. La femme et son mari devront être conseillés sur la planification familiale, les soins prénatals pour les futures grossesses, et la nécessité d'accoucher dans un établissement qualifié pour les opérations de césarienne.
- Si le régime ci-dessus n'est pas réussi, la femme et le mari/la famille devraient être informés sur les options de traitement.
- Les fistules persistantes, grandes ou complexes sont mieux traitées par intervention chirurgicale.

Gestion de la chirurgie

Le moment approprié pour réparer une fistule a été un sujet controversé. Traditionnellement, il a été recommandé d'observer un intervalle de trois mois entre l'événement qui a causé la nécrose ischémique des tissus (par exemple, dystocie) et le traitement de la fistule. Cependant, il y a peu de preuves scientifiques pour conforter cette recommandation. La tendance actuelle recommande une réparation précoce, quoique individualisée, pour chaque cliente. La chirurgie est retardée jusqu'à ce que l'inflammation des tissus autour et l'infection aient été résolues ou traitées, et le tissu nécrotique supprimé. Parfois, des antibiotiques et des œstrogènes et/ou d'autres stéroïdes ont été utilisés pour faciliter la guérison pendant cette période.

La plupart des fistules vésico-vaginales peuvent être chirurgicalement corrigées à l'aide d'une approche par voie vaginale, qui est associée à des taux de succès allant jusqu'à 90%. Cette procédure a comme avantage un temps d'opération court, une faible morbidité (à la fois pendant et après la procédure), et un faible risque de blessure urétérale.

Bien que la plupart des fistules vésico-vaginales puissent être chirurgicalement corrigées par voie vaginale, la voie abdominale est préférable pour les fistules qui sont hautes, de grande taille, ou inaccessibles, les fistules complexes ou multiples, et pour celles qui comportent une implication utérine ou intestinale ou nécessitent un détournement urinaire.

Fistule recto-vaginale

Gestion des services médicaux

Les soins locaux, y compris le drainage des abcès et l'antibiothérapie, peuvent être utilisés efficacement pour traiter certaines fistules causées par un traumatisme obstétrical, ou résultant d'une opération chirurgicale, ou d'autres traumatismes, et les fistules aggravées par une infection secondaire ou d'origine infectieuse. Il faudrait permettre aux tissus de guérir pendant 6 à 12 semaines, bien que certains chirurgiens opèrent plus tôt. Des modifications au régime alimentaire et des suppléments de fibres peuvent sensiblement diminuer les symptômes au cours de cette période. Beaucoup de fistules recto-vaginales résultant d'un traumatisme obstétrical ou chirurgical guérissent totalement, et ne nécessitent pas de traitement supplémentaire. Si la fistule persiste après cette période de traitement, et les tissus se sont assouplis à mesure que l'inflammation est contrôlée, la réparation peut être envisagée.

Gestion de l'opération

Les fistules hautement symptomatiques nécessitent parfois une colostomie temporaire de détournement pour le confort de la cliente, mais ceci peut ajouter au stress de la cliente et devenir gênant. La colostomie n'est pas curative, mais elle est une aide temporairement. Elle est généralement effectuée si la réparation d'une fistule recto-vaginale est prévue dans les deux semaines, et la fermeture de la colostomie prévue dans les quatre semaines après une chirurgie réussie de la fistule.

Toute intervention chirurgicale à envisager comporte les aspects suivants :

- Anesthésie générale ou rachidienne :
  - La rachianesthésie avec un agent d'action prolongée qui est utilisée de plus en plus fréquemment car il est facile d'apprendre à administrer le médicament ; la technique ne nécessite pas de suivi intense intra et/ou postopératoire ; elle est aussi efficace que l'anesthésie générale, ne nécessite pas d'électricité, et elle est sûre et peu coûteuse.
- Fluides I.V.
- Antibiothérapie prophylactique (peut être administrée uniquement avant l'opération.)
- Examen sous anesthésie (Si un examen n'a pas été effectué avant la chirurgie, il peut être effectué au début de l'opération, immédiatement avant la chirurgie définitive.)
- Dans le cas d'une fistule combinée :
  - Les chirurgiens pourraient commencer par réparer la FRV, puis effectuer la réparation de la FVV, ou ils pourraient commencer par la réparation de la FVV, puis terminer par la celle de la FRV.
  - Certains chirurgiens procéderont à la réparation des deux fistules en même temps ; d'autres pourraient choisir de réparer une fistule par séance chirurgicale distincte.
- Position à l'entrée du vagin :
  - La position de lithotomie exagérée est la position la plus couramment utilisée, mais parfois la position genu-pectorale est aussi utilisée. Parfois, pour les types spécifiques de fistules, la voie abdominale est nécessaire, avec la position allongée de la cliente en décubitus dorsale.

Position de lithotomie exagérée

Source: Wall, L. L., et al., 2002, p. 917.

- La durée de la chirurgie varie souvent et peut prendre une à quatre heures de temps.

Références

The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: 29 & 30 mars 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Needs assessment of obstetric fistula in nine countries.* New York.

Kohli, N. [Aucune date]. Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Récupéré à partir de : www.womenshealthsection.com/content/urog/urogvvf002.php3, 12 juillet 2006.

Mabeya, H M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, 12 juillet 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico -and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juillet 2006.

Riley, V. J. Vesicovaginal fistula. 2006. *E-Medicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juillet 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal Fistula. *E-Médicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juillet 2006.

Wall, L. L., et al. 2002. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. In: Abrams, P. C., Khoury, S., et Wein, A., eds. *Proceedings of the Second International Consultation on Urinary Incontinence, Paris, 1–3 juillet 2001.* Plymouth, England: Health Publications Ltd. Récupéré à partir de : www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf/.

Document 6-H du participant

Vue d'ensemble sur la gestion postopératoire

Soins postopératoires immédiats : 24 premières heures

Des observations régulières et en temps opportun, des mesures appropriées sont très importantes. Évaluer :

- Le statut hémodynamique : vérifier le pouls, la pression artérielle, la pâleur, et la température.
- La fréquence respiratoire
- La vigilance mentale
- L'hémorragie primaire : vérifier tous les sites potentiels de saignement. (tampon vaginal, emplacement de la greffe labiale, incision abdominale, drainages)
- Le graphique d'entrée/sortie de fluide : fluides par voie orale et I.V., émission d'urine, et autres drainages
- Si la (les) sonde(s) est (sont) en place (par ex. uretère, urètre), vérifier qu'elles drainent normalement.
- Couleur de l'urine

L'utilisation d'antibiotiques à titre prophylactique est très variable, allant de zéro à une seule dose IV préopératoire, à de multiples doses postopératoires supplémentaires. Les protocoles communs pour la prophylaxie comprennent :

- Extencilline (pénicilline-retard) en une seule dose
- Sulfaméthoxazole/triméthoprime ou amoxicilline pendant sept jours
- Antibiotiques parentérale (généralement le sulfaméthoxazole/triméthoprime) pendant 24 heures, puis poursuivre par voie orale pendant une semaine

Enfin, l'évaluation et la gestion de la douleur sont essentielles, pour assurer le confort de la cliente et le contrôle de la douleur avec des analgésiques.

Soins postopératoires ultérieurs

Drainage de l'urine

Le drainage libre et continu de l'urine permettra à la vessie de rester vide et à la suture de guérir. Par conséquent :

- Les sondes urétérales devraient être laissées en place pendant 7 à 10 jours.
- Une sonde urétrale devrait être utilisée pour le drainage continu pendant 10 à 14 .
    - Certains hôpitaux utilisent des sondes ouvertes qui se déversent dans un récipient, de sorte qu'il y ait moins de risque du globe vésical.

- D'autres hôpitaux préconisent l'utilisation d'une sonde de Foley avec une poche d'urine pour faciliter la mobilité.

Soins de la sonde

Il est essentiel de maintenir un drainage libre de la vessie après une réparation de la fistule, et s'assurer que la cliente comprend l'urgence de cette recommandation. Par conséquent :

- S'assurer que la sonde ou le tube n'est pas tordu ou déformé ou bloqué par un caillot de sang. La sonde doit rester en place sans tension, ni traction sur l'urètre ou la vessie. La sonde peut être fixée à la cuisse de la cliente avec une bande, ou sur le labium avec un fil de suture (pendant la chirurgie).
- S'assurer que la poche d'urine n'est pas distendue (avec de l'urine ou de l'air), car cela pourrait empêcher le drainage de la vessie ; le retour d'urine pourrait perturber le site de la réparation.
- Encourager la femme à vider la poche, ou à informer le personnel si elle est pleine.
- En cas d'obstruction suspectée de la sonde, rincer la sonde avec de l'eau saline (chlorure de sodium à 9 %), ou une solution borique (chlorure de chaux), ou de l'acide borique (BP 1988 Eusol) mélangée avec de l'eau purifiée. Parfois, la sonde devra être changée, une action qui doit généralement être faite dans la salle d'opération.
- Utiliser une plus grande sonde en cas d'hématurie importante.
- Éviter un lavage de la vessie si une sonde de Foley est utilisée, il y a aussi un débat quant à savoir si oui ou non le bulbe doit être dilaté. Le lavage de la vessie peut trop distendre la vessie et perturber le site de la réparation.
- Entraînement de la vessie :
  - Certains hôpitaux recommandent de maintenir la sonde pendant de courtes périodes, quelques jours avant le retrait de la sonde, puis pendant des périodes de plus en plus longues, pour habituer la vessie à la distension. Ensuite, si la cliente est sèche, la sonde peut être complètement retirée.
  - D'autres hôpitaux jugent l'entraînement de la vessie inutile. Cela pourrait faire plus de mal que de bien si la vessie devient par inadvertance sur-distendue, conduisant à la rupture du site de la réparation. Au lieu de recourir à l'entraînement de la vessie, ils recommandent de retirer la sonde et de demander à la cliente d'augmenter volontairement et progressivement la durée du temps d'attente avant d'uriner.
- La sonde devrait être laissée en place pendant une période plus longue s'il y a des préoccupations au sujet de l'intégrité de la fistule dans la période postopératoire. Un test de colorant peut également être effectué. Si le test est positif, indiquant une fuite persistante, la sonde devrait être laissée en place pendant 2 à 3 autres semaines.

Pack vaginal

Si un tampon vaginal a été utilisé, il devrait être retiré dans les 24 à 72 heures, en fonction des préoccupations au sujet de l'hémostase et de la cicatrisation/sténose vaginale rencontrées au cours de la chirurgie.

Antibiotiques

Selon le schéma posologique utilisé, les antibiotiques peuvent ou non être poursuivis dans la période postopératoire.

Repos au lit et mobilisation

La cliente devrait être encouragée à être pleinement mobile dès que possible :

- Les femmes qui ont subi des réparations simples devraient être encouragées à se déplacer dans la journée qui suit la chirurgie.
- Celles qui ont eu une réparation compliquée, une réimplantation urétérale, etc. peuvent attendre jusqu'à sept jours après la chirurgie pour se déplacer.
- La poche d'urine doit être vide lorsque la femme se déplace. Des précautions devraient être prises pour éviter une traction subite de la sonde.

Hydratation

- Encourager une forte consommation de fluides pour permettre à la femme de produire 2 à 3 litres d'urine par 24 heures.
- Surveiller sa consommation et émission de fluides.

Régime alimentaire

- Toutes les femmes devraient être mises sur un régime liquide le jour après l'opération, et encouragées à boire abondamment.
- Une femme qui a subi une réparation de fistule vésico-vaginale tolérera habituellement un régime doux le premier jour après la chirurgie, et devrait progressivement aller à un régime alimentaire normal au deuxième jour.
- Les protocoles alimentaires suivants une réparation de fistule recto-vaginale ou fistules complexes varient selon les chirurgiens.
- Les femmes ayant eu une colostomie peuvent suivre le régime alimentaire des clientes de fistule vésico-vaginale.

Soins liés à l'élimination intestinale

- Prévenir la constipation et l'effort excessif.
- Des médicaments peuvent être utilisés pour ramollir les selles.
- Les suppositoires rectaux devraient être évités si la femme avait une fistule recto-vaginale.

Prévention de la thrombose veineuse profonde et des complications pulmonaires

- Exercices de respiration profonde
- Toux
- Positionnement
- Mobilisation
- Gestion de la douleur

Entraînement sur les exercices au sol du bassin

Sources

The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Needs assessment of obstetric fistula in nine countries.* New York.

Kohli, N. [Aucune date]. Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Récupéré à partir de : www.womenshealthsection.com/content/urog/urogvvf002.php3, 12 juillet 2006.

Mabeya, H M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, 12 juillet 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico -and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juillet 2006.

Riley, V. J. Vesicovaginal fistula. 2006. *E-Medicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juillet 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal fistula. *E-Médicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juillet 2006.

Document 6-I du participant

Vue d'ensemble sur la sortie et le suivi

La cliente devrait être conseillée et assistée sur ce qui suit :

- Identification et établissement de contacts avec des groupes communautaires travaillant avec des femmes ayant des fistules
- Planification d'une visite de suivi en s'assurant qu'elle dispose des moyens nécessaires et de transport pour revenir pour la visite
- Planification d'une visite à domicile des infirmières de la communauté si possible.
- Reconnaître les signes d'alerte possibles, et élaborer un plan de préparation aux complications.
- Comprendre les informations contenues dans la Fiche d'informations de sorti (Document 6-J du participant).

Complications après une réparation

Complications précoces

- Complications anesthésiques :
  - Dues aux médicaments administrés : problèmes liés au dosage ; réaction allergique aux médicaments.
  - Dues à l'anesthésie : les complications dépendent largement du type d'anesthésie (par ex., l'anesthésie générale, avec ou sans intubation endo-trachéale ; rachianesthésie).
- Hémorragie :
  - L'hémorragie primaire, qui survient dans les 24 heures après la chirurgie, est habituellement due à des points de saignement non solidement attachés.
  - L'hémorragie secondaire, qui survient au-delà de 24 heures après la chirurgie, est due à l'infection avec une érosion dans un vaisseau, qui se produit une à deux semaines après la chirurgie. Cela peut également être dû à des sites primaires de saignement lent ou de petite taille non identifiés, ou à un traumatisme sur le site de la chirurgie.

- Infection :
  - Infection des plaies
  - Infection des voies urinaires
  - Infection des voies respiratoires
- Complications urétérales :
  - Lésion chirurgicale
  - Obstruction, œdème
- Blocage de la sonde causé par une coudure ou un caillot de sang
- Déhiscence de la plaie et échec de la réparation, habituellement après la première semaine, ou environ neuf à 12 jours après l'opération

Complications tardives

- Sténose et cicatrices du vagin
  - La sténose ou la cicatrisation peuvent se produire à la suite de la chirurgie, ou être présentes au moment de la chirurgie.
  - Lorsqu'elles sont présentes au moment de la chirurgie, elles sont généralement sous forme de bande épaisse sur la paroi vaginale postérieure. La gestion de cette bande de tissu cicatriciel se fait par incision latérale pour libérer la cicatrice.
  - Le pack vaginal est laissé en place pendant plusieurs jours après l'opération de la fistule.
  - Un dilatateur vaginal bien lubrifié est utilisé pour prévenir la réformation de la cicatrice et sténose vaginales. Le dilatateur est très délicatement inséré et laissé en place pendant au moins 10 minutes chaque jour pendant une période de six semaines.
  - Lorsque la cicatrice est plus large, des greffes de peau ou de pédicule peuvent être recueillies, et répartis à tour de rôle sur différentes régions du vagin à partir des tissus environnants (par ex., les fesses, les lèvres, la cuisse) pour couvrir le déficit tissulaire à la suite d'une incision et d'une excision des tissus cicatriciels pour établir un calibre normal du vagin.
- Incontinence urinaire persistante
  - L'incontinence est une complication importante de la fistule, et souvent ignorée ou sous-estimée.
  - Elle peut être le résultat d'un échec de la réparation de la fistule, d'une fistule urétérale non diagnostiquée, d'une fistule non détectée, d'une incontinence urinaire d'effort réelle, d'une hyperactivité/instabilité du muscle vésical, d'une miction par regorgement, d'une infection ou de calculs de la vessie.
  - Elle peut être bénigne ou très grave, avec des complaintes de fuite incessante.
  - Une évaluation plus approfondie est nécessaire pour faire le diagnostic et établir une gestion appropriée.
  - Le diagnostic différentiel inclut les infections des voies urinaires et les calculs rénaux.

- Incontinence fécale
  - La blessure accidentelle lors de la reconstruction du vagin, pour une sténose, peut conduire à l'incontinence fécale, et nécessiter une réparation.
- Dysfonctionnement sexuel
  - Un certain nombre de facteurs, dont les cicatrices/sténose vaginales, la dyspareunie, l'anxiété, et d'autres facteurs psychologiques, peuvent entraîner des problèmes sexuels.
- Dysfonctionnement psychosocial
  - Beaucoup de femmes atteintes de fistule ont vécu plusieurs grands événements traumatiques qui peuvent facilement laisser des cicatrices émotionnelles et mentales : un travail et un accouchement difficiles, un mort-né, une fistule, la stigmatisation sociale, l'abandon du conjoint.
- Aménorrhée
  - Dans certains cas, les règles peuvent revenir 2 à 4 mois après la réparation chirurgicale.
  - Certaines femmes continuent d'avoir une aménorrhée, même après la réparation, et celle-ci est souvent associée avec l'infertilité.

Sources

The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth/Bangladesh. 2005. Onsite curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié.

FNUAP. Campaign to end fistula. Récupéré à partir de : www.endfistula.org.

FNUAP et EngenderHealth. 2003. *Needs assessment of obstetric fistula in nine countries.* New York.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports, No. 2.* Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Document 6-J du participant

Fiche d'informations de sortie

Comment prendre soin de vous-même

- Ne reprendre des activités normales que lorsque vous vous sentez suffisamment à l'aise pour le faire.
- Assurer une bonne hygiène génitale.
- Prendre correctement et complètement les médicaments que l'on vous a donnés.
- Respecter votre rendez-vous de suivi du _____. Revenir à tout moment si vous êtes anxieux.
- S'assurer que vous avez une alimentation équilibrée, que vous avez assez à manger, et que vous buvez des quantités suffisantes d'eau.
- Si vous voulez utiliser une méthode de planification familiale, discutez-en avec un prestataire de son démarrage bien avant la reprise de l'activité sexuelle. Il est possible de tomber enceinte dès la reprise des relations sexuelles.
- Si vous tombez enceinte à nouveau, il faudra s'assurer d'obtenir des soins prénatals dès que vous serez sûre de votre grossesse. Il est également nécessaire de prendre des dispositions pour accoucher par césarienne planifiée (non urgent) dans un hôpital. Un autre accouchement vaginal pourrait endommager la réparation chirurgicale de la fistule et la rouvrir.
- Contacter des groupes travaillant dans votre communauté avec les femmes qui ont une fistule car ils peuvent vous aider à trouver des moyens de générer des revenus, et pourraient vous offrir des opportunités d'éducation.
- Rechercher l'aide et le soutien d'autres femmes ayant subi une chirurgie de la fistule pour recommencer votre vie.

Activités à éviter

- Le fait de soulever des objets lourds, à moins que vous soyez complètement guérie
- Avoir des rapports sexuels avec pénétration, pendant au moins trois mois après la chirurgie
- Introduire quoi que ce soit dans votre vagin, pendant au moins trois mois après la chirurgie
- La constipation

Symptômes normaux

- *Absence de règles peu après l'accouchement :* Si vous n'avez pas eu vos règles depuis votre accouchement, le retour des règles peut survenir 2 à 4 mois après la réparation chirurgicale. Dans certains cas, le retour des règles peut faire défaut.

- *Légères fuites :* Quelques fuites urinaires surviendront à la suite d'activités causant un effort, comme la toux ou les éternuements.
- *Légères douleurs :* Une douleur génitale légère peut se produire dans la zone de la cicatrice chirurgicale.

Symptômes anormaux

- Fuites permanentes d'urine ou de selles
- Fièvre
- Pertes vaginales malodorantes
- Douleur à la miction, présence ou absence de fièvre, frissons, besoin d'uriner plus fréquent ou plus impérieux que d'habitude
- Vertiges, étourdissements ou évanouissements
- Douleur génitale grave
- Nausées ou vomissements
- Saignement deux fois plus abondant que pour des règles normales
- Sentiment de tristesse et/ou d'inaptitude à prendre soin de soi.

Revenir *immédiatement* si vous ressentez un de ces symptômes !

Instructions spéciales :

_____

_____

_____

Document 6-K du participant

Counseling aux clientes ayant des besoins spéciaux

Le présent document fait un bref compte-rendu des exemples de groupes de clientes et leurs besoins correspondants. Il ne se propose pas d'englober tous les types de clientes ayant des besoins spéciaux, ni la totalité des besoins des types considérées de clientes.

Les femmes plus jeunes

Les clientes plus jeunes ont tendance à être moins matures socialement, elles peuvent être timides et incapables de s'exprimer. Par conséquent, le conseiller doit faire un effort supplémentaire pour créer des liens avec les plus jeunes clientes, et utiliser un langage plus simple que celui normalement utilisé avec les clientes plus âgées. Les jeunes femmes sont également plus susceptibles de subir des grossesses non désirées que les femmes plus âgées, parce qu'elles sont plus souvent victimes de mariage précoce forcé. Le traumatisme émotionnel d'un mariage forcé, aggravé par les tracasseries liées au traitement d'une fistule, peut rendre parfois une jeune cliente particulièrement réticente à communiquer. Retarder la grossesse pourrait ne pas être une priorité pour elle, ce qui rend ses besoins en counseling en matière de santé de la reproduction différents de ceux d'une femme plus âgée.

Les femmes enceintes, qui sont jeunes et célibataires, sont parfois rejetées par leurs communautés parce qu'elles sont enceintes à un âge considéré trop précoce. Ou bien, la communauté pourrait penser qu'elle « méritait » une fistule « comme punition ». Les clientes plus jeunes pourraient être exclues de l'école à cause de leur grossesse, et aussi perdre des opportunités de carrière, augmentant leur honte, et exacerbant leur crainte de discuter de leur situation avec quelqu'un.

Les femmes plus âgées

Contrairement à certaines femmes plus jeunes, les clientes plus âgées peuvent avoir déjà eu d'autres enfants. Par conséquent, elles pourraient ne pas en vouloir d'autres, et pourraient se concentrer moins sur leur capacité de procréation future. Une cliente plus âgée pourrait avoir vécu plusieurs années avec une fistule, et subi de nombreuses tentatives de réparation, ce qui peut provoquer des cicatrices graves, et rendre une autre chirurgie difficile. En outre, avec l'âge, les tissus de certaines femmes peuvent ne pas guérir aussi facilement.

Les femmes plus âgées ont parfois besoin d'éducation et de counseling sur la santé davantage axés sur la ménopause et les problèmes qui l'entourent, que sur les futures grossesses. L'orientation vers d'autres services de santé de la reproduction, tels que dans le cas du dépistage du cancer, sont également plus pertinents pour ce groupe.

La réinsertion dans la communauté peut ou non être plus facile pour les femmes plus âgées que pour les plus jeunes. D'une part, l'âge a droit à plus de respect dans certains pays, ce qui contribuerait à éliminer les obstacles à la réinsertion. D'autre part, l'âge donne également plus de visibilité aux femmes dans leurs familles et communautés ; par conséquent, l'embarras qu'une femme pourrait ressentir sera plus prononcé, faisant de sa réinsertion sociale une question affective plus complexe.

Les femmes VIH-positif

Les femmes séropositives ou qui ont le SIDA sont moins susceptibles de guérir complètement et, par conséquent ont besoin d'informations (telles que des informations éducatives sur la nutrition), et une orientation vers des services spécialisés pour les aider à maintenir leur santé.

Premièrement, si une femme VIH-positif a subi une réparation de la fistule avec succès, elle aura besoin d'informations non seulement sur la gestion de sa réparation et l'obtention d'une césarienne pour ses accouchements à l'avenir, mais aussi sur la possibilité de transmettre le VIH à son enfant si elle contracte une nouvelle grossesse. Deuxièmement, les femmes VIH-positif devraient être orientées vers des services antirétroviraux et vers des organisations de soutien et de traitement des personnes vivant avec le VIH. Troisièmement, pour certaines clientes, le VIH peut être facile à détecter à cause des infections opportunistes. Les conseillers et les prestataires devraient discuter des options avec ces clientes, et leur faire connaître l'éventail de services disponibles.

Les femmes ayant un handicap physique

Le counseling d'une cliente ayant une déficience physique implique généralement une plus grande participation de la famille par comparaison au counseling des clientes n'ayant pas de tels problèmes, en particulier si le handicap est tel que la cliente n'est pas capable de prendre soin d'elle-même. En outre, si la cliente a des besoins spécifiques de communication, elle pourrait avoir besoin d'un conseiller avec des compétences spécialisées en communication (par exemple, le langage des signes pour une sourde).

Les femmes ayant une déficience intellectuelle ou un retard de développement

Une femme ayant des troubles mentaux ou de croissance pourrait avoir besoin d'une réparation de la fistule sous anesthésie générale, plutôt que sous anesthésie locale ou rachidienne, parce qu'elle pourrait ne pas être en mesure de coopérer correctement pendant la chirurgie.

Certaines femmes peuvent se présenter avec une dépression grave et ingérable qui peut nécessiter une psychothérapie et/ou la prise de médicaments. Si la dépression a provoqué un arrêt de l'alimentation de la femme pendant une certaine période avant de venir à la structure, elle aura besoin d'une foule d'interventions de réadaptation physique avant de subir une intervention chirurgicale.

Enfin, il faudra être prudent en matière de counseling concernant les femmes ayant une maladie mentale ou des problèmes de croissance, et à celles qui vivent en situation de détresse, surtout si une contraception permanente est envisagée, car elles peuvent s'avérer inaptes à prendre des décisions éclairées et volontaires. Les femmes souffrant de grave déficience intellectuelle ou de croissance peuvent nécessiter un counseling

approfondis sur la limitation de leur fertilité future par ex., avec une contraception à long terme), car elles peuvent être incapables de comprendre des messages spécifiques liés à l'abstinence à court terme et les soins lors de la récupération d'une réparation de fistule. Elles pourraient aussi être des cibles faciles pour les abus. Si les clientes sont juridiquement en mesure de donner un consentement éclairé, elles doivent être conseillées avec soin, dans un langage qu'elles comprennent. La participation des familles dans le counseling pourrait également être nécessaire et utile si la cliente n'est pas en mesure de comprendre les messages clés.

Les femmes ayant une fistule inopérable

L'idéal serait que les clientes ayant une fistule inopérable soient conseillées sur les possibilités de détournement urinaire (telles que le conduit iléal) ou la reconstruction vaginale (si le vagin est presque fermé à cause d'un surplus de tissu fibreux) pour une fistule qui ne répond pas aux autres traitements. Ces options peuvent ne pas être disponibles dans votre cadre, ou souhaitables dans certains cas individuels. Les conseillers devraient également partager les messages clés avec les partenaires et/ou membres de la famille, qui certainement passeront toute leur vie à s'occuper d'une femme vivant avec une fistule pour le reste de sa vie. La famille doit être sensibilisée sur l'importance de leur soutien et soins physiques et émotionnels. Enfin, les questions liées à la poursuite d'une relation sexuelle lorsqu'une fistule ne peut pas être réparée, nécessiteraient un counseling sensibles à la cliente et à son partenaire (les questions spécifiques varient selon les clientes).

Les victimes de la violence sexospécifique

Certaines clientes peuvent subir des violences de la part de leurs partenaires en réaction à la fistule. D'autres clientes ayant une fistule causée par le viol ou l'agression sexuelle peuvent souffrir d'un traumatisme supplémentaire dû à l'agression, et peuvent avoir du mal à communiquer. Toutes les femmes victimes de violence pourraient souffrir de la peur, de la dépression, du « sentiment de devenir folle », etc. ce qui pourrait nécessiter d'autres counseling psychiatriques, un soutien affectif et/ou la médication. (Pour de plus amples informations sur le counseling des femmes souffrant de la fistule traumatique ou celles qui ont été victime de la violence sexospécifique, veuillez vous référer au document suivant : Fistula Care. 2012. *Counseling de la cliente de la fistule traumatique : Un supplément du curriculum de counseling de la fistule obstétricale.* New York: EngenderHealth.)

Adapté à partir du : The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Session 7
Informations sur la planification familiale et counseling relatif à la santé

Se référer aux pages 146 à 150 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre Session 7 intitulée Vue d'ensemble de la Session 7 – Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de la présente session, les participants seront en mesure de faire ce qui suit :

- Fournir des informations sur la planification familiale afin que toutes les clientes en disposent avant de quitter le site de service.
- Expliquer l'importance du choix éclairé des clientes afin d'obtenir des services de planification familiale efficaces.
- Décrire les facteurs personnels et cliniques qui devraient être pris en compte dans le counseling sur la planification familiale aux clientes de la fistule.
- Expliquer pourquoi certaines femmes pourraient ne pas être en mesure de faire une grossesse après une réparation de la fistule, même si elles le souhaitent.

POINTS À RETENIR

- ✓ Toutes les femmes qui ont subi une réparation chirurgicale de la fistule obstétricale devraient **s'abstenir de tout rapport sexuel avec pénétration vaginale pendant au moins trois mois pour éviter d'endommager la réparation chirurgicale** et la réouverture de la fistule.
- ✓ Une fois qu'une femme est complètement guérie de la chirurgie, elle peut reprendre une activité sexuelle avec pénétration si cela ne lui cause aucune gêne.
- ✓ Toute cliente en âge de procréer devrait être présumée fertile.
- ✓ Toute femme qui a ses règles est susceptible de tomber enceinte à tout moment. Si elle n'a pas eu ses règles depuis un certain temps, elle peut tomber enceinte au moment de l'ovulation, et cela peut se passer avant ses prochaines règles.

(suite)

POINTS À RETENIR *(suite)*

- ✓ Une cliente de fistule obstétricale mérite et nécessite un counseling attentionné et compréhensif afin qu'elle puisse faire un choix éclairé quant à sa fécondité et ses besoins et méthode de planification familiale.
- ✓ Si la cliente choisit une procédure de stérilisation contraceptive afin de prévenir des grossesses futures, la documentation du consentement éclairé est obligatoire.
- ✓ Certaines clientes peuvent avoir besoin d'être renvoyées en consultation pour vérifier et gérer leur infécondité. Le fait de comprendre la manière dont les méthodes naturelles de planification familiale fonctionnent pourrait aider certains couples souhaitant faire une grossesse et qui ne peuvent pas actuellement y parvenir.
- ✓ Une cliente de la fistule obstétricale a le droit de choisir elle-même ses objectifs de procréation, et les prestataires ont l'obligation de respecter son choix.
- ✓ L'intimité de la cliente devrait toujours être respectée, et les informations partagées uniquement à sa demande et avec sa permission.
- ✓ Il n'y a pas de *contre-indication absolue* à aucune méthode de planification familiale motivée seulement par la chirurgie de la fistule obstétricale, mais il y a des *précautions à prendre* pour certaines méthodes, et celles-ci doivent être soigneusement discutées avec la cliente et évaluées par le prestataire de soins de santé.
- ✓ Seuls les *préservatifs* (masculins et féminins) et *l'abstinence* offrent une protection contre les infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH.
- ✓ Toutes les clientes devraient être informées que si elles ont des rapports sexuels sans utiliser une méthode de planification familiale, elles peuvent utiliser la contraception d'urgence pour prévenir la grossesse.
- ✓ L'implication de l'homme/du partenaire dans le counseling devrait être encouragée lorsque cela est possible, mais seulement si la cliente est d'accord.
- ✓ Dans certains cas, l'implication du partenaire dans le counseling favorise un soutien pour la période d'abstinence de trois mois, ainsi que l'utilisation par le partenaire de l'option de méthode de planification familiale de la cliente et son soutien à celle-ci.

Méthodes de formation

- Remue-méninges
- Travail en grand groupe
- Présentation et discussion
- Etude de cas

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Rétroprojecteur (facultatif)
- Document 7-A du participant : Informations essentielles sur la planification familiale pour les clientes ayant une fistule obstétricale *(utiliser également comme transparent)*
- Document 7-B du participant : Méthodes de planification familiale
- Document 7-C du participant : Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale
- Document 7-D du participant : Considérations individuelles en matière de counseling de planification familiale aux clientes ayant une fistule obstétricale
- Document 7-E du participant : Directives pour le choix d'une contraception, selon la méthode
- Exemplaires de *Planification familiale: manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier* (Organisation mondiale de la Santé et le Centre des Programmes de Communication de l'Ecole de Santé Publique Johns Hopkins Bloomberg)

Préparation préalable

1. Avant cette session, demander aux participants de lire le manuel suivant sur la Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.
2. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
3. Passer en revue tous les documents et faire une copie pour chaque participant. Si possible, faire des copies sur du papier de couleurs différentes (surtout le Document 7-E) pour les distinguer.
4. Préparer des transparents ou des tableaux-papier pour les Documents 7-A et 7-E.

5. Préparer tableau-papier comme dans l'exemple illustré ci-dessous pour l'activité 1 dans la partie C :

Considérations individuelles en counseling de planification familiale aux clientes ayant une fistule obstétricale		
Cliente d'étude de cas	**Situation de counseling**	**Considérations**
	1. La cliente ne veut pas tomber enceinte bientôt.	
	2. La cliente a eu une aménorrhée et n'est pas certaine de sa fécondité.	
	3. La cliente a été abandonnée par son mari, mais a été enjointe de revenir chez son mari après la réparation chirurgicale, et ne sait pas si son mari lui permettra d'utiliser une méthode de planification familiale.	
	4. La cliente veut tomber enceinte dès que la période de cicatrisation est terminée.	
	5. La cliente a un partenaire qui l'expose à un risque d'infections sexuellement transmissibles.	
	6. La cliente ne veut plus jamais retomber enceinte.	
	7. La cliente a été abandonnée par son partenaire et n'est pas certaine de ses besoins en planification familiale.	
	8. La cliente a eu une réparation non réussie, mais projette d'être sexuellement active, et est incertaine quant à sa fécondité future.	
	9. Autres situations	

6. Découvrir où les services de planification familiale sont offerts localement pour chaque site, notamment l'emplacement, les heures, les méthodes disponibles, et le coût.

7. Découvrir le niveau de connaissances des participants sur les méthodes courantes de planification familiale.

Session 7 : Etapes de la formation

Durée (totale) de la session : 2 heures à 2 heures 15 minutes

Se référer aux pages 151 à 159 du supplément sur la fistule traumatique (Supplément 7A), traitant du Counseling sur la grossesse non désirée et Contraception d'urgence, devant être examiné au début de la présente session. Ces pages contiennent également les documents supplémentaires 7-a et 7-b à présenter et à distribuer aux participants lors de ces activités.

PARTIE A : RAISONS

Durée : 40 à 55 minutes

Activité 1 : Discussion en grand groupe *(10 minutes)*

1. Demander aux participants d'expliquer le bien fondé du lien entre les services de planification familiale et ceux offerts aux clientes de la fistule.
2. Noter que, indépendamment de nos sentiments personnels quant à savoir si les femmes ayant subi une réparation chirurgicale réussie ou non devraient tomber enceintes à nouveau, l'établissement de liens avec les services de planification familiale peut-être la meilleure façon d'aider les femmes à éviter une grossesse non désirée ou la reporter jusqu'à ce qu'elles soient guéries émotionnellement et physiquement, et prêtes à contracter une nouvelle grossesse, si tel est leur désir.
3. Demander aux participants de décrire leur rôle dans la prestation de méthodes et services de planification familiale aux clientes de la fistule.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Le rôle du prestataire en ce qui concerne les services de planification familiale pour les femmes ayant subi une réparation de la fistule ou vivant avec une fistule varie d'un pays à un autre et d'un site à un autre. Dans certains cadres et dans certains pays, le prestataire ne fait que des renvois vers des services externes. Dans d'autres cadres, le prestataire prodigue le premier counseling pour les services de planification familiale dans la même structure. Dans certains programmes, les soins aux clientes de la fistule obstétricale et les services de planification familiale peuvent être totalement intégrés, avec le même personnel offrant les deux services.

Quelle que soit la relation qui existe entre les services offerts aux clientes de la fistule obstétricale et ceux de la planification familiale, le prestataire constitue un lien crucial entre les clientes de la

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION *(suite)*

fistule obstétricale et les services de contraception, aidant ainsi les clientes à reconnaître leur besoin de planification familiale et à surmonter les idées fausses et les craintes concernant les méthodes de contraception. En outre, en aidant les clientes à renforcer leur confiance et foi dans le système de soins de santé, les prestataires contribuent à accroître la probabilité selon laquelle les clientes de fistule obstétricale donnent suite à une orientation pour la planification familiale.

Cette session traite des informations de base sur la contraception dont tous les prestataires de la fistule obstétricale ont besoin. Si les services de planification familiale ou le counseling sont fournis par le personnel qui travaille déjà avec des clientes de la fistule, une formation supplémentaire en planification familiale peut être nécessaire. D'autre part, si les participants offrent déjà des services de planification familiale, certaines informations peuvent être redondantes. Lorsqu'il s'agit d'un groupe mixte, les prestataires ayant une expérience dans la fourniture de service de planification familiale peuvent servir de ressource au cours des activités de groupe.

Activité 2 : Remue-méninges/Discussion *(30 à 45 minutes)*

1. Demander aux participants de réfléchir sur les informations relatives à la planification familiale dont les clientes de la fistule pourraient avoir besoin avant de quitter le site du service.
2. Expliquer qu'ils devront examiner les désirs de fertilité de la femme ou du couple pour préparer en conséquence le counseling en planification familiale. Rappeler que pour les femmes ou les couples désirant une grossesse, le conseiller devra discuter de la période de guérison recommandée avant de tenter de concevoir, et qu'ils peuvent envisager l'utilisation de méthodes naturelles pour aider à contracter une grossesse lorsqu'ils seront prêts.
3. Expliquer que les informations suivantes doivent être fournies à chaque cliente de fistule qui ne veut pas rapidement contracter une nouvelle grossesse. Distribuer aux participants le Document 7-A et afficher le document sous forme de transparent, examinant chacun des points suivants :
   - Pour éviter tout dommage à la réparation chirurgicale de la fistule, la cliente devrait s'abstenir de toute relation sexuelle et éviter d'introduire quoi que ce soit dans son vagin pendant au moins trois mois après l'opération. L'abstinence sexuelle pendant cette période protège la réparation chirurgicale et ne devrait pas être considérée comme une méthode de planification familiale.
   - Si la cliente a eu une aménorrhée, sa période menstruelle peut revenir 2 à 4 mois après une réparation chirurgicale réussie. Elle pourrait ovuler avant son premier cycle menstruel, et donc pourrait tomber enceinte avant le retour des règles.
   - La cliente de fistule devrait commencer à utiliser une méthode de planification familiale avant de devenir sexuellement active (c'est-à-dire, certaines méthodes sont utilisées soit au moment des rapports sexuels ou après).
   - Certaines femmes peuvent avoir une stérilité secondaire après une fistule, mais les clientes de fistule devraient présumer qu'elles sont fertiles jusqu'à preuve du contraire.

- La cliente de fistule a besoin de savoir où et comment obtenir des services de planification familiale (soit pendant son séjour à l'hôpital ou après la sortie).

4. Si les participants ont des connaissances limitées ou pas du tout alors concernant les méthodes de planification familiale, distribuer aux participants le Document 7-B. (*15 minutes*)
   - Utilisant le Document 7-B en tant que guide, donner un bref résumé des méthodes de planification familiale.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les formateurs devraient avoir déjà évalué les participants pour s'assurer qu'ils ont des connaissances de base actualisées concernant les méthodes de planification familiale. Si ce n'est pas le cas, créer une session pour renforcer les capacités des participants à fournir des informations précises sur la planification familiale pendant le counseling. Utiliser le **Document 7-B du participant** comme ressource. Il faudra également faire savoir aux participants que des ressources supplémentaires sont listées à l'Annexe D.

Si, après l'examen, les participants indiquent qu'ils ont besoin de plus de temps et d'informations sur les méthodes de planification familiale, souligner que cette formation est destinée à mettre l'accent sur la manière dont les questions comme la planification familiale sont liées au counseling pour les clientes de la fistule obstétricale, et qu'elle ne se propose pas d'être une session de formation complète sur la planification familiale en tant que telle. Faire savoir aux participants que, s'ils ont besoin de plus amples informations, vous parlerez avec leur(s) superviseur(s) de site de l'organisation d'une formation séparée sur la planification familiale.

5. Si les participants ne connaissent pas le lieu où les services de planification familiale sont offerts dans leur région, fournir cette information, notamment les lieux, les heures, les méthodes disponibles, et le coût.
6. Utilisation du Document 7-C : Donner des réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale, examiner les questions typiques des clientes sur la grossesse et la planification familiale, en lisant à haute voix les questions seulement. Demander aux participants de donner les réponses aux questions des clientes, et corriger les idées fausses, au besoin.

PARTIE B : CHOIX ECLAIRE

Durée : 30 minutes

Activité 1 : Discussion en grand groupe *(30 minutes)*

1. Passer brièvement en revue le choix éclairé, le consentement éclairé, et les droits de la cliente à partir de la Session 2.
2. Demander à un participant de donner un exemple de la manière dont cette définition s'applique aux services offerts aux clientes de la fistule au niveau de son site.

3. Demander aux participants de répondre aux questions suivantes :
   - Si une femme a eu une injection de Depo-Provera ou un contraceptif à action retard (par ex. le Norplant, Jadelle, ou Implanon) inséré contre sa volonté pendant le traitement d'une fistule obstétricale, que peut-elle faire à ce sujet ? Quels sentiments une femme pourrait-elle éprouver vis-à-vis du système de soins de santé si cela lui était arrivé ?
   - Si une femme a eu une injection de Depo-Provera ou un contraceptif d'implant inséré sans pour autant obtenir une information adéquate, quels pourraient en être les résultats ?
   - Quel impact cette pratique pourrait-elle avoir sur la volonté des femmes de rechercher des soins médicaux à l'avenir ?

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les réponses possibles aux trois questions posées dans l'activité 1 sont les suivantes :

- Les prestataires peuvent croire qu'ils agissent dans le meilleur intérêt de la cliente en administrant une injection de Depo-Provera ou en utilisant un contraceptif d'implant sans son consentement. Cela constitue cependant une violation des droits de la cliente. En outre, ils doivent se rappeler que l'utilisation forcée de la contraception pourrait causer à la cliente un sentiment d'amertume envers le système de soins de santé. De plus, si une femme ne veut pas d'un contraceptif d'implant, elle peut l'enlever ou le fera plus tard, annihilant ainsi l'action prise par le prestataire pour la « protéger » d'une grossesse future.
- L'insuffisance d'informations des usagers sur l'utilisation d'une méthode de contraception et les effets secondaires éventuels peut avoir deux résultats : l'utilisateur peut ignorer les signes avant-coureurs de complications, ce qui pourrait avoir de graves répercussions sur sa santé et/ou sur l'efficacité de la méthode, ou elle pourrait assumer que tous les maux physiques qui se produisent après qu'elle a commencé à utiliser la contraception sont en quelque sorte liés à elle, provoquant des plaintes, des visites excessives de suivi, et l'arrêt de la méthode. Avec l'implant contraceptif, cette confusion pourrait entraîner la femme à négliger les signes d'alerte, d'attribuer à tort des conditions non liées à l'implant contraceptif, ou de faire retirer l'implant inutilement.
- Bien que les pratiques coercitives puissent empêcher les grossesses non désirées chez les femmes qui y sont personnellement soumises, d'autres femmes qui entendent parler de ces pratiques pourraient être réticentes à demander des soins médicaux ou de planification familiale, ce qui se traduit par une augmentation de la morbidité et/ou de la mortalité.

4. Résumer : Bien qu'il soit important de rendre la planification familiale disponible et accessible pour les clientes de la fistule, les femmes ne devraient pas être obligées ou contraintes de choisir une méthode contraceptive.

5. Lister les points ci-dessous comme raisons pour lesquelles la planification familiale ne devrait pas être exigée à toutes les clientes de la fistule, et donner des exemples de l'impact négatif potentiel que l'acceptation forcée de la contraception peut avoir sur les femmes et les communautés.

- Avec les méthodes de contraception qui dépendent de l'utilisateur (par exemple, prendre une pilule tous les jours, revenir à la clinique tous les trois mois pour une injection, ou utiliser un préservatif), l'efficacité de la méthode contraceptive est généralement liée au fait que les utilisateurs disposent d'informations suffisantes pour utiliser la méthode efficacement, et à leur sentiment favorable quant à la poursuite de son utilisation, ou à la façon de passer d'une méthode à l'autre si elles ne sont pas satisfaites de leur premier choix.
- Quand une méthode contraceptive est dispensée à travers la coercition, elle pourrait se révéler moins efficace parce que l'utilisateur n'a pas reçu les informations adéquates sur la façon d'utiliser la méthode correctement, ou n'aime pas se sentir forcé de l'accepter. De telles circonstances peuvent conduire à l'arrêt d'utilisation du contraceptif.
- L'arrêt peut entraîner des grossesses non prévues et une plus grande morbidité et mortalité.
- En raison de ces pratiques coercitives, le système de soins de santé pourrait avoir comme réputation d'être grossier envers ses clientes, ce qui pourrait détourner les gens de la quête des services nécessaires.

PARTIE C : SITUATION PARTICULIERE DE LA CLIENTE

Durée : 1 heure

Activité 1 : Exercice en petit groupe *(1 heure)*

1. Expliquer que vous allez passer le reste de cette session à discuter des situations personnelles et médicales qui devraient être considérées lorsque l'on parle de la planification familiale avec les clientes de fistule.
2. Diviser les participants en cinq groupes, attribuer des situations, et leur demander de répondre aux questions.
3. Afficher le tableau-papier intitulé « Considérations individuelles en matière de counseling de planification familiale pour les clientes ayant une fistule ». Chaque fois que possible, indiquer le nom de la cliente d'étude de cas à partir de la Session 4 qui correspond le mieux à la description dans la colonne « Facteurs ». (Si aucune des études de cas ne correspond à la description, trouver un nom pour une nouvelle cliente et remplir le tableau-papier.) Poser la question suivante : « Comment aborderez-vous le counseling en planification familiale pour cette cliente ? De quoi discuteriez-vous, et pour quelles raisons ? »
4. Demander aux groupes d'écrire leurs réponses dans la colonne « Considérations » pour chaque facteur.
5. Réunir à nouveau le groupe de travail et partager les résultats du travail de groupe par une discussion.
6. A la fin des présentations de chaque groupe, distribuer le Document 7-D du participant, et discuter des points qui n'ont pas été mentionnés pendant l'activité (voir Conseil pour la Formation). Ensuite, résumer en notant l'importance de considérer la situation personnelle de l'individu avant d'essayer de donner des informations sur les méthodes de planification familiale.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Si les participants oublient des points clés au cours de cette discussion, vous pouvez vous référer au **Document 7-D** pour orienter le débat. Toutefois, pour aider les participants à réfléchir à cela par eux-mêmes, ne distribuer le document qu'*après* la discussion. Ensuite, passer brièvement en revue chacune des situations, en notant les différences entre la discussion des participants et ce qui est écrit sur le document.

Rappel : Les désirs de procréation d'une femme, son choix par rapport à la contraception, et son sentiment d'autonomie pour faire des choix de contraception, impliquent les questions de sexualité et de genre qui ont été identifiées dans la Session 4 (Parties D et E). Travailler avec les participants pour remplir les colonnes dans le document pour ce point important.

Activité 2 : Discussion *(30 minutes)*

(Note : Autrement, créer un exercice pour que les participants utilisent le contenu des Documents 7-C et 7-E, ou s'y réfèrent pendant le jeu de rôle pour les études de cas pour le counseling)

1. Souligner que bien qu'il n'y ait pas de contre-indication absolue aux méthodes de planification familiale motivée par la chirurgie de la fistule, il y a des précautions à prendre pour certaines méthodes. Passer en revue les précautions décrites dans le Document 7-C du participant. (*10 minutes*)

2. Distribuer le Document 7-E du participant et faire savoir qu'il est utile en tant que référence pour le counseling car les clientes ont souvent une méthode particulière à l'esprit lorsqu'elles demandent une méthode de planification familiale. Dire aux participants qu'ils peuvent étudier le document eux-mêmes et l'utiliser pour se préparer à leur jeu de rôle de counseling plus tard dans l'atelier. (*10 minutes*)

3. Résumer en rappelant aux participants que tous ces facteurs—la structure de prestation de services de planification familiale au niveau de leurs sites, le choix éclairé, la situation particulière et la situation clinique de la cliente, et les caractéristiques des méthodes de contraception—devraient être pris en compte pour leurs clientes individuelles des études de cas (de la Session 4) lors du counseling dans les jeux de rôle plus tard dans l'atelier. Certaines clientes pourraient désirer ou nécessiter des informations relatives à la planification familiale avant le traitement ou après, et certaines pourraient ne pas être intéressées du tout. Une des tâches du prestataire est de déterminer le meilleur moment pour donner de telles informations et de veiller à ce qu'au moins les cinq points clés soient couverts avec chaque cliente. (*10 minutes*).

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les formateurs pourraient avoir des difficultés à terminer la présente discussion en 30 minutes. Les participants ayant une formation médicale pourraient être curieux et avoir beaucoup de questions à poser sur les conditions cliniques spécifiques et les précautions et recommandations de planification familiale liées à ces conditions. Rappeler aux participants que le but du présent atelier est de permettre aux prestataires de donner des informations de base et de répondre aux questions des clientes, et de s'assurer que les clientes feront le suivi nécessaire pour obtenir des services de planification familiale et autres services de santé de la reproduction. Cette discussion vise à familiariser les prestataires avec les conditions cliniques qu'un prestataire de planification familiale devrait prendre en considération lors du traitement des clientes de fistule obstétricale et les méthodes qui seraient appropriées. Si les participants doivent dispenser des services de planification familiale sur place, ils auront besoin d'une formation plus approfondie couvrant à la fois les aspects cliniques et le counseling.

Se référer aux pages 160 à 174 du supplément sur la fistule traumatique (Supplément 7B), qui traite des infections sexuellement transmissibles et prophylaxie post-exposition du VIH, qui devrait être abordées à ce stade de la session. Les pages suivantes contiennent également les documents supplémentaires 7-f, 7-g, et 7-h, à présenter et distribuer aux participants lors de ces activités.

Documents du participant de la session 7

Document 7-A du participant

Informations essentielles sur la planification familiale pour les clientes ayant une fistule obstétricale

1. La cliente devrait s'abstenir de toute relation sexuelle et éviter d'introduire quoi que ce soit dans son vagin pendant au moins trois mois après l'opération, pour éviter d'endommager la réparation chirurgicale de la fistule.
2. Si la cliente a eu une aménorrhée avant la chirurgie, elle pourrait ovuler avant son premier cycle menstruel après une chirurgie réussie, et donc pourrait tomber enceinte avant le retour des règles.
3. La cliente devrait commencer à utiliser une méthode de planification familiale, tels que les contraceptifs oraux ou un implant immédiatement, ou devrait s'assurer qu'elle dispose d'une fourniture suffisante en méthodes de barrière (par exemple, les préservatifs masculins ou féminins) avant de reprendre l'activité sexuelle (qui ne devrait pas survenir avant trois mois suivant la réparation).
4. Certaines femmes peuvent avoir une stérilité secondaire après une réparation de la fistule. Une femme devrait présumer qu'elle est fertile jusqu'à preuve du contraire.
5. La cliente devrait savoir où et comment obtenir des services de planification familiale (soit pendant son séjour à l'hôpital ou après la sortie).

Document 7-B du participant

Méthodes de planification familiale

Note : *Le présent tableau décrit les méthodes de planification familiale les plus courantes et fournit des instructions sur la voie et le mode d'administration, l'efficacité, les effets secondaires et contre-indications.*

Méthode	Description	Efficacité		Effets secondaires éventuels	L'on devrait peser les avantages et risques potentiels avant toute utilisation si la cliente …
		Utilisation typique	Utilisation parfaite		
Contraception Oral (peut être la pilule combinée ou la pilule de progestérone non associée)	• Pilule quotidienne contenant des hormones empêchant l'ovulation essentiellement • Peut être démarrée dans les cinq jours au début du cycle menstruel ou chaque fois que la cliente est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte • La femme peut tomber enceinte peu après qu'elle n'ait pas pris la pilule.	Environ 90% pour les deux types	Environ 98% pour les deux types	• Nausée • Petites pertes sanglantes ou saignement entre les règles • Léger maux de tête • Sensibilité des seins • Étourdissement • Légère prise ou perte de poids	• Fume des cigarettes ET a plus de 35 ans, ou a une tension artérielle élevée (surtout pour les pilules combinées) • Accouché au cours des trois dernières semaines • Allaite au sein depuis six mois ou moins • Est possiblement enceinte
Dispositif Intra-utérin (DIU) (plus souvent le Copper T)	• Dispositif implanté dans l'utérus qui empêche essentiellement la rencontre des spermatozoïdes et des ovules (en changeant le revêtement de l'utérus) • Peut être démarré dans les sept jours au début du cycle menstruel ou chaque fois que la cliente est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte • Peut durer jusqu'à 12 ans • La femme peut tomber enceinte peu après son retrait.	99,2%	99,4%	• Période des règles plus longues et plus abondantes dans les premiers mois • Petites pertes sanglantes ou saignement entre les règles • Davantage de crampes ou de douleurs au cours les trois premiers mois	• Est possiblement enceinte • A accouché dans la période allant des deux derniers jours à quatre semaines • A eu récemment des saignements vaginaux inhabituels • A eu une infection ou un problème des organes génitaux • Est personnellement à haut risque d'infections sexuellement transmissibles (IST)

Méthodes de planification familiale (*suite*)

Méthode	Description	Efficacité		Effets secondaires éventuels	L'on devrait peser les avantages et risques potentiels avant toute utilisation si la cliente …
		Utilisation typique	Utilisation parfaite		
Injectables (acétate de médroxyprogestérone-retard [AMPR] et norethisterone enanthate [NET-EN])	• Une injection tous les 2 à 3 mois qui empêche essentiellement l'ovulation • Peut être démarré dans les sept jours au début du cycle menstruel ou chaque fois que cliente est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte	97%	99,95%	• Changement de la période des règles • Gain de poids	• A une tension artérielle très élevée • Allaite depuis 6 semaines ou moins • Est possiblement enceinte • A une autre maladie grave • A un risque supplémentaire de perte de masse osseuse
Implants de progestérone non associée (par ex., Norplant, Jadelle, Implanon)	• 1 à 6 capsules en plastique placées sous la peau du bras • Empêchent essentiellement l'ovulation • Durée de trois, cinq, ou sept ans • Peuvent être démarrés dans les sept jours au début du cycle menstruel ou chaque fois que la cliente est raisonnablement certaine qu'elle n'est pas enceinte • La femme peut tomber enceinte peu après le retrait des capsules.	99,85%	99,9%	• Léger spotting irrégulier • Pas de saignement menstruel	• Allaite au sein pendant six semaines ou moins • Est possiblement enceinte
Vasectomie	• Les tubes qui transportent le sperme sont sectionnés. • Opération chirurgicale simple • Méthode permanente (ne peut être facilement inversée)	99,95%	99,95%	• Peu fréquent : complications dues à l'opération, aux saignements ou à une infection • Peu fréquent : douleurs au niveau du scrotum pouvant durer des mois ou des années	• A accouché dans les 6 semaines précédentes • Est possiblement enceinte • A une infection ou un autre problème au niveau des organes génitaux

Méthodes de planification familiale (*suite*)

Méthode	Description	Efficacité		Effets secondaires éventuels	L'on devrait peser les avantages et risques potentiels avant toute utilisation si la cliente …
		Utilisation typique	Utilisation parfaite		
Ligature des trompes	• Les trompes de Fallope qui transportent les œufs vers l'utérus sont bloquées ou fermées • Méthode permanente (ne peut être facilement inversée)	99,95%	99,95%	• Peu fréquent : complications dues à l'opération, aux saignements ou à une infection, à des blessures aux organes • Rarement : réactions allergiques ou complications dues à l'anesthésie	• A accouché dans les 6 semaines précédentes • Est possiblement enceinte • A une infection ou un autre problème au niveau des organes génitaux
Préservatif masculin	• Gaine qui recouvre le pénis pendant les rapports sexuels; généralement en latex	85%	98%		• A une sévère allergie au latex
Préservatif féminin	• Gaine ample en polyuréthane habituellement insérée dans le vagin avant les rapports sexuels	79%	95%		
Diaphragme	• Morceau de caoutchouc doux et souple qui couvre le col pour empêcher les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus • Doit être laissé en place pendant au moins six heures après les rapports sexuels, mais pas au delà de 24 heures	84%	94%	• Irritation • Sensation de brûlure • Infection de la vessie	• Est en train de voir ses règles • Cesse de nourrir son bébé seulement au sein • Son bébé est âgé de 6 mois

Méthodes de planification familiale (*suite*)

Méthode	Description	Efficacité		Effets secondaires éventuels	L'on devrait peser les avantages et risques potentiels avant toute utilisation si la cliente …
		Utilisation typique	Utilisation parfaite		
Spermicides	• Gels, crèmes, comprimés moussants, suppositoires, mousse ou film fondant qui tue les spermatozoïdes • Ne pas laver le vagin pendant au moins six heures après un rapport sexuel	71%	82%	• Irritation • Sensation de brûlure • Infection de la vessie	• A une condition médicale qui rend la grossesse dangereuse • A un risque élevé d'IST • Est VIH-positif
Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (la MAMA)	• Repose sur la période naturelle d'absence d'ovulation après l'accouchement • Utilisée plus efficacement si les trois conditions suivantes sont remplies : 1. Bébé a moins de 6 mois 2. Allaitement maternel exclusif ou quasi exclusif, le bébé est allaité au sein à la demande 3. Les règles ne sont pas revenues	Modérée	Très efficace		• Est en train de voir ses règles • Cesse de nourrir son bébé seulement au sein • Son bébé est âgé de 6 mois
Méthode basée sur la connaissance de la fertilité et méthode standard des jours	• Connaître les jours du mois où une femme est féconde, et s'abstenir de rapports sexuels ou utiliser une méthode de barrière pendant ce temps	Modérée	91 à 99%		• A un cycle menstruel irrégulier • N'a pas eu de règles depuis l'accouchement • A récemment cessé d'utiliser une injectable à longue durée

Adapté à partir de : L'Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2005. Decision-making tool for family planning clientes and providers. Récupéré à partir du site web suivant : www.who.int/reproductive-health/family_planning/tool.html; et OMS. 2004. *Selected practices, recommendations for contraceptive use.* 2e édition. Récupéré à partir de : www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm.

Note : Mettre le manuel suivant à la disposition des participants, si ce n'est pas encore fait : *Planification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.*

Document 7-C du participant

Réponses simples aux questions des clientes sur la planification familiale

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

R : Vous devez vous abstenir de relations sexuelles avec pénétration vaginale pendant au moins trois mois après la réparation chirurgicale. Le fait d'avoir des relations avec pénétration plus tôt que prévu pourrait endommager la réparation chirurgicale et rouvrir la fistule. Après être complètement guérie de la chirurgie, vous pouvez reprendre une activité sexuelle avec pénétration si cela ne vous cause aucune gêne. (*Note* : L'on devrait l'expliquer au partenaire de la femme, si possible. A la reprise, les rapports devraient être doux en tenant compte de la femme Se référer : OMS, 2006. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and program development.* Genève, p. 54.)

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

R : Si vous avez vu vos règles, vous pouvez tomber enceinte à tout moment. Si vous n'avez pas eu vos règles depuis un certain temps, elles pourraient revenir au cours des deux prochains mois. Vous pouvez tomber enceinte à tout moment de l'ovulation, et cela pourrait arriver avant vos prochaines règles. Toutefois, pour toute future grossesse après une réparation, dès que vous vous rendez compte que vous êtes enceinte, vous devez vous rendre à la clinique de soins prénatals la plus proche et vous présenter à toutes les visites prénatales, comme conseillé. Assurez-vous de discuter avec votre prestataire de ce que vous devriez savoir sur la « préparation à la naissance, » de la nécessité d'accoucher par césarienne de vos futurs bébés pour éviter que la fistule ne se répète, et de la structure la plus proche où vous devriez vous rendre pour un accouchement par césarienne. (*Note* : Ne pas manquer d'expliquer qu'à cause de la variété de problèmes médicaux en rapport avec la fistule [se référer au Document 3-C du participant], certaines femmes font face à un taux élevé d'infécondité secondaire. Ce phénomène pourrait poser des problèmes graves sur le plan émotionnel et psychologique, vu le degré d'importance que la plupart des sociétés accordent à la maternité.)

Q : Comment puis-je éviter une autre grossesse ?

R : Si vous ne voulez pas tomber enceinte, vous devriez commencer à utiliser une méthode de planification familiale avant de devenir sexuellement active (c'est-à-dire, avoir des rapports sexuels.)

Q : Quelles méthodes puis-je utiliser ?

R : Il n'y a pas de *contre-indication absolue* aux méthodes **motivée par votre opération seulement,** mais il peut y avoir *quelques précautions* à prendre :

- Certaines méthodes ont un risque plus élevé d'échec, et pourraient donc ne pas être appropriées pour vous. Il s'agit notamment des méthodes de barrière, du retrait (coït interrompu), et de certaines méthodes basées sur la connaissance de la fécondité.
- La connaissance de la fécondité pourrait ne pas être appropriée pour vous si vous n'avez pas encore vu vos règles.
- Le diaphragme pourrait ne pas être approprié pour vous si vous avez une malformation anatomique résultant de la fistule ou d'une opération, ou des cicatrices associées sur votre appareil génital.
- Les spermicides pourraient ne pas être appropriés pour vous si vous avez des écoulements constants (par ex. avant la réparation ou après une réparation ratée).
- Un dispositif intra-utérin (DIU) pourrait ne pas être approprié pour vous si vous avez des risques particuliers liés au type de fistule que vous aviez. Pour certaines clientes, une fistule vesico-cervicale ou sa réparation peut endommager le col de l'utérus, si bien qu'il pourrait ne pas tenir un DIU. Aussi, si vous avez des cicatrices graves de l'appareil génital (comme cela arrive parfois après l'excision), l'insertion d'un DIU pourrait être difficile.
- Les contraceptifs combinés (contenant des œstrogènes et un progestatif) pourraient ne pas être appropriés pour vous si vous devez observer un repos prolongé au lit, car ils peuvent augmenter votre risque d'avoir un caillot de sang ou d'autres complications associées à l'œstrogène.
- La décision d'utiliser une méthode permanente de planification familiale pourrait être plus opportunément prise une fois guérie, et après avoir bien redémarré votre vie après la réparation chirurgicale, et eu le temps de vous remettre de tous les troubles émotionnels de votre travail et grossesse difficiles, de la fistule, et des changements sociaux qui en ont résulté.

Demander à votre conseiller en planification familiale de vous parler des méthodes qui pourraient vous être plus adaptées.

Q : Quelles méthodes protègent contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles ?

R : Seuls les *préservatifs* (masculins et féminins) et l'abstinence offrent une protection contre le VIH et les autres infections sexuellement transmissibles. Le diaphragme offre une protection limitée contre les infections sexuellement transmissibles et le VIH.

Note : Si vous avez des rapports sexuels sans recourir à une méthode de planification familiale, renseignez-vous auprès de votre prestataire sur la contraception d'urgence. Si vous prenez une dose spéciale de contraceptif oral dans les cinq jours après un rapport sexuel non protégé, vous avez une chance beaucoup plus faible de tomber enceinte. En outre, si vous n'avez pas de contre-indication au DIU, son insertion dans les cinq jours après un rapport non protégé peut servir de contraceptif d'urgence. Si le moment de l'ovulation peut être estimé, le DIU peut être inséré plus de cinq jours après un rapport, au besoin, tant que l'insertion ne se fait pas au-delà de cinq jours après l'ovulation.

Adapté à partir de : EngenderHealth. 2003. *Counseling the postabortion client: A training curriculum*. New York.

Document 7-D du participant

Considérations individuelles en matière de counseling de planification familiale pour les clientes ayant une fistule obstétricale

Pour tous les scénarios, les recommandations suivantes devraient être suivies :

- Si la femme le souhaite, les prestataires devraient associer son partenaire dans le counseling. Dans certains cas, l'implication du partenaire conduira à son utilisation et soutien de la contraception. Toutefois, si la femme, pour une raison quelconque, ne veut pas associer son conjoint, sa volonté doit être respectée.
- Protéger la confidentialité des informations de la femme (même si elle n'implique pas son partenaire). La confidentialité devrait toujours être respectée, et les informations partagées uniquement à la demande de la femme et avec sa permission.
- Ne pas forcer la femme à accepter une méthode de planification familiale, mais s'assurer qu'elle comprenne que des rapports sexuels précoces peuvent perturber le site de réparation et annihiler tout ce qui a été fait.

Situation de la cliente	Recommandations	Justificatif
1. La cliente ne veut pas tomber enceinte sous peu.	• Considérer toutes les méthodes temporaires.	La femme souhaite tomber enceinte à l'avenir, donc les méthodes permanentes ne sont pas appropriées.
2. La cliente a eu une aménorrhée et n'est pas certaine de son retour de fécondité.	• Considérer toutes les méthodes temporaires. • Donner des informations ou faire le renvoi en consultation si la femme a besoin d'autres services de santé de la reproduction. • Donner des informations sur la façon dont l'aménorrhée de la fistule peut interagir avec l'aménorrhée du Depo-Provera ou d'autres méthodes progestatives exclusives comme les implants.	La femme peut avoir besoin de faire de nouvelles consultations gynécologiques pour faire face à l'aménorrhée prolongée.

Situation de la cliente	Recommandations	Justificatif
3. La cliente a été abandonnée par son mari, mais a été enjointe de retourner chez son mari après la réparation chirurgicale, et ne sait pas si son mari va lui permettre d'utiliser une méthode de planification familiale.	• Discuter des méthodes que la femme peut utiliser à l'insu de son partenaire (par exemple, les contraceptifs injectables). • L'informer sur la contraception d'urgence si elle n'accepte pas une méthode de planification familiale. • Ne pas recommander des méthodes que la femme ne pourra pas utiliser efficacement.	Les informations sur la contraception d'urgence sont importantes parce que la femme pourrait être exposée au risque de rapports sexuels non protégés si elle ne se sent pas autonome pour commencer une méthode de planification familiale.
4. La cliente veut tomber enceinte dès que la période de cicatrisation est terminée.	• Réaffirmer l'importance de la période d'abstinence de trois mois pour prévenir tout dommage à la réparation chirurgicale. • Considérer toutes les méthodes temporaires. • Donner des informations ou faire le renvoi en consultation si la femme a besoin d'autres services de santé reproductive.	La femme a le droit de faire des choix éclairés sur sa fécondité.
5. La cliente a un partenaire qui a un risque potentiel élevé de lui transmettre le VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles.	• Discuter de la double protection et de la négociation pour l'utilisation du préservatif. • Considérer toutes les méthodes temporaires. • L'informer sur la contraception d'urgence (ou une autre contraception, le cas échéant). • Ne pas recommander des méthodes que la femme ne pourra pas utiliser efficacement	Les informations sur la double protection sont importantes parce que la femme a besoin de protection à la fois contre la grossesse et les infections sexuellement transmissibles.
6. La cliente ne veut plus tomber enceinte.	• Discuter des méthodes permanentes et encourager la femme (et son partenaire) à explorer leurs objectifs de procréation. • Considérer toutes les méthodes temporaires, y compris les méthodes non permanentes de longue durée. • Faire un renvoi en consultation pour la continuation des soins pour la contraception.	Selon la situation de la femme, elle pourrait avoir des difficultés à prendre une décision libre et éclairée avant ou juste après la réparation chirurgicale.
7. La cliente a été abandonnée par son partenaire et n'est pas certaine de ses besoins en planification familiale.	• Donner des informations sur les choix de contraception, leur disponibilité et le calendrier d'utilisation. • Discuter de la double protection et de la négociation pour l'utilisation du préservatif. • L'informer sur la contraception d'urgence (ou une autre contraception, le cas échéant).	Même si elle n'a pas besoin d'une contraception en ce moment, elle a besoin d'informations au cas où elle choisirait de redevenir sexuellement active. La femme pourrait être exposée au risque de rapports sexuels non protégés et nécessiter une contraception d'urgence.

Situation de la cliente	Recommandations	Justificatif
8. La cliente a eu une réparation mal faite, mais projette d'être sexuellement active et est incertaine de son désir de fécondité future.	• Considérer toutes les méthodes temporaires pour lesquelles il n'existe aucune contre-indication. Ne pas encourager l'utilisation de méthodes permanentes à ce stade. • Faire un renvoi en consultation pour la continuation des soins de contraception. • Donner des informations ou faire un renvoi en consultation si la femme a besoin d'autres services de santé reproductive	Il pourrait y avoir d'autres opérations à l'avenir, et le résultat des futures tentatives de réparation chirurgicale pourrait affecter ses objectifs de fécondité.
9. La cliente voulait tomber enceinte après la réparation mais n'y parvenait pas.	• Le fait de fournir des informations sur la planification familiale naturelle afin de faire comprendre la manière dont ces méthodes fonctionnent pourrait aider certains couples désirant une grossesse à identifier leur période de fécondité. • Renvoyer en consultation la femme et son partenaire pour faire un examen d'infécondité et faire le traitement (au cas où de tels services sont disponibles).	Il pourrait y avoir un taux élevé d'infécondité secondaire chez les clientes souffrant de la fistule, en tant que résultat d'un enchainement d'événements comme l'aménorrhée, l'infection pelvienne et les lésions ou la cicatrisation du tractus génital.

Adapté à partir de : EngenderHealth. 2003. *Counseling the postabortion client: A training curriculum.* New York

Document 7-E du participant

Directives pour le choix d'une contraception, selon la méthode

Méthode	Caractéristiques	Observations
Méthodes basées sur la connaissance de la fertilité	• Sans frais* • N'entrainent aucun changement dans le fonctionnement sexuel • N'ont pas d'effets secondaires à long terme * La méthode des jours fixes peut être disponible dans certains pays avec un coût minime pour le collier du cycle.	• Sont difficiles à utiliser si la femme a une aménorrhée après une fistule obstétricale • Peuvent être difficiles à utiliser au début du processus de guérison après une réparation chirurgicale en raison de la possibilité d'une augmentation de pertes vaginales (pour la méthode de la glaire cervicale) • Exigent de la femme et de son partenaire d'être motivés et d'avoir une parfaite compréhension de son mode d'utilisation • Nécessitent une formation et un counseling approfondis • Nécessitent l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH • Ont un taux d'échec relativement élevé si les rapports ne sont pas protégés avant l'ovulation • Peuvent être difficiles à utiliser avec certaines méthodes si les règles ne reviennent pas ou si la femme a des pertes vaginales inhabituelles ou de la fièvre (pour la méthode de la glaire cervicale)
Méthodes de barrière non appropriées (préservatifs masculins/féminins en latex et vinyle ; éponge et suppositoire vaginal [comprimé moussant, gelée, ou film])	• Peu coûteuses • Constituent une bonne méthode provisoire, si l'utilisation d'une autre méthode doit être différée • N'exigent aucune surveillance médicale • Dans le cas des préservatifs (en latex et en vinyle), protègent contre les IST, y compris le VIH • Sont facilement arrêtées • Ont une efficacité immédiate	• Dans le cas des spermicides, elles pourraient ne pas être appropriées si la femme a un écoulement constant (par ex. avant la réparation ou après une réparation ratée) • Sont moins efficaces que les dispositifs intra-utérins (DIU) ou les méthodes hormonales • Doivent être utilisées à chaque épisode de rapports • Exigent une motivation continue • Nécessitent le réapprovisionnement • Peuvent gêner les relations sexuelles

Directives pour le choix d'une contraception, selon la méthode

Méthode	Caractéristiques	Observations
Méthodes de barrière non appropriées utilisées avec des spermicides (diaphragme ou cape cervicale avec de la mousse ou gelée)	• Sont relativement peu coûteuses • N'exigent aucune surveillance médicale pour leur utilisation • Peuvent fournir une protection contre les IST, y compris le VIH • Sont facilement arrêtées • Ont une efficacité immédiate	• Dans le cas du diaphragme, cette méthode pourrait ne pas être appropriée s'il y a eu une malformation anatomique due à la fistule ou à une opération, ou aux cicatrices associées de l'appareil génital. • Sont moins efficaces que le DIU ou les méthodes hormonales • Pourraient ne pas être appropriées à la suite d'une réparation de fistule • Dans certains cas, doivent être utilisées à chaque épisode de rapports • Exigent une motivation continue • Nécessitent le réapprovisionnement • Sont associées avec les infections des voies urinaires (diaphragme) (Note : Les clientes de fistule obstétricale ont déjà un risque accru d'infections des voies urinaires) • Nécessitent un montage par un prestataire de services formé (diaphragme, cape cervicale)
Contraceptif oral (CO) (combiné et progestérone non associée) (Note : l'on en sait peu sur l'utilisation du patch contraceptif et de celui par « saison », qui provoque des règles trimestrielles, car ceux-ci ne sont pas encore largement disponibles pour les femmes ayant une fistule. Mais bon nombre de considérations seraient probablement similaires à celles notées dans le présent document pour le CO.)	• Très efficace • Peut être démarré immédiatement, même en présence d'une infection • Peut être fourni par des non-médecins • Ne gêne pas les rapports	• Exige une motivation continue et une utilisation quotidienne • Nécessite le réapprovisionnement • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST • Peut être d'efficacité moindre avec l'utilisation à long terme de certains médicaments (par ex. rifampicine, dilantin, ou griséofulvine) • Dans le cas des contraceptifs oraux combinés (méthode contenant de l'œstrogène), la méthode pourrait ne pas être appropriée si la femme doit observer un repos prolongé au lit.

Directives pour le choix d'une contraception, selon la méthode

Méthode	Caractéristiques	Observations
Injectables : (acétate de médroxyprogestérone-retard [AMPR] et norethisterone enanthate [NET-EN])	• Très efficaces • Peuvent être démarrées immédiatement, même en présence d'une infection • Peuvent être fournies par des non-médecins • Ne gênent pas les rapports • Ne dépendent pas des actions des utilisateurs pour leur efficacité (sauf pour les injections tous les 2 à 3 mois) • N'imposent pas à la cliente de s'approvisionner	• Peuvent causer des saignements irréguliers, une aménorrhée après 9 à 12 mois d'utilisation (AMPR) ; un saignement excessif peut se produire dans de rares cas • Peuvent causer un retard du retour de la fécondité • Exigent des injections tous les deux mois (NET-EN) ou trois (AMPR) • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST
Implants avec progestatifs non associés (Norplant, Jadelle, Implanon) (Note : L'on en sait peu sur l'utilisation de l'anneau vaginal hormonal chez les femmes ayant une fistule. Les considérations peuvent être similaires à celles des méthodes de barrière et des changements dans l'absorption d'hormones.)	• Sont très efficaces • Offrent une protection contraceptive de longue durée (efficace pendant trois, cinq ou sept ans) • Permettent un retour immédiat de la fécondité dès son retrait • Ne gênent pas les rapports • N'imposent pas à la cliente de s'approvisionner constamment	• Peuvent causer des saignements irréguliers (petite perte sanglante en particulier) ou l'aménorrhée • Exigent un prestataire qualifié pour son insertion et retrait • Sont rentables uniquement avec une utilisation à long terme • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST
DIU en cuivre (Note : L'on en sait peu sur l'utilisation du DIU contenant du progestatif, Mirena, chez les femmes atteintes de fistule, mais les considérations peuvent être similaires à celles du DIU en cuivre et à celles de la contraception avec un progestatif non associé [par ex. saignement irrégulier].)	• Est très efficace • Offre une protection de longue durée • Permet le retour immédiat de la fécondité dès son retrait • Ne gêne généralement pas les rapports • N'impose pas à la cliente de s'approvisionner constamment • Si la femme le souhaite, elle peut vérifier les fils du DIU de temps à autre, surtout dans les premiers mois et après les règles • Ne nécessite qu'une seule visite de suivi, sauf s'il y a des problèmes	• Peut augmenter les règles et les crampes pendant les premiers mois • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST • Exige un prestataire qualifié pour son insertion et retrait • Peut entraîner une perforation utérine lors de l'insertion (le risque est accru si la femme a eu une fistule vésico-utérin) • Peut augmenter le risque de maladie inflammatoire pelvienne et l'infertilité ultérieure pour les femmes qui ont une infection de chlamydia ou de gonorrhée au moment de l'insertion

Directives pour le choix d'une contraception, selon la méthode

Méthode	Caractéristiques	Observations
Ligature des trompes (L'on en sait peu sur l'utilisation de l'Essure ou de la ligature transcavitaire des trompes chez les femmes atteintes de fistule, mais les considérations pourraient être similaires.)	• Est une méthode permanente • Fait partie des méthodes féminines les plus efficaces • Ne nécessite pas de mesures supplémentaires une fois accomplie • Ne gêne pas les rapports • N'entraîne aucun changement dans le fonctionnement sexuel • A peu d'effets secondaires à long terme • A une efficacité immédiate	• Nécessite un counseling approprié et un consentement pleinement éclairé avant d'être exécutée, ce qui n'est souvent pas possible au début de la période de cicatrisation après une réparation de la fistule obstétricale ou si la réparation n'a pas été couronnée de succès • Présente un léger risque de complications chirurgicales • Nécessite un personnel formé à la stérilisation féminine et des équipements appropriés • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST
Vasectomie	• Est une méthode permanente • Est la méthode masculine la plus efficace • Ne gêne pas les rapports • N'entraîne aucun changement dans le fonctionnement sexuel • N'a pas d'effets secondaires graves à long terme	• Nécessite un counseling appropriés et un consentement pleinement éclairé avant d'être exécutée • Présente un léger risque de complications, comme pour toute intervention chirurgicale mineure • N'est pas efficace avant 12 semaines après la procédure • Nécessite un personnel formé à la vasectomie et des équipements appropriés • Nécessite l'utilisation du préservatif, si la cliente est exposée au risque du VIH et/ou d'autres IST

Session 8
Counseling pour la famille de la cliente

Se référer aux pages 176 à 181 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre vue d'ensemble de la Session intitulée 8 – Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront faire ce qui suit :

- Définir le but du counseling aux membres de la famille des clientes de la fistule au cours de chaque étape de la prestation de services.
- Lister les membres de la famille qui peuvent bénéficier du counseling.
- Distinguer les questions qui pourraient être mieux traitées dans un counseling commun (par ex., la cliente et les membres d'une famille), et celles qui pourraient être mieux traitées par un conseil individuel.
- Dans les jeux de rôle en salle, faire une démonstration du counseling offert aux membres de la famille à chaque étape de la prestation de services (selon le besoin), en utilisant des compétences de communication pour répondre aux besoins des membres de la famille.

POINTS À RETENIR

- ✓ Les membres de la famille jouent un rôle particulièrement important dans la réussite globale de la réparation de la fistule et dans la réinsertion sociale de la cliente dans son foyer et dans la communauté. Toutefois, la décision selon laquelle les membres de la famille devront être impliqués, et concernant les étapes par rapport aux soins de la cliente, dépend de la situation particulière de la cliente et de son désir de les impliquer.
- ✓ Les prestataires doivent être sensibles aux besoins et désirs de la cliente relativement à la participation de sa famille par rapport aux soins qui lui sont offert, et ne devraient inclure d'autres personnes (telles que son mari ou des membres de sa famille ou des amis) dans les séances de counseling que si la cliente choisit de les faire y assister.
- ✓ Les prestataires devraient respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente en ne devront fournir des informations sur l'état et le traitement de la cliente aux membres de sa famille que si cette dernière est présente et/ou demande que ces informations soient partagées avec sa famille.

(*suite*)

POINTS À RETENIR *(suite)*

- ✓ La façon dont un membre de la famille est invité à soutenir la cliente dépend des besoins de la cliente et des capacités du membre de la famille. Afin de maximiser la capacité de chaque membre de la famille choisie pour soutenir la cliente, les prestataires doivent fournir en temps opportun un counseling ciblé à tous les membres de la famille qui aideront dans les soins de la cliente.
- ✓ Les avantages du counseling offert aux couples sont les suivants :
  - Ils seront plus enclins à respecter la période recommandée d'abstinence après la réparation chirurgicale.
  - Ils feront un meilleur usage des méthodes contraceptives.
  - Ils seront plus susceptibles de prendre des décisions ensemble.
  - La communication entre les deux sera plus étendue.
- ✓ Les avantages du counseling conjoint aux membres de la famille et aux clientes sont les suivants :
  - Les clientes seront plus susceptibles de revenir pour faire des visites de suivi.
  - Les clientes seront plus susceptibles de rechercher en temps opportun des soins médicaux, gynécologiques et obstétricaux.
  - Les clientes auront de meilleurs résultats de santé.
- ✓ Les risques inhérents au counseling offert aux couples ou fait en commun sont éventuellement ce qui suit :
  - Exposer les informations que la cliente ne veut pas partager.
  - Inhiber le droit au choix éclairé de la cliente.
  - Causer des conflits au sein du couple ou de la famille
- ✓ Lorsqu'une cliente de fistule obstétricale retourne dans sa communauté, qu'elle rejoigne le domicile conjugal ou pas, elle aura besoin de soutien social, matériel et socio-économique de la part de sa famille et de la communauté.

Méthodes de formation

- Présentation/discussion
- Remue-méninges
- Jeu de rôle (*Note* : Pour les parties B et D, suivre les directives générales concernant le jeu de rôle ci-dessous. Les détails de chaque session seront soulignés selon les instructions de la session.)

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tableau-papier des études de cas de la cliente (à partir de la Session 4)
- Document 8-A du participant : Counseling aux membres de la famille de la cliente - Scénario du Groupe 1

- Document 8-B du participant : Counseling aux membres de la famille de la cliente - Scénario du Groupe 2
- Document 8-C du participant : Counseling aux membres de la famille de la cliente - Scénario du Groupe 3
- Document 8-D du participant : Counseling aux membres de la famille de la cliente - Scénario de Groupe 4
- Document 8-E du participant : Counseling aux membres de la famille de la cliente - Scénario de Groupe 5
- Document 8-F du participant : Les principaux membres de la famille pouvant soutenir la cliente
- Document 8-G du participant : Soutien social aux clientes de fistule obstétricale
- Liste verificative du counseling aux membres de la famille de la client
- Transparent 8-A : Exemple de guide d'apprentissage du counseling pour les périodes préopératoires et immédiatement après l'opération (Annexe D, page 304)
- Transparent 8-B : Exemple de guide d'apprentissage du counseling pour les périodes de la sortie/du suivi (Annexe D, page 305)
- Accessoires pour les jeux de rôle, tels que les matériels éducatifs de la cliente, une couverture, un rideau, des draperies ou autres matériels pouvant être rendre les jeux de rôle plus réalistes
- Caméra vidéo et télévision ou moniteur (facultatif)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Revoir tous les documents à distribuer et faire une copie pour chaque participant.
3. Préparer les tableaux-papier comportant les éléments suivants :
   - « Occasions pour le counseling aux membres de la famille : Période d'admission au pavillon et de pré-opération »
   - « Occasions pour le counseling aux membres de la famille : Période post-opératoire »
   - « Occasions pour le counseling aux membres de la famille : Sortie et suivi »
   - Un tableau-papier avec deux colonnes : « Avantages du counseling conjoint » et « Risques du counseling conjoint »
   - « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Période d'admission au pavillon et préopératoire »
   - « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Période post-opératoire »
   - « Besoins et préoccupations des membres de la famille : Sortie et suivi »
   - « Réactions des membres de la famille envers la cliente ayant une fistule : Période d'admission et de pré-opération »
   - « Réactions des membres de la famille envers la cliente ayant une fistule : Période post-opératoire »
   - « Réactions des membres de la famille envers la cliente ayant une fistule : Sortie et suivi »
4. Préparer la salle de sorte que chaque groupe puisse s'asseoir près des tableaux-papier respectifs comportant les études de cas et les sentiments.
5. Mettre en place la caméra vidéo et la télévision ou le moniteur (facultatif).

NOTE DU FORMATEUR

Guide général du jeu de rôle

Les parties B à D de la Session 8 suivent toutes les deux le même format. Ce qui suit constitue un guide général des jeux de rôle qui peut être utilisé pour toutes les pratiques de counseling dans la présente session, suivant les quatre activités décrites en détail dans le présent document.

Pendant les jeux de rôle, les participants utiliseront les clientes des études de cas (à partir de la Session 3) comme personnages. Bien que le processus soit le même pour chaque jeu de rôle, les transparents, documents et tâches de communication seront différents.

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion

1. Poser la question suivante aux participants : Quelle est la finalité du counseling aux membres de la famille ? Selon vous, qui sont les membres clés de la famille ? Quelles informations les membres de la famille doivent-ils avoir pour soutenir la cliente de fistule lors de l'étape attribuée (par ex., les besoins d'information concernant la cause de la fistule, les aspects cliniques et sociaux de la fistule et qui sont en même temps liés à leur état,, les effets sur la cliente et sur les membres de la famille, et qu'est-ce que les membres de la famille peuvent-ils faire pour apporter leur aide) ? Quels autres besoins et préoccupations les membres de la famille pourraient-ils avoir ?
2. Ecrire les commentaires des participants sur le tableau-papier intitulé « Besoins et préoccupations des membres de la famille : [étape attribuée] ».
3. Demander aux participants de réfléchir sur la gamme d'émotions qu'un membre de la famille pourrait ressentir. Ecrire les commentaires des participants sur le tableau-papier intitulé « Réactions des membres de la famille envers la cliente ayant une fistule : [étape attribuée] » et afficher le tableau-papier sur le mur.
4. Demander aux participants comment le prestataire de service peut répondre à ces besoins, à la fois verbalement et non verbalement. Résumer en expliquant l'importance de réconforter et de prêter attention aux membres de la famille.
5. Résumer en passant en revue les directives du conseil pour l'étape attribuée.

Activité 2 : Préparation du jeu de rôle

1. Projeter les Transparents 8-A et 8-B de l'Annexe D pour fournir un guide pour le counseling.
2. Distribuer les Documents 8-F comportant les titres suivants : Membres clés de la famille pouvant soutenir la cliente ; 8-G : Soutien social à la cliente de la fistule obstétricale ; et 8-H : Counseling aux membres de la famille de la cliente, que les participants utiliseront en tant que référence pour l'élaboration des messages à donner à la cliente ou aux membres de sa famille. Ces documents ne sont que des guides, et les participants devraient les comparer avec les protocoles de leurs institutions respectives.

(suite)

NOTE DU FORMATEUR *(suite)*

Activité 2 : Préparation du jeu de rôle *(suite)*

Répartir les participants dans les mêmes groupes de clientes d'études de cas de la Session 4, Partie A, Activité 4 (page 104). Positionner chaque groupe près du lieu où les tableaux-papier des études de cas et des sentiments sont affichées sur le mur. Attribuer le cadre ou l'étape de prestation de services pour le jeu de rôle.

3. Demander à chaque groupe de faire ce qui suit :
   - Elaborer un jeu de rôle de 5 à 10 minutes sur le counseling pour la scène prévue pour l'accomplissement des tâches de communication suivantes :
     a. Evaluation du membre de la famille le plus approprié à inclure dans le counseling
     b. Evaluation de la disposition du membre de la famille à discuter de ses préoccupations et sentiments
     c. Encouragement du membre de la famille à poser des questions et à exprimer ses opinions et sentiments
     d. Réponse aux questions du membre de la famille avec des explications simples
   - Ne pas oublier d'utiliser les questions ouvertes ou de sentiment que les participants ont élaborées pour répondre aux préoccupations relatives à la sexualité et aux rapports sociaux entre les sexes.

CONSEIL AU FORMATEUR
Se rappeler que le formateur peut devoir jouer/démontrer un segment du jeu de rôle ou montrer des exemples de réflexion (interprétation des sentiments derrière les mots d'une cliente).

4. Distribuer les accessoires à chaque groupe.
5. Utiliser les Transparents 8-A et 8-B de l'Annexe D, ainsi que le Document 8-H du participant pour observer ceux qui participent au jeu de rôle, afin de s'assurer qu'ils suivent les normes relatives au counseling.
6. Circuler dans la salle et aider les participants à développer leurs jeux de rôle.

Activité 3 : Pratique de jeux de rôle

1. Choisir au hasard un groupe pour procéder à son jeu de rôle afin que les autres participants puissent observer, en utilisant la liste de vérification pour le counseling en tant que guide de l'observateur pour faire des commentaires.

(suite)

NOTE DU FORMATEUR *(suite)*

Activité 3 : Pratique de jeux de rôle *(suite)*

Introduire le jeu de rôle en rappelant aux participants le contexte de l'étude de cas.

2. Filmer le jeu de rôle (facultatif).
3. Arrêter le jeu de rôle s'il dépasse le temps fixé.
4. Visionner la bande vidéo du jeu de rôle (si la vidéo est utilisée) et discuter pendant 10 minutes, en posant les questions suivantes :
   - Quel sentiment pensez-vous que la « cliente » ou le « membre de la famille » a ressenti durant ce jeu de rôle ?
   - Quelles sont les tâches de communication accomplies ?
   - Les informations fournies ont-elles été techniquement exactes et appropriées ?
   - A-t-on utilisé un langage simple pour expliquer les questions techniques ?
   - Qu'est-ce que le groupe a réussi ? Commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires ; terminer en donnant un résumé des commentaires positifs.
   - Comment pourraient-ils s'améliorer (aussi bien pour la technique que pour le contenu) ? Encore une fois, commencer par demander au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants leurs commentaires, et finir en donnant un résumé sur les manières de s'améliorer.
5. Résumer les commentaires et ajouter les points qui n'ont pas été couverts par les participants.

Activité 4 : Discussion

1. Résumer les jeux de rôle en posant les questions suivantes :
   - Qu'avez-vous appris de cette session ?
   - Comment pourriez-vous appliquer ce que vous avez appris dans votre cadre de travail ?
2. Etre prêt à effectuer votre propre jeu de rôle de démonstration au cas où des étapes ou compétences clés doivent être renforcées.

Session 8: Étapes de la formation

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

Se référer aux pages 182 à 187 du supplément sur la fistule traumatique comprenant :

- *Le Supplément 8A qui couvre l'impact de la violence sexuelle et de la fistule traumatique sur les maris et les familles*
- *Le Supplément 8B qui donne une autre version/une version élargie de la Partie A, Activité 1 de la Session 8*

Tous les deux suppléments devraient être traités au début de la présente session, à la place de l'Activité 1.

PARTIE A : VUE D'ENSEMBLE DU COUNSELING POUR LA FAMILLE DE LA CLIENTE

Durée : 1 heure 5 minutes

Activité 1 : Exercice en grand groupe/Discussion *(25 minutes)*

1. Présenter cette activité comme étant une occasion de faire appel à l'expérience des participants en matière de fourniture de soins aux femmes atteintes de fistules, et d'identifier les besoins et opportunités concernant la participation des membres de la famille à de tels services. Cette activité est également destinée à aider les participants à élargir leurs connaissances par rapport aux moyens d'engager les hommes et d'autres membres de la famille pour jouer le rôle de partenaires dans les soins de la cliente.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Cette activité est conçue pour aider les participants à identifier les opportunités pour les membres de la famille de se joindre aux clientes de fistule obstétricale pendant le counseling. Souligner que l'objectif de la discussion est d'identifier autant d'opportunités que possible, et non de déterminer si elles seraient couronnées de succès. Dans certains cas, il peut être approprié de faire le counseling des membres de la famille séparément de la cliente, mais avec la compréhension et l'accord de cette dernière.

2. Répartir les participants en trois groupes : Période de l'admission/de préopération, Période postopératoire, et Sortie et suivi. Distribuer les tableaux-papier et les marqueurs à chaque groupe. Donner à chaque groupe cinq minutes pour réfléchir aux opportunités pour les membres de la famille, y compris les partenaires, qui devront être inclus dans le counseling au cours de la période assignée au groupe. Demander à chaque groupe de choisir un rapporteur qui présentera leurs idées à l'ensemble du groupe.

3. Après les cinq minutes, rassembler le grand groupe et demander aux rapporteurs de présenter leurs résultats. Encourager les autres participants à partager des idées supplémentaires ou demander des éclaircissements s'ils ne comprennent un élément sur la liste d'un autre groupe. Ne pas permettre aux participants de faire des commentaires de la rédaction des listes (par ex., « Cela ne marchera jamais » ou « Ce n'est pas approprié »).

4. Donner 15 minutes aux rapporteurs pour terminer leurs exposés.

Activité 2 : Discussion *(40 minutes)*

1. Demander aux participants d'identifier quelques avantages du counseling conjoint (par ex., le counseling offert aux couples ou aux clientes et membres de la famille en même temps). Permettre aux participants de partager leurs idées, et consigner leurs réponses dans la colonne « Avantages du counseling conjoint » sur le tableau-papier préparé.

2. Relever tout avantage important non évoqué par le groupe :
   - Pour les couples :
     - Ils seront plus enclins à respecter la période recommandée d'abstinence après la réparation chirurgicale.
     - Ils feront un meilleur usage des méthodes contraceptives.
     - Ils seront plus susceptibles de prendre des décisions ensemble.
     - La communication entre les deux sera plus étendue.
   - Pour le counseling conjoint des membres de la famille et des clientes :
     - Les clientes seront plus susceptibles de revenir pour faire des visites de suivi.
     - Les clientes seront plus susceptibles de rechercher en temps opportun des soins médicaux, gynécologiques et obstétricaux.
     - Les clientes auront de meilleurs résultats de santé.

3. Demandez aux participants d'identifier certains risques du counseling conjoint. Permettre de partager leurs idées, et consigner leurs réponses sur la colonne comportant « Risques du counseling conjoint » sur tableau-papier préparé.

4. Mentionner les risques importants suivants si le groupe ne les a pas identifiés :
   - Le risque d'exposer les informations que la cliente ne veut pas partager.
   - Le risque d'inhiber le droit de la cliente au choix éclairé.
   - Le risque de causer des conflits

5. Diviser les participants en cinq groupes. Distribuer les Documents 8-A à 8-E du participant, en donnant à chaque groupe des copies du document avec le numéro correspondant. Par exemple, distribuer une copie du Document 8-A du participant (sur le counseling aux membres de la famille de la cliente –

Etude de cas du Groupe 1) à chacun des participants du groupe 1. Demander à chaque groupe de lire le scénario, et ensuite de penser à une stratégie, une réponse possible, et une considération sur le genre (le cas échéant) pour leur scénario. Demander à chaque groupe de choisir un rapporteur pour résumer le scénario et présenter leurs résultats au grand groupe. Donner à chaque groupe 10 minutes pour discuter de leurs réponses.

6. Réunir le grand groupe et demander au rapporteur de chaque groupe de résumer le scénario et présenter leurs résultats au grand groupe. Encourager les autres participants à partager des idées supplémentaires. Donner 20 minutes pour terminer.
7. Clôturer l'activité en demandant au groupe s'ils peuvent penser à d'autres scénarios qui pourraient produire lors du counseling conjoint. Si oui, discuter de ces scénarios avec le groupe.

PARTIE B : COUNSELING PENDANT L'ADMISSION ET LA PÉRIODE PRÉOPÉRATOIRE

Durée : 1 heure à 1 heure 5 minutes

Note : Pour la partie B, les participants feront un jeu de rôle sur le counseling pendant la période d'admission et de pré opération. Les participants devraient se référer au Transparent 8-A et suivre le guide général du jeu de rôle pour préparer, présenter et discuter des jeux de rôle. Ainsi, cette étape de la formation consistera en quatre activités :

- Activité 1 : Remue-méninges/Discussion (15 minutes)
- Activité 2 : Préparation du jeu de rôle (15 minutes)
- Activité 3 : Pratique de jeu de rôle (20 à 25 minutes)
- Activité 4 : Discussion (10 minutes)

CONSEIL POUR LA FORMATION

Rappeler aux participants que certains membres de la famille pourraient jouer un rôle actif dans les soins de la cliente, notamment en prenant en charge la nourriture, l'hygiène, et la physiothérapie de base. D'autres pourraient s'occuper des problèmes liés au foyer, tels que s'occuper des enfants et des animaux d'élevage ou d'autres préoccupations. Les membres de la famille pourraient avoir des besoins d'informations, affectifs, matériels, ou autres besoins qui doivent être pris en charge.

PARTIE C : COUNSELING APRÈS L'OPÉRATION

Durée : 1 heure à 1 heure 5 minutes

Note : Pour la partie C, les participants feront un jeu de rôle sur le counseling pendant la période d'admission et de pré opération. Les participants devraient se référer au Transparent 8-A et suivre le guide général du jeu de rôle pour préparer, présenter et discuter des jeux de rôle. Ainsi, cette étape de la formation consistera en quatre activités :

- Activité 1 : Remue-méninges/Discussion (15 minutes)
- Activité 2 : Préparation du jeu de rôle (15 minutes)
- Activité 3 : Pratique du jeu de rôle (20 à 25 minutes)
- Activité 4 : Discussion (10 minutes)

PARTIE D : COUNSELING À LA SORTIE

Durée: 1 heure à 1 heure 5 minutes

Note : Pour la partie D, les participants feront un jeu de rôle sur le counseling pendant la période d'admission et de pré opération. Les participants devraient se référer au Transparent 8-A et suivre le guide général du jeu de rôle pour préparer, présenter et discuter des jeux de rôle. Ainsi, cette étape de la formation consistera en quatre activités :

- Activité 1 : Remue-méninges/Discussion (15 minutes)
- Activité 2 : Préparation du jeu de rôle (15 minutes)
- Activité 3 : Pratique du jeu de rôle (20 à 25 minutes)
- Activité 4 : Discussion (10 minutes)

CONSEIL POUR LA FORMATION

L'activité de discussion pour le conseil à la sortie devrait couvrir les questions relatives à la sexualité, l'hygiène, les grossesses futures et la nécessité d'une préparation précoce à la naissance, à la stigmatisation et aux compétences professionnelles, et les liens éventuels aux groupes de soutien communautaires, s'ils sont disponibles. Une attention particulière devrait également être accordée aux femmes atteintes de fistule irréparable.

Se référer à la page 188 du supplément sur la fistule traumatique pour les Points supplémentaires de la partie D à discuter.

Documents du participant de la session 8

Document 8-A du participant

Counseling aux membres de la famille de la cliente – Scénario du Groupe 1

Question : Au cours de la séance de counseling avec un couple, l'homme fait toute la conversation ou presque. Il interrompt la cliente (son partenaire), parle toujours en premier, et parle au nom de son partenaire.

Faire une liste des raisons possibles pour lesquelles le partenaire réagit de la sorte.

Comment, selon vous, la cliente de la fistule pourrait-elle réagir ?

Quelle(s) stratégie(s) pouvez-vous utiliser pour gérer une telle situation ?

Dans quelle mesure la question relative au genre pourrait-elle être impliquée ? Expliquer.

Document 8-B

Counseling aux membres de la famille de la cliente – Scénario du Groupe 2

Question : Au cours d'une discussion sur la nécessité de l'abstinence sexuelle après la chirurgie et la nécessité d'une bonne méthode de contraception jusqu'à ce que le corps de la femme soit complètement rétabli, le partenaire de la cliente semble indifférent et ne réagit pas aux questions (ou réagit avec des réponses en un seul mot).

Lister les raisons possibles pour lesquelles le partenaire réagit de la sorte.

Comment, selon vous, la cliente de la fistule pourrait-elle réagir ?

Quelle(s) stratégie(s) pouvez-vous utiliser pour gérer une telle situation ?

Dans quelle mesure la question relative au genre pourrait-elle être impliquée ? Expliquer.

Document 8-C

Counseling aux membres de la famille de la cliente – Scénario du Groupe 3

Question : Lors d'une discussion sur les options contraceptives, la mère/soignante de la cliente arrête la discussion, et dit qu'il n'est pas nécessaire de parler de contraception parce que sa fille n'aura probablement plus jamais de relations sexuelles.

Lister les raisons possibles pour lesquelles la mère/soignante réagit de la sorte.

Comment, selon vous, la cliente de la fistule pourrait-elle réagir ?

Quelle(s) stratégie(s) pouvez-vous utiliser pour gérer une telle situation ?

Dans quelle mesure la question relative au genre pourrait-elle être impliquée ? Expliquer.

Document 8-D

Counseling aux membres de la famille de la cliente – Scénario du Groupe 4

Question : La cliente de fistule obstétricale est très jeune, et sa mère/soignante ne tient pas compte de la capacité de cette dernière à comprendre les instructions et les soins de sa personne.

Lister les raisons possibles pour lesquelles la mère/soignante réagit de la sorte.

Comment, selon vous, la cliente de la fistule pourrait-elle réagir ?

Quelle(s) stratégie(s) pouvez-vous utiliser pour gérer une telle situation ?

Dans quelle mesure la question relative au genre pourrait-elle être impliquée ? Expliquer.

Document 8-E

Counseling aux membres de la famille de la cliente – Scénario du Groupe 5

Question : La cliente de fistule révèle que pendant les procédures de dépistage, l'on a découvert qu'elle avait la chlamydia. Cette information est une surprise pour son partenaire.

Lister les raisons possibles pour lesquelles la cliente choisit de révéler cette information en présence d'un tiers, à savoir le conseiller.

Comment, selon vous, le partenaire pourrait-il réagir à cette information ?

Quelle(s) stratégie(s) pouvez-vous utiliser pour gérer une telle situation ?

Dans quelle mesure la question relative au genre pourrait-elle être impliquée ? Expliquer.

Document 8-F

Les principaux membres de la famille pouvant soutenir la cliente

Pour aider la famille de la cliente à découvrir comment elle peut soutenir cette dernière, le conseiller doit poser des questions sur la façon dont les membres de la famille pensent, se sentent, se comportent et interagissent. L'empathie du conseiller encouragera les membres de la famille à exprimer honnêtement des aspects profondément ressentis de leur expérience parce qu'ils se sentiront compris et acceptés par le conseiller. Les membres de la famille sont particulièrement importants pour le succès de la réparation chirurgicale de la cliente et sa réinsertion dans son foyer et dans sa communauté. Toutefois, la question de savoir quels membres de la famille devraient être impliqués, et à quelles étapes des soins de la cliente, dépend de la situation particulière de la cliente et de son souhait de voir participer des membres particuliers de sa famille.

En aidant une cliente de fistule à décider de l'implication du mari/partenaire ou d'un membre de la famille, ou d'un ami dans les séances de counseling, soit accompagnée ou parlant au sujet de la cliente, les prestataires devraient garder à l'esprit quelques directives simples :

- Etre attentif aux besoins et désirs de la cliente eu égard à la participation de sa famille dans ses soins.
- Inclure les membres de la famille dans le counseling **seulement si** la cliente souhaite leur présence. Communiquer à la cliente qu'elle a le choix et ne doit consentir à la participation de sa famille que si elle souhaite vraiment leur présence. Souligner que le(s) membre(s) de sa famille n'a (ont) pas besoin de rester tout au long de la séance de counseling.
- Respecter la vie privée et la confidentialité de la cliente en donnant des informations sur son état et son traitement **seulement si** la cliente est présente et/ou demande que de telles informations soient partagées avec les membres de sa famille.
- Evaluer l'habileté ou la capacité du membre de la famille à donner et/ou recevoir des informations.
- Evaluer l'habileté ou la capacité du membre de la famille à soutenir la cliente.
- Explorer les besoins et sentiments du membre de la famille.

Le degré de réussite d'un membre de la famille à soutenir la cliente dépendra des besoins de la cliente et des capacités du membre de la famille. Afin de maximiser la capacité des membres de la famille à soutenir la cliente, les prestataires doivent fournir en temps opportun, un counseling ciblé pour tous les membres de la famille qui prendront part aux les soins de la cliente.

Les **partenaires/maris** pourraient avoir besoin de counseling traitant des questions suivantes :

- Les mythes/idées fausses sur la fistule
- Les besoins de la cliente en matière de soins avant, pendant et après la réparation chirurgicale
- Comment offrir un soutien affectif, physique et matériel après le traitement
- Comment faire face à la dépression et autres effets émotionnels et physiques de la fistule
- La nécessité de l'abstinence sexuelle pendant au moins trois mois après la réparation et la sortie et, de préférence, la nécessité d'éviter une grossesse dans les six mois ou un an suivant la réparation, pour éviter la réouverture de la fistule
- L'importance de recevoir des soins prénatals adéquats d'un professionnel de la santé formé lors des grossesses ultérieures. Dès qu'elle se rend compte qu'elle est enceinte, la femme devrait se rendre à la clinique de soins prénatals la plus proche et se présenter à toutes les visites prénatales recommandées. Le partenaire/mari et la cliente devraient s'assurer que le prestataire de soins prénatals les informe sur les plans/la préparation pour la naissance, les signes d'alerte de la grossesse et de l'accouchement, les noms de tous les médicaments/comprimés qu'elle a reçus, et comment ceux-ci peuvent l'aider pendant la grossesse
- La nécessité d'accoucher par césarienne pour tous ses futurs bébés, pour éviter que la fistule ne revienne, et la nécessité de se rendre à la structure bien équipée la plus proche pouvant pratiquer des accouchements par césarienne
- Comment faire des choix éclairés sur la santé de la reproduction avec la cliente, y compris la nécessité de travailler avec elle pour prévenir une grossesse dans les six mois ou un an, lorsque la réparation sera guérie
- Comment faire pour aider la femme à obtenir en temps opportun des soins médicaux, gynécologiques et obstétricaux
- La sexualité après une chirurgie réussie ou ratée, en particulier la nécessité d'avoir des rapports sexuels avec douceur et de manière attentionnée à l'endroit de la femme
- Comment aider la cliente à améliorer/retrouver le sens de la vie et l'estime de soi
- Comment aider/soutenir la réinsertion de la cliente dans la communauté

Dans certaines situations, un partenaire ou une autre personne de soutien devrait participer à la même séance de counseling que la cliente, par exemple, pour dissiper les mythes sur les raisons pour lesquelles la cliente a développé une fistule en premier lieu, aborder les questions liées aux soins postopératoires, et souligner la nécessité de soutenir sa réinsertion dans la communauté. Dans d'autres situations, le counseling pourrait être plus réussi si la cliente et son partenaire sont conseillés individuellement d'abord, puis en tant que couple (avec la permission de la cliente et si son partenaire fait toujours partie de sa vie). Le counseling individuel pourrait être plus approprié lors de la première discussion sur les questions autour de la sexualité, les infections sexuellement transmissibles, les autres partenaires sexuels, ou le soutien affectif pour la cliente (par exemple, en aidant à améliorer sa confiance en soi et retrouver un sens de soi). En outre, des séances individuelles pourraient être utiles après le counseling conjoint.

Les parents, enfants, frères et sœurs et les beaux-parents constituent d'autres membres clés de la famille qui pourraient bénéficier d'un counseling direct, selon la situation de la cliente et son désir de les inclure. Dans certains cas, les enfants pourraient jouer un rôle important dans les soins de la femme, surtout s'ils sont en mesure d'aider aux corvées ménagères comme faire la lessive et aller chercher de l'eau ou du bois, pendant la convalescence de la cliente. Si cette dernière est jeune, il peut être important d'utiliser un langage simple lors d'une séance de counseling pour s'assurer que la cliente comprenne les informations données par le conseiller.

Les **amis** peuvent jouer un rôle essentiel dans la transmission des messages clés aux clientes et membres de la famille. Les **leaders communautaires** pourraient aider à s'assurer que la femme ait accès aux services de soins de santé et favoriser sa réinsertion dans la communauté. Enfin, les **employeurs** et les **enseignants** peuvent aussi jouer un rôle dans le rétablissement d'une femme, en particulier dans les situations où les filles ou les femmes ont la possibilité de retrouver leur emploi précédent ou retourner à l'école.

Document 8-G du participant

Soutien social aux clientes de fistule obstétricale

Soutien social offert par la famille/communauté

Lorsqu'une cliente de fistule retourne dans sa communauté, qu'elle rejoigne le domicile conjugale ou non, elle aura besoin :

1. D'un sentiment d'appartenance (de se sentir aimée, que les gens lui parlent)
2. D'un soutien pour la réinsertion dans sa famille et dans la communauté (en utilisant les structures existantes de soutien communautaire)
3. De se sentir à l'aise en exposant ses problèmes à des amis
4. De se sentir respectée et de conserver sa dignité
5. D'accéder aux structures de soutien communautaire pour les clientes de la fistule
6. De soutien et de compréhension pour son état de la part de sa famille, des amis et de la communauté
7. De rester avec des membres de la famille ayant de l'affection pour elle et qui comprennent ses problèmes, l'aiment et l'acceptent, et prendront soin d'elle
8. D'être entourée de gens qui sont compréhensifs (prestataires et parents)
9. De soutien pour mener une vie normale et avoir des enfants si elle le souhaite
10. De soutien financier pour les soins de suivi, y compris le transport
11. D'un groupe de soutien, si possible, avec qui elle peut partager ses expériences

Soutien matériel

En plus du soutien affectif, une femme qui a une fistule ou se remet d'une opération de la fistule a des besoins matériels, tels que :

1. Des aliments nutritifs
2. Des produits d'hygiène personnelle (savon, produits de beauté, serviettes hygiéniques ou linges propres pour gérer l'incontinence)
3. Un soutien financier pour elle et ses enfants
4. De l'eau potable
5. Un environnement propre et sécurisé
6. Des vêtements propres et des chaussures

Soutien socio-économique

Les organisations communautaires et, parfois même les organisations gouvernementales peuvent aider les clientes de fistule à devenir autosuffisante et contribuer également à leur réinsertion dans leurs communautés en veillant à ce qu'elles aient :

1. Des services et traitement gratuits ou abordable
2. Un accès à l'éducation (alphabétisation/notions de calcul)
3. Un accès au renforcement des compétences pour des activités génératrices de revenus

Document 8-H du participant

Liste vérificative de counseling aux membres de la famille de la cliente

Accueil clinique/gestion préopératoire/gestion intra-opératoire/postopératoire

- Implication des membres de la famille dans le counseling de la cliente de fistule seulement si la cliente souhaite leur présence.
- Fourniture d'informations sur l'état et le traitement de la cliente seulement si la cliente est présente et/ou demande que ces informations soient partagées avec les membres de sa famille.
- Evaluation de l'habileté ou de la capacité du membre de la famille à donner et recevoir des informations.
- Evaluation de l'habileté ou de la capacité du membre de la famille à donner un soutien à la cliente.
- Exploration des besoins et sentiments du membre de la famille.
- Donner des informations sur les points suivants, au besoin :
  - Besoins de la cliente (par exemple, besoins d'informations, affectifs et sociaux, et prévention de la récidive)
  - Moyens de soutien à la cliente
  - Règles et procédures hospitalières
  - Groupes de soutien sociaux à la cliente au sein de la structure
  - Si l'état n'est pas traitable, fournir des informations sur les réseaux de soutien communautaire, et la manière soutenir la cliente au cours de sa vie

Sortie et suivi

- Inclure les membres de la famille dans le counseling de la cliente de fistule seulement si la cliente souhaite leur présence.
- Fournir des informations sur l'état et le traitement de la cliente seulement si elle est présente et/ou demande que de telles informations soient partagées avec les membres de sa famille.
- Explorer les sentiments, questions, et préoccupations des membres de la famille après l'opération ; apporter un soutien et des encouragements.
- Fournir des informations sur les effets secondaires, risques et signes d'alerte possibles, et élaborer un plan en cas de complications.
- Fournir des informations sur les besoins de la cliente et les moyens de la soutenir.
- Fournir des informations sur la manière dont la cliente doit prendre soin d'elle-même à la maison, y compris les mesures suivantes :
  - Période nécessaire d'abstinence
  - Le report de la grossesse et les méthodes de contraception disponibles, le cas échéant
  - La nécessité de rechercher des soins prénatals dès qu'elle sait qu'elle est enceinte, et mettre en place un plan de préparation à la naissance et de gestion des complications
  - Planification des visites de suivi et importance du suivi
- Discuter des infections du tractus génital et des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.
- Discuter de la sexualité après la réparation chirurgicale, le cas échéant.
- Donner des liens vers des organisations communautaires, le cas échéant.
- Discuter des activités génératrices de revenus et des possibilités d'éducation, si possible et/ou disponibles.

Session 9
Soutien à la cliente de la fistule obstétricale

Se référer aux pages 190 à 194 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre vue d'ensemble de la Session 9 intitulée Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront faire ce qui suit :

- Apprendre comment former des groupes de soutien à la cliente au sein de la structure.
- Raconter des histoires de réussite et indiquer la manière de les utiliser pour aider les femmes qui sont dans la structure à faire une intervention.
- Repérer les réseaux de soutien communautaires, les activités génératrices de revenus, et les opportunités d'éducation (si disponible).
- Faciliter le contact de la cliente avec les réseaux de soutien communautaires existants et l'accès aux organisations qui aideront aux activités génératrices de revenus et aux opportunités d'éducation (si ces réseaux et organisations sont disponibles).

Note : S'il n'y a pas de ressources communautaires ou d'organisations pour soutenir les clientes, cette session peut se concentrer uniquement sur l'utilisation des exemples de réussite en guise d'aide aux clientes de la fistule.

POINTS À RETENIR

- ✓ Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises manières d'organiser ou de développer des groupes de soutien aux clientes de fistule obstétricale. Le degré de réussite de ces groupes de soutien dépendra de la manière dont ils répondent aux besoins et souhaits des clientes.
- ✓ Les clientes ayant actuellement et/ou une fistule obstétricale réparée peuvent fournir une ressource importante pour la création des groupes de soutien, des histoires de réussite, et des liens avec les services communautaires.
- ✓ Les prestataires ont besoin de connaître les organisations et services communautaires disponibles pour les clientes de la fistule obstétricale afin de les mettre en rapport avec les clientes à la sortie.

Méthodes de formation

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

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Tableau-papier comportant les études de cas de clientes (à partir de la Session 4)
- Tableau-papier intitulé « Prise en charge des sentiments de la cliente » pour chaque cliente (à partir de la Session 4)
- Document 9-A du participant : Organisations à base communautaire
- Supports pour les jeux de rôle, tels que le matériel éducatif de la cliente, une couverture, un rideau, des draperies ou autres matériels pouvant rendre les jeux de rôle plus réalistes
- Caméra vidéo et télévision ou moniteur (facultatif)

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Organiser les conférenciers invités suivants :
   - Inviter une cliente ou un prestataire responsable des groupes de soutien aux clientes au niveau de la structure à faire un exposé sur la manière dont le groupe de soutien a débuté et la façon dont il fonctionne.
   - Si possible, inclure au moins deux actuelles ou anciennes clientes de fistule prêtes à travailler avec les participants à l'atelier pour élaborer une stratégie en vue d'utiliser les histoires de réussite. Au besoin, négocier des honoraires pour les clientes qui viennent pour aider à la présente session.
   - Inviter des représentants d'organisations à base communautaire travaillant avec les clientes de fistule à faire un exposé sur les différentes organisations, les opportunités offertes par celles-ci, et les moyens de communiquer avec les organisations.
3. Faire une copie du Document 9-A du participant pour chaque participant. Si aucune des organisations communautaires n'est disponible, sauter cette étape.
4. Préparer les tableaux-papier suivant :
   - « Avantages potentiels des groupes de soutien aux clientes basées dans la structure »
   - « Approches à la création de groupes de soutien basés dans la structure »
   - « Organisations à base communautaire » avec deux colonnes : l'une comportant le « Nom » et l'autre les « Ressources »
5. Préparer la salle de sorte que chaque groupe puisse s'asseoir près des tableaux-papier respectifs comportant l'étude de cas et les sentiments.
6. Rassembler le matériel et préparer la salle pour pratiquer les jeux de rôle.
7. Mettre en place la caméra vidéo et la télévision ou le moniteur (facultatif).

Session 9 : Étapes de la formation

Durée (totale) de la session : 3 heures 30 minutes

PARTIE A : FORMATION DE GROUPES DE SOUTIEN À LA CLIENTE AU SEIN DE LA STRUCTURE

Durée : 1 hour

Activité 1 : Remue-méninges/Discussion *(15 minutes)*

1. Présenter tout invité venu pour la session.
2. Passer brièvement en revue les objectifs de la session.
3. Demander aux participants de réfléchir sur les avantages éventuels d'un groupe de soutien aux clientes basé au niveau de la structure. Ecrire leurs réponses sur le tableau-papier intitulé « Avantages potentiels des groupes de soutien aux clientes basés au sein de la structure », et afficher la grande feuille sur le mur.
4. Demander aux invités s'ils ont des ajouts à faire sur la liste. Compléter la liste, le cas échéant.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Mettre l'accent sur les avantages théoriques suivants des groupes de soutien :

- Ils offrent à la femme la possibilité de voir qu'elle n'est pas seule.
- Les groupes de soutien offrent aux clientes une chance d'obtenir du réconfort, de l'espoir, et des encouragements de la part d'autres clientes et prestataires, surtout si la cliente n'avait pas l'opportunité de l'obtenir des membres de sa propre famille.
- Ils offrent également aux clientes la possibilité de voir et de parler avec des femmes qui ont fait le traitement avec succès.
- Les groupes de soutien offrent également des possibilités d'éducation entre collègue/l'éducation sanitaire sur la cause de la fistule, les informations nécessaires sur le travail du prestataire au cours du traitement, les raisons pour lesquelles les règles ne sont plus revenues (s'il y en avait auparavant), pourquoi certaines femmes ont des fistules multiples, ce qui se passe pendant la chirurgie, s'il est possible ou non de réussir une réparation après de nombreuses tentatives, combien de temps une femme doit attendre pour reprendre le travail physique, et ainsi de suite.

(suite)

CONSEIL POUR LA FORMATION *(suite)*

- Ils donnent aux clientes la possibilité de discuter des craintes, préoccupations et problèmes.
- Ils offrent également des possibilités aux clientes à discuter ouvertement de leurs sentiments au sujet de la fistule, de leur isolement ou abandon, de la réinsertion, de leurs chances d'avoir une relation sexuelle réussie, et de leurs chances d'une fertilité future

Se référer à la page 197 du supplément sur la fistule traumatique pour des points supplémentaires à discuter concernant les groupes de soutien.

Activité 2 : Présentation/discussion par un conférencier invité provenant d'un groupe de soutien aux clientes (organisateur/manager) *(25 minutes)*

Note : **L'Activité 2 n'est appropriée que lorsqu'un invité est disponible pour parler des groupes de soutien aux clientes, étant donné que la présentation est faite à partir du point de vue d'un organisateur de groupe de soutien aux clientes pour expliquer la manière dont le groupe de soutien est organisé, et comment il fonctionne. Si aucun orateur n'a été invité, passer à l'activité 3.**

1. Présenter l'orateur, qui fera une causerie de 15 minutes sur les groupes de soutien aux clientes de sa structure. (Voir dans le Conseil pour la formation ci-dessous un aperçu de la présentation.)
2. Remercier l'orateur et donner aux participants 10 minutes pour poser des questions, demander des éclaircissements, ou partager leurs expériences personnelles avec des groupes de soutien aux clientes de la fistule basés au niveau de la structure.
3. Terminer la discussion en soulignant que le succès des groupes de soutien dépend de leur capacité à maintenir l'intimité et la confidentialité de tous les membres, et sur leur capacité à répondre aux besoins spécifiques des membres du groupe.

Activité 3 : Travail en petit groupe/grand groupe *(20 minutes)*

1. Répartir le groupe en trois petits groupes et leur demander de dresser une liste des différentes manières d'organiser des groupes de soutien aux clientes. Demander à chaque groupe d'élire un rapporteur pour présenter sa liste au grand groupe. Donner à chaque groupe des marqueurs et une feuille du tableau-papier.
2. Demander aux invités de circuler parmi les groupes pendant qu'ils discutent des groupes de soutien. Il faudra s'assurer également que vous êtes en train de circuler.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Ce qui suit constitue quelques approches éventuelles pour la création de groupes de soutien aux clientes au niveau de la structure :

- Affecter une cliente de fistule convalescente à une cliente nouvellement admise, pour lui servir de « préceptrice/sœur » dans le processus ; faire la même chose pour les soignants.
- Organiser un groupe d'accueil/d'orientation pour les femmes nouvellement admises ; les thèmes qui seront abordés pourraient inclure les soins personnels, la routine préopératoire, les procédures chirurgicales, la durée estimée de la convalescence, et les taux de réussite chirurgicale.
- Organiser un groupe de « préparation à la sortie » pour les femmes qui seront libérées dans un proche avenir ; les sujets à discuter pourraient inclure les soins personnels, l'abstinence sexuelle, la planification familiale, la fécondité future, les soins de suivi, la sexualité après la réparation de la fistule, et les groupes communautaires.
- Créer des groupes spéciaux pour les adolescentes, les femmes qui ont eu une réparation non réussie, les femmes qui ont été abandonnées, les femmes âgées, et les membres de la famille, pour répondre aux besoins particuliers de ces personnes.
- Planifier un temps régulier où les femmes peuvent se réunir de manière informelle. Par exemple, faire savoir aux femmes qu'elles peuvent se réunir pour discuter tous les jours dans l'après-midi en un lieu déterminé où elles ne seront pas interrompues ou entendues.
- Planifier un temps régulier, où des thèmes spécifiques seront abordés et les personnes intéressées peuvent y participer. Par exemple, élaborer une série de thèmes qui seront présentés à un moment fixé.
- Accéder aux informations pour relier les femmes aux services d'activités génératrices de revenus et/ou sociaux ou juridiques.

Refer to pages 196 and 197 of the traumatic fistula supplement for additional points to discuss regarding developing facility-based support groups, and Supplemental Handout 9-a, to be distributed at this point in the activity.

3. Après que les 10 minutes se soient écoulées, demander aux groupes de se réunir à nouveau. Demander aux rapporteurs de lister à tour de rôle une approche possible pour la création de groupes de soutien aux clientes basés au sein d'une structure à partir de leurs listes jusqu'à ce que toutes les idées aient été épuisées. Ecrire leurs réponses sur le tableau-papier intitulé « Approches à la création de groupes de soutien aux clientes basés dans la structure », et afficher la feuille sur le mur.

4. Demander aux invités s'ils ont des ajouts à faire, puis compléter la liste, le cas échéant.

5. Résumer en soulignant qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise manière d'organiser ou de créer des groupes de soutien aux clientes de la fistule. Le succès de ces groupes dépendra du degré de réussite atteint dans la satisfaction des besoins et souhaits des clientes.

PARTIE B : UTILISATION DES HISTOIRES DE RÉUSSITE

Parfois, lorsqu'une personne se trouve dans une situation difficile, comme par exemple le fait de vivre avec une fistule, elle peut trouver de l'inspiration par rapport à cette personne-là et de ce fait, elle sera en mesure de comprendre la façon dont une autre personne a su faire face avec succès à cette même situation. Les trois activités suivantes explorent des stratégies pour aider les clientes de la fistule à s'inspirer à partir d'histoires d'autres femmes ayant eu à faire face avec succès à cette situation.

Durée : 1 heure 30 minutes

Activité 1 : Présentation *(30 minutes)*

1. Présenter les conférenciers invités (il s'agit des clientes de fistule convalescentes/ayant subi une réparation). Demander à chaque femme de décrire brièvement sa situation, à son aise, puis expliquer :
   - Les types d'histoires de réussite qui lui ont été particulièrement utiles.
   - A quel moment l'utilisation d'exemples de réussite lui a été particulièrement utile
   - Qui a partagé les histoires de réussite – c'est-à-dire les prestataires ou les clientes traitées elles-mêmes
   - Comment ces histoires de réussite l'ont aidée dans son processus de guérison
   - Si les histoires de réussite n'ont pas été partagées avec la cliente pendant son séjour dans une structure, quels sont les genres de propos qu'elle aurait aimé entendre
2. Remercier les orateurs et donner aux participants le temps de leur poser des questions sur l'utilisation des histoires de réussite dans le cadre du counseling aux femmes atteintes d'une fistule.

Activité 2 : Préparation au jeu de rôle *(10 minutes)*

1. Diviser les participants dans les mêmes groupes de clientes d'études de cas que ceux auxquels ils étaient affectés dans la Session 4, en installant chaque groupe à proximité de ses grandes feuilles comportant l'étude de cas et les sentiments.
2. Donner à chaque groupe une étape distincte de prestation de services (c'est-à-dire, la période d'admission au pavillon et celle de préopération, la période postopératoire immédiate [14 premiers jours], et la période de sortie/suivi). Demander à chaque groupe de faire un jeu de rôle de cinq minutes sur l'utilisation d'une histoire de réussite pendant le stade assigné de prestation des services. (Les participants peuvent élaborer des jeux de rôle soit avec un prestataire ou une cliente de fistule présentant l'histoire de réussite.)
3. Distribuer le support à chaque groupe.
4. Circuler dans la salle et offrir de l'aide pendant que les participants élaborent leurs jeux de rôle.

Activité 3 : Pratique de jeu de rôle *(40 minutes)*

1. Permettre à chaque groupe de procéder à son jeu de rôle pour que les autres participants les observent.
2. Introduire le jeu de rôle en rappelant aux participants la situation du scénario du counseling.
3. Arrêter le jeu de rôle s'il dépasse le délai de cinq minutes.
4. Discuter de chaque jeu de rôle (cinq minutes), en posant les questions suivantes :
   - Comment, selon vous, la « cliente » s'est-elle sentie pendant ce jeu de rôle ?
   - L'histoire de réussite a-t-elle été appropriée pour la scène de prestation de services ?
   - L'histoire de réussite a-t-elle été appropriée pour les besoins particuliers de la cliente ?
   - Qu'est-ce que le groupe réussi ? Commencer en demandant au groupe de s'auto-évaluer, puis demander aux autres participants de faire leurs commentaires, et terminer en faisant un résumé des commentaires positifs.
   - Comment pourraient-ils s'améliorer (aussi bien pour la technique que le contenu) ? Commencer en demandant au groupe de s'auto-évaluer. Ensuite, demander aux autres participants de faire leurs commentaires, et finir en donnant un résumé sur la façon de s'améliorer.
5. Résumer les commentaires et ajouter des points qui n'ont pas été couverts par les participants.

Activité 4 : Discussion *(10 minutes)*

1. Résumer l'utilisation des histoires de réussite en posant les questions suivantes :
   - Qu'avez-vous appris de cette session ?
   - Comment pourriez-vous appliquer ce que vous avez appris dans votre cadre de travail ?
2. Préparez vous en conséquence pour faire votre propre jeu de rôle de démonstration au cas où des étapes ou compétences clés ont besoin d'être renforcées.

PARTIE C : CONTACT DES RESEAUX DE SOUTIEN COMMUNAUTAIRES

Note : **La Partie C n'est appropriée que si le formateur indique qu'il existe des réseaux de soutien communautaire à la disposition des clientes de la fistule. Passer à la Session 10, si de tels réseaux n'existent pas.**

Se référer aux pages 198 à 201 du supplément sur la fistule traumatique, Supplément 9A – Liens avec la communauté, qui devrait être couvert au début de la Partie C.

Durée : 1 heure

Activité 1 : Exercice/Discussion en grand groupe *(20 minutes)*

1. Présenter les invités qui sont venus pour la session.
2. Renvoyer les participants au Document 8-G.
3. Demander aux participants de faire un remue-méninge sur les organisations communautaires éventuelles travaillant avec des femmes ayant une fistule dans les communautés où ils travaillent, et écrire leurs réponses sur le tableau-papier préparée pour chaque organisation répertoriée, demander aux participants de lister (dans la colonne « Ressources ») les services que l'organisation offre ou pourrait offrir aux femmes atteintes de fistule. Afficher la grande feuille.
4. Demander aux invités s'ils ont des ajouts à faire sur la liste, puis compléter, le cas échéant.
5. Donner aux participants une copie du Document 9-A et demander de faire le suivi dans leurs propres communautés pour identifier les organisations qui pourraient soutenir les clientes de la fistule.

Activité 2 : Présentation/Discussion *(20 minutes)*

1. Présenter l'orateur qui fera un exposé de 15 minutes sur l'organisation à base communautaire qu'il représente. (Voir dans le Conseil pour la formation ci-dessous un résumé de la présentation.)
2. Remercier l'orateur et donner aux participants cinq minutes pour poser des questions ou obtenir des éclaircissements.

CONSEIL POUR LA FORMATION

La présentation sur les organisations à base communautaire devrait inclure les renseignements suivants :

- Où travaille l'organisation?
- Quel genre de soutien la présente organisation offre-t-elle aux clientes de la fistule (clientes en attente de réparation, clientes ayant subi une réparation et/ou clientes dont la fistule ne pouvait être réparée) ?
- Quels types d'opportunités l'organisation offre-t-elle aux clientes de la fistule ?
- Comment les clientes de la fistule peuvent-elles contacter l'organisation ?
- Une fois qu'une femme est assistée par l'organisation, cette dernière suit-elle ses progrès ? Si oui, comment ?
- L'organisation a-t-elle une relation formelle avec les hôpitaux faisant des interventions de réparation de la fistule obstétricale ?
- L'organisation se rend-t-elle dans la communauté pour trouver des clientes de la fistule ?

Activité 3 : Travail/discussion en petit groupe *(20 minutes)*

1. Diviser le groupe en trois petits groupes, et demander de faire une liste des différentes manières de s'assurer que les clientes de la fistule sont en rapport avec les organisations à base communautaire. Demander à chaque groupe d'élire un rapporteur pour présenter leur liste au grand groupe. Donner à chaque groupe des marqueurs et tableau-papier.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Les moyens de s'assurer que les clientes de la fistule sont en contact avec les organisations communautaires sont les suivants :

- Demander aux représentants des organisations à base communautaire de faire des visites régulières à l'hôpital pour y rencontrer les femmes.
- Affecter un membre du personnel de l'hôpital pour s'assurer que le personnel de l'hôpital a une liste régulièrement mise à jour des organisations à base communautaire qui travaillent avec les clientes de la fistule.
- Inclure les représentants des organisations à base communautaire dans les séances de counseling pendant la période postopératoire et lors des préparatifs pour la sortie.
- Inclure l'éducation sur les organisations à base communautaire et la façon de les contacter pendant les séances de counseling durant la période postopératoire.
- Demander aux femmes qui ont collaboré avec succès avec les organisations à base communautaire de partager leurs histoires.
- Si des services d'extension sont disponibles, coordonner les visites à domicile avec les représentants des organisations à base communautaire qui les effectuent.

2. Demander à l'invité de circuler entre les groupes au cours de leur discussion. Il faudra s'assurer que vous êtes également en train de la faire.
3. Après 10 minutes, demander aux groupes de se réunir. Demander aux rapporteurs de lister à tour de rôle un moyen possible de mettre les clientes en rapport avec les organisations à base communautaire jusqu'à ce que toutes les idées aient été épuisées. Ecrire leurs réponses sur le tableau-papier.
4. Demander à l'invité s'il a des ajouts à faire sur la liste. Compléter cette dernière, le cas échéant.
5. Faire un résumé en soulignant l'importance de travailler avec des organisations à base communautaire pour aider les clientes de la fistule à se réinsérer dans leurs communautés et/ou être autosuffisantes.

Distribuer aux participants le Document supplémentaire 9-b intitulé : Exemples de soutien offert aux clientes au niveau communautaire (pages 202 à 204 du supplément sur la fistule traumatique). Le présent document offre des exemples remarquables d'efforts de soutien de la communauté dans les pays où la fistule est un problème.

Se référer aux pages 206 à 209 du supplément sur la fistule traumatique, Supplément 9B, Partie D intitulé : Implication des hommes en tant que partenaires au niveau communautaire, un sujet supplémentaire de la Session 9 qui devrait être traité à ce stade.

Documents du participant de la session 9

Document 9-A du participant

Organisations à base communautaire

Organisation	Représentant	Informations de contact	Ressources
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7			
8.			
9.			
10.			

Session 10
Stage clinique

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront faire ce qui suit :

- S'exercer au counseling avec des clientes réelles de la fistule et les membres de leur famille (le cas échéant)
- Faire des commentaires et discuter des leçons apprises dans les exercices sur les compétences
- Montrer les améliorations par rapport à la performance clinique selon les normes de la pratique

POINTS À RETENIR

- ✓ Accueillir la femme avec respect et amabilité, et se présenter.
- ✓ S'assurer que la femme aura le confort, l'intimité, la dignité, l'empathie, le respect et la confidentialité dont elle a besoin.
- ✓ Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis ; si ce n'est pas le cas, prendre des dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.
- ✓ Ne pas oublier d'utiliser des techniques efficaces de communication interpersonnelle (notamment la communication bidirectionnelle, l'écoute et la communication verbale et non verbale).
- ✓ Encourager la cliente à parler.
- ✓ Donner des informations complètes et exactes sur la fistule.

Méthodes de formation

- Stage (pendant les horaires normaux d'ouverture des hôpitaux)
- Discussion en grand groupe

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Document 10-A du participant : Exemple de guide d'apprentissage du counseling
- Document 10-B du participant : Liste vérificative d'observation du counseling sur la fistule basée sur la compétence.

Préparation préalable

1. Préparer un tableau-papier listant les objectifs de la session.
2. Programmer bien à l'avance les missions de stage avec le site de service.
3. Revoir tous les documents et faire une copie pour chaque participant.
4. Rassembler le matériel éducatif pour les clientes sur les soins après la procédure, la planification familiale, et autres sujets pertinents.
5. Obtenir la permission du personnel du site et des clientes pour que les participants puissent faire le counseling aux clientes.
6. Affecter chaque participant à un superviseur ou un formateur

SESSION 10: Etapes de la formation

Durée (totale) de la session : 1 journée à 1 jour et demie

Activité 1 : Présentation/discussion *(30 minutes)*

1. Faire un aperçu du processus du stage :
   - Les participants travailleront individuellement avec les clientes de la fistule, de préférence en observant une cliente à travers toutes les six étapes de la prestation de services. La supervision, soit par un membre du personnel du site ou par un membre de l'équipe de formation, sera dispensée à tout moment.
   - Les participants auront pour tâche de travailler en équipes de deux toute la journée, l'un observant chaque fois que l'autre fait le counseling. L'observateur devrait remplir le Document 10-B du participant immédiatement après l'observation ou pendant les pauses. (Note : Pendant le stage, les participants peuvent également se référer à l'exemplaire de guide d'apprentissage du Document 10-A du participant.)
   - Il faudrait expliquer à la cliente qu'il s'agit d'une activité de formation au counseling et que la permission de la cliente devrait être demandée pour la présence des trois personnes.
2. Distribute and review Participant Handouts 10-A and 10-B.

Activité 2 : Stage *(pendant les jours ordinaires d'ouverture dans les cliniques et hôpitaux)*

1. Demander aux participants et aux formateurs d'arriver sur le site avant la préparation des clientes de la fistule pour l'opération, de sorte que les stagiaires puissent être impliqués dans le counseling préopératoire immédiat.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Chaque participant devrait conseiller *au moins* une cliente au cours de chaque étape de la prestation de services. Cela leur permettra de voir la gamme de situations qu'ils pourraient rencontrer, et mieux fixer la leçon qui consiste à adapter le style et le contenu du counseling à la cliente.

2. Rappeler aux stagiaires qu'ils doivent utiliser les étapes du REDI comme guide lors des séances de counseling.
3. Demander aux participants et aux formateurs de rester sur place tant qu'il y a des clientes disponibles pour le counseling. La coordination avec le personnel du site est essentielle; la présence des participants et des formateurs ne devrait pas retarder ou interrompre leurs services.

Activité 3 : Discussion *(1 heure)*

1. Discuter de l'expérience du stage une fois terminée. Pour commencer, demander à chaque participant de résumer son cas en deux ou trois phrases.

2. Puis poser les questions suivantes à chaque participant :
   - Qu'avez-vous ressenti en faisant le counseling d'une cliente réelle ?
   - Pensez-vous que vous avez communiqué efficacement avec votre cliente ?
   - Pensez-vous que vous avez été en mesure d'aider la cliente ?
     - Si oui, de quelle manière ?
     - 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 d'aider les clientes à l'avenir ?
   - Quelle(s) leçon (s) tirée(s) de l'expérience pouvez-vous appliquer dans votre cadre de travail ?

3. Partager les observations inscrites sur la liste de vérification pour l'observation du counseling (Document 10-B).

4. Résumer en faisant des va-et-vient dans la salle pour demander aux participants comment ils vont appliquer ce qu'ils ont appris dans leur propre cadre de travail.
   - Chaque participant doit identifier au moins un changement qu'il fera dans sa manière de travailler avec les clientes.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Pendant que les participants identifient les changements qu'ils feront dans leur interaction cliente-prestataire à la suite de cette expérience, il faudra rappeler la nécessité *d'intégrer* ces compétences dans leur communication et le contact avec toutes les clientes.

Documents du participant de la session 10

Document 10-A du participant

Exemple de guide d'apprentissage du counseling

Note: **La démarche du REDI devrait être utilisée pour guider les séances de counseling. Les conseillers devraient utiliser les étapes, au besoin, au cours de chaque contact avec la cliente. Des informations complémentaires ont été fournies pour certaines démarches spécifiques à l'étape du counseling.**

Nom du participant : _____

Date : ____/____/____

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Contact initial
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
3. Assurer la confidentialité.
a. *Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.)*
4. Introduire le sujet de la fistule obstétricale.
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
a. *Donner des instructions à l'unité appropriée.*
b. *Donner des instructions à l'unité appropriée.*
c. *Eclaircir tous les mythes ou idées fausses, au besoin.*
PRISE DE DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT)
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
a. *Partager les histoires ou anecdotes comparables, au besoin.*
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT)
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Accueil clinique
Rencontrer le clinicien chargé de s'occuper de la cliente, et lire les notes du clinicien sur la cliente, afin de connaître les résultats cliniques, ainsi que les tests de laboratoire et autres investigations prévus, les procédures et opérations envisagées, et le pronostic probable.
DÈVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
3. Assurer la confidentialité.
a. *Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre des dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.)*
b. *Demander à la cliente si elle aimerait qu'une autre personne soit présente lors du counseling.*
4. Réintroduce the subject of obstetric fistula.
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
a. *Explorer toutes les attitudes, mythes, idées fausses, croyances religieuses, craintes et préoccupations de la cliente par rapport à l'opération.*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
PRISE DE DÉCISION
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
a. En se basant sur l'état de la cliente et en concertation avec l'équipe chirurgicale, donner les informations sur les points suivants, selon le besoin :
• *Situation physique générale*
• *Résultats des examens physiques et pelviens et des tests de laboratoire*
• *Situation actuelle et ses causes*
• *Possibilité de traitement et/ou options de traitement, et calendrier*
• *Soins personnels*
• *Nécessité de renvoi en consultation et transport vers une autre structure*
• *Procédures à exécuter et leurs risques et avantages*
b. *Si l'état de la cliente n'est pas traitable, fournir des informations sur les réseaux de soutien communautaires, et sur les stratégies d'adaptation à la vie quotidienne.*
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
a. Partager des histoires/anecdotes comparables, au besoin.
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.
a. *Prendre des dispositions pour que la cliente puisse parler avec d'autres clientes de fistule obstétricale, au besoin.*
b. *Fournir des informations sur les groupes de soutien aux clientes disponibles au sein de la structure.*

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Période d'admission et de pré opération
Rencontrer le chirurgien/personnel chirurgical responsable de la cliente, et lire leurs notes sur la cliente, afin de connaître les résultats cliniques, ainsi que les tests de laboratoire et autres investigations prévus, les procédures et opérations envisagées, les préparations préopératoires exigées, et le pronostic probable.
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
a. *Présenter la cliente au personnel et aux autres clientes du pavillon.*
3. Assurer la confidentialité.
a. *Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.)*
b. *Demander à la cliente si elle aimerait qu'une autre personne soit présente lors du counseling.*
4. Réintroduire le sujet de la fistule obstétricale.
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
a. *Explorer les attitudes, mythes, idées fausses, croyances religieuses, craintes et préoccupations de la cliente par rapport à l'opération.*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et fournir les informations nécessaires.
a. *En se basant sur l'état de la cliente et en concertation avec l'équipe chirurgicale responsable de ses soins, donner les informations sur les points suivants, selon le besoin :*
• *Réparation chirurgicale (étapes, examens ou tests de laboratoire éventuels, sentiments prévus, consentement, taux de réussite, effets secondaires, complications et risques possibles) et la durée prévue du séjour à l'hôpital*
• *Type d'anesthésie à utiliser, risques de l'anesthésie, douleur, et attente pendant l'anesthésie*
b. *Dans le cadre de l'enseignement préopératoire, procéder comme suit :*
• *Préparer la cliente et sa famille aux événements attendus le jour de l'opération*
• *Informer la cliente et sa famille sur les tubes, thérapies, routines prévues, etc.*
• *Informer la cliente sur la préparation préopératoire (par ex., préparation de l'intestin, alimentation)*
• *Informer la cliente sur les activités de prévention des complications postopératoires*
c. *Prendre en charge les craintes de la cliente par rapport à :*
• *La perte de contrôle*
• *L'inconnu*
• *L'anesthésie*
• *La douleur*
• *Le décès*
• *La séparation*
• *La perturbation de la vie*
• *Les changements dans la perception ou les fonctions du corps*
d. *Si l'état de la cliente n'est pas traitable, lui donner des informations sur un plan de traitement et sur les réseaux de soutien communautaires.*

(suite)

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Période d'admission et de pré opération *(suite)*
PRISE DE DÉCISION
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
a. *Le rôle de la cliente dans la propre gestion de son état*
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
a. *Assurer et documenter le consentement éclairé pour le traitement chirurgical :*
• *La cliente exprime verbalement sa compréhension de l'enseignement préopératoire.*
• *La cliente démontre correctement les exercices postopératoires (c'est-à-dire, la toux et la respiration profonde, et les exercices des jambes).*
b. *La cliente démontre correctement les exercices postopératoires (c'est-à-dire, la toux et la respiration profonde, et les exercices des jambes).*
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.
a. *Prendre des dispositions pour que la cliente puisse parler avec d'autres clientes de fistule obstétricale, au besoin.*
b. *Donner des informations sur les groupes de soutien à la cliente qui disponibles au sein de la structure.*

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Période intra-opératoire – Anesthésie rachidienne
Note : Pendant la procédure, ne jamais laisser la cliente seule.
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
a. *Présenter la cliente aux autres employés du bloc opératoire.*
3. Réintroduire le sujet de la fistule obstétricale.
4. Assurer la confidentialité.
a. *Parler doucement et consoler, réconforter et donner de l'espoir.*
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
Avant la procédure
a. *Rassurer la cliente en lui faisant comprendre que vous, ou un autre membre du personnel de soins, serez à ses côtés pendant toute la durée de l'opération.*
b. *Demander à la cliente si elle voudrait que vous lui teniez la main ou simplement vous asseoir à côté d'elle pendant l'opération.*
c. *Expliquer à l'avance chaque étape du processus.*
Pendant la procédure
a. *Parler de manière rassurante à la cliente durant l'opération*
b. *Evaluer la réaction de la cliente à l'anesthésie/opération et prendre en charge les craintes, préoccupations, ou questions à mesure qu'elles se présentent.*
c. *Donner des informations sur le déroulement, au besoin.*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
Avant la procédure
a. *Donner des informations sur le type d'anesthésie utilisé, les risques de l'anesthésie, la douleur, et les attentes pendant l'anesthésie.*
b. *Discuter des sensations qu'elle éprouvera à mesure que l'anesthésie se dissipe.*
c. *Discuter de la gestion de la douleur.*
Immédiatement après la procédure
a. *Après concertation avec le chirurgien/l'équipe chirurgicale, examiner les résultats de l'opération.*
b. *Discuter à nouveau ou faire le point, selon le cas, sur les procédures postopératoires immédiates.*
c. *Demander à la cliente si elle a des questions à poser, et répondre à celles-ci convenablement.*
PRISE DE DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT)
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT)
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Période intra-opératoire – Anesthésie générale
Note : Ne pas laisser la cliente seule jusqu'à ce qu'elle soit totalement anesthésiée.
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
a. *Présenter la cliente aux autres employés du bloc opératoire.*
3. Introduire le sujet de la fistule obstétricale.
4. Assurer la confidentialité.
a. *Parler doucement et consoler, réconforter et donner de l'espoir.*
EXPLORATION
1. Identifier les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
Avant la procédure
a. *Rassurer la cliente que vous serez à ses côtés jusqu'à ce qu'elle soit totalement anesthésiée.*
b. *Demander à la cliente si elle voudrait que vous lui teniez la main ou simplement vous asseoir à côté d'elle pendant l'opération.*
c. *Expliquer chaque étape du processus avant toute action (pré-anesthésie).*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
Avant la procédure
a. *Donner ou examiner les informations sur le type d'anesthésie utilisé, les risques de l'anesthésie, la douleur, et les attentes pendant l'anesthésie.*
b. *Discuter des sensations qu'elle éprouvera à mesure que l'anesthésie générale se dissipe, et de la gestion de la douleur.*
Immédiatement après la procédure
a. *Après concertation avec le chirurgien/l'équipe chirurgicale, examiner les résultats de l'opération.*
b. *Discuter des procédures postopératoires immédiates*
c. *Demander à la cliente si elle a des questions à poser, et répondre à celles-ci convenablement.*
PRISE DE DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT) ***Note : Le conseiller doit attendre jusqu'à ce que la cliente soit parfaitement réveillée, orientée, et capable de prendre des décisions.***
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION (LE CAS ÉCHÉANT)
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : période postopératoire
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
a. *Présenter la cliente au personnel du pavillon et aux autres clientes du pavillon.*
3. Assurer la confidentialité.
a. *Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les nécessaires dispositions pour le faire une autre fois.)*
b. *Demander à la cliente si elle aimerait qu'une autre personne soit présente lors du counseling.*
4. Réintroduire le sujet de la fistule obstétricale.
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
a. *Explorer les attitudes, mythes, idées fausses, croyances religieuses, craintes et préoccupations de la cliente par rapport à l'opération, au besoin.*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
a. *En se basant sur l'état de la cliente et en concertation avec l'équipe chirurgicale, donner les informations sur les points suivants, selon le besoin*
• *Routines postopératoires*
• *Résultat de l'opération*
• *Soins personnels*
• *Soins de la sonde*
• *Position et mobilité*
• *Nutrition*
• *Soulagement de la douleur*
• *Signes de complications/d'alerte*
• *Physiothérapie (si nécessaire)*
• *Période nécessaire d'abstinence sexuelle*
• *Nécessité de bons soins anténatals et d'accouchement à l'hôpital (probablement volontaire, et non en urgence, opération par césarienne) pour les futures grossesses*
• *Disponibilité des services de santé sexuelle et de santé de la reproduction (y compris la planification familiale)*
PRISE DE DÉCISION
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
a. *Soutenir la participation aux groupes de soutien aux clientes disponibles au sein de la structure, ou si elle n'y participe pas encore, donner des informations sur les groupes de soutien aux clientes qui existent au sein de la structure.*
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Faire un plan pour le suivi.

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Sortie/suivi
DÉVELOPPEMENT DE LA RELATION
1. Accueillir la cliente.
2. Faire les présentations.
a. *Présenter la cliente aux autres membres du personnel du pavillon ou de l'équipe de counseling si elle ne les a pas déjà rencontrés durant son séjour à l'hôpital.*
3. Assurer la confidentialité.
a. *Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.)*
b. *Demander à la cliente si elle aimerait qu'une autre personne soit présente lors du counseling*
4. Introduire le sujet de la fistule obstétricale.
a. *Si l'opération a été réussie, la féliciter des résultats.*
EXPLORATION
1. Explorer les besoins, problèmes et préoccupations de la cliente.
a. *Explorer les attitudes, mythes, idées fausses, croyances religieuses, craintes et préoccupations de la cliente par rapport à l'opération.*
2. Evaluer les connaissances de la cliente et donner les informations nécessaires.
a. *Donner à la cliente les informations écrites sur la post-procédure.*
PRISE DE DÉCISION SI L'OPÉRATION A ÉTÉ RÉUSSIE
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
a. *Rappeler à la cliente les effets secondaires, risques et signes d'alerte possibles, et élaborer un plan en cas de complications ou signes d'alerte.*
b. *Discuter avec la cliente de la manière de s'occuper d'elle même une fois à la maison :*
• *Observer la période nécessaire d'abstinence de rapport sexuel vaginal (et rectal, si une fistule recto-vaginale a été réparée), pour prévenir tout dommage à la réparation chirurgicale, et éviter d'introduire des corps étrangers (par ex. tampons) dans le vagin*
• *Retard la grossesse*
• *Gestion de l'incontinence urinaire d'effort*
c. *Discuter des infections de l'appareil reproducteur et du VIH, ainsi que les autres infections sexuellement transmissibles.*
d. *Rappeler à la cliente l'importance de faire un suivi.*
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
a. *Discuter des méthodes contraceptives disponibles, selon le besoin.*
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.

(suite)

Nom du participant : _____ **Date : ____/____/____**

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Sortie/suivi *(suite)*
PRISE DE DÉCISION SI L'OPÉRATION N'A PAS RÉUSSI
1. Identifier les décisions que la cliente doit prendre dans cette session.
a. *En se basant sur l'état de la cliente, donner des informations sur les points suivants selon le besoin :*
• *Hygiène personnelle et bonne alimentationn*
• *Gestion de l'incontinence (par ex., faire des exercices spécifiques)*
• *Messages sur le report de la grossesse/la planification familiale/le choix des contraceptifs (si souhaité)*
• *Complications et/ou infection possibles et options de la cliente*
• *Sources d'approvisionnement rentables (par ex., tampons, sacs de colostomie)*
2. Identifier les options de la cliente pour chaque décision.
a. *Discuter des méthodes contraceptives disponibles, selon le besoin.*
3. Peser les avantages, inconvénients, et conséquences de chaque option.
4. Aider la cliente à prendre elle-même des décisions réalistes.
MISE EN ŒUVRE DE LA DÉCISION
1. Elaborer un plan concret et spécifique pour donner suite à la décision.
a. *Fournir des liens vers les organisations communautaires, si disponibles.*
2. Identifier les compétences dont la cliente aura besoin pour donner suite à la décision.
3. S'entraîner aux techniques, au besoin, avec l'aide du conseiller.
4. Dresser un plan par rapport au suivi.

Document 10-B du participant

Liste vérificative d'observation du counseling sur la fistule basée sur la compétence

Présentation à la cliente

Bonjour (bonsoir), je m'appelle _____. Je suis ici pour aider _____ (le participant/stagiaire) à améliorer la qualité des services au niveau ce site. Je voudrais observer votre session/procédure aujourd'hui.

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je assister à cette session/procédure ?

Nom du prestataire : _____

Nom de l'observateur : _____

Numéro de la cliente : _____

Codes

0—non satisfaisant
1—satisfaisant, mais avec incitation
2— satisfaisant sans incitation

Notation

1. *Note maximum = 14*
2. Note de passage =____ (devra être déterminée localement—par ex., minimum 10 sur 14)
3. Questions marquées avec un « ** » : Le prestataire doit obtenir une note égale à 1 au moins pour réussir au présent critère d'observation.

Quel est le genre de counseling offert ?

- ☐ Accueil clinique
- ☐ Admission et période préopératoire
- ☐ Période intra-opératoire
- ☐ Période postopératoire
- ☐ Sortie et suivi

1. Le prestataire assure t-il un niveau acceptable d'intimité, de confidentialité, et de dignité à la cliente ? **

   0
   1
   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

2. Est-ce-que le prestataire met la cliente à l'aise ? (Décrire.)

   0
   1
   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

3. Le prestataire essaie t-il d'explorer les sentiments de la cliente ?

   0
   1
   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

4. Le prestataire a t-il recours à une communication interpersonnelle efficace (y compris la communication bidirectionnelle, l'écoute, et la communication verbale et non verbale) ?

   0

   1

   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

5. Le prestataire encourage t-il la cliente à parler (par ex. pour poser des questions ou exprimer des sentiments) ?

   0

   1

   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

6. Les informations sur la fistule fournies à la cliente sont-elles complètes et exactes ? **

   0

   1

   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

7. Comment a été l'interaction prestataire-cliente dans l'ensemble ? **

   0

   1

   2

Remarques de l'observateur : _____

_____

_____

Note totale : _____

Session 11
Récapitulation de l'atelier

Se référer aux pages 214 à 219 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre vue d'ensemble de la Session 11 – Objectifs de la session, Points à retenir, Méthodes de formation, Matériels, et Préparation préalable.

Objectifs de la session

Au cours de cette session, les participants devront faire ce qui suit :

- Remplir un post-test
- Discuter des plans de suivi de la formation
- Évaluer l'efficacité de l'atelier dans l'atteinte de ses objectifs
- Partager leurs pensées et impressions finales

Méthodes de formation

- Discussion

Matériels

- Tableau-papier, chevalet, marqueurs et ruban adhésif
- Annexe B : Post-test
- Document 11-A : Plan de mise en œuvre du site d'accueil
- Annexe J : Formulaire d'évaluation de l'atelier
- Certificats de participation pour les participants
- Des rafraîchissements

Préparation préalable

1. Faire suffisamment de copies de l'Annexe B et du Document 11-A à distribuer aux participants.
2. Envoyer des invitations aux invités.

3. Fournir les informations nécessaires aux conférenciers concernant les buts et objectifs de l'atelier et certaines réalisations générales (par exemple, les clientes assistées ; l'interaction avec le site ; si les participants ont bien travaillé dans l'ensemble, etc.), de sorte qu'ils puissent avoir un certain contexte pour leurs remarques.
4. Demander aux participants de choisir un représentant pour parler en leur nom.
5. Préparer un certificat de participation pour chaque participant.
6. Réviser **l'Annexe J : Formulaire d'évaluation de l'atelier** et faire une copie pour chaque participant.
7. Dresser un plan par rapport aux efforts de suivi.

Session 11 : Étapes de la formation

Durée : 2 heures 30 minutes ; 30 minutes pour la cérémonie de clôture, en fonction du protocole local

Se référer aux pages 220 à 236 du supplément sur la fistule traumatique ; il s'agit :

- *Du supplément 11A qui traite d'un sujet supplémentaire devant être couvert au début de la présente session.*
- *Des documents supplémentaires 11-a, 11-b, et 11-c, qui sont utilisés au cours des activités intitulées : Soutien aux activités du prestataire.*

Activité 1 : Post-test *(45 minutes)*

1. Distribuer l'Annexe B et demander aux participants de le remplir.

Se référer aux pages 11 à 13 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre Annexe B – Pré-test/Post-test sur le counseling de la fistule, qui remplace celui du présent curriculum, ou utiliser le pré-test/post-test adapté que vous avez utilisé au premier jour de la formation.

2. Noter les post-tests et partager les résultats avec les participants après le travail/discussion de groupe

Se référer aux pages 17 à 20 du supplément sur la fistule traumatique pour une autre Annexe C – Pré-test/Post-test sur la version corrigée du counseling de la fistule, qui remplace celui du présent curriculum.

Activité 2 : Travail/discussion de groupe *(1 heure 30 minutes)*

1. Organiser le groupe en équipes issues de la même structure, si possible.
2. Distribuer les copies de l'Annexe 11-A à remplir par les équipes.
3. Demander à chaque groupe d'élaborer un **Plan de mise en œuvre du site d'accueil** (PMSA) pour leur site (par exemple, ils devraient consigner les changements qu'ils envisagent de faire au niveau de leur lieu de travail à la suite de cette formation.

Note : Chaque PMSA devra inclure une section sur le consentement éclairé. En se basant sur le contenu du consentement éclairé étudié durant la formation, préciser les mesures qui devront être prises pour établir ou renforcer les pratiques de consentement éclairé au sein des services de soins de la fistule.

4. Sélectionner le secrétaire et le présentateur de la plénière.
5. Demander aux participants d'enregistrer leur plan dans le Document 11-A et d'écrire leurs réponses sur le tableau-papier qu'ils présenteront au groupe.
6. Demander aux participants de présenter les trois actions les plus importantes de leur plan
7. Rappeler aux participants d'indiquer leur nom sur leur travail.
8. Le formateur conservera les tableau-papier des participants.
9. Expliquer que l'équipe de formation, les organisateurs et/ou superviseurs de l'atelier visiteront chaque site dans les trois mois suivant l'achèvement de la formation afin de faire ce qui suit :
   - Evaluer les progrès des participants à faire les changements souhaités.
   - Identifier les obstacles relatifs au counseling des clientes de la fistule.
   - Fournir une assistance technique pour aider à surmonter de tels obstacles.

CONSEIL POUR LA FORMATION

Tandis que les participants présentent leurs plans de mise en œuvre, demander à un co-formateur ou une personne d'appui de faire le traitement des textes des plans ; ceux-ci peuvent être imprimés et remis aux participants avant la clôture de la session, pour qu'ils s'en servent une fois de retour dans leur structure d'accueil. Il servira également d'archive de référence au formateur pour préparer la visite de suivi post-formation.

Note : Au cours des visites de suivi post-formation, s'assurer de vérifier la situation des pratiques de consentement éclairé menées à la suite du PMSA.

Etablir des plans spécifiques de suivi avec les participants et leurs superviseurs **au moment de la formation.** Confirmer ces plans avant de procéder à cette session.

Activité 3 : Évaluation individuelle écrite des participants *(15 minutes)*

1. Distribuer le formulaire d'évaluation de l'atelier à chaque participant.
2. Donner aux participants environ 15 minutes pour remplir le document.
3. Recueillir les formulaires d'évaluation.

Activité 4 : Cérémonie de clôture *(jusqu'à 25 minutes, selon le protocole local)*

1. Procéder à une cérémonie de clôture d'une manière adaptée aux coutumes locales ; respecter tous les protocoles nécessaires.
2. Distribuer les attestations de participation.

Document 11-A du participant

Plan de mise en œuvre du site d'accueil

Quels changements pouvez-vous faire dans votre site pour améliorer le counseling aux clientes de fistule ?

Quels obstacles pensez-vous pourraient affecter votre capacité à mettre en œuvre de tels changements ?

Quelles mesures d'action pouvez-vous proposer pour faire face à chacun des obstacles identifiés ?

Résumé des mesures d'action :

Mesure d'action	Ressources	Qui doit le faire ? *	Echéance	Résultats attendus/ observations

* Voir le plan d'action COPE® action.

Annexes

Annexe A

Plan de formation

Session	Participants	Durée
Session 1 : Session d'ouverture		
Partie A : Inscription et pré-test	Tous	30 minutes
Partie B : Cérémonie d'ouverture	Tous	30 minutes
Partie C : Introduction à l'atelier	Tous	1 heure 20 minutes
Session 2 : Valeurs et attitudes des prestataires	Tous	
Partie A : Choix éclairé, consentement éclairé, et droits de la cliente	Tous	20 minutes
Partie B: Valeurs et attitudes	Tous	1 heure 45 minutes
Session 3 : Comprendre la fistule obstétricale		
Partie A : Description du problème	Non médecins	20 minutes
Partie B : Causes de la fistule obstétricale	Non médecins	15 minutes
Partie C : Conséquences sanitaires et sociales de la fistule obstétricale	Non médecins	20 minutes
Partie D : Raisons pour lesquelles les femmes ne recherchent pas de soins	Non médecins	20 minutes
Partie E : Prévention de la fistule obstétricale	Non médecins	20 minutes
Session 4 : Comprendre le point de vue de la cliente		
Partie A : Elaboration des études de cas de clientes souffrant de la fistule obstétricale		
Option 1 : Etudes de cas originales	Non médecins	1 heure 30 minutes
Option 2 : Etudes de cas adaptées	Non médecins	25 minutes
Partie B : Confidentialité, intimité, et dignité	Tous	45 minutes
Partie C : Prise en charge des sentiments de la cliente	Tous	1 heure 35 minutes
Partie D : Les questions relatives à la sexualité	Tous	55 minutes

Plan de formation *(suite)*

Session	Participants	Durée
Session 5 : Communication interpersonnelle		
Partie A : Communication bidirectionnelle	Tous	30 minutes
Partie B : Communication verbale et non verbale	Tous	30 minutes
Partie C : Ecoute active/savoir écouter	Tous	35 minutes
Partie D : Comment poser des questions ouvertes	Tous	45 minutes
Partie E : Utilisation du langage simple et des aides visuelles	Tous	1 heure 30 minutes
Partie F : Cadre du counseling : REDI	Tous	50 minutes
Session 6 : Counseling de la cliente souffrant de la fistule obstétricale		
Partie A : Vue d'ensemble du counseling	Tous	45 minutes
Partie B : Counseling des clientes de fistule obstétricale	Tous	1 heure 30 minutes à 1 heure 35 minutes
Partie C : Counseling des femmes ayant des besoins spéciaux	Tous	55 minutes
Session 7 : Informations sur la planification familiale et counseling relatif à la santé		
Partie A : Raisons	Tous	40 minutes à 55 minutes
Partie B : Choix éclairé	Tous	30 minutes
Partie C : Situation particulière de la cliente	Non médecins	1 heure
Session 8 : Counseling pour la famille de la cliente		
Partie A : Vue d'ensemble du counseling la famille de la cliente	Tous	1 heure 5 minutes
Partie B : Counseling pendant l'admission et la période préopératoire	Non médecins	1 heure à 1 heure 5 minutes
Partie C : Counseling après l'opération	Non médecins	1 heure à 1 heure 5 minutes
Partie D : Counseling à la sortie	Non médecins	1 heure à 1 heure 5 minutes
Session 9 : Soutien à la cliente de fistule obstétricale		
Partie A : Formation de groupes de soutien à la cliente au sein de la structure	Non médecins	1 heure
Partie B : Utilisation des histoires de réussite	Non médecins	1 heure 30 minutes
Partie C : Contact des réseaux de soutien communautaires	Non médecins	1 heure
Session 10 : Stage clinique		
Session 11 : Récapitulation de l'atelier		

Annexe B

Pré-test/post-test sur le counseling de la fistule obstétricale

1. Énoncer les trois éléments qui forment le noyau d'une approche globale pour aider les femmes atteintes de fistule obstétricale et leurs familles. (3 points)
   1. _____
   2. _____
   3. _____

2. Quand est-ce que le counseling de la cliente de fistule obstétricale pourrait-il se faire ?
   a. Avant, pendant, et après la chirurgie
   b. A chaque fois que vous entrez en contact avec la cliente
   c. Seulement après l'admission en chirurgie de la cliente
   d. Lorsque vous avez du temps supplémentaire et rien d'autre à faire
   e. A la fois a et b

3. Où est-ce que se tient le counseling à la cliente de fistule obstétricale ?
   a. Dans une pièce privée avec une porte
   b. N'importe où dans le site du service où la confidentialité et l'intimité peuvent être assurées
   c. Dans un lieu de rencontre communautaire
   d. Aucune des réponses susmentionnées
   e. A la fois a et b

4. Donner un exemple concernant la manière dont vous pouvez respecter l'intimité d'une cliente de fistule obstétricale lorsque vous faites le counseling :

5. La communication bidirectionnelle se fait lorsque :
   a. La cliente et le prestataire parlent tour à tour
   b. La cliente et le prestataire écoutent tour à tour
   c. A la fois a et b
   d. Aucune des réponses susmentionnées

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

7. Donner deux indications de l'art d'écouter. (Comment pouvez-vous savoir que quelqu'un écoute attentivement ?)
   1. _____
   2. _____

8. Quel est le minimum d'informations sur la planification familiale que vous devriez donner à chaque cliente de la fistule obstétricale avant sa sortie de l'hôpital ?

   _____
   _____
   _____
   _____

9. Citer trois méthodes de planification familiale qui pourraient être inappropriées pour une femme après une réparation chirurgicale de la fistule obstétricale.
   1. _____
   2. _____
   3. _____

10. Le choix éclairé signifie (cocher toutes les réponses qui sont vraies :
    - ☐ La cliente a reçu toutes les informations nécessaires.
    - ☐ La cliente ne peut pas quitter le site du service sans choisir une méthode de planification familiale.
    - ☐ Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.
    - ☐ Les membres de la famille motivent la cliente à choisir une méthode particulière de planification. familiale.

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

_____

_____

_____

_____

12. Donner deux exemples concernant la manière de créer un environnement plus confortable pour le counseling.
    1. _____
    2. _____

13. Une femme arrive sur votre site avec une fistule obstétricale qui est survenue à la suite d'une dystocie. En utilisant un langage simple, expliquer à la cliente ce qui se passe dans son corps.

_____

_____

_____

_____

14. Expliquer comment les croyances peuvent influer sur les soins offerts par les prestataires. Donner un exemple concret d'une croyance, valeur, ou d'un jugement sur la fistule obstétricale et comment cela pourrait affecter les soins.

_____

_____

_____

_____

15. Citer trois questions importantes à aborder lors du counseling conjoint de la cliente de fistule obstétricale et son partenaire.
    1. _____
    2. _____
    3. _____

16. Citer trois questions qui pourraient être mieux explorées dans une séance de counseling avec une cliente seule, plutôt qu'en compagnie de son partenaire.
    1. _____
    2. _____
    3. _____

Annexe C

Réponses au conseil pré-test/post-test de la fistule obstétricale

1. Énoncer les trois éléments qui forment le noyau d'une approche globale pour aider les femmes atteintes de fistule obstétricale et leurs familles. (3 points)

   1. Maintenir les partenariats communauté – prestataire de services, pour réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes en encourageant les mariages plus tardifs, et en élargissant l'accès aux services de planification familiale.

   2. Améliorer l'accès aux soins obstétricaux de qualité, y compris les soins d'urgence.

   3. Fournir un traitement chirurgical et un counseling aux femmes atteintes de fistule.

2. A quel moment le counseling de la cliente de fistule obstétricale peut-il se faire ? (1 point)

   a. Avant, pendant, et après la chirurgie

   b. Chaque fois que vous entrez en contact avec la cliente

   c. Seulement après l'admission en chirurgie de la cliente

   d. Lorsque vous avez du temps supplémentaire et rien d'autre à faire

   e. A la fois a et b

3. Où est-ce que le counseling à la cliente de fistule obstétricale devra se tenir ?

   a. Dans une pièce privée avec une porte

   b. N'importe où dans le site du service où la confidentialité et l'intimité peuvent être assurées

   c. Dans un lieu de rencontre communautaire

   d. Aucune de ces réponses

   e. A la fois a et b

4. Donner un exemple concernant la manière de respecter la vie privée d'une cliente de fistule obstétricale au cours du counseling: (2 points)

   Réponses possibles :

   - **Parler à voix basse.**
   - **Parler à la cliente dans une pièce ou un espace privé. (si possible)**
   - **Ne pas partager les informations sur son cas avec d'autres, sauf si nécessaire.**

5. La communication bidirectionnelle se fait lorsque (1 point) :

   a. La cliente et le prestataire parlent tour à tour.

   b. La cliente et le prestataire écoutent tour à tour.

   c. A la fois a et b

   d. Aucune des réponses susmentionnées

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

   Réponses possibles :

   - **Qu'avez-vous ressenti lorsque vous avez découvert que vous aviez des fuites d'urine ?**
   - **Qu'avez-vous fait après avoir remarqué la première fois que vous aviez des fuites d'urine ?**
   - **Comment vous sentez-vous maintenant ?**
   - **Selon vous, que se passera t-il durant votre séjour ici ?**
   - **Quelles sont vos préoccupations ?**
   - **Quelles questions ou préoccupations votre mari ou partenaire a-t-il concernant votre état ?**

7. Donner deux indications d'écoute active. (Comment pouvez-vous savoir que quelqu'un écoute attentivement ?) (2 points)

   Réponses possibles :

   - **Être attentif à l'orateur ; ne pas faire d'autres tâches en même temps, et ne pas interrompre.**
   - **Poser des questions.**
   - **Manifester de l'empathie.**
   - **Réfléchir. (c'est-à-dire, répéter ou utiliser vos propres mots pour confirmer la compréhension)**
   - **Interpréter les sentiments et émotions derrière ce qui est dit.**
   - **Intégrer ce qui a été dit dans la suite de la discussion.**
   - **Ne pas parler à d'autres personnes tout en écoutant.**
   - **Montrer un intérêt particulier par rapport au sujet.**
   - **Maintenir le contact visuel avec l'orateur. (en respectant les normes culturelles)**

8. Quel est le minimum d'informations sur la planification familiale que vous devriez donner à chaque cliente de la fistule obstétricale avant sa sortie ? (5 points)
   - **Pour éviter tout dommage à la réparation chirurgicale de la fistule, elle devrait s'abstenir de rapports sexuels et éviter d'introduire quoi que ce soit dans le vagin pendant au moins trois mois après la procédure.**
   - **Si elle a eu une aménorrhée, sa période menstruelle peut revenir deux à quatre mois après une réparation chirurgicale réussie. Elle pourrait ovuler avant son premier cycle menstruel, et par conséquent, elle est exposée au risque de tomber enceinte avant le retour des règles.**
   - **Elle devrait commencer à utiliser une méthode de planification familiale avant de reprendre l'activité sexuelle.**
   - **Certaines femmes peuvent avoir une stérilité secondaire après une fistule obstétricale. Elle devrait présumer qu'elle est fertile jusqu'à preuve du contraire.**
   - **Elle a besoin de savoir où et comment obtenir des services de planification familiale (pendant son séjour à l'hôpital ou après sa sortie).**

9. Citer trois méthodes de planification familiale qui pourraient être inappropriées pour une femme après une réparation chirurgicale de la fistule obstétricale. (3 points)

   Réponses possibles :
   - **Les méthodes de barrière sans association**
   - **Les méthodes basées sur la sensibilisation en matière de procréation**
   - **Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (la MAMA)**
   - **Le coït interrompu**

10. Le choix éclairé signifie (cocher toutes les réponses qui sont vraies) : (2 points)

    ☑ **La cliente a reçu des informations complètes.**

    ☐ La cliente ne peut pas quitter le site du service sans pour autant choisir une méthode de planification familiale.

    ☑ **Le prestataire aide la cliente à prendre une décision.**

    ☐ Les membres de la famille motivent la cliente à choisir une méthode particulière de planification familiale.

11. Qu'est-ce que l'empathie ? (1 point)

    Se mettre à la place de la cliente et comprendre son point de vue comme si c'était le vôtre.

12. Donner deux exemples concernant la manière de créer un environnement plus confortable pour le counseling. (2 points)
    - **S'assurer que la cliente est prête à parler.**
    - **S'asseoir ou se tenir debout au même niveau que la cliente.**
    - **Parler à voix basse.**
    - **Fermer la porte.**
    - **Parler dans la langue maternelle de la cliente ou dans la langue locale.**
    - **Assurer la confidentialité.**

13. Une femme arrive sur votre site avec une fistule obstétricale qui est survenue à la suite d'une dystocie. En utilisant un langage simple, expliquer à la cliente ce qui se passe dans son corps. (2 points)

    Une fistule obstétricale se développe lorsque l'irrigation sanguine des tissus du vagin et de la vessie (et/ou du rectum) est coupée pendant un travail dystocique prolongé. Les tissus meurent, et un trou se forme par lequel l'urine et/ou les selles passent de manière incontrôlable.

14. Expliquer comment les croyances peuvent influer sur les soins offerts par les prestataires. Donner un exemple concret d'une croyance, valeur, ou d'un jugement sur la fistule obstétricale et comment cela pourrait affecter les soins. (2 points)

    Nos croyances façonnent nos attitudes ou notre manière de penser et d'agir envers les personnes en particulier ou par rapports aux idées.

    Exemples possibles :
    - **Si un prestataire croit que toutes les femmes atteintes de fistule obstétricale n'auront plus jamais de relations sexuelles, il pourrait ne pas conseiller correctement la cliente sur la nécessité de l'abstinence sexuelle ou sur les méthodes de planification familiale.**
    - **Si un prestataire croit qu'une femme atteinte de fistule obstétricale s'est créée le problème toute seule de par sa négligence concernant ses soins de santé, il pourrait avoir des difficultés à dispenser des soins avec empathie.**

15. Citer trois questions importantes à aborder lors du counseling conjoint de la cliente de fistule obstétricale et son partenaire. (3 points)

    Réponses possibles :
    - **Dissiper tout mythe concernant les raisons pour lesquelles la cliente a eu une fistule.**
    - **Couvrir les questions liées aux soins postopératoires, y compris la nécessité de l'abstinence sexuelle pendant au moins trois mois, la planification familiale, et le calendrier/besoin de visites de suivi.**
    - **Discuter comment favoriser la réinsertion de la cliente dans sa famille et au sein de sa communauté.**

- **Discuter comment prévenir la fistule obstétricale, notamment la nécessité d'obtenir des soins médicaux précoces et réguliers pendant la grossesse et l'accouchement.**

16. Citer trois questions qui pourraient être mieux explorées dans une séance de counseling avec une cliente seule, plutôt qu'en compagnie de son partenaire. (3 points)

    Réponses possibles :

    - **Les questions relatives à la sexualité**
    - **Les infections sexuellement transmissibles**
    - **Les autres partenaires sexuels**
    - **Comment donner le meilleur soutien émotionnel à la cliente**
    - **Comment aider au mieux la cliente à retrouver le sens de soi**

Total des Points : 35 Points nécessaires pour 80 % : 28

Annexe D

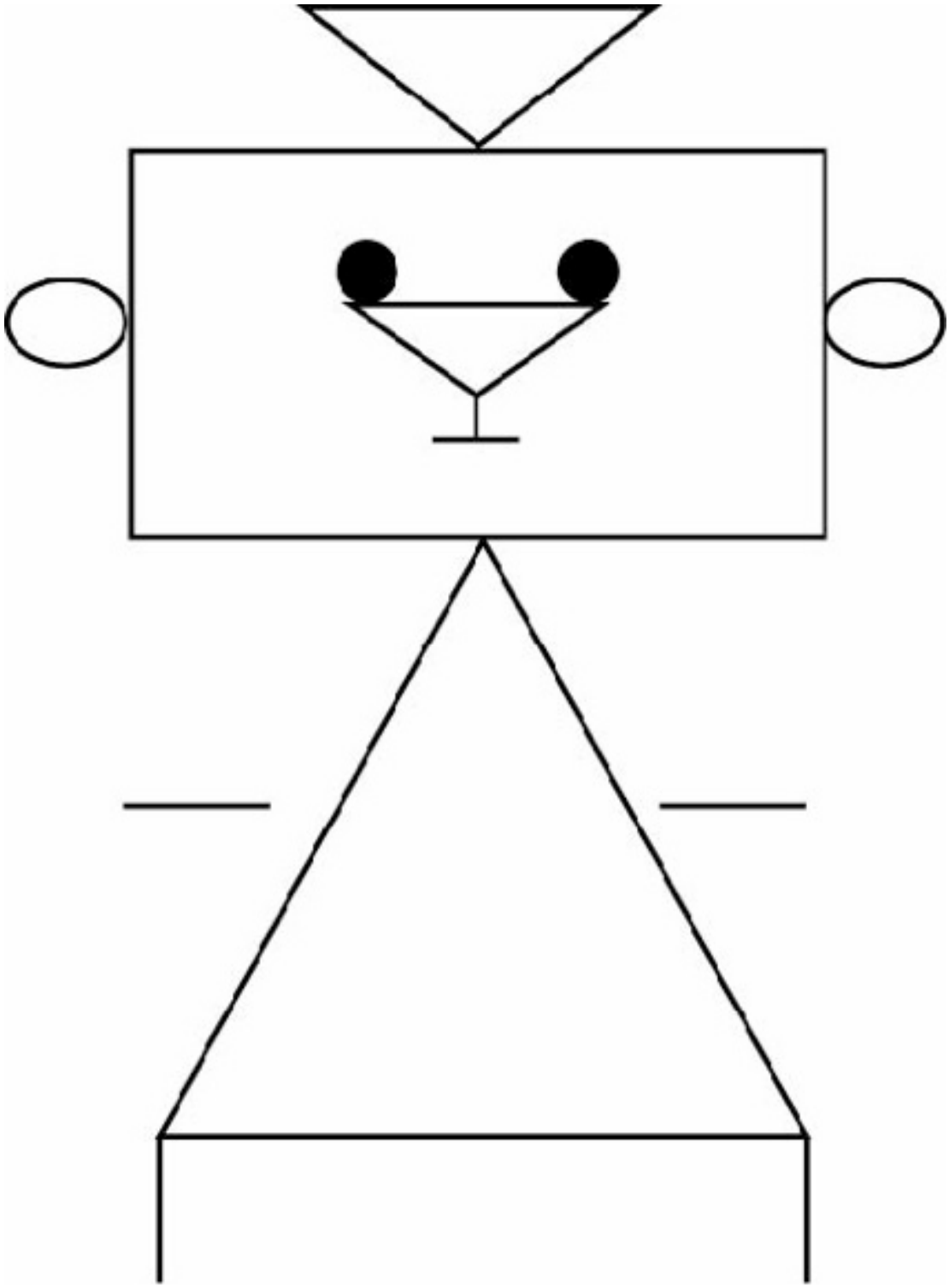
Transparents et matériels d'activité

Vous pouvez faire des transparents et/ou photocopies des documents suivants avant la formation. Si vous ne disposez pas d'un rétroprojecteur, préparer tableaux-papier à afficher lors de la formation.

Session	Titre	Page
5	Transparent 5-A : Exemple de Diagramme	
6	Transparent 6-A : Exemple de « carte » pour la révision structurée des services à la cliente de l'étude de cas	
8	Transparent 8-A : Exemple de guide d'apprentissage pour le counseling pendant les périodes préopératoire et postopératoire immédiates Transparent 8-B : Exemple de guide d'apprentissage pour le counseling pendant les périodes de sortie/suivi	

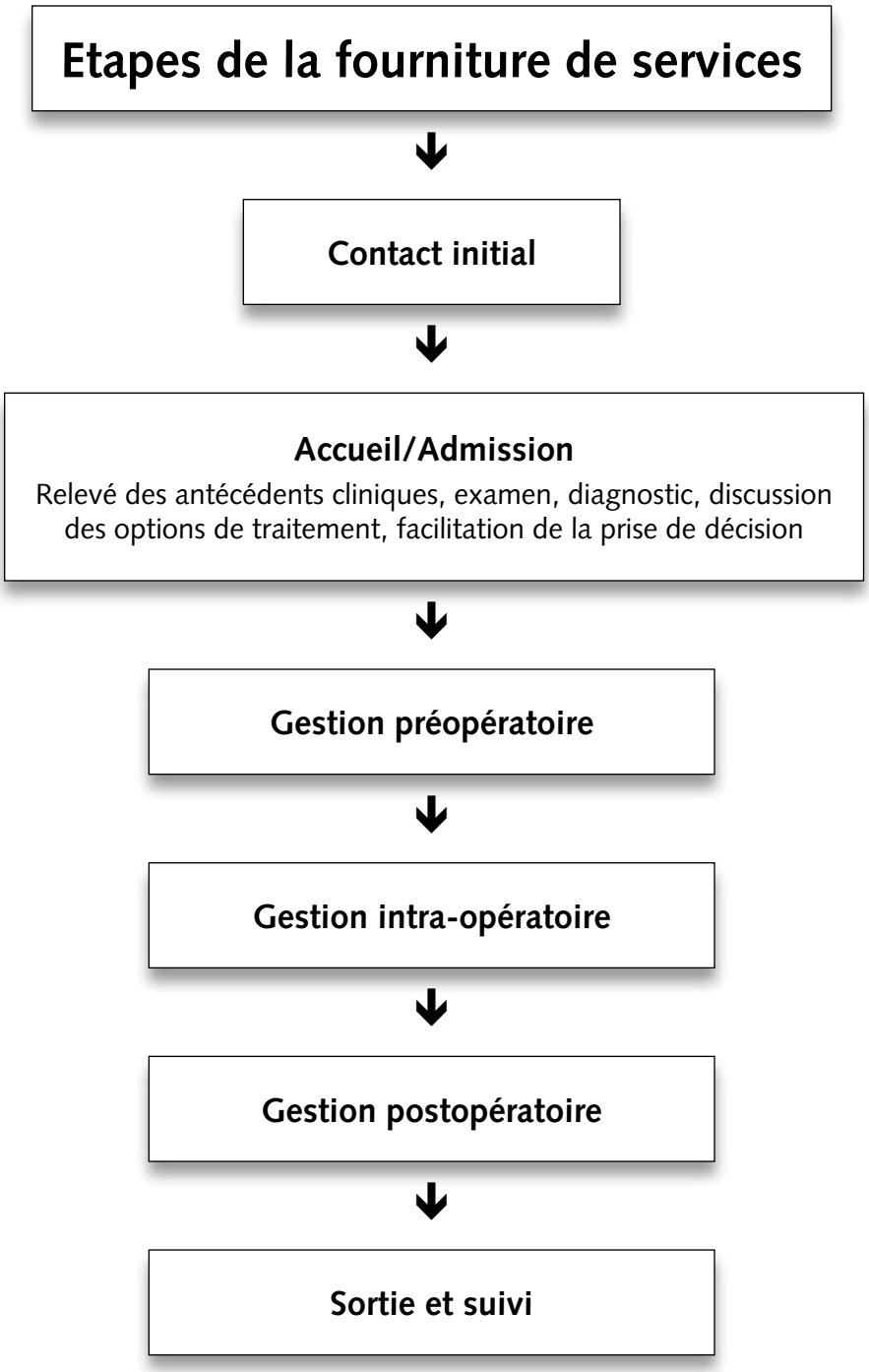
Transparent 5-A

Exemple de diagramme



Transparent 6-A

Exemple de « carte » pour la révision structurée concernant les services de la cliente de l'étude de cas



Adapté à partir de : The ACQUIRE Project et EngenderHealth. 2005. *Report of fistula counseling experts' meeting: March 29 & 30, 2005, Kampala, Uganda.* New York.

Transparent 8-A

Exemple de guide d'apprentissage du counseling : Périodes préopératoire et postopératoire immédiate	
Informations à fournir	**Réponses/ Données recueillies**
Préparation	
Saluer la personne avec respect et amabilité et se présenter.	
Offrir un siège.	
Assurer de l'intimité nécessaire.	
Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les dispositions nécessaires pour le faire une autre fois.)	
Assurer la confidentialité des informations sur la cliente en fournissant ou en demandant des renseignements.	
Counseling	
En fonction de l'état de la cliente, donner des informations sur les points suivants, selon le besoin, et seulement après avoir évalué la capacité ou habileté de la personne de soutien à donner ou recevoir des informations :	
• Besoins de la cliente	
• Moyens de soutenir la cliente	
• Routines et procédures hospitalières	
• Groupes de soutien social aux clientes au sein de la structure	
• Si l'état ne peut pas être traité, donner des informations sur les réseaux de soutien communautaire et les moyens de soutenir la cliente au cours de sa vie	
Explorer les besoins et sentiments des membres de la famille.	
Explorer les attitudes, mythes, idées fausses, ou croyances religieuses.	
Prendre en charge les craintes et préoccupations, selon le besoin.	
Demander s'il y a des questions, et y répondre correctement.	
Partager les histoires de réussite, au besoin.	
Donner des informations sur les groupes de soutien aux clientes au sein de la structure.	

Transparent 8-B

Exemple de guide d'apprentissage du counseling pour les périodes de sortie/suivi	
Informations à fournir	**Réponses/ Données recueillies**
Préparation	
Saluer la personne avec respect et amabilité et se présenter.	
Offrir un siège.	
Assurer de l'intimité nécessaire.	
Évaluer si le counseling est approprié à ce moment précis. (Si ce n'est pas le cas, prendre les dispositions nécessaire pour le faire une autre fois.)	
Assurer la confidentialité des informations sur la cliente en fournissant ou en demandant des renseignements.	
Counseling : généralités	
En fonction de l'état de la cliente, donner des informations sur les points suivants, selon le besoin, et seulement après avoir évalué la capacité ou l'habileté de la personne de soutien à donner ou recevoir des informations :	
Les effets secondaires, risques et signes d'alerte possibles, et la nécessité d'élaborer un plan en cas de complications	
Les besoins de la cliente et les moyens de la soutenir	
La façon dont la cliente doit prendre soin d'elle-même une fois à la maison, notamment :	
• La période nécessaire d'abstinence	
• Le report de la grossesse et les méthodes de contraception disponibles, le cas échéant	
• Plan des visites de suivi et l'importance du suivi	
Les infections du tractus génital et les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH	
La sexualité après une réparation chirurgicale, selon le besoin	
Passerelles vers les organisations communautaires, si disponibles	
Activités génératrices de revenus et opportunités d'éducation, si possible et disponibles	
Explorer les besoins et sentiments des membres de la famille.	
Explorer les attitudes, mythes, idées fausses, ou croyances religieuses.	
Prendre en charge les craintes et préoccupations, selon le besoin.	
Demander si les membres de la famille ont des questions et y répondre correctement.	
Partager les histoires de réussite, au besoin.	
Fournir des passerelles vers les organisations communautaires, si disponible.	
Discuter les activités génératrices de revenue et des possibilités de s'instruire, si disponible et si possible.	

Annexe E

Exemple d'étude de cas

Les études de cas suivantes peuvent servir d'exemples pour la Session 3, Partie A. En outre, s'il n'y a pas suffisamment de temps pour élaborer des études de cas originales, les participants peuvent adapter certains de ces cas à leurs situations locales. Certaines études de cas ci-dessous sont des histoires réelles de femmes ayant des fistules ; dans chacun de ces cas, nous donnons des informations sur la source de l'histoire. Les autres sont fictives.

Étude de cas 1 : Tigest, 16 ans

Tigest a été mariée à 12 ans. Elle n'est pas alphabétisée et n'a jamais été à l'école. À 14 ans, Tigest a donné naissance à une petite fille mort-née après quatre jours de travail chez elle, assistée par une accoucheuse traditionnelle (AT). Quand elle a commencé ses fuites d'urine après l'accouchement, l'accoucheuse traditionnelle lui a dit que c'était probablement parce qu'elle avait reçu une malédiction de Dieu.

Le mari de Tigest la trouve sale, et bien qu'il ne l'ait pas répudiée, il ne lui permet pas de rester dans la maison. Sa famille ne la reprendra pas non plus, et Tigest n'a pas de revenu et dépend de son mari pour sa subsistance, donc elle doit rester avec son mari, même s'il ne lui permet pas d'habiter dans la maison.

Tigest a entendu que des médecins dans un hôpital de la capitale pourraient l'aider à guérir. Son mari et sa famille lui disent qu'aucun médecin ne peut l'aider parce que à l'évidence Dieu n'a pas entendu, ni exaucé ses prières pendant le travail. Alors, elle décide de prendre le risque et de fuguer du domicile conjugal et de se rendre dans la capitale par tous les moyens. Parfois, elle doit se prostituer pour avoir de l'argent.

Lorsqu'elle arrive à l'hôpital, on lui dit qu'ils ont des fonds pour l'aider à bénéficier d'une chirurgie qu'ils jugent relativement simple. Malheureusement, des complications surviennent pendant la chirurgie, et par conséquent l'opération n'est pas réussie. Pire encore, l'on a découvert lors du dépistage que Tigest est séropositive. Elle vit dans l'enceinte de l'hôpital jusqu'à ce qu'elle puisse faire d'autres projets.

Étude de cas 2 : Mariam, 18 ans

Mariam vit dans un village très reculé. Elle n'est pas alphabétisée et n'a jamais été à l'école. Quand elle a accouché à l'âge de 16 ans, l'accoucheuse traditionnelle (AT) l'a assistée. Son travail a été très long, et au deuxième jour, l'AT lui a dit qu'on devait l'emmener à l'hôpital. Le mari de Mariam était absent et elle n'avait pas d'argent, et personne ne voulait prendre la responsabilité d'emmener Mariam à l'hôpital. Le troisième jour, Mariam a finalement accouché d'un mort-né.

Après son accouchement, Mariam a remarqué qu'elle avait une fuite d'urine, mais elle avait trop honte pour le dire à quiconque, surtout après la honte d'avoir accouché d'un mort-né. Quand son mari est rentré, il a remarqué l'odeur et l'a chassée de la maison. Peu de temps après, il prit une seconde épouse. Les parents de Mariam n'avaient pas les moyens de la prendre chez eux, elle a donc dû recourir à la mendicité pour se nourrir.

Une équipe de santé mobile était de passage dans le village de Mariam et parlait de la fistule et de la possibilité d'une réparation. Mariam s'est rendue à l'hôpital de la fistule, où elle a eu une réparation réussie. Elle ne sent pas qu'elle a un chez-soi où rentrer et a fait de l'hôpital sa nouvelle maison.

Étude de cas 3 : Maimouna, 26 ans

Maimouna a 26 ans et a accouché à six reprises, mais elle n'a que trois enfants vivants. Elle est la seconde femme de son mari, qui l'aime et l'adore. Le sixième enfant de Maimouna était un mort-né, et elle a développé une fistule et a commencé à avoir des fuites d'urine après la naissance de son bébé. Son mari est bouleversé par les problèmes physiques de Maimouna, et tient vraiment à aider sa femme, mais on lui a dit que rien ne pouvait être fait pour l'aider. Maimouna a été à l'école en classe de sixième et fait de la couture pour avoir un revenu supplémentaire.

Maimouna apprend que la fistule peut être réparée et se rend à l'hôpital de la capitale accompagnée par son mari. Elle subit la chirurgie et a une réparation réussie. Maimouna voudrait avoir d'autres enfants.

Étude de cas 4 : Aberesh, 22 ans

À l'âge de 18 ans, Aberesh était mariée à un homme plus âgé qu'elle dans une région rurale reculée. Aberesh n'a jamais été à l'école et ne sait ni lire, ni écrire. Elle est tombée enceinte immédiatement après son mariage. La grossesse a été difficile. Le travail était dystocique, et Aberesh était incapable d'accoucher. Au troisième jour du travail, sa famille a décidé de trouver de l'aide. Ils ont vendu une chèvre et payé des hommes pour amener Aberesh sur une civière pendant six heures à l'hôpital le plus proche. Au moment où elle est arrivée, il était trop tard pour sauver le bébé, son fils était mort-né.

Aberesh était si faible et épuisée par l'épreuve qu'elle ne pouvait pas sortir du lit. Il a fallu quatre semaines avant qu'elle ne puisse marcher toute seule à nouveau. Deux jours après l'accouchement, elle a commencé à avoir des fuites d'urine causées par une fistule. Rien ne pouvait arrêter le flux. Son mari l'a renvoyée chez sa mère, pour qu'elle aille mieux.

Un médecin de l'hôpital a informé sa famille de la possibilité d'une réparation dans un hôpital de la capitale. Une fois de plus, sa famille s'est réunie pour la soutenir et a rassemblé de l'argent pour le transport en bus vers la capitale. A l'hôpital de la fistule, la chirurgie de réparation a été simple, et elle s'est complètement rétablie. Elle envisage de retourner chez ses parents, et espère qu'elle pourra se marier et avoir des enfants.

Adapté à partir d'une histoire personnelle relate par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa

Étude de cas 5 : Asha, 20 ans

Asha et son mari vivaient dans un petit village et étaient très pauvres. Son mari travaillait comme gardien au bureau de l'Etat du village et gagnait un maigre salaire. Asha a été à l'école jusqu'à l'âge de 12 ans, et sait lire et écrire. Sa première grossesse n'a pas été difficile, et elle a accouché de son premier bébé à la maison sans aucun problème. Au moment d'accoucher de son deuxième enfant, elle a eu un travail très difficile, et a dû être emmenée à l'hôpital. Parce qu'il n'y avait pas d'argent pour l'emmener à l'hôpital, son mari a contracté deux prêts : un de 6 $ pour obtenir une brouette tirée par une vache pour la porter sur la route principale, et un autre de 60 $ pour prendre une voiture pour les conduire de la route principale à l'hôpital.

Bien qu'Asha ait pu obtenir une opération par césarienne, son bébé est mort des suites du travail prolongé, et elle a développé une fistule. Il faut 40 dollars pour faire une 'opération par césarienne, un montant qu'ils ne pouvaient pas se permettre, alors le mari d'Asha a fait un prêt du gouvernement du village, ce qui l'obligeait à travailler sans salaire jusqu'à ce que sa dette soit remboursée. De ce fait, la famille est restée sans aucune source de revenus.

En outre, Asha était trop faible pour faire le trajet aller-retour de six heures au puits le plus proche, et elle avait besoin d'eau pour faire son bain et laver ses vêtements à cause des fuites permanentes d'urine. Ainsi, en plus de la dette qui augmentait, le mari d'Asha a dû payer 10 cents par jour à quelqu'un pour chercher de l'eau au puits et l'amener à Asha.

Il était difficile de payer leurs dettes, de sorte que la famille a vendu une parcelle de terrain pour 20 dollars et une de leurs cinq vaches. Quand bien même, cela leur permettait seulement de payer une petite partie de leurs dettes. Avec les contraintes financières, Asha a continué à souffrir de la fistule. Des amis ont collecté de l'argent pour aider la famille et payer la réparation de la fistule d'Asha. La chirurgie de réparation a été un succès, mais la famille demeure profondément endettée.

Adapté à partir de : *Faces of Dignity, © Women's Dignity Project, 2003.*

Étude de cas 6 : Pendo, âgé de 46 ans

Pendo a vécu avec une fistule pendant plus de 30 ans. Etant jeune fille, elle a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 12 ans, et son père l'a obligée à se marier. Selon la coutume locale, Pendo vivait avec ses beaux-parents jusqu'à l'âge de 14 ans ; à ce moment-là, elle a eu ses premières règles et a emménagé dans la maison de son mari.

Pendo travaillait durement pendant sa première grossesse ; c'est elle qui cherchait du bois de chauffage, puisait de l'eau, et faisait toutes les autres tâches domestiques. Lorsque son bébé est né, son travail a été difficile, douloureux et long. Après avoir été en travail pendant trois jours à la maison, sa famille l'a finalement emmenée dans un hôpital situé à 20 kilomètres. Les médecins l'ont accouchée par forceps.

Le bébé a survécu, mais Pendo a développé une fistule à la suite du travail prolongé. Elle a essayé plusieurs fois de faire réparer la fistule, mais chaque fois qu'elle est allée à l'hôpital, il n'y avait pas de chirurgien disponible pour effectuer l'opération.

Le frère de Pendo a dit que le problème ne pouvait pas être résolu, et lui a dit qu'elle devrait arrêter d'essayer de faire un traitement. L'on a même conseillé au mari de Pendo de l'abandonner et d'épouser une autre femme, mais il a ignoré ce conseil et il est resté très compréhensif et affectueux. Après que Pendo a développé la fistule, elle a eu 11 autres enfants, qui tous la traitaient avec respect et gentillesse. Les fils et filles aidaient aux tâches ménagères et lavaient les vêtements imprégnés d'urine de Pendo.

Elle a continué à travailler et soutenir sa famille pendant toutes ces années, mais elle a fait face à d'importants défis sociaux. Honteuse des fuites d'urine incontrôlables, Pendo évite les situations où les gens pourraient découvrir son problème. Chaque fois qu'elle rencontrait une personne qui marchait le long de la route, elle traversait de l'autre côté pour qu'elle ne puisse pas sentir l'odeur.

Lorsque Pendo a appris que la fistule pouvait être soignée, elle est allée immédiatement pour une réparation. La chirurgie a été un succès, et Pendo a finalement cessé d'avoir des fuites. Quand elle a été complètement guérie et prête à retourner dans sa famille, les prestataires lui ont rappelé qu'elle devait attendre trois mois après la chirurgie pour reprendre les relations sexuelles. Pendo heureuse, a répondu aux prestataires : « Trois mois d'attente, après 32 ans de fuites, ce n'est rien ! »

Adapté à partir de : *Faces of Dignity, © Women's Dignity Project, 2003.*

Étude de cas 7 : Khady, 21 ans

Khady a été mariée à l'âge de 19 ans ; elle a fait la planification familiale depuis plusieurs années, et a choisi de tomber enceinte à l'âge de 21 ans. Son mari travaille dans l'armée, et au cinquième mois de la grossesse de Khady, il a été muté dans une autre ville. Cependant, il a laissé de l'argent pour les frais prénatals et d'accouchement de Khady. Cette dernière, qui avait été jusqu'à l'école secondaire, a demandé à son mari de veiller à ce qu'elle puisse accoucher dans un centre de santé. Khady vivait avec sa belle-mère, pendant l'absence de son mari, et ce dernier a dit à sa mère d'emmener Khady au centre de santé dès le début de son travail.

Lorsque Khady est entrée en travail, sa belle-mère a appelé l'accoucheuse traditionnelle, et toutes trois sont allées au centre de santé... La sage-femme du centre de santé a dit à Khady que ses voies reproductives étaient rétrécies parce qu'elle n'avait pas eu de rapports sexuels pendant longtemps, et qu'une épisiotomie devrait se faire. Au cours de l'accouchement, l'épisiotomie s'est élargie et la sage-femme avait du mal à la réparer. La sage-femme a dit à Khady de garder les jambes croisées pour faciliter la cicatrisation.

Lorsque Khady est rentrée à la maison, elle s'est aperçue qu'elle expulsait des gaz quelquefois par le vagin, et elle a cru à un moment que la diarrhée passait par son vagin aussi. La sage-femme lui a dit qu'elle devait être patiente et attendre que cela guérisse tout seul. Khady décida d'écrire à son mari, et il lui a envoyé de l'argent pour aller se faire traiter dans la capitale. Khady a eu une réparation réussie de la fistule.

Étude de cas 8 : Neema, 17 ans

Quand Neema a eu 15 ans, un homme de son village l'a enlevée, enfermée dans la maison de sa sœur, et violée à plusieurs reprises pendant trois jours. Selon la culture de Neema, puisqu'elle avait passé la nuit seule avec l'homme, elle devait se marier avec lui. Le père et le frère de Neema l'ont donnée en mariage à l'homme en échange de six vaches.

Le couple s'est installé à la ville et vendait des légumes pour survivre. Quand Neema est tombée enceinte, elle a reçu des soins prénatals et a travaillé dur pendant sa grossesse, afin de pouvoir payer un accouchement à l'hôpital. Le jour où elle est entrée en travail, la famille de son mari a attendu environ 24 heures avant de l'emmener à l'hôpital. Neema a dû essayer deux hôpitaux différents, et elle a attendu deux jours avant de subir enfin une césarienne. Son bébé n'a pas survécu, et aussitôt après son opération, elle a découvert qu'elle avait des fuites. Parce que ni son mari, ni sa famille ne lui ont rendu visite, Neema a passé deux mois seule, en convalescence à l'hôpital. Les parents des autres clientes étaient gentils et lui donnaient à manger et à boire. Quand elle est finalement rentrée chez elle, son mari lui a dit qu'il n'avait plus besoin d'elle, il avait maintenant une nouvelle épouse, qui n'avait pas de fuites d'urine. Bien qu'il l'ait mal traitée, Neema n'est pas partie parce qu'elle n'avait nulle part où aller.

Le frère de Neema l'a finalement aidée à obtenir une réparation de la fistule. L'opération n'a réussi que partiellement, la laissant incapable d'uriner, sauf à travers une sonde. Le mari de Neema l'a chassée de la maison.

Adapté à partir de *: Faces of Dignity, © Women's Dignity Project, 2003.*

Étude de cas 9 : Abeba, 18 ans

Abeba a étudié à l'école jusqu'à la septième année. Elle s'est mariée lorsqu'elle avait 15 ans à un homme qu'elle avait rencontré pour la première fois le jour de son mariage. Même si elle était triste de ne pouvoir poursuivre ses études, elle était heureuse avec son mari.

Elle est tombée enceinte un an plus tard. Sa grossesse s'est bien passée. Son travail a débuté à 03h00 de l'après-midi, et son mari et sa mère étaient avec elle. Une accoucheuse traditionnelle lui a dit d'aller à l'hôpital, où elle a subi une opération par césarienne, mais le bébé n'a pas survécu. Abeba a remarqué qu'elle avait une fuite d'urine après l'accouchement, mais le docteur lui a dit que cela s'améliorerait tout seul.

Elle est retournée dans son village et les fuites ont empiré. Deux mois plus tard, son mari a épousé une autre femme, et Abeba a emménagé chez sa mère. Quelqu'un dans le village lui a dit qu'elle pourrait se faire opérer si elle allait dans la capitale. Les amis et la famille l'ont aidée à trouver de l'argent pour se faire opérer. Son opération fut réussie.

Lorsqu'on l'interroge sur son avenir, elle dit : « Quand je serais guérie, je veux rentrer à la maison et poursuivre mes études. Je veux étudier et devenir médecin comme ceux qui sont ici, afin de pouvoir aider des filles comme moi qui ont ce problème. Quand je retournerai dans mon village, je dirai aux autres femmes d'aller immédiatement à l'hôpital pour ne pas avoir de problème pendant le travail. La plupart des gens ne savent pas que l'hôpital peut les aider, mais s'ils le savaient, ils s'y rendraient. »

Adapté à partir d'une histoire personnelle relatée par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa

Étude de cas 10 : Simenye, 19 ans

Simenye vivait avec sa cousine dans un camp de réfugiés après la mort de ses parents. Sa cousine lui a choisi un mari, et Simenye s'est mariée à l'âge de 18 ans. Peu de temps après le mariage, elle est tombée enceinte.

Durant le travail, sa cousine, son mari, et quelques voisines étaient avec elle. Elle a eu un travail de quatre jours, et au quatrième jour le bébé est venu, mais il était mort. Son mari la quitta à cause de cela. Simenye croit que le bébé est mort parce qu'elle avait attrapé une maladie à cause du vent pendant sa grossesse.

Après l'accouchement, Simenye a commencé à avoir des fuites d'urine. Les gens lui ont dit que son corps était meurtri de blessures et lui ont conseillé d'aller à l'hôpital dans la capitale où elle pourrait obtenir de l'aide. On lui a dit que l'opération dont elle avait besoin était simple et qu'il y avait une forte probabilité de réussite complète.

Lorsqu'on lui a demandé ce qu'elle aimerait faire dans l'avenir, elle a dit : « Lorsque je serais guérie, si ma cousine me le permet, je veux rester ici et travailler en tant que ménagère dans une maison. Sinon, si je retourne chez ma cousine, je vais aller à l'école. Je voudrais aller à l'école. »

Adapté à partir d'*une histoire personnelle relatée par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa*

Étude de cas 11 : Naneye, 14 ans

Naneye s'est mariée à l'âge de 12 ans et est tombée enceinte deux ans plus tard. Sa grossesse s'est bien passée. Elle n'était pas malade jusqu'au moment du travail. Sa famille et son mari étaient avec elle pendant le travail qui a duré quatre jours, et au quatrième, on l'a emmenée dans un centre de santé où elle accoucha d'un mort-né.

Peu de temps après l'accouchement, elle a remarqué qu'elle avait des fuites d'urine, et les prestataires du centre de santé l'ont envoyée immédiatement vers un hôpital spécialisé dans la capitale. Son mari a réuni l'argent et l'a emmenée à l'hôpital, où les médecins ont pratiqué une opération réussie sur sa fistule. Depuis l'opération, le mari de Naneye lui rend visite régulièrement et attend avec impatience qu'elle revienne à la maison. Ils espèrent avoir des enfants bientôt.

Adapté à partir d'une his*toire personnelle relatée par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa*

Étude de cas 12 : Mekebe, 18 ans

Mekebe est une cliente de fistule qui a reçu des soins à l'hôpital d'Addis-Ababa en Ethiopie. Elle raconta son histoire de la manière suivante :

> Je me suis mariée il y a trois ans. Je suis tombée enceinte il y a un an. Quand j'étais enceinte de six mois, j'ai quitté la maison de mon mari pour aller chez ma mère afin d'accoucher près d'elle. Quand j'ai commencé le travail, ma mère et mes sœurs étaient là avec moi.
>
> J'ai été en travail pendant trois jours, et c'était très difficile. Mon estomac me faisait tellement mal. Après le troisième jour, ma mère m'a emmenée à l'hôpital où le médecin a sorti un bébé mort. Ils m'ont ramenée chez ma mère, et j'ai été très malade. Je n'ai pas marché pendant dix jours, et j'avais des fuites d'urine. Mon mari n'était pas là avec moi pendant ma maladie, donc trois mois après la mort du bébé, je l'ai quitté.
>
> Le médecin de l'hôpital m'a donné un document d'orientation et m'a dit d'aller à la capitale. Le voyage en bus a duré toute une journée. J'étais très malade, alors ils m'ont donné des médicaments pendant trois mois avant que je ne puisse avoir mon opération. J'avais peur de l'opération au début, mais lorsque j'ai su qu'il n'y avait pas de douleur, j'avais plus peur. Après l'opération, je suis restée au lit pendant une longue période de convalescence.
>
> Si c'est possible, je veux me remarier et avoir un bébé. Je retournerai chez ma mère et je travaillerai dans mon village. J'ai hâte de rentrer à la maison et de revoir mes amis, sans cette maladie.

Adapté à partir d'une *histoire personnelle relatée par l'Hôpital de la fistule d'Addis Ababa*

Étude de cas 13 : Safina, 21 ans

Safina a été mariée pendant six ans. Deux ans après son mariage, elle est tombée enceinte. Au cours de sa grossesse, elle n'a fait aucune consultation prénatale. Lorsque les douleurs du travail ont commencé, sa belle-mère a fait venir l'accoucheuse traditionnelle (AT) à leur domicile. L'AT a fait des injections à Safina pour son accouchement, mais toutes ont échoué. Enfin, la belle-mère de Safina a décidé de l'emmener à l'hôpital le plus proche. Sa belle-mère a du emprunter de l'argent de ses voisins pour payer le transport. Après trois jours et trois nuits, Safina a été transférée dans un centre de santé, accompagnée par une AT. Parce qu'il n'y avait aucune possibilité d'effectuer une césarienne, elle a été emmenée à la maison d'une accoucheuse traditionnelle, où elle est restée pendant deux autres jours. Après cela, elle a été transférée à l'hôpital, et un mort-né a été extrait par césarienne.

Après la convalescence, elle s'est rendu compte qu'elle avait développé une incontinence de l'urine et de selles. Les prestataires du centre de santé lui ont expliquée la manière dont son cas pouvait être traité. Trois mois après son opération par césarienne, elle a subi une intervention chirurgicale pour son incontinence dans un grand hôpital universitaire, et on lui a demandé de revenir trois mois après pour une seconde opération. La chirurgie de la fistule recto-vaginale a été un succès, mais elle ne pouvait pas revenir pour sa deuxième opération en raison de contraintes financières. Trois ans après, elle est retournée à l'hôpital pour faire le traitement de la fistule vésico-vaginale.

Safina a indiqué ce qui suit : « Il est difficile de continuer à travailler et de faire d'autres choses. Je dois toujours porter des vêtements lourds. Je n'avais pas d'envie urgente de passer des selles avant l'opération, et maintenant je n'ai aucune envie d'uriner. Mes règles ont cessé depuis ma grossesse. J'ai des pertes blanches et des cloques et démangeaisons génitales qui sont toutes très dérangeantes. Je dois continuer à faire mon travail, et cela cause des suintements d'urine plus importants.

« Personne ne veut rester avec moi à cause de l'odeur de l'urine. Même mon mari m'a quittée après l'incident et n'est jamais revenu. Nous sommes très pauvres. Jadis, j'avais un emploi et je travaillais, mais maintenant personne ne veut me prendre comme bonne à cause de mes problèmes. Nous n'avons pas d'argent. Mon père a vendu sa vache pour payer mon traitement. »

Adapté à partir de : *EngenderHealth/Bangladesh. Bangladesh onsite training curriculum for counseling for obstetric fistula clients. Un curriculum non publié.*

Annexe F

Glossaire

Aménorrhée : absence de saignement menstruel.

Attitude : la manière dont nous pensons et agissons envers des personnes ou idées en particulier.

Choix éclairé : une décision volontaire et mûrement réfléchie qu'une personne prend sur la base de certaines options, informations et compréhensions.

Communication bidirectionnelle : communication dans laquelle les deux personnes sont actives dans le partage d'informations et d'opinions, et dans les éclaircissements aux informations par des questions.

Communication unidirectionnelle : communication dans laquelle une seule personne parle activement, ne laissant aucune chance à l'autre personne de poser des questions ou d'exprimer des sentiments et opinions.

Confidentialité : le fait de ne pas discuter des renseignements personnels de la cliente avec son partenaire, le(s) membre(s) de la famille l'accompagnant, ou avec des membres du personnel qui ne sont pas directement impliqués dans son traitement (sauf dans le cas d'une urgence constituant un danger de mort).

Consentement éclairé : la communication entre une cliente et le prestataire confirmant que la cliente a fait un choix éclairé et volontaire afin d'utiliser ou de bénéficier d'une méthode ou procédure médicale.

Counseling : le processus d'aider une cliente à confirmer ou prendre des décisions éclairées et volontaires par rapport aux soins personnels.

Croyance : ce que l'individu pense être vrai ou exact.

Dignité : la capacité de sentir sa propre valeur et son honneur, quel que soit son état physique.

Dystocie : se produit lorsque le fœtus ne peut pas passer par le bassin de la mère, lorsque le fœtus n'est pas positionné correctement pour l'accouchement (mauvaise présentation), ou lorsque les contractions utérines sont inefficaces pendant l'accouchement.

Fistule gynécologique traumatique : un passage ou ouverture anormale entre les voies génitales et les voies urinaires ou intestinales, souvent causée par la violence sexuelle.

Fistule obstétricale : un passage ou ouverture anormale entre les voies génitales et les voies urinaires ou intestinales, se traduisant par le passage incontrôlé d'urine ou d'excréments en provenance de la vessie ou du rectum à travers le vagin, et est habituellement causée par une blessure survenue lors de l'accouchement, le plus souvent due à un travail prolongé.

Fistule recto-vaginale (FRV) : un passage/une ouverture entre le rectum et le vagin, entraînant le passage de gaz ou de selles par le vagin, de fréquentes infections vaginales ou un écoulement vaginal nauséabond, ou carrément des selles sortant par le vagin.

Fistule urétéro-vaginale : un passage ou ouverture entre l'uretère distale et le vagin. L'urine de l'uretère contourne la vessie et se jette dans le vagin. Il en résulte également une incontinence totale ou continue.

Fistule urètro-vaginale : un passage ou une ouverture entre l'urètre et le vagin. L'urine de la vessie se déverse librement dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.

Fistule vésico-utérine : une complication rare de l'accouchement vaginal après une césarienne. Il s'agit d'un passage/d'une ouverture entre l'utérus et la vessie où l'urine de la vessie se déverse librement dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.

Fistule vésico-vaginale (FVV) : un passage ou une ouverture entre la vessie et le vagin. L'urine de la vessie se déverse librement dans le vagin, entraînant une incontinence totale ou continue.

Genre : un ensemble de qualités et comportements que la société attend d'une femme ou d'un homme.

Intimité : avoir le pouvoir de contrôler les informations sur soi-même, être à l'abri de l'observation, de l'intrusion, ou de l'attention des autres, et être à l'écart des autres sans être vu, entendu, ou perturbé par eux.

Pied tombant : une position étendue du pied causée par la paralysie des muscles fléchisseurs de la jambe; chez les femmes, il peut être causée par la dystocie.

Questions fermées : questions qui appellent une réponse brève et exacte, telle que « oui », « non », ou un nombre.

Questions ouvertes : questions qui explorent des opinions et sentiments, et nécessitant généralement de plus longues réponses.

Sexualité : englobe les connaissances, croyances, attitudes, valeurs et comportements sexuels des individus; traite de l'anatomie, de la physiologie et de la biochimie du système de réponse sexuelle, des rôles, de l'identité et de la personnalité, ainsi que des pensées, sentiments, comportements et relations individuels.

Valeur : une croyance qui est importante pour un individu. Les valeurs peuvent être influencées par la religion, l'éducation, la culture, et les expériences personnelles.

Annexe G

Ressources complémentaires pour les formateurs

Matériels de counseling d'EngenderHealth

Choices in family planning: Informed and voluntary decision making. 2003.

Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. 2003.

Counseling and communicating with men. 2003.

Counseling the postabortion client: A training curriculum. 2003.

Integration of HIV/STI prevention, sexuality, and dual protection in family planning counseling: A training manual. 2002.

Youth-friendly services: A manual for service providers. 2002.

Autres matériels de counseling

Bangkok Collaborative Prenatal HIC Transmission Study Group. 1999. *Counseling pregnant women and newborn mothers about HIV:* Counseling practices in Queen Sirikit. Bangkok: National Institute for Child Health.

Family Health International (FHI). [Aucune date].*Overview: Key elements of youth friendly reproductive health programs.* Récupéré à partir de : www.pathfind.org/pf/pubs/focus/RPPS-Papers/OverviewKE.html, 18 juillet 2006.

Gallen, M., Lettenmaier, C., et Green, C. P. 1987. Counseling makes a difference. Population Reports series J, no.35. Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communications Programs.

Gordon, G., et Gordon, P. 1992. *Counseling and sexuality.* Londres: International Planned Parenthood Federation.

Lettenmaier, C., et Gallen, M. E. 1987. Why counseling counts! *Population Reports* series J, no.36. Baltimore: Johns Hopkins University Center for Communications Programs.

Mtawali, G. 1997. Module 1: Counseling clientes. Dans *Reproductive health training for primary providers: A sourcebook for curriculum development.* Chapel Hill, NC, USA: Program for International Training in Health (INTRAH)/PRIME Project.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 1993. *Counseling skills training in adolescent sexuality and reproductive health.* Genève.

Rinehart, W., Rudy, S., et Drennan, M. 1998. GATHER guide to counseling. *Population Reports* series J, no. 48. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.

Solter, C. 1998. Module 3: Counseling for family planning services. Dans *Comprehensive reproductive health and family planning training curriculum.* Watertown, MA, USA: Pathfinder International. Récupéré à partir de : www.pathfind.org/pf/pubs/mod3.pdf, 18 juillet 2006.

Tabbutt, J. E. 1995. *Strengthening communication skills for women's health*. New York: Family Care International.

Upadhyay, U.D. 2001. Informed choice in family planning: Helping people decide. *Population Reports* series J, no. 50. Baltimore: Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program.

Vann, B. 2002. Chapter 9: Counseling. *Dans Gender-based violence: Emerging issues in programs serving displaced persons.* Arlington, VA, USA: JSI Research and Training Institute, on behalf of the Reproductive Health for Refugees Committee. Récupéré à partir de : www.rhrc.org/pdf/gbv_vann.pdf, 18 juillet 2006.

Matériels sélectionnés sur le contexte et l'orientation de la fistule

The ACQUIRE Project/EngenderHealth. 2005. *Traumatic gynecologic fistula as a consequence of sexual violence in conflict settings: A literature review.* New York. Récupéré à partir de : www.acquireproject.org/fileadmin/user_upload/ACQUIRE/ traumatic_fistula_review--final.pdf.

Addis Ababa Fistula Hospital. 2000. *Care of the patient with an obstetric fistula.* Curriculum non publié. Addis Ababa, Ethiopia.

Campaign to End Fistula, Obstetric Fistula Working Group. 2005. *Meeting report: Training for fistula management, Niamey, Niger, April 19–20, 2005.* New York: Fonds des Nations Unies d'Aide à la Population (FNUAP). Récupéré à partir de : www.endfistula.org/download/ofwg_training_meeting_report.pdf?ID=211.

Chong, E. 2004. Healing wounds, instilling hope: The Tanzanian Partnership against Obstetric Fistula. *Quality/Calidad/Qualité.* No. 16. New York: Population Council.

EngenderHealth et Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program. 2004. *Obstetric fistula: A needs assessment in Ghana and Rwanda: Expanding our knowledge.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/ghana-rwanda-fistula-assessment.pdf/.

EngenderHealth. [Aucune date.] *Facts about obstetric fistula:* The hidden heartbreak. New York.

EngenderHealth et Fonds des Nations Unies d'Aide à la Population (FNUAP). 2003. *Obstetric fistula needs assessment report: Findings from nine African countries.* New York. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/report/fistula-needs-assessment.pdf/.

EngenderHealth et FNUAP. 2003. *Situation analysis of obstetric fistula in Bangladesh.* New York. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/files/pubs/maternal-health/Bangladesh-Fistula-Report.pdf/.

EngenderHealth. 2005. On-site curriculum for counseling women living with obstetric fistula. Curriculum non publié. Dhaka, Bangladesh.

FNUAP. 2004. Fistula réintégration questionnaires. Non publié. New York.

Hancock, B. 2005. *First steps in vesico-vaginal fistula repair.* Londres: Royal Society of Medicine Press Ltd.

Hinrichsen, D. 2004. Obstetric fistula: Ending the silence, easing the suffering. *INFO Reports*, No. 2. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, The INFO Project. Récupéré à partir de : www.infoforhealth.org/inforeports/fistula/index.shtml, 12 juillet 2006.

Lewis, G., et de Bernis, L. 2005. *Obstetric fistula: Guiding principles for clinical management and programme development.* Genève: OMS.

MaterCare. [Aucune date]. *Surgical and nursing management of obstetric fistulae. Post-operative management: immediate post-operative care.* St. John's, Newfoundland, Canada.

Réseau pour l'Eradication des Fistules (REF). 2005. *Eradiquons les fistules au Niger*. Niamey.

Ressources sélectionnées sur la planification familiale

OMS. 2005. *Decision-making tool for family planning clients and providers. Genève.* Récupéré à partir de : www.searo.who.int/en/Section13/Section36/Section129/Section1920.htm/.

OMS. 2004. *Medical eligibility criteria.* 3rd edition. Genève. Récupéré à partir de : www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm.

OMS. 2004. *Selected practice recommendations for contraceptive use.* 2e édition. Genève. Récupéré à partir de : www.who.int/reproductive-health/publications/spr/index.htm/.

OMS et Centre pour les programmes de communication/Ecole de santé publique Bloomberg de l'université Johns Hopkins, Projet Knowledge for Health. 2011. P*lanification familiale : manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier.* Baltimore et Genève: CCP et OMS.

Autres Références

Arrowsmith, S., Hamlin, E. C., et Wall, L. L. 1996. Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey* 51(9): 568–574.

Bello, K. [Aucune date]. A selection of essays: Vesicovaginal fistula (VVF): Only to a woman accursed. International Development Research Center. Récupéré à partir de : www.idrc.ca/en/ev-28382-201-1-DO_TOPIC.html, 12 juillet 2006.

Huezo, C., et Diaz, S. 1993. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception* 9(2): 129–139.

International Sexual and Reproductive Rights Coalition. [Aucune date.] *Fact Sheet: Maternal health: Implications for children and adolescents.* New York. Récupéré à partir de : www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_adoles_maternalhealth.pdf/.

Kohli, N., et Miklos, J. R. [Aucune date.] Managing vesico-vaginal fistula. Women's Health and Education Center. Récupéré à partir de : http://womenshealtheducation.net/content/urogvvf/urogvvf002.php3, 12 juillet 2006.

Mabeya, H. M. 2004. Characteristics of women admitted with obstetric fistula in the rural hospitals in West Pokot, Kenya. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de : www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/Obstetric_fistula_Kenya.htm, 12 juillet 2006.

Mahendeka, M. 2004. The management of vesico -and/or recto-vaginal fistulae at Bugando Medical Centre, Mwanza, Tanzania, East Africa: A retrospective study. Geneva Foundation for Medical Education and Research. Récupéré à partir de: www.gfmer.ch/Medical_education_En/PGC_RH_2004/mahendeka_review.htm, 12 juillet 2006.

Riley, V. J., et Spurlock, J. 2006. Vesicovaginal fistula. *E-Medicine*. Récupéré à partir de : www.emedicine.com/med/topic3321.htm, 12 juillet 2006.

Vasavada, S. 2006. Vesicovaginal and ureterovaginal fistula. *E-Medicine.* Récupéré à partir de : www.emedicine.com/Med/topic3092.htm, 12 juillet 2006.

Wall, L. L., Arrowsmith, S., Briggs, N. S., et Lasey, A. 2002. Urinary incontinence in the developing world: The obstetric fistula. Dans: Abrams, P. C., Khoury, S., et Wein, A., eds. *Proceedings of the Second International Consultation on Urinary Incontinence,* Paris, Jul. 1–3, 2001. Plymouth, England: Health Publications Ltd. Récupéré à partir de: www.fistulafoundation.org/pdf/UIDW.pdf/.

Wall, L. L. 1998. Dead mothers and injured wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 29(4) : 341–359.

Annexe H

Exemple de matériels éducatifs de la cliente

La présente documentation peut servir de guide pour l'élaboration de matériel éducatif de la cliente dans les langues locales. Elle devra être révisée avant toute utilisation et le contenu devra être légèrement modifié, au besoin, afin de l'adapter à votre contexte local.

Comment puis-je prévenir de nouvelles incidences de la fistule ?

Je déconseille les grossesses précoces. Une femme de 15 ans a un risque de complications de grossesse beaucoup plus grand qu'une femme de 20 ans. Les mères plus jeunes ont un plus grand risque de travail obstrué.

J'utilise une méthode de planification familiale. C'est une façon de retarder les grossesses précoces et d'éviter les grossesses mal espacées. Il existe une variété de méthodes contraceptives qui sont adaptables à toute situation : il s'agit du préservatif masculin ou féminin, de la pilule contraceptive, de l'injection, des implants, etc.

Je fais des consultations prénatales régulières pour les grossesses futures. Les risques de complications de la grossesse sont détectables au cours des consultations prénatales. Il est également important pour moi d'aller aux consultations après l'accouchement pour réduire le risque de complications post-partum.

J'évalue les risques potentiels des grossesses futures. Les femmes ayant un risque plus élevé de développer une fistule sont celles qui sont âgées de moins de 18 ans ; celles qui ont leur première grossesse, les femmes de petite taille (taille inférieure à 150 cm) et/ou avec un bassin étroit, les femmes ayant un grand nombre de grossesses sur une courte période, et les femmes ayant une réparation de fistule auparavant et qui ont accouché par voie basse, sans césarienne.

Je veille à accoucher avec l'assistance d'un prestataire de santé qualifié pour les grossesses futures. Le fait d'avoir un personnel qualifié à l'accouchement améliore mes chances de survie et celle de mon bébé. Cela facilite également la possibilité de traiter les complications qui peuvent survenir et diminue le risque de développer des complications.

Je m'assure d'avoir un plan d'évacuation. Ma famille devrait être sensibilisée sur les coûts associés au transport vers un centre d'orientation et devrait éviter tout retard dans la décision d'aller ou de m'emmener au centre.

Mesures d'action pour réduire l'incidence des fistules :

- Je sensibilise mon foyer sur les dangers des grossesses précoces.
- Je fais régulièrement les visites prénatales et postnatales.

- Je parle à ma famille afin d'obtenir un accouchement assisté.
- Je ne permets pas que le soleil se lève ou se couche deux fois alors que je suis en travail.
- J'informe ma communauté que la fistule est une maladie qui se soigne.
- J'aide d'autres femmes atteintes de fistule à identifier un centre de traitement.
- Je discute avec ma famille/mon mari de l'importance d'un suivi médical à long terme.
- Au cours des futures grossesses, je vais dans un centre médical au moins trois mois avant l'accouchement.

Adapté à partir de : Réseau pour l'Eradication des Fistules (REF). 2005. *Eradiquons les fistules au Niger.* Niamey ; et International Sexual and Reproductive Rights Coalition. [Aucune date.] *Fact Sheet: Maternal health: Implications for children and adolescents.* New York. Récupéré à partir de : www.reproductiverights.org/pdf/pub_fac_adoles_maternalhealth.pdf/.

Annexe I

Questions transversales

La fistule constitue un problème dont personne n'aime parler. Les femmes ressentent souvent une si grande honte de leur humidité et odeur constantes qu'elles se cachent. Ou, pire encore, elles sont forcées de vivre loin de leur communauté, même de leurs familles, en raison de la stigmatisation et des incompréhensions liées à l'état.

« Sharing the Burden : Uganda Women Speak About Obstetric Fistula (2007) » [Partager le fardeau, les femmes ougandaises parlent de la fistule obstétricale]. Une étude réalisée en Ouganda par EngenderHealth et le Projet Women Dignity, a trouvé que les maris, belles-mères et mères avaient une influence sur les comportements concernant la recherche de soins de santé des femmes enceintes, étant donné que moins de la moitié (25 à 45 %) des femmes interrogées avaient décidé d'aller toutes seules aux soins prénatals. Il y a donc une nécessité de faire participer les hommes comme partenaires (HcP) dans les questions de fécondité, de grossesse et d'accouchement de leurs épouses.

Les clientes de la fistule ont un droit à des services sans risque, qui exigent des prestataires qualifiés, une attention à la prévention des infections, des pratiques médicales appropriées et efficaces. Des services sans risque signifient également une utilisation correcte des directives de prestation de services, des mécanismes d'assurance qualité au sein de la structure, un counseling et des instructions pour les clientes, et la reconnaissance et la gestion des complications liées aux procédures médicales et chirurgicales. En outre, les clientes atteintes de fistule ont le droit d'être traitées avec respect, dignité et considération.

Formation intégrale du site

La formation intégrale du site (FIS) est une approche de formation qui met l'accent sur la satisfaction des besoins d'apprentissage d'un site en liant la supervision et la formation, en mettant l'accent sur le travail d'équipe et la pérennité, et en appliquant une gamme de stratégies de formation. Les types de formation comprennent des orientations vers de nouveaux services ou concepts, la mise à jour des connaissances et la formation professionnelle. La formation peut se faire dans le lieu de travail, sur place, et au niveau régional ou du centre. Il est préférable que la formation se fasse au niveau du site ou aussi proche du site que possible. La FIS comprend « l'action interne » au sein d'une structure (partage des connaissances acquises par la formation avec les autres sur le site, les orientations sur place concernant les services offerts, les liens entre les services, et un système d'orientation à l'intérieur d'une structure, et des signalisations adéquates) afin de s'assurer que les clientes ne manquent pas les opportunités d'accéder aux informations et services pour tous leurs besoins de santé de la reproduction lorsqu'elles viennent sur le site.

Les six éléments de l'approche de formation du site global

1. *Etablissement de liens entre les systèmes de supervision et de formation* pour impliquer à la fois les superviseurs internes et externes dans l'évaluation des besoins en formation et dans la planification, l'élaboration, et la tenue des séances de formation. Les superviseurs externes assistent le personnel du

site à accéder aux ressources de formation en dehors du site. L'approche FIS encourage les superviseurs à assurer le suivi et le soutien aux stagiaires, quel que soit leur lieu de formation. Les superviseurs orientent également les membres du personnel n'ayant pas participé à la formation hors du site, afin de les inciter à soutenir les stagiaires qui sont de retour afin d'appliquer leurs nouvelles connaissances et compétences. La FIS permet le mentorat entre les superviseurs et le personnel, et favorise également l'encadrement au sein même du personnel. Les superviseurs s'assurent que le site dispose de fournitures et d'équipements appropriés pour la pratique des nouvelles compétences et la fourniture de nouveaux services. Les systèmes de formation et de supervision se complètent mutuellement favorisant ainsi une amélioration durable.

2. *Evaluation des besoins de formation du site et idenétification des moyens de les satisfaire.* L'évaluation commence au niveau du site et les informations peuvent être recueillies par la méthode COPE® (un processus et un ensemble d'outils pour améliorer la qualité des services de santé), la surveillance médicale, ou d'autres procédés. Le personnel du site connaît mieux la structure et peut mieux identifier les lacunes concernant la qualité des soins, planifier, hiérarchiser les priorités et prendre des mesures en équipe pour adapter la formation à leurs besoins. La formation centralisée reste un élément important de la FIS pour répondre à des besoins particuliers – par exemple, lors de l'introduction d'une nouvelle méthode de contraception ou lorsque des compétences particulières sont nécessaires.

3. *Mettre l'accent sur les équipes, et non sur les individus.* En travaillant en équipe, le personnel est plus à même de comprendre le rôle et la valeur de chaque membre du personnel à offrir des services de qualité, et peut identifier les besoins de formation qui les aident à assumer leurs responsabilités d'équipe.

4. *Adapter le niveau de la formation aux besoins des différents employés.* L'approche FIS est plus souple que la formation centralisée, car il comprend différents types de formation. Le site décide du niveau de formation nécessaire pour chaque niveau de prestataires de services : la formation professionnelle, l'orientation vers d'autres services spécialisés, ou le recyclage.

5. *Élargir les lieux où la formation se tient.* La formation professionnelle, le recyclage, et l'orientation peuvent tous être faits sur place, permettant le transfert des connaissances et compétences à un plus grand nombre de personnel. La formation peut être adaptée plus facilement pour répondre aux besoins spécifiques du site et de son personnel.

6. *Renforcement durable des capacités.* Les personnes formées et reconnues (selon le besoin) font partie des individus qualifiés au niveau local et forment d'autres personnes. La capacité globale est construite à mesure que les compétences sont transférées. Le partage d'informations et la formation deviennent partie intégrante du travail quotidien, favorisant ainsi le développement durable. La résolution des problèmes devient un élément de l'amélioration des performances.

Adapté à partir de: Kaniauskene, A., Mielke, E., et Beattie, K. Improving reproductive health services through whole-site training. **Adapté de la présentation au** Global Health Council 28th Annual Conference, Washington, D.C., 29 mai – 1er juin 2001. Mis à jour en octobre 2003.

Pour de plus amples informations sur la formation du site global, consulter :

EngenderHealth. 1998. Whole-site training: EngenderHealth's approach to training. Working Paper No. 11. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html.

Amélioration de la qualité

L'amélioration de la qualité (AQ) constitue l'effort concerté et continu pour mieux faire les choses jusqu'à ce qu'elles soient bien faites pour une première fois, puis assurer la continuité. L'objectif est d'abandonner la « pratique actuelle » et d'adopter la « pratique désirée. »

L'AQ est basée sur six principes clés :

1. *L'implication et l'appropriation du personnel :* Tous les niveaux du personnel devraient être impliqués dans le processus d'AQ.
2. *L'état d'esprit de la cliente :* Les besoins et attentes des clientes devraient être satisfaits.
3. *Focalisation sur les systèmes et processus :* La mauvaise qualité est souvent fonction de la faiblesse du système et des processus, plutôt que la faute des individus.
4. *Sensibilité en termes de coûts et rentabilité :* L'AQ éliminera les dépenses de mauvaise qualité (par exemple, redondance du travail, gaspillage, et, dans ce cas, décès ou invalidité).
5. *Renforcement continu de l'apprentissage et des capacités :* Le personnel a besoin de compétences pour mener à bien le processus d'AQ et fournir des services de qualité ; le chef d'équipe facilite le travail de l'équipe et le développement de telles compétences. Etant donné que les outils d'AQ sont basés sur des normes internationales, le personnel apprend aussi ces normes à mesure qu'il réalise le processus d'AQ.
6. *AQ en cours :* Il y aura toujours des occasions pour améliorer l'activité de l'équipe ; pour avoir un impact positif durable sur les services, l'AQ doit être un processus continu.

Le processus d'AQ est conçu pour être utilisé par une équipe sur une base régulière afin qu'elle puisse évaluer et ajuster les systèmes et pratiques de manière constructive. Ce processus commence par une étape de pose de la fondation et se poursuit avec quatre étapes qui se répètent sur une base continue. L'étape de fondation est un atelier qui permet à l'équipe de créer une vision de la qualité des services qu'elle peut dispenser. Les quatre étapes continues sont les suivantes :

- **Recueil et analyse des informations :** Le personnel identifie les domaines de travail qui ont besoin d'être améliorés, examine les causes profondes, et recommande des solutions.
- **Elaboration d'un plan d'action :** Le personnel identifie ce dont il a besoin pour apporter des améliorations dans les domaines identifiés.
- **Mise en œuvre des solutions :** Le personnel met en œuvre les solutions choisies, avec l'appui et la coordination de son chef d'équipe.
- **Examen et évaluation des progrès réalisés :** Le personnel prend le temps de reconnaître les progrès et célébrer les réussites, identifie les obstacles à de nouveaux progrès, et fait de nouvelles recommandations. C'est aussi le moment de commencer la prochaine ronde de collecte et d'analyse d'informations.

Adapté à partir de : EngenderHealth et AMDD. *Quality improvement for emergency obstetric care: Leadership manual and toolbook.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/index.html#qi-emoc.

Pour de plus amples informations sur l'amélioration de la qualité, voir :

EngenderHealth. *COPE® handbook: A process for improving quality in health services.* Edition révisée. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/handbook/index.html.

EngenderHealth. *COPE® for maternal health services: A process and tools for improving the quality of maternal health services.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/res/offc/qi/cope/toolbook/maternal.html.

EngenderHealth and AMDD. *Quality improvement for emergency obstetric care: Leadership manual and toolbook.* Disponible sur : www.engenderhealth.org/res/offc/mac/emoc/index.html#qi-emoc.

Prévention de l'infection

Sans de bonnes précautions, votre structure de soins de santé peut causer la propagation d'infections et de maladies. Lors de la fourniture de services de santé, il est essentiel de prévenir la transmission des infections à tout moment.

Bien que nous n'y pensions pas souvent, les structures de soins de santé constituent le cadre idéal pour la transmission des maladies pour les raisons suivantes :

- Les procédures invasives, qui ont le potentiel d'introduire des microorganismes dans les parties du corps où ils peuvent causer des infections, sont effectuées régulièrement.
- Les prestataires de services et autres membres du personnel sont constamment exposés à des matières potentiellement infectieuses dans le cadre de leur travail.
- Beaucoup de personnes qui recherchent des soins de santé sont déjà malades et peuvent être plus sensibles aux infections.
- Certaines personnes en quête de services ont des infections qui peuvent être transmises à des tiers.
- Les services sont parfois offerts à de nombreux clients dans un espace physique limité, souvent pendant une courte période.

Avec des pratiques appropriées de prévention de l'infection, vous pouvez :

- Prévenir l'infection post-procédure, y compris les infections du site opératoire et la maladie inflammatoire pelvienne
- Fournir des services de haute qualité, sans risque
- Prévenir les infections chez les prestataires de services et autres membres du personnel
- Protéger la communauté contre les infections provenant des établissements de soins de santé
- Empêcher la propagation des microorganismes résistants aux antibiotiques
- Réduire les coûts des services de santé, car la prévention est moins coûteuse que le traitement

La meilleure façon de prévenir les infections dans un établissement de soins de santé est de suivre des précautions standards qui constituent un ensemble de recommandations destinées à minimiser l'exposition des clients et membres du personnel aux matières infectieuses. Elles comprennent les mesures suivantes :

- Laver vos mains.

- Porter des gants.
- Porter une protection pour les yeux ou un masque facial.
- Porter des blouses.
- Prévenir les blessures par objets tranchants.
- Traiter correctement les instruments et équipements de soins des clients.
- Maintenir une bonne propreté environnementale et des pratiques d'élimination des déchets.
- Manipuler, transporter, et traiter adéquatement le linge sale/utilisé.

Les précautions standards devraient être suivies avec chaque client, que vous pensiez ou non que le client puisse avoir une infection, parce qu'il n'est pas toujours possible de dire qui est infecté par des virus comme le VIH et l'hépatite. Souvent, les personnes infectées elles-mêmes ne savent pas qu'elles le sont. Il est plus prudent d'agir comme si chaque client est infecté, que d'appliquer les précautions standards à certains clients et pas à d'autres.

Adapté à partir de : EngenderHealth. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/res/offc/safety/ip-ref/index.html

Pour de plus amples informations sur la prévention de l'infection, voir :

EngenderHealth, 2003. *Infection prevention practices in emergency obstetric care.* Récupéré à partir de : http://www.engenderhealth.org/res/offc/safety/ip-emoc/index.html.

EngenderHealth, 2011. *Infection prevention: A reference booklet for health care providers, 2nd ed.* Récupéré à partir de: www.engenderhealth.org/res/offc/safety/ip-ref/index.html.

Men As Partners®/Implication des hommes

S'il est vrai que les femmes reçoivent la plus grande partie de l'éducation sur la santé de la reproduction, y compris les informations sur la planification familiale, la manière et le lieu pour accoucher, la dynamique entre les sexes peut rendre les femmes impuissantes par rapport à la prise de décisions. Souvent, les hommes détiennent le pouvoir de décision dans des questions aussi fondamentales que les relations sexuelles, et le moment et l'opportunité d'avoir un enfant ou même rechercher des soins de santé. Les programmes de santé de la reproduction doivent reconnaître l'importance du partenariat entre les femmes et les hommes et atteindre les hommes avec des services et une éducation qui leur permettent de partager la responsabilité de la santé de la reproduction.

Le programme Men As Partners® d'EngenderHealth utilise les trois éléments liés suivants concernant la participation constructive des hommes :

- Améliorer la prise de conscience des hommes afin de favoriser leur soutien concernant la santé sexuelle et reproductive de leurs partenaires.
- Réduire les obstacles sociaux qui limitent l'accès des hommes aux services de santé.
- Remettre en cause l'ordre actuel entre les sexes afin que les hommes puissent être des alliés ou agir comme agents du changement dans l'amélioration de leur propre santé et de la santé des femmes et enfants qui sont souvent mis en péril par les rôles assignés à chacun des sexes.

Ces principes fondamentaux peuvent être appliqués aussi bien dans le cadre de prestation de services que dans celui de la communauté.

Les hommes sont généralement les clients oubliés en matière de soins de santé de la reproduction, et leur implication s'arrête à la porte de la clinique. Lorsqu'il accompagne son partenaire dans un établissement de soins de santé, un homme pourrait ne pas trouver des programmes qui l'encouragent ou lui permettant de participer à la prise de décisions concernant la santé de la reproduction ou de prendre en charge ses propres besoins en matière de soins de santé reproductive et sexuelle.

Récemment, souvent à la demande des clientes, les établissements de santé ont pris conscience que la participation constructive des hommes dans la santé de la reproduction est essentielle pour réduire sensiblement les résultats négatifs. Cependant, les structures font face à plusieurs défis alors qu'ils tentent d'atteindre plus d'hommes : les hommes ont seulement un contact bref avec les systèmes de soins de santé de la reproduction ; les prestataires pourraient ne pas savoir comment interagir et travailler avec les clients masculins et les services pour les hommes doivent être dispensés sans compromettre l'autonomie des femmes ou leur accès indépendant à des services similaires.

Les prestataires peuvent adapter les services de soins prénatals et de counseling en PF pour être plus conviviaux aux couples afin d'encourager une participation significative des hommes dans la prévention de la fistule. L'implication des hommes dans des activités interactives de mobilisation communautaire qui s'attaquent aux pratiques traditionnelles dangereuses et aux mythes/tabous concernant le genre et la santé de la reproduction sont des stratégies utiles pour favoriser des partenariats efficaces entre les femmes et les hommes dans le continuum des soins de la fistule.

Adapté à partir de: Mehta, M., Peacock, D., et Bernal, L. Men As Partners: Lessons learned from engaging men in clinics and communities. Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/ia/wwm/pdf/map_genderequal.pdf.

Pour de plus amples informations sur Men As Partners et l'implication des hommes dans la santé de la reproduction, se référer à :

EngenderHealth, 2001. *Men As Partners: A Program for Supplementing the Training of Life Skills Educators, 2nd Edition.* Available at: www.engenderhealth.org/pubs/indpubs/ppasamanual.html.

EngenderHealth, 2003. Men's Reproductive Health Curriculum. Disponible sur : www.engenderhealth.org/res/offc/map/mrhc/index.html#mrhc.

Stigmatisation et discrimination en rapport au VIH/SIDA

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA constituent un problème persistant dans de nombreux établissements de soins de santé à travers le monde, en particulier dans les pays les plus durement touchés par l'épidémie. La stigmatisation et la discrimination entraînent une mauvaise qualité des soins pour ceux qui sont infectés et malades (ou soupçonnés d'être infectés), chassent par la peur les clients potentiels qui ont besoin de services liés au VIH et autres, et sapent les efforts de prévention en limitant l'accès et l'utilisation des services. Il y a un nombre croissant de preuves qui suggèrent que la stigmatisation et la discrimination en milieu sanitaire ont contribué à limiter l'utilisation des services liés au VIH tels que

le counseling et le dépistage volontaire ainsi que les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

La stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé ont de nombreuses causes, notamment le manque de connaissances parmi le personnel sur les modes et risques de transmission du VIH, et l'attitude et les hypothèses moralisatrices sur la vie sexuelle des personnes ayant le VIH. Une autre cause importante de la stigmatisation et de la discrimination se trouve dans les craintes des agents de santé d'être infectés au cours de leur travail. En l'absence d'assurance qu'ils seront protégés contre le virus, et sans accès aux médicaments pour la prophylaxie post-exposition, les travailleurs de la santé pourraient adopter des comportements qui pourraient empêcher les personnes VIH-positif et d'autres personnes vulnérables de recevoir des soins et soutien vitaux.

Voici quelques exemples d'attitudes, comportements et actions de stigmatisation documentés au sein du personnel dans les établissements de soins de santé :

- Blâmer ceux qui sont infectés par le VIH
- Mauvais traitement des clients qui appartiennent à des populations stigmatisées ou de clients qu'ils croient être infectés
- Violation de la confidentialité du client en parlant des résultats des tests avec les parents et d'autres membres du personnel, en marquant publiquement le statut d'un client
- Discriminer contre ou ne pas coopérer avec des collègues infectés par le VIH
- Exiger un dépistage routinier obligatoire du VIH, ou insister sur le dépistage comme condition pour dispenser des services
- Séparer ou isoler les malades du VIH et du SIDA dans des lits ou pavillons spéciaux lorsqu'il n'y a pas de besoin clinique de le faire
- Libérer les clientes VIH-positif, sans tenir compte de leur état général de santé, immédiatement ou peu après que les résultats des tests sont disponibles
- Priver de traitement les malades du VIH et du SIDA en les traitant de manière moins agressive que les autres clientes gravement malades qui ne sont pas séropositifs, ou en dispensant des soins de qualité inférieure

Les craintes des agents de santé ne sont pas sans fondement, elles sont basées sur les risques réels résultant de leur manque d'accès aux fournitures et à la formation en prévention des infections et en précautions standards. Il y a de plus en plus de preuves que la transmission médicale est une voie importante, et en grande partie négligée de la transmission du VIH dans les milieux démunis de ressources. Le nombre de cas d'infection du VIH par la transmission médicale n'est certainement pas banale ; la transmission de l'hépatite B et C est également un risque grave.

Pour réduire la stigmatisation et la discrimination en milieu sanitaire, il est nécessaire de prendre en charge les craintes des travailleurs de soins de santé sur la possibilité d'être infectés sur le lieu de travail et leur besoin de se protéger par des précautions standards.

Adapté à partir de : EngenderHealth, 2004. *Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS: Training for health care workers.* Récupéré à partir de : www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/index.html/.

Annexe J

Formulaire d'évaluation de l'atelier

Instructions : Pour chaque point, cocher la case qui reflète le mieux votre opinion. Vos réponses honnêtes nous aideront à améliorer les formations futures. Vos commentaires sont également les bienvenus.

Nom (facultatif): _____

1. Les objectifs de la formation étaient :

   ☐ Très clairs

   ☐ Clairs

   ☐ Pas clairs

Commentaires _____

_____

_____

2. Les objectifs de la formation étaient :

   ☐ Entièrement atteints

   ☐ Atteints pour la plupart

   ☐ Insuffisamment atteints

Commentaires _____

_____

_____

3. La durée de la formation était :

   ☐ Trop longue

   ☐ Adéquate

   ☐ Trop brève

Commentaires _____

_____

_____

4. Le contenu de l'atelier a maintenu mon intérêt :
   - ☐ Tout le temps
   - ☐ La plupart du temps
   - ☐ Une partie du temps

Commentaires _____

_____

_____

5. Le matériel présenté dans le cours a été :
   - ☐ Presque entièrement nouveau pour moi
   - ☐ Pour la plupart nouveau pour moi
   - ☐ Pour la plupart familier

Commentaires _____

_____

_____

6. Les compétences que j'ai acquises sont :
   - ☐ Directement applicables à mon travail quotidien
   - ☐ En quelque sorte applicables à mon travail quotidien
   - ☐ Pas trop applicables à mon travail quotidien

Commentaires _____

_____

_____

7. Les équipements de la formation ont été :
   - ☐ Très satisfaisants
   - ☐ Quelque peu satisfaisants
   - ☐ Insatisfaisants

Commentaires _____

_____

_____

8. Quelle a été la meilleure affiche de la formation ?

Commentaires _____

_____

_____

9. Quelle a été la plus mauvaise affiche de la formation ?

Commentaires _____

_____

_____

10. Qu'est-ce qui peut être amélioré, et comment ?

Commentaires _____

_____

_____

11. Avez-vous un dernier conseil/une dernière suggestion ?

Commentaires _____

_____

_____

Annexe K

Exemple de dossier de cliente et de formulaire de consentement

(**Adapté à partir de** Kitovu Hospital Complex [Complexe Hospitalier de Kitovu], St. Ann's V.V. Fistula Unit, et les dossiers des clientes pour la contraception permanente au niveau d'EngenderHealth)

NUMERO DE CARTE D'INSCRIPTION : _____

Prénoms et Nom : _____ Age : _____

Adresse : _____

Plus proches parents : _____

Mode de contact des parents : _____

Vous habitez dans quel district ? _____

Paroisse/Division : _____

Quel est le nom de votre plus proche ville ou village ? _____

Avez-vous reçu une lettre du médecin/de la clinique ? _____

Pendant combien de jours avez-vous été en travail ? _____

Quand votre bébé est-il né ? _____

Type d'accouchement : _____

Avez-vous perdu le contrôle de vos urines ? _____ et des selles ? _____

Était-ce votre premier travail ? _____

Le bébé est-il mort-né ? _____

Combien de bébés avez-vous eu ? _____

Combien sont vivants ? _____

Votre mari vous a-t-il abandonnée ? _____

Comment avez-vous entendu parler de ce centre de réparation de la fistule ? Unité ? _____

Qui vous a dit de venir dans ce centre de santé ? _____

Une « cliente de fistule guérie » vous a-t-elle dit de venir dans ce centre de santé ? _____

Comment avez-vous voyagé ? _____

A quelle distance se trouve votre maison ? _____

Qui vous a donné ou comment avez-vous trouvée l'argent pour votre voyage ? _____

Combien d'heures en taxi ou en bus vous a-t-il fallu pour venir ici ? _____

Combien cela vous a-t-il coûté ? _____

Combien de jours avez-vous faits dans ce centre de santé ? _____

Taille : _____ Poids : _____

O/E (Diagramme etc.)

Gestion actuelle : _____

Date de l'opération : _____

Groupe sanguin : _____ Transfusion ? _____

Résultats : _____

Incontinence urinaire d'effort ? _____

Lui a-t-on donné des vêtements ? _____

De l'argent pour le transport ? _____

Numéro de la patiente hospitalisée : _____

Signature : _____ Date : _____

ADMISSION

Prénom et nom : _____ N° de la patiente hospitalisée : _____

Adresse: _____ Age : _____

Orientée par : _____ Admission : _____

Chirurgien : _____ Sortie : _____

DATE	

NOTES SUR LA PATIENTE HOSPITALISÉE

CONSENTEMENT:

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRE POUR UNE RÉPARATION DE LA FISTULE

Je, soussignée, souhaite avoir une réparation des fuites d'urine/de selles ou des deux, que j'ai développées après l'accouchement, par la procédure suivante :

_____

(Préciser la procédure à effectuer pour réparer les fuites d'urine/de selles ou des deux))

Je comprends ce qui suit :

1. Les fuites d'urine/selles ou des deux ont été causées par _____
   _____
   _____
   (Insérer la cause appropriée, soit par une description, ou s'il s'agit d'une fistule obstétricale, traumatique ou iatrogène), ce qui m'a été expliqué.
2. Il n'y a pas d'autres méthodes auxquelles je puisse recourir pour arrêter définitivement les fuites d'urine/de selles ou des deux à l'exception de cette intervention chirurgicale.
3. Il s'agit d'une procédure. Comme toute intervention chirurgicale, il y a des risques et effets secondaires, dont les détails m'ont été expliqués.
4. La procédure n'est pas garantie à 100% sur toutes les personnes. Il y a un taux d'échec d'une personne sur quatre (25%) qui subissent cette intervention chirurgicale. Si l'opération est réussie, je parviendrai à maîtriser l'urine/les selles ou les deux, comme je le faisais avant l'accouchement fatidique.
5. J'ai demandé cette intervention chirurgicale de mon plein gré, sans contrainte ou incitation. Je peux changer d'avis et refuser la procédure et par conséquent, je ne serai privée d'aucun service ou avantage médical, sanitaire ou autre.

_____ ECRIRE LE NOM DE LA CLIENTE EN MAJUSCULES

_____ SIGNATURE OU EMPREINTE DU POUCE DE LA CLIENTE

_____ DATE

_____ NOM DE LA PERSONNE ATTESTANT DE LA SIGNATURE DE LA CLIENTE

_____ NOM DU MEDECIN ATTESTANT DE LA SIGNATURE DE LA CLIENTE

_____ DATE

RÉSULTATS DE LABORATOIRE

				DATE	SIGNATURE
SANG	**Hb =**	**FILM =**	**GRP =**		
URINE					
AUTRES :					

NOTES DE L'OPÉRATION

					DATE	**SIGNATURE**
	SANG	**Hb=**	**FILM=**	**GRP=**		
RÉSULTATS DE LABOR-ATOIRE						
	URINE					
	AUTRES :					

NOTES DE L'OPÉRATION *(suite)*

	SOINS POSTOPÉRATOIRES DES CLIENTES DE LA FISTULE (Instructions) 1. Pack vaginal retiré au 2ème ou 3ème jour après l'opération (conformément aux instructions du médecin). 2. La sonde n'est retirée que sur instruction du médecin (généralement entre le 8e et 14e jour après l'opération). 3. Le lavage quotidien du périnée et de la vulve est très important. 4. Soins aux zones de pression deux fois par jour. 5. La cliente doit être encouragée à changer de position dans le lit (sonde fixée au pubis à la cuisse). Exercices des jambes pour prévenir la thrombose veineuse profonde. 6. Peut commencer un régime léger (faible résidu) le 1er jour après l'opération. Il faut boire beaucoup de liquide tout le temps, en commençant immédiatement après l'opération. 7. Habituellement la cliente est mobile après le 3e jour (conformément aux instructions du médecin) avec un drainage ouvert.
	L'ESSENTIEL DES SOINS POSTOPÉRATOIRES DE LA FISTULE **SOINS DE LA SONDE** 1. La sonde urinaire doit s'écouler librement à tout moment. 2. Si elle est bloquée, l'opération échoue.La sonde doit être attachée à la cuisse.La cliente ne doit pas se coucher sur la sonde. 3. La sonde ou la tubulure ne doit pas être tordue. 4. Le tube de drainage doit aller dans une bassine ou un seau à côté du lit. L'urine devrait s'écouler en gouttes tout le temps (drainage ouvert). 5. La cliente doit boire toutes sortes de fluide librement dès qu'elle s'est réveillée de l'anesthésie (au moins 500 ml toutes les heures). 6. L'urine devrait être très pâle presque comme de l'eau. Si non, la cliente devrait boire davantage. 7. Si la sonde cesse de drainer ou si la cliente se plaint d'une vessie pleine, la sonde doit être irriguée pour la débloquer immédiatement et le médecin devra être avisé. 8. Si cela échoue, le médecin doit changer la sonde (de préférence sous supervision directe au bloc de lithotomie), en particulier à la suite d'une réparation difficile.
SORTIE	**DATE :**
	ÉTAT :
	DATE DE L'EXAMEN :

Annexe L

Exemple de liste de contrôle pour le counseling sur la fistule

Périodes préopératoires et postopératoires immédiates

Informations à fournir/discuter

Prénom(s) et nom de la cliente : _____ **Structure sanitaire :** _____

Age de la cliente : _____ **Parité :** _____ **Date prévue pour l'opération :** _____

Nom de la prestataire : _____ **Date du counseling :** _____

Instructions : Utiliser la présente liste de contrôle pour guider la séance de counseling tenue avec une cliente souffrant de la fistule ou avec son médecin. Après la séance de counseling, cocher la case appropriée ☑ pour indiquer que vous avez répondu à la question mentionnée.
PRÉPARATION
☐ Intimité requise assurée.
☐ L'on a demandé à la cliente de s'asseoir.
☐ La cliente a été saluée de manière respectueuse et chaleureuse et l'on s'est présentée.
☐ Evaluation de l'aptitude ou de la capacité de la cliente à donner ou à recevoir des informations et si oui ou non le counseling est approprié en ce moment précis. (Si la personne n'a pas la capacité de tenir une conversation sensée, remerciez-la du temps qu'elle vous a consacrée et planifier une autre séance de counseling pour une autre fois).
☐ Assurer à la personne la confidentialité ou fournissant ou en demandant des informations.
COUNSELING AVANT L'OPÉRATION
Informations sur la fistule
☐ L'on a évalué l'expérience de la cliente à la structure jusqu'ici.
☐ L'on a étudié les attitudes, les mythes, les idées fausses ou les croyances religieuses en rapport avec la fistule.
☐ L'on a donné des informations précises sur la formation d'une fistule.
☐ L'on a fourni des informations précises sur la manière dont la fistule peut être prévenue.
Procédure chirurgicale
☐ L'on a examiné les sentiments/préoccupations de la cliente et les questions relatives à la procédure chirurgicale.
☐ L'on a fourni des informations sur la procédure chirurgicale : admission, évaluation de la cliente, chirurgie, processus de guérison, sortie, etc.
Informations sur les routines et services hospitaliers
☐ L'on a étudié toute attitude, tout mythe, toute idée fausse ou croyance religieuse en rapport avec la fistule.
☐ L'on a fourni des informations sur les routines et services hospitaliers : alimentation, logement, toilettes, médecins, hygiène, etc.
☐ L'on a fourni des informations à la cliente sur les autres services disponibles: counseling, remboursement des frais de transport, counseling sur le VIH et test, planification familiale, etc.

Exemple de liste de contrôle sur le counseling sur la fistule
Périodes préopératoires et postopératoires immédiates

Soutien au niveau de la structure

- ☐ L'on a examiné les besoins de soutien de la cliente sur le plan social/émotionnel (partenaire, membre de la famille, autre médecin familial).
- ☐ L'on a informé la cliente à propos de la disponibilité du counseling et des groupes de soutien social au sein de la structure.

Clôture de la séance de counseling

- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait d'autres besoins ou sentiments supplémentaires à propos desquelles elle voudrait discuter.
- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait des craintes ou préoccupations qu'elle voudrait qu'on lui dissipe.
- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait des questions supplémentaires, et l'on a répondu de manière appropriée à ces questions ou renvoyé la cliente en consultation vers une autre structure spécialisée avec un autre personnel.
- ☐ L'on a partagé les histories de réussite, au besoin.

Décrire brièvement la séance de counseling ainsi que toute question importante soulevée :

COUNSELING APRÈS L'OPÉRATION

Période postopératoire immédiate

- ☐ L'on a discuté avec la cliente comment elle s'est sentie après l'opération.
- ☐ L'on a étudié les sentiments/préoccupations et questions à la suite de l'opération.
- ☐ L'on a identifié tout effet indésirable, risques ou toute complication, et élaboré un plan d'action en cas de risque ou complication.

Soutien au sein de la structure

- ☐ L'on a examiné les besoins de soutien sur le plan social/émotionnel de la cliente (partenaire, membre de la famille, autre médecin).
- ☐ L'on a informé la cliente sur la disponibilité du counseling et des groupes de soutien sur le plan social au sein de la structure.

Clôture de la séance de counseling

- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait un quelconque besoin ou sentiment au sujet duquel elle voudrait discuter.
- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait une quelconque crainte ou préoccupation qu'elle voudrait qu'on l'aide à dissiper.
- ☐ L'on a demandé à la cliente si elle avait une quelconque question supplémentaire à poser, et l'on a répondu à ces questions de manière appropriée ou renvoyé la cliente vers une autre structure spécialisée avec un autre personnel.
- ☐ L'on a partagé les histoires de réussite, au besoin.

Décrire brièvement la séance de counseling ainsi que toute question importante soulevée :

Exemple de liste de contrôle pour le counseling sur la fistule

Périodes de sortie/suivi

Informations à fournir/discuter

Prénom(s) et nom de la cliente : _____ **Date de l'opération :** _____

Prénom(s) et nom du conseiller socio-psychologique :_____

Date du counseling : _____

Instructions : Utiliser la présente liste de contrôle pour guider la séance de counseling tenue avec une cliente souffrant de la fistule ou avec son médecin. Après la séance de counseling, cocher la case appropriée ☑ pour indiquer que vous avez répondu à la question mentionnée. **Assurez-vous que vous avez examiné les commentaires de la séance de counseling précédente avant de commencer celle-ci. Revoir avec cette cliente toute question importante soulevée dans la séance précédente.**

PRÉPARATION
☐ Intimité requise assurée.
☐ L'on a demandé à la cliente de s'asseoir.
☐ La cliente a été saluée de manière respectueuse et chaleureuse et l'on s'est présentée.
☐ Evaluation de l'aptitude ou de la capacité de la cliente à donner ou à recevoir des informations et si oui ou non le counseling est approprié en ce moment précis. (Si la personne n'a pas la capacité de tenir une conversation sensée, remerciez-la du temps qu'elle vous a consacrée et planifier une autre séance de counseling pour une autre fois).
☐ Assurer à la personne la confidentialité ou fournissant ou en demandant des informations.
COUNSELING
☐ L'on a examiné les besoins/préoccupations de la cliente à la sortie.
☐ L'on a discuté des complications et risques éventuels en rapport avec l'opération après la sortie.
☐ L'on a discuté avec la cliente d'un plan d'action en cas de complication après la sortie.
☐ L'on a discuté avec la cliente d'un plan d'action en cas de complication après la sortie.
☐ L'on a discuté avec la cliente/le médecin de la manière dont elle devra s'occuper d'elle-même une fois chez elle, notamment :
○ L'hygiène
○ L'importance de l'abstinence de rapports sexuels et de ses avantages (6 mois)
○ L'élaboration (en collaboration avec la cliente) d'un plan d'action pour l'abstinence
○ Les risques d'infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH (si la cliente ne s'abstient pas)
○ L'importance de retarder la grossesse pendant une année, et la disponibilité des méthodes contraceptives et des services de planification familiale au niveau de la communauté
○ L'élaboration (en collaboration avec la cliente) d'un plan d'action sur la manière de se comporter pour ne pas tomber enceinte/ou le choix d'une méthode de planification familiale
○ L'importance d'aller aux soins prénatals, d'avoir un plan de naissance, et d'accoucher dans une structure sanitaire/par césarienne, si la cliente tombe enceinte

Exemple de liste de contrôle pour le counseling sur la fistule
Périodes de sortie/suivi

RÉCAPITULATION DES INFORMATIONS SUR LA FISTULE (IL EST IMPORTANT DE S'ASSURER QUE LA CLIENTE PEUT PRÉVENIR LA FISTULE À L'AVENIR)
☐ L'on a étudié les attitudes, les mythes, les idées fausses ou les croyances religieuses en rapport avec la fistule. ☐ L'on a donné des informations précises sur la formation d'une fistule. ☐ L'on a fourni des informations précises sur la manière dont la fistule peut être prévenue.
SOUTIEN COMMUNAUTAIRE
☐ L'on a examiné les besoins de soutien de la cliente sur le plan social et émotionnel une fois chez elle (partenaire, membre de la famille).
☐ L'on a informé la cliente sur la disponibilité du counseling au niveau de la structure.
☐ L'on a étudié les besoins sur le plan économique ainsi que les autre besoins de la cliente au niveau de la communauté.
☐ L'on a étudié les besoins sur le plan économique ainsi que les autre besoins de la cliente au niveau de la communauté.
☐ L'on a examiné les opportunités au niveau de la communauté de la cliente (telles les organisations communautaires ou de soutien économique ou social/les groupes religieux) qui pourraient être d'une grande aide. ☐ L'on a établi des liens avec les organisations communautaires ou d'autres formes de soutien, le cas échéant.
☐ L'on a demandé à la cliente si elle a une quelconque crainte ou préoccupation que vous pourrez dissiper.
CLÔTURE DE LA SÉANCE
☐ L'on a demandé à la cliente si elle a une quelconque crainte ou préoccupation que vous pourrez dissiper.
☐ L'on a demandé si la cliente avait une quelconque question supplémentaire, et qu'on les répond de manière approprié ou bien la cliente a été mise en rapport avec un autre personnel plus qualifié dans ce domaine.
☐ L'on a discuté de l'importance du suivi et planifié une visite de contrôle.
☐ Les histoires de réussite ont été partagées, au besoin.
Décrire brièvement la séance de counseling et toute question importante qui a été soulevée :

Exemple de registre de counseling sur la fistule

Instructions : Pour chaque cliente recevant un quelconque service de counseling, entrer le(s) prénom(s) et le nom, ainsi que l'âge et la date de chaque séance de counseling. Pour chaque type de counseling, cocher (✓) la case appropriée pour indiquer si oui ou non le counseling a été effectué en groupe ou de manière individuelle. Entrer le(s) prénom(s) et nom du conseiller socio-psychologique ayant effectué la séance de counseling, ainsi que toute question majeure soulevée durant la séance de counseling et pouvant nécessiter un suivi.

Prénom(s) et nom de la cliente	Age	Date du counseling	Type de counseling	En groupe	Individuel	Conseiller	Commentaires sur la séance de counseling/Noter toute question majeure soulevée lors du counseling
			Préopératoire				
			Postopératoire				
			Sortie/suivi				
			Réinsertion				
			Préopératoire				
			Postopératoire				
			Sortie/suivi				
			Réinsertion				
			Préopératoire				
			Postopératoire				
			Sortie/suivi				
			Réinsertion				
			Préopératoire				
			Postopératoire				
			Sortie/suivi				
			Réinsertion				

EngenderHealth
for a better life

Fistula Care à EngenderHealth
440 Ninth Avenue, 13th Floor
New York, NY 10001, U.S.A.
Téléphone : 212-561-8000
Fax : 212-561-8067
E-mail : fistulacare@engenderhealth.org
www.fistulacare.org

ISBN 978-1-885063-76-2