

MINISTERE DE LA SANTE

DIRECTION NATIONALE

DE LA SANTE

DIVISION SANTE DE LA

REPRODUCTION

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi



Procédures en Santé de la Reproduction

COMPOSANTES COMMUNES

Planification familiale

IST/VIH et PTME

Genre et santé

Pathologies génitales

&

**Dysfonctionnements sexuels chez la
femme**

Volume 2



Juin 2013

PREFACE

Le Mali à l'instar des autres pays de la communauté internationale, vise l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et particulièrement les OMD 4 et 5.

Pour ce faire, il est important de standardiser la prise en charge des cibles afin d'améliorer la qualité et la disponibilité des services de la Santé de la Reproduction (SR).

En effet, le Gouvernement du Mali à travers, le Ministère de la Santé a élaboré en 1987, les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en matière de Santé Familiale. En 1995, après la tenue de la conférence internationale du Caire sur la population et le développement ainsi que celle de la quatrième conférence mondiale sur les femmes à Beijing, les documents ont été révisés pour les adapter au concept de la Santé de la Reproduction y compris la survie de l'enfant. Une autre révision a été faite en 1999 pour prendre en compte l'approche genre et la Santé de la Reproduction des Jeunes Adultes.

L'objectif final de la Santé de la Reproduction est de permettre à chacun de vivre une sexualité responsable et aussi une reproduction sans crainte conformément aux réalités socioculturelles du Mali. Cet état de fait requiert un changement d'attitude des prestataires, une meilleure coordination des interventions, une opérationnalisation efficace des activités en vue de l'amélioration de l'accès et de la qualité des services.

A ce titre, la Santé de la Reproduction est le reflet de la santé au cours de l'enfance et de l'adolescence. Elle est essentielle pendant la période d'activité génitale et conditionne également la santé des hommes et des femmes à un âge plus avancé.

Compte tenu de l'évolution technologique et dans le souci de prendre en compte les stratégies novatrices, la révision des documents de politiques, normes et procédures s'impose. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de Santé de la Reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

Par ailleurs en 2005, date de la dernière révision du plan stratégique, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et sont intégrées dans les présents documents.

Il s'agit entre autres de : la gestion de la troisième phase de l'accouchement, les soins après avortement, les soins obstétricaux d'urgence, les soins essentiels au nouveau-né.

Le Ministère de la Santé, garant de la qualité des offres de services, vient de réviser les politiques normes et procédures avec l'appui de ses partenaires, comme outil de référence pour l'ensemble des prestataires.

Par conséquent, ces documents dynamiques doivent être largement diffusés et utilisés par tous les prestataires et gestionnaires de programme à tous les niveaux d'une manière adéquate afin d'offrir des services de qualité à la population malienne.

LE MINISTRE

Soumana MAKADJI



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé remercie les partenaires au développement :

- ❖ USAID
- ❖ OMS
- ❖ UNICEF
- ❖ UNFPA

pour leur appui technique, financier et matériel à l'élaboration et à l'utilisation des premiers documents de normes et procédures de SMI/PF ainsi qu'à la révision des documents de politique, normes et procédures de santé de la reproduction au Mali.

Il remercie particulièrement PSI Mali pour son appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de politique, normes et procédures de santé de la reproduction.

Il remercie l'Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus), Save the Children, Marie Stopes International (MSI), Family Care International (FCI) et le Programme Keneya Ciwara II (PKC II) pour l'assistance technique lors de la présente révision des documents de politique, normes et procédures de santé de la reproduction intégrant toutes les nouvelles approches et initiatives de la santé de la reproduction retenues par le Mali.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, en particulier l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas pour son appui technique et financier ayant permis l'organisation de l'atelier de validation des PNP/SR révisées.

Les remerciements vont également à toutes les personnes ressources du secteur public et des ONG pour les efforts fournis lors des révisions des dits documents.

TABLE DES MATIERES

PREFACE	i
REMERCIEMENTS	ii
ABREVIATIONS	vi
INTRODUCTION	viii
GUIDE D'UTILISATION	xi
I. PLANIFICATION FAMILIALE	1
A. COMMUNICATION	2
B. CONTRACEPTION	2
1. Définition	2
2. Counseling	2
3. Etapes d'une consultation de contraception (après le choix de la méthode)	4
FICHE TECHNIQUE N° 1 : EXAMEN DES SEINS	6
4. Visite de contrôle	7
5. Prescription des méthodes de planification familiale	7
SPOTTING SOUS COC	16
MIGRAINE SOUS COC	17
HYPERTENSION ARTERIELLE SOUS COC	18
AMENORRHEE SOUS COC	19
AMENORRHEE SOUS COP	27
SPOTTING SOUS COP	28
SAIGNEMENT SOUS INJECTABLES	31
CEPHALEES SOUS INJECTABLES	32
AMENORRHEE SOUS INJECTABLES	33
FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants ¹	38
FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants ²	39
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ¹	40
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ²	41
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ³	42
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ⁴	43
GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET PROBLEMES LIES A L'UTILISATION DES IMPLANTS	44
SAIGNEMENT GENITAL SOUS IMPLANT	46
MAUX DE TETE SOUS IMPLANT	47
AMENORRHEE SOUS IMPLANT	48
FICHE TECHNIQUE N° 4 : Counseling DIU après la période du post-partum	51
FICHE TECHNIQUE N° 5 : Insertion/Retrait du DIU TCu-380 A	53
CRAMPES ET DOULEURS SOUS DIU	63
1. La pose du DIU date de moins de 3 mois	63
2. La pose du DIU date de plus de 3 mois	64
SAIGNEMENT SOUS DIU	65
AMENORRHEE SOUS DIU	66
DISPARITION DES FILS SOUS DIU	67
INFECTIONS SOUS DIU	68
FICHE TECHNIQUE CCV N° 6 : La ligature des trompes	72
FICHE TECHNIQUE CCV N° 7 : La vasectomie ou ligature/Section des canaux déférents	74

FICHE TECHNIQUE N° 8 : Port et retrait du condom masculin	89
Prise en charge des difficultés signalées en cas d'utilisation des condoms à tous les niveaux (villages, CSCoM, CSRéf, Hôpitaux)	90
FICHE TECHNIQUE N° 9 : Port et retrait du condom féminin.....	93
C. INFERTILITE	103
1. Définition	103
2. Etapes de la consultation.....	103
3. Prise en charge des cas d'infertilité	105
ANNEXES	111
ANNEXE 1 : Liste de contrôle pour écarter une grossesse	112
ANNEXE 2 : Counseling de planning familial par les relais	113
ANNEXE 3 : Utilisation de la fiche de contrôle par le relais communautaire	114
ANNEXE 4 : Fiche de suivi de la cliente par l'ASC	115
ANNEXE 5 : Fiche de référence	116
ANNEXE 6 : Fiche de contre référence	117
ANNEXE 7 : Fiche de diagnostic client du relais	118
ANNEXE 9 : Fiche de suivi de la cliente par le relais.....	119
ANNEXE 10 : Carte de référence	120
ANNEXE 11 : Carte de retro-information	121
ANNEXE 12 : FICHE TECHNIQUE n° 10 : Counseling en PF effectué par les promoteurs et vendeurs dans le cadre du marketing social	122
ANNEXE 13 : Courbe de température	123
ANNEXE 14 : Collier	124
GLOSSAIRE	125
II. IST/VIH PTME	127
A. IST/VIH	128
1. Counseling spécifique en IST	128
2. Counseling spécifique pour le dépistage volontaire du VIH (CCDV)	129
FICHE TECHNIQUE n° 10 : Port du préservatif masculin	133
FICHE TECHNIQUE n° 11 : Retrait du préservatif masculin.....	134
3. Counseling spécifique pour le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME chez les femmes en âge de procréer et enceintes	135
FICHE TECHNIQUE n° 12 : Approches de counseling pour le dépistage du VIH	136
B. PRISE EN CHARGE	139
1. Infections sexuellement transmissibles (IST)	139
ÉCOULEMENT URÉTRAL ET/OU DYSURIE	148
BUBON INGUINAL	149
DOULEUR ABDOMINALE BASSE	150
ULCERATIONS GENITALES	151
TUMEFACTION DU SCROTUM	152
ÉCOULEMENT VAGINAL (AVEC UTILISATION DU SPECULUM)	153
ÉCOULEMENT VAGINAL A L'INSPECTION (SANS UTILISATION DU SPECULUM)	154
CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE	155
2. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et le Sida	156
3. Counseling spécifique pour le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME chez les femmes en âge de procréer et enceintes	172
C. PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH (PTME)	175
1. Algorithme de dépistage du VIH	175
2. Liens de la PTME avec les autres structures	176
3. Alimentation du nouveau-né dans le cadre de la PTME.....	176
4. Protocole de traitement des femmes enceintes séropositives et des nouveaux nés	177
III. GENRE & SANTE	184
A. COMMUNICATION	185
B. SOINS LIES A L'APPROCHE " GENRE & SANTE "	185
1. Définition " Concept Genre "	185

2. Identification et prise en charge des cas de pratiques néfastes à la santé de la reproduction.....	186
3. Fiches techniques	194
4. Algorithmes genre et santé.....	198
IV. PATHOLOGIES GENITALES.....	205
DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME.....	205
A. COMMUNICATION.....	206
B. PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME	206
1. Définition	206
2. Conditions et principes	206
3. Etapes d'exécution	206
ALGORITHMES	216
GLOSSAIRE	220
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	221
LISTE DES PARTICIPANTS.....	225
BIBLIOGRAPHIE	229

ABREVIATIONS

3TC	Lamuvudine
ADBC	Agent de distribution à base communautaire
ADM	Administrateur
AM	Assistant médical
ARV	Anti rétroviraux
AS	Aide-soignant
ASACO	Association de santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire:
ATR	Accoucheuse traditionnelle recyclée
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille Calmet Guérin
BW	Bordet Wassermann
CCC	Communication pour le changement de comportement
CD4	Cluster of differentiation 4 (lymphocyte T4)
CESAC	Centre d'écoute, de soins, d'appui et de conseil
CNI	Centre national d'immunisation
CNIECS	Centre national d'information, d'éducation, de communication pour la santé
COC	Contraceptifs oraux combinés
COP	Contraceptifs oraux à progestatif seul
CPM	Chef de poste médical
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de planification et de statistiques sanitaires
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSLS/MS	Cellule sectorielle de lutte contre le sida du ministère de la santé
CSREF	Centre de santé de référence
DAF	Direction administrative et financière
DBC	Distribution à base communautaire
DESR	Division établissements sanitaires et réglementation
DIU	Dispositif intra-utérin
DNDS	Direction nationale du développement social
DNS	Direction nationale de la santé
DNSI	Direction nationale des statistiques et de l'informatique
DP-DEPO	Depo-provéra
DPLM	Division prévention et lutte contre la maladie
DPM	Direction de la pharmacie et du médicament
DRAE	Direction régionale de l'académie d'enseignement
DRDES	Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire
DRS	Direction régionale de la santé
DS	Division santé
DSR	Division santé de la reproduction
EDSM	Enquête démographique et de santé Mali
EFV	Efavirenz
EMP	Education en matière de population
EVF	Education à la vie familiale
EXC	Exciseuse
GATPA	Gestion active de la troisième période de l'accouchement
GER	Gérant
GIF	Groupeement interinstitutionnel de formation

GP/SE	Groupe pivot/Survie de l'enfant
IDN/r	Indonavir/Ritonavir
IDR	Intra dermo-reaction
IM	Intramusculaire
INFSS	Institut national de formation en sciences de la santé
INFTS	Institut national de formation des travailleurs sociaux
INTI	Inhibiteur nucléotidique de la transcriptase inverse
IP	Inhibiteur de la protéase
IV	Intraveineuse
Km	Kilomètre
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LPV/r	Lopinavir/Ritonavir
NVP	Névirapine
PCIME	Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PCR	Polymérase chaîne réaction
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH
SP	Sulfadoxine piryméthamine
SQV/r	Saquinavir/ Ritonavir
SRAJ	Santé de la reproduction des adolescents et jeunes
TDF	Ténofovir
TPI	Traitement présomptif intermittent.

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de II en est résulté des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents et jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon EDSM IV – 2006, le taux de mortalité maternelle est de 464 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 96 pour 1 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité néonatale est de 46 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,3% dans la population générale. De façon générale, les femmes sont plus touchées que les hommes. La tranche d'âge la plus touchée est de 25 à 40 ans. Le taux de séroprévalence du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est de 1,4%. En 2011, le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 2,24%.(rapport DNS/CSLS/MS). La couverture sanitaire est à 91% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2011).

Cet état de fait est lié essentiellement à :

- ⌚ L'insuffisance de couverture en infrastructures socio-sanitaires, dotées de moyens adéquats ;
- ⌚ La faible accessibilité aux services de santé de qualité ;
- ⌚ L'insuffisance d'accès aux médicaments essentiels y compris les contraceptifs ;
- ⌚ L'inadéquation de la gestion des ressources humaines et son insuffisance à couvrir les besoins ;
- ⌚ Des pratiques socioculturelles et des comportements néfastes à la santé des groupes vulnérables.

Aussi pour améliorer la situation sanitaire et sociale, le Ministère de la Santé tenant compte des importants acquis de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population procédera désormais à une approche globale du développement sanitaire et social dite approche – programme dans le cadre de son nouveau plan décennal de développement sanitaire et social 2011-2021.

Dans le souci de fournir des prestations de qualité correspondant aux besoins prioritaires des populations, les documents de Politique, Normes et Procédures en santé de la reproduction ont été révisés et doivent servir de cadre de référence pour l'ensemble des intervenants.

Ils doivent servir également de guide opérationnel au personnel socio-sanitaire dans l'offre du paquet minimum d'activités. Ils comprennent essentiellement deux parties :

- Politique et les Normes des services
- Les procédures

La Politique et les Normes des Services

La politique définit les missions de la santé de la reproduction, indique les bénéficiaires, décrit les activités, les prestataires et les responsabilités pour l'offre des services de qualité.

Les Normes précisent les types de services offerts, les conditions minimales acceptables de performance et les qualifications requises exigées pour chaque service offert.

Les documents de Politique et Normes sont destinés principalement aux décideurs, aux gestionnaires de services, aux superviseurs, aux responsables des ONG et associations intervenant dans le secteur public, para public, communautaire et privé pour leur permettre de mieux définir et organiser leurs interventions en matière de Santé de la Reproduction à différents niveaux.

Les Procédures :

Elles décrivent les gestes logiques nécessaires et indispensables à l'offre des services de qualité par les prestataires.

Le but principal des procédures est d'aider les prestataires à offrir des services de qualité. Elles doivent alors être largement diffusées et constamment utilisées pour résoudre les problèmes de santé de la reproduction.

Les documents de procédures sont destinés à **tous les prestataires** des services de Santé de la Reproduction (relais, ASC, matrones, techniciens de santé, techniciens supérieurs de santé, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, assistants médicaux, ingénieurs sanitaires et médecins). Ils seront également utilisés par les **formateurs, les superviseurs**, et ceux qui sont chargés de gérer et d'évaluer les programmes de santé de la reproduction.

Ces documents intègrent les éléments de la Santé de la Reproduction traduisant ainsi le souci de promouvoir la santé de la femme, de l'enfant, la santé des jeunes adultes et les droits en matière de Santé de la Reproduction, notamment à travers les approches innovatrices.

Les procédures doivent être régulièrement «adaptées et mises à jour» afin qu'elles soient toujours utiles. Ces procédures sont élaborées pour préciser les activités, les tâches logiques et chronologiques requises pour l'exécution des services de santé de la reproduction à chaque niveau de la pyramide sanitaire en tenant compte des droits des clients.

Pour s'assurer que les procédures seront utilisées de manière efficace et pour faciliter leur accès aux prestataires, elles ont été élaborées en cinq (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **Volume 1 : Composantes d'appui.**
 - Communication pour le changement de comportement
 - Qualité des services et Prévention des infections.
- **Volume 2 : Composantes communes.**
 - Planification familiale
 - IST/VIH et PTME
 - Genre et santé
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez les femmes.

- **Volume 3 : Volet Grossesse et prise en charge**
 - Soins prénatals
 - Soins pernatals
 - Soins postnatals.
- **Volume 4 : Volet santé de l'enfant.**
 - Soins préventifs
 - Soins curatifs : PCIME.
- **Volume 5 : Volet santé des jeunes et santé de l'homme.**
 - Santé des adolescents et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle de l'homme.

Dans ce volume ont été intégrées de nouvelles approches et initiatives, notamment les informations sur :

- ✓ Les éléments de la CCC /CCSC ;
- ✓ L'assurance qualité;
- ✓ Le contrôle de qualité et le travail en équipe;
- ✓ La prévention des infections.
- ✓ L'audit des décès maternels

GUIDE D'UTILISATION

Ces **procédures** indiquent les étapes et les gestes cliniques nécessaires à suivre pour l'offre des services de qualité en matière de santé de la reproduction au Mali. Elles découlent de la politique et des normes des services définies par le Ministère de la Santé.

Chaque volume comprend :

- Une introduction ;
- Un guide d'utilisation ;
- Les procédures de santé de la reproduction et ses différentes sections ;
- Les annexes ;
- Un glossaire.

Les différentes parties des procédures sont rédigées sous forme de :

- **Succession de gestes logiques à suivre** par le prestataire de service dans la prise en charge des patients ;
- **Description de la prise en charge** des pathologies ou complications par niveau ;
- **Fiches techniques** ;
- **Algorithmes**.

L'application de ces procédures doit tenir compte du niveau de compétence du prestataire et du niveau de la structure socio sanitaire où celui-ci exerce.

La prise en charge des pathologies et de leurs complications est décrite par niveau de structure.

Certaines parties de ces procédures sont élaborées sous forme d'algorithmes ou d'arbres de décision ou encore d'ordinogrammes.

L'algorithme est la représentation graphique d'un raisonnement systématique, étape par étape, à partir d'un problème donné, jusqu'à l'aboutissement à une ou plusieurs solutions et ce, dans le but de standardiser le diagnostic et le traitement des patients pour toutes sortes d'affections.

Le principe des algorithmes est fonctionnel surtout lorsque les problèmes abordés sont simples ou lorsque les moyens d'action sont limités par manque de ressources : manque de temps, manque d'infrastructure ou de compétences.

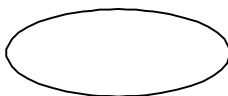
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

Les algorithmes ont été conçus pour être clairs, faciles à comprendre et faciles à utiliser. C'est pourquoi ils se composent de figures géométriques.

Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

- L'**identification du problème clinique** représentée par une ellipse



- La **recherche des signes et/ou symptômes qui se manifestent chez le patient**, représentés par un prisme



- La **prise de décision et l'adoption d'une action thérapeutique**, représentées par un rectangle



N.B : Les algorithmes doivent être lus de haut en bas et généralement de gauche à droite.

L'utilisateur devra lire attentivement ces procédures afin de se familiariser avec les différents gestes et procédés cliniques qui y sont décrits. Ces documents permettront aux prestataires, aux formateurs, aux superviseurs d'harmoniser leurs prestations et d'améliorer la qualité des services.

Les procédures seront mises à jour périodiquement, afin que les étapes et gestes décrits soient toujours valides. Les utilisateurs devront signaler aux superviseurs et aux autorités médicales régionales et nationales les procédés à réviser.

I. PLANIFICATION FAMILIALE

A. COMMUNICATION

(Cf. Volume 1)

B. CONTRACEPTION

1. Définition

C'est l'ensemble des moyens et techniques médicaux ou non, mis à la disposition des individus et des couples pour leur permettre d'assurer leur sexualité de façon responsable de manière à éviter les grossesses non désirées, espacer les naissances, avoir le nombre d'enfant désiré au moment voulu.

2. Counseling

2.1. Définition

Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un client à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Il est efficace si le prestataire a pu établir et maintenir un dialogue basé sur la confiance.

Le counseling est une partie vitale de la planification familiale qui aide les clients à arriver à un choix éclairé concernant leur option en matière de reproduction et à utiliser la méthode choisie en toute sécurité et de manière efficace.

2.2. Etapes du counseling :

➤ BERCER

B - Bienvenue

- Saluer, souhaiter la bienvenue et offrir un siège.
- Se présenter et présenter les autres (superviseurs, encadreurs...).
- Rassurer sur la confidentialité (parler sans élever la voix, disposer d'un lieu discret et rappeler le caractère privé de l'entretien).
- Demander ce qu'on peut faire pour elle/lui.
- Montrer sa disponibilité.

E - Entretien

- Demander le motif de la visite et aider le/la client(e) à exprimer ses besoins.
- Recueillir les informations utiles.
- Demander les renseignements généraux : nom, prénoms, âge, adresse si nouvelle cliente.
- Demander si rien n'a changé depuis la dernière visite si la cliente est ancienne.
- Poser des questions concernant toutes les parties de leurs corps de la tête aux pieds. Cela l'aidera à se rappeler certaines choses et à vous en parler.

R - Renseignements sur les méthodes contraceptives

- Demander à la cliente ce qu'elle sait des méthodes.
- Parler de toutes les méthodes disponibles ou non :
 - montrer et faire toucher les échantillons ;

- décrire les modes d'action et d'utilisation de chaque méthode ;
- parler de l'efficacité de chaque méthode ;
- décrire les avantages et les effets secondaires de chaque méthode ;
- informer de la possibilité de changer de méthode à tout moment ;
- parler de la double protection ;
- Inviter le (la) client (e) à poser des questions et répondre à ses inquiétudes.

C - Choix de la méthode appropriée par le client

- Aider le (la) client (e) à choisir la méthode qui lui plaît.
- Demander s'il y a quelque chose qu'elle ne comprend pas sur la méthode choisie.
- Dire au (à la) client(e) que le choix définitif dépendra des critères d'éligibilité de la méthode et éventuellement de l'examen clinique.
- Faire le counseling pour le dépistage du VIH
- Référer si le (la) cliente veut une méthode non disponible.

E - Explication sur la façon d'utiliser une méthode

Après que le (la) client(e) ait choisi une méthode :

- Donner au (à la) client(e) toutes les informations sur la méthode choisie ;
- Si la méthode n'est pas immédiatement disponible, dire comment, quand et où se la procurer ;
- Pour certaines méthodes, telles que la contraception chirurgicale, demander au couple de signer un formulaire sur lequel il donne son consentement ;
- Expliquer comment utiliser la méthode ;
- Demander au (à la) client(e) de répéter les instructions ;
- Ecouter attentivement la réponse pour être sûr qu'il ou elle s'en souvient et les a comprises ;
- Reprendre avec patience les informations qui ne sont pas comprises ;
- Décrire les effets secondaires possibles ainsi que les signes avertisseurs ;
- Donner si possible une documentation sur le sujet à emporter ;
- Dire au (à la) client(e), à quel moment il (elle) doit revenir pour une visite de contrôle ;
- Dire au (à la) client(e) de revenir quand elle veut ou s'il y a des effets secondaires ou des signes avertisseurs.
- Insister sur les informations importantes dont il (elle) doit se rappeler
- Donner des repères pour se rappeler les instructions ou le rendez- vous

R - Retour ou rendez-vous

- Donner un rendez-vous au (à la) client(e).
- Demander au (à la) client(e) de venir chaque fois qu'il (elle) le désire ou qu'elle a un problème.

➤ REDI

Une autre approche en matière de counseling est aussi utilisée, il s'agit de REDI.

Le cadre REDI est un acronyme qui décrit les différentes étapes du counseling comme le BERCER.

L'acronyme REDI signifie :

R = Rapport (Etablissement de rapport).

E = Exploration.

D = Décision (prise de décision).

I = Implémentation (mise en application de la décision).

En anglais : Rapport building, Exploration, Decision-making and Implementing the decision.

Ce cadre REDI :

- Met l'accent sur la responsabilité de la cliente dans la prise et la mise en application de la décision ;
- Fournit des directives pour la prise en compte des relations et du contexte social de la cliente ;
- Aborde les défis auxquels la cliente pourrait être confrontée dans la mise en application de sa décision, et aide la cliente à acquérir les aptitudes nécessaires pour faire face à ces défis.

Les conseillers de la planification familiale discutent des implications du comportement sexuel, de la prévention des IST et comment éviter une grossesse non désirée. Ceci est connu sous le nom de «consultation intégrée de planification familiale» et répond au besoin global des femmes et des hommes d'avoir des informations et des conseils clairs sur les IST y compris le VIH et le Sida.

3. Etapes d'une consultation de contraception (après le choix de la méthode)

3.1. Procéder à l'interrogatoire (Voir consultation en PF).

3.2. Procéder à un examen général : (si nécessaire et selon l'interrogatoire)

- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Préparer le matériel.
- Aider le (la) client (e) à s'installer.
- Expliquer le déroulement de l'examen.
- Prendre les constantes (tension artérielle, pouls, poids, taille).
- Examiner les cheveux : vérifier s'il n'y a pas d'alopécie.
- Examiner les conjonctives (anémie, ictère), rechercher une exophtalmie.
- Examiner la glande thyroïde (rechercher le goitre).
- Examiner les seins (Cf. Fiche technique n° 1).
- Ausculter le cœur (rechercher les souffles, autres bruits anormaux).
- Palper l'abdomen (rechercher une hépatomégalie ou sensibilité pelvienne).
- Palper la région inguinale à la recherche d'une hypertrophie ou de douleurs.

- Examiner les membres inférieurs (douleurs, hypertrophie, œdèmes dus à une phlébite ou à des varices).

3.3. Procéder à un examen gynécologique (si nécessaire) :

- Préparer le matériel.
- Demander à la femme d'aller uriner.
- Expliquer la procédure à la cliente.
- Inspecter l'abdomen et le palper.
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Porter des gants stériles.
- Inspecter la vulve à la recherche de lésions de grattage, de leucorrhées et des tuméfactions, etc.
- Nettoyer la vulve.
- Introduire le spéculum (expliquer d'abord la procédure; respecter les conditions d'asepsie).
- Examiner et apprécier la paroi vaginale, le col à la recherche d'anomalies (vaginite, cervicite, ulcération, condylomes, etc.).
- Faire les prélèvements, si nécessaire (frottis etc.).
- Retirer le spéculum et le tremper dans la solution de décontamination.
- Faire le toucher vaginal.
- Apprécier l'utérus (volume, consistance, mobilité, position, toujours éliminer une grossesse), les annexes (sensibilité).
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination.
- Enlever les gants en les retournant et les jeter dans une poubelle.
- Se laver les mains et les sécher à l'air libre ou les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Aider la cliente à se relever et lui demander de s'habiller.
- Donner les résultats de l'examen à la cliente.
- Noter les résultats de l'examen dans le carnet, le dossier et la fiche opérationnelle.

FICHE TECHNIQUE N° 1 : EXAMEN DES SEINS

Inspection :

- Observer la cliente debout ;
- Vérifier si les seins sont symétriques ;
- Vérifier la texture de la peau (peau d'orange), veines superficielles et présence de masses évidentes ;
- Demander à la patiente de lever doucement les bras au-dessus de la tête et vérifier si les seins montent en même temps ; s'il y a rétraction du mamelon ;
- Ensuite dire à la patiente de s'allonger sur le dos ;
- Toujours regarder le visage de la patiente pour y déceler toute marque de souffrance ;
- Placer le bras gauche de la patiente au dessus de sa tête et diviser de façon imaginaire la poitrine en quatre.

Palpation :

- Avec la main à plat, palper les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du cadran à examiner, palper vers le mamelon tout en soutenant le sein avec l'autre main (si nécessaire) ;
- Servez-vous de la paume de la main pour palper les parties internes du sein contre la cage thoracique ;
- Si les seins sont tombants, examiner le tissu avec les deux mains ;
- Presser avec douceur le mamelon pour prouver l'absence ou la présence de sécrétions (lait, pus ou sang) ;
- Abaisser le bras gauche de la cliente le long du corps et palper les ganglions lymphatiques dans le creux axillaire (recherche de ganglion ou tuméfaction) ;
- Renouveler la procédure du côté droit. Si vous sentez une tumeur, demander à la cliente si elle s'en est aperçue. Dans l'affirmative, quand l'a-t-elle senti pour la première fois ? est ce que la masse grossit ou est-elle douloureuse ? référer à l'hôpital ;
- Dire à la cliente de faire l'auto examen au moins une fois par mois après les règles ;
- Lui apprendre comment examiner elle-même ses seins.

N.B :

- **Procéder systématiquement à l'examen du sein à :**
 - l'inscription de toute nouvelle cliente ;
 - l'examen annuel ;
- **Conseiller à la cliente de faire l'auto examen des seins au moins une fois par mois après les règles.**

3.4. Offrir la méthode selon les critères d'éligibilité (Cf. Annexe 1) :

- Voir les recommandations sur les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS (Voir Annexes).

3.5. Expliquer le suivi

- Donner la date du prochain rendez-vous.
- Expliquer au (à la) client(e) l'importance du respect de la date du rendez-vous.
- Inviter le (la) client(e) à revenir au centre à tout moment, en cas de besoin.

3.6. Prendre congé du client(e)

- Remercier ;
- Accompagner le (la) client(e) si possible ;
- Lui dire au revoir.

4. Visite de contrôle

- Demander la date des dernières règles.
- Demander comment le (la) client(e) utilise la méthode.
- Demander si le (la) client(e) est satisfait(e) de la méthode.
- S'informer des éventuels problèmes et effets secondaires.

Si les effets secondaires sont mineurs :

- Rassurer le/la client(e) en lui disant qu'ils sont passagers.

Si les effets secondaires sont graves :

- Traiter ou référer.
- Demander s'il y a des questions à poser ou précautions;

Si la cliente veut essayer une autre méthode lui reparler des autres méthodes et l'aider à en choisir une :

- Si une cliente veut un enfant :
- L'aider à arrêter sa méthode.

Pour la consultation de planning familial par les ASC et les relais (Cf. Annexe 2).

5. Prescription des méthodes de planification familiale**5.1. Les contraceptifs oraux combinés (C.O.C)****a. Définition**

Les COC ou pilules sont des comprimés composés de deux hormones synthétiques : œstrogène et progestérone, très semblables à ceux que l'on retrouve dans le corps de la femme et extrêmement efficace pour empêcher les grossesses. Il existe deux (2) types de COC :

- Monophasique : avec une dose fixe œstrogène et de progestatif pendant toute la durée du cycle ; Exemple : Une combinaison d'éthinylœstradiol (entre 15 et 50 µg) et d'un progestatif.

Ils se présentent sous forme de plaquettes de 28 comprimés dont les 7 derniers contiennent du fer (placebo).

Exemple : Microgynon, Pilplan.

➤ Multiphasique :

- Biphase ou deux dosages différents d'œstrogène et de progestatif se succèdent pendant le cycle.
- Triphasique : Trois dosages différents.

b. Présenter les COC

- Montrer, faire toucher un échantillon de COC.
- Utiliser les aides visuelles adaptées.
- Utiliser un langage adapté au niveau de compréhension de la cliente.
- S'assurer que la cliente a compris.

c. Décrire les principaux avantages

Très efficace : taux d'efficacité élevé (98 - 99%).

- Méthode réversible.
- Préviennent certaines affections (kystes ovariens, dysménorrhée...).
- Régularise le cycle.
- Diminue le risque d'anémie.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.

d. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions

- Doit être pris tous les jours.
- peut entraîner des effets secondaires comme la nausée, vertiges, céphalées....
- Leur efficacité peut être réduite par certains médicaments (rifampicine, antimycosiques, anticonvulsivants).
- Les COC ne protègent pas contre les IST/VIH et le Sida.

e. Expliquer les effets secondaires

- Nausée.
- Vertiges.
- Céphalées.

f. Expliquer le mode d'utilisation des COC

- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- S'aider d'un échantillon de COC identique à celui prescrit à la cliente.
- Faire répéter par la cliente, les explications données.
- Commencer toujours par un COC faiblement dosé en œstrogène (30 à 35 mcg).
- Commencer la prise du 1^{er} comprimé, entre le premier (1^{er}) et le cinquième (5^{ème}) jour des règles ou à tout moment si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

- Si la prise débute après le 7^{ème} jour, associer une méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours.
- Prendre un comprimé chaque jour en suivant le sens des flèches ou des jours, sans oublier.
- Prendre le comprimé à la même heure (le soir au coucher par exemple).
- Prendre le comprimé même en l'absence du partenaire ou en l'absence de rapport sexuel.

g. Expliquer la prise des COC

Pour les plaquettes de 28 comprimés (21 blancs + 7 marrons) :

- Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours jusqu'à la fin.
- Commencer une nouvelle plaquette le lendemain.

Pour les plaquettes de 21 comprimés :

- Prendre 1 comprimé pendant 21 jours ;
- Arrêter (se reposer) pendant 7 jours ;
- Commencer une autre plaquette le 8^{ème} jour.

Exemple : Si plaquette finit un lundi, commencer une nouvelle plaquette le lundi prochain.

- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur les COC.
- Encourager la cliente à en discuter avec son partenaire.
- Ecouter la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.

N.B :

- **Dans le post-partum :**
 - Si la cliente allaite son enfant (Cf. Annexe 1).
 - Si la cliente n'allait pas : commencer la prise vers la 3^{ème} semaine.
 - Si la femme est en aménorrhée de lactation :
 - ✓ ne pas provoquer les règles.
 - ✓ s'assurer qu'elle n'est pas enceinte avant de donner la méthode.

- **Dans le post-abortum :**

Commencer la pilule dans les 7 premiers jours qui suivent.

- **En cas d'oubli :**
 - **Si oubli d'un comprimé actif :**
 - ✓ Prendre le comprimé oublié dès que l'on se rappelle et prendre le comprimé suivant à l'heure habituelle.
 - **Si oubli de 2 comprimés actifs ou PLUS :**
 - ✓ Reprendre la prise dès que l'on se rappelle, un comprimé actif (comprimé blanc) par jour pendant au moins 7 jours successifs avec une méthode barrière ou abstinence pendant 7 jours.
 - **S'il y a moins de 7 comprimés actifs :**
 - ✓ Commencer une nouvelle plaquette toujours associée à une méthode barrière pendant les 7 premiers jours, informer la cliente que les règles surviendront à la fin de la nouvelle plaquette.

○ **Si oubli de comprimés de fer :**

- ✓ Continuer la prise sans reprendre les comprimés oubliés jusqu'à démarrer une nouvelle plaquette.

h. Donner le rendez-vous de suivi

- Lors de la première visite, donner le rendez-vous selon le besoin.
- Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - Douleurs abdominales intenses ;
 - Douleurs violentes à la poitrine ou aux jambes ;
 - Maux de tête sévères suite à la prise de COC ;
 - Troubles de la vision (vision floue, sensibilité à la lumière, impression de mouches volantes) ;
 - Ictère.
- Dire à la cliente de revenir avant la fin de sa provision.
- Demander si elle est satisfaite du service rendu.
- Dire "au revoir".
- Lors de la 2^{ème} visite et des autres, donner le rendez-vous selon le besoin.
- Préciser à la cliente de revenir à la clinique à tout moment en cas de besoin.
- Ecrire le jour du rendez-vous sur la carte et le dossier de la cliente.
- Lui montrer ou lui expliquer le jour du rendez-vous.

i. Faire les visites de suivi

- Vérifier la prise correcte des COC.
- Faire un examen clinique si nécessaire.

j. Prendre en charge les effets secondaires, les complications et les pathologies rencontrées

- Rassurer la cliente.
- Appliquer les "arbres de décision" pour les effets secondaires, les complications, et les pathologies suivants, liés à la prise des COC en tenant compte des critères d'éligibilité.

❖ **Effets secondaires liés à la prise des COC**

Effets secondaires	Conduite à tenir
1. Prise de poids (2 kg/mois depuis le début de la prise) :	Si prise de pilule depuis moins de 3 mois : • Rassurer. Si prise de pilule depuis plus de 3 mois sans augmentation de l'appétit : • Donner une pilule moins dosée en œstrogène. Si prise de pilule depuis plus de 3 mois avec augmentation de l'appétit : • Conseils de régime + rendez-vous dans un mois Si pas d'amélioration : • Proposer une autre méthode.

2. Nausée depuis plus de 3 mois :	Si prise à jeun : - Faire le counseling. Si grossesse : - Arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale. Si pas de grossesse : - Chercher une autre cause et traiter. Si la cause non retrouvée : - Donner une pilule moins dosée en œstrogène ou aider à faire le choix d'une autre méthode.
3. Ballonnement abdominal :	Si grossesse : - Arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale Si cause non retrouvée : - Donner conseil de régime et aider à faire le choix d'une autre méthode ou référer.
4. Baisse de la Libido :	- Rechercher la cause. - Faire le counseling. Si cause non retrouvée : - Donner une pilule avec plus d'œstrogène (ou à progestérone plus androgénique) ou aider à faire le choix d'une méthode non hormonale.

❖ Pathologies et complications liées à la prise des COC

➤ **Hypertension artérielle**

a. Définition : On parle d'hypertension, si la tension artérielle TA > 140/90 mm Hg prise après 15 minutes de repos.

b. Éléments de diagnostic :

- Bourdonnement d'oreilles ;
- Maux de tête et troubles de la vision (sensation de mouches volantes) ;
- Essoufflement après un effort, œdèmes des pieds.

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	- Rassurer - Référer
CSCOM	- Rassurer - Demander si l'hypertension est détectée pour la première fois - Prendre la tension artérielle (TA) après 15 minutes de repos ou contrôler 3 fois en 24 heures : Si TA < 160/100 mm Hg : - Rassurer ; - Continuer pilule ;

	• Surveiller TA. Si TA > 160/100 mm Hg : • Référer
CSRéf	• Rassurer ; • Demander si l'hypertension est détectée pour la première fois ; • Attendre 15 à 30 minutes et puis prendre la tension artérielle. • Vérifier s'il n'y a pas de signes associés : maux de tête prononcés, troubles visuels, fourmillement, troubles de la parole, douleur à la poitrine. Si la TA a augmenté chez une cliente normale avant de prendre des COC : • Suivre de près (rendez-vous réguliers et mensuels), si elle veut continuer les COC. En cas de signes avertisseurs associés ou si TA > 160/100 mm Hg : • Arrêter les COC ; • Conseiller une autre méthode. La TA élevée imputable aux COC disparaissant généralement en l'espace de 1 à 3 mois : • Prendre la TA mensuellement. Si la TA n'est pas revenue à la normale après 3 mois : • Référer
Hôpitaux	Orienter la cliente vers un service approprié pour des examens spécialisés, bilan complémentaire et traitement approprié.

➤ Maux de tête ou Migraine

a. Définition : Douleur au niveau de la tête localisée ou non intense, répétée ou pulsatile.

b. Éléments de diagnostic :

Caractère : intense, répété ou pulsatile, ou localisé de la douleur avec signe d'accompagnement comme : nausée, vertiges, sensibilité à la lumière et au bruit, vision trouble, trouble de la parole, engourdissement ou fourmillement des membres inférieurs.

c. Gestes d'urgence :

- Arrêter COC ;
- Donner autre méthode ;
- Référer.

d. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village /communautaire	Devant les signes avertisseurs : • Rassurer ; • Donner méthode barrière ; • Référer.
CSCOM	• Rassurer et donner un antalgique (paracétamol). • Vérifier s'il n'y a pas de tension artérielle élevée associée. • Prendre les constantes. Devant une migraine sévère ou fréquente avec nausée : • Rechercher la cause et traiter. Avec signes neurologiques associés : • Arrêter la pilule • Donner méthode barrière • Référer.
CSRéf	• Idem CSCOM. • Vérifier s'il n'y a pas de sinusite (douleur à la région naso-frontale, écoulement nasal purulent). • Vérifier si les maux de tête ne sont pas associés à des symptômes neurologiques focaux : troubles visuels, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire. Si les maux de tête sont mineurs : • Donner des antalgiques ; • Rassurer la cliente ; • Continuer la prise des COC ; • Réévaluer après 1 mois Si la TA $\leq$ 160/100 mm Hg et qu'il n'y a pas d'autres signes associés : • Continuer les COC Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni signes associés : • Aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale). • Référer si nécessaire.
Hôpitaux	• Idem CSRéf Si sinusite : • Traiter aux antibiotiques, anti-inflammatoires et anti-congestifs, sinon : • Référer dans une structure avec service d'Oto-rhino-laryngologie. Si les maux de tête sont accompagnés de symptômes neurologiques focaux : • Donner antalgiques à la demande et arrêter les COC et aider la cliente à choisir une autre méthode (sans hormones).

Niveaux	Conduite à tenir
	Si les signes persistent malgré l'arrêt des COC, référer dans un centre avec services d'ophtalmologie et/ou de neurologie. Si les maux de tête sont mineurs : • Donner des antalgiques ; • Rassurer la cliente ; • Continuer la prise des COC ; • Réévaluer après 1 mois Si la TA $\leq$ 160/100 mm Hg et qu'il n'y a pas d'autres signes associés : • Continuer les COC. Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni signes associés : • Aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale).

➤ Nausées, vomissements et vertiges

a. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer ; • Vérifier si la cliente n'est pas enceinte ; • Vérifier les heures de prise. Si la cliente est enceinte : • Conseiller d'arrêter la prise ; • Dire que la petite dose d'hormone n'a aucun effet nuisible sur le fœtus ; • Conseiller le suivi en consultation prénatale. Si prise le matin à jeun : • Conseiller à la cliente de prendre les COC avec le repas du soir. Si prise le soir : • Conseiller la prise au premier repas du matin. Si les malaises persistent : • Référer
CSCoM	• Idem village • Rassurer ; • Rechercher une autre cause. Si une autre cause est retrouvée : • Traiter ou référer selon le niveau de la structure. Si aucune cause n'est retrouvée, et qu'elle est au début d'utilisation des COC :

	• Dire que cela va probablement diminuer. Si les symptômes persistent au-delà de 3 mois : • Donner une pilule plus faiblement dosée en oestrogène (si disponible). Si le problème est intolérable : • Arrêter les COC ; • Aider à choisir une autre méthode, sans œstrogène.
CSRéf	• Idem Cscm • Rassurer
Hôpitaux	• Idem CSREF • Rassurer

N.B : En cas de vomissements ou diarrhée durant plus de 24 heures, conseiller l'abstinence ou l'utilisation d'une méthode de barrière jusqu'à 7 jours après leur arrêt. La cliente doit aussi continuer la prise des comprimés malgré l'inconfort. En cas de vomissements dans les deux heures qui suivent reprendre un autre comprimé.

➤ Baisse de la libido

a. Définition : C'est la diminution de l'envie d'avoir des rapports sexuels.

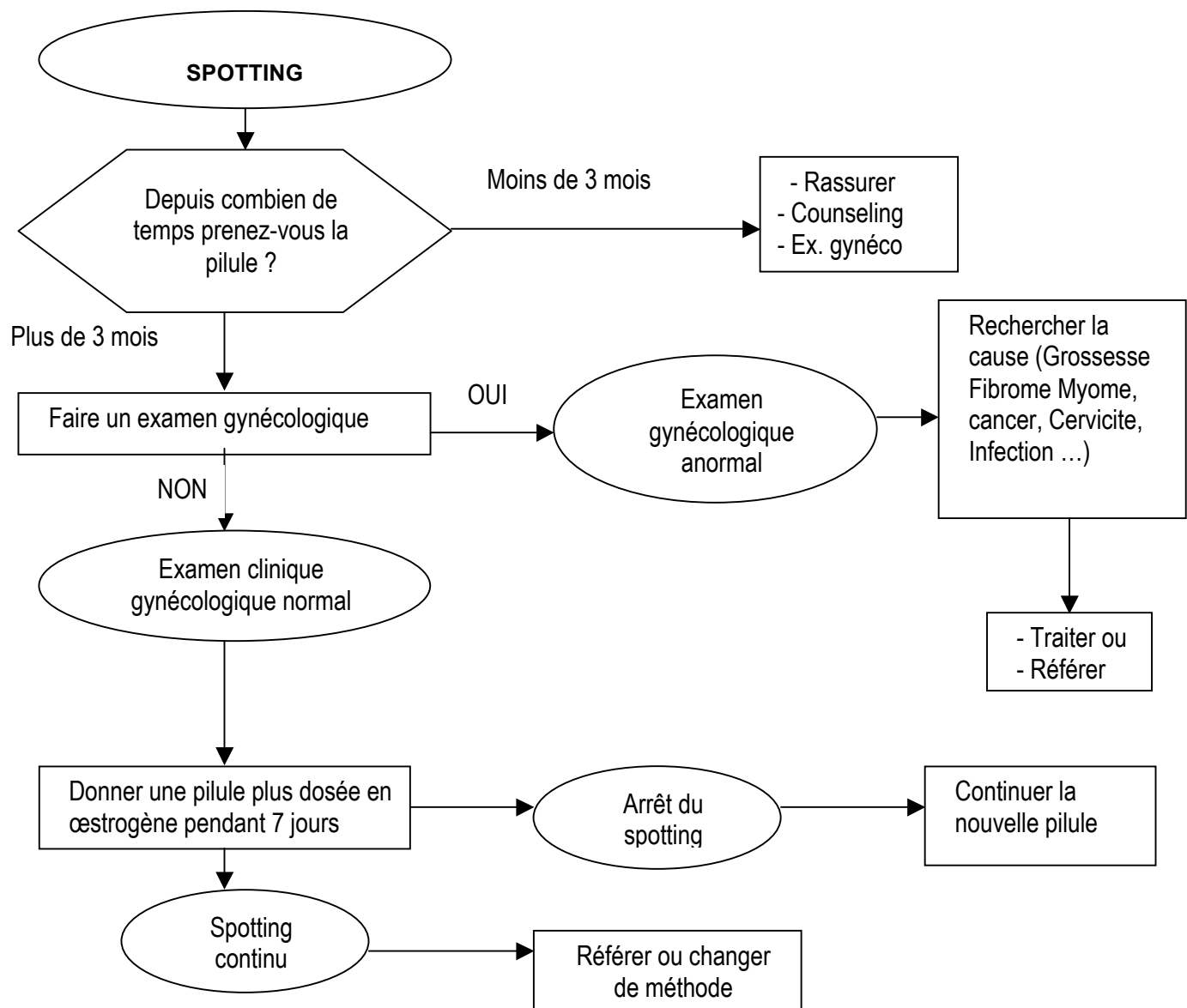
b. Éléments de diagnostic :

Interrogatoire et déclaration de la cliente.

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Référer
CSCOM	• Rechercher une autre cause ; • Mener le counseling ; • Référer.
CSRéf	Si la cause est retrouvée : • Traiter Si la cause n'est pas retrouvée : • Rassurer • Donner une pilule plus oestrogénique (ou progestérone plus androgénique) ou choisir une méthode non hormonale
Hôpitaux	• Idem CSRéf

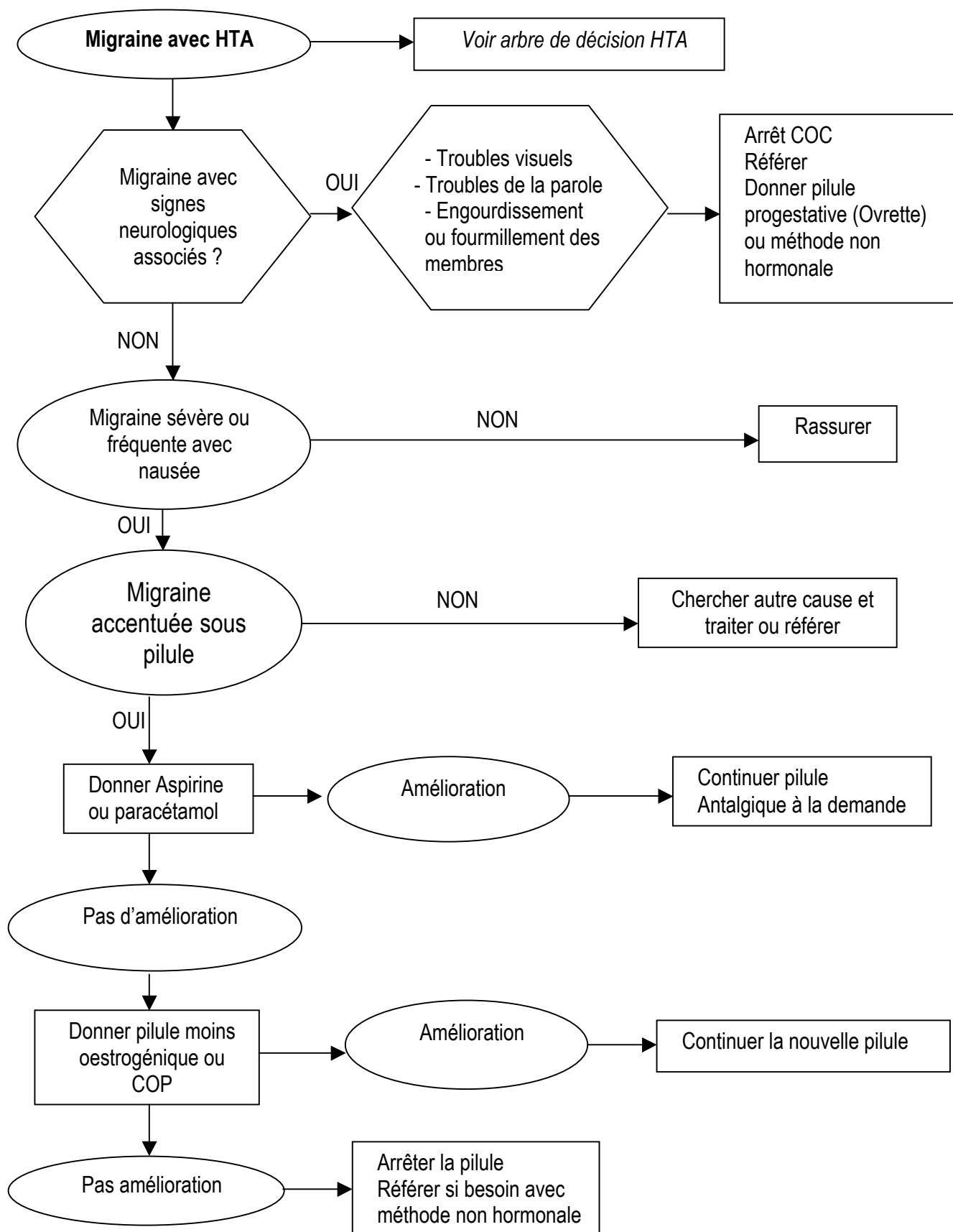
SPOTTING SOUS COC



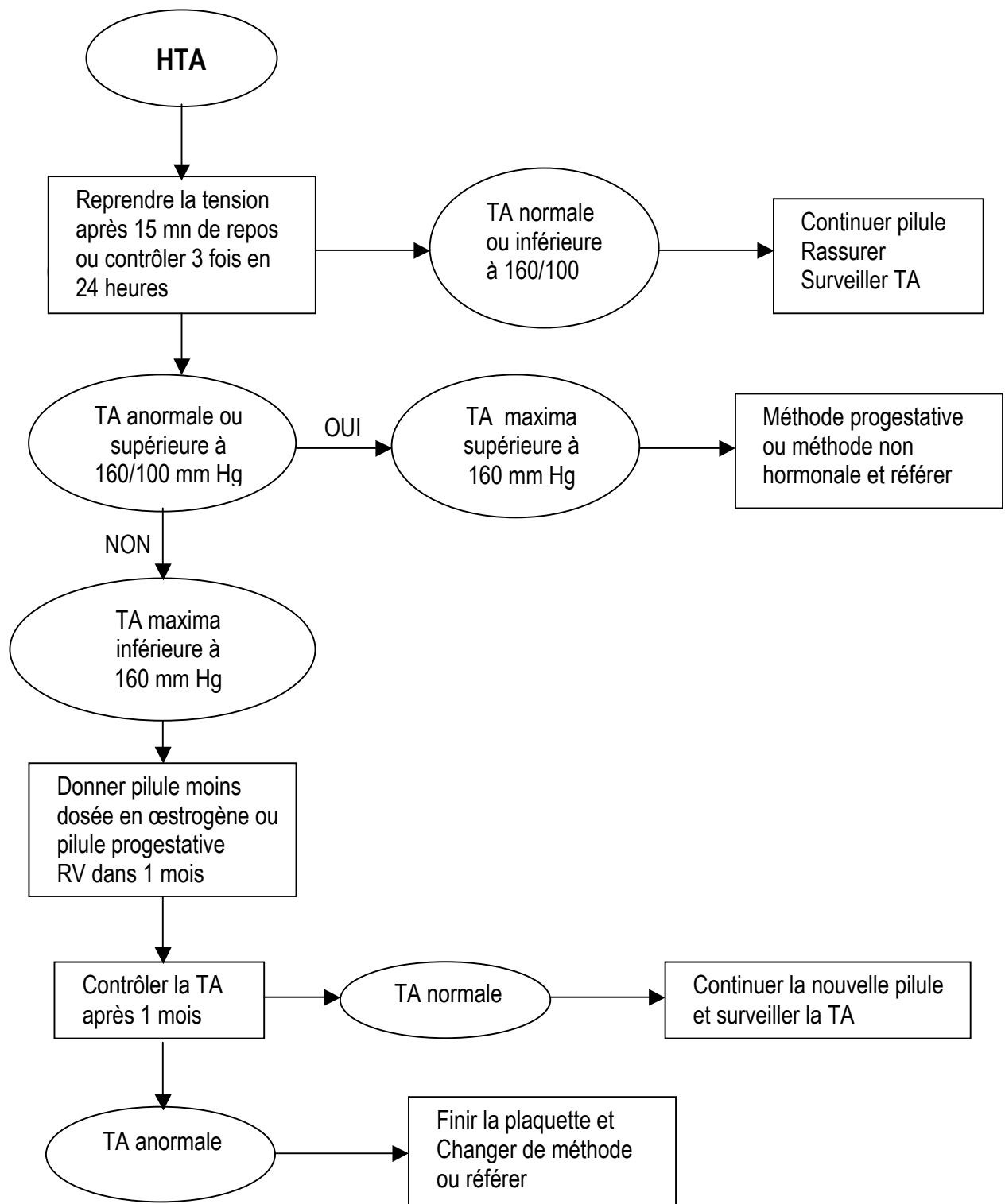
N.B :

Si la cliente est déjà sous une pilule fortement dosée en œstrogène (50 µg), Donner une pilule progestative ou référer la cliente.

MIGRAINE SOUS COC

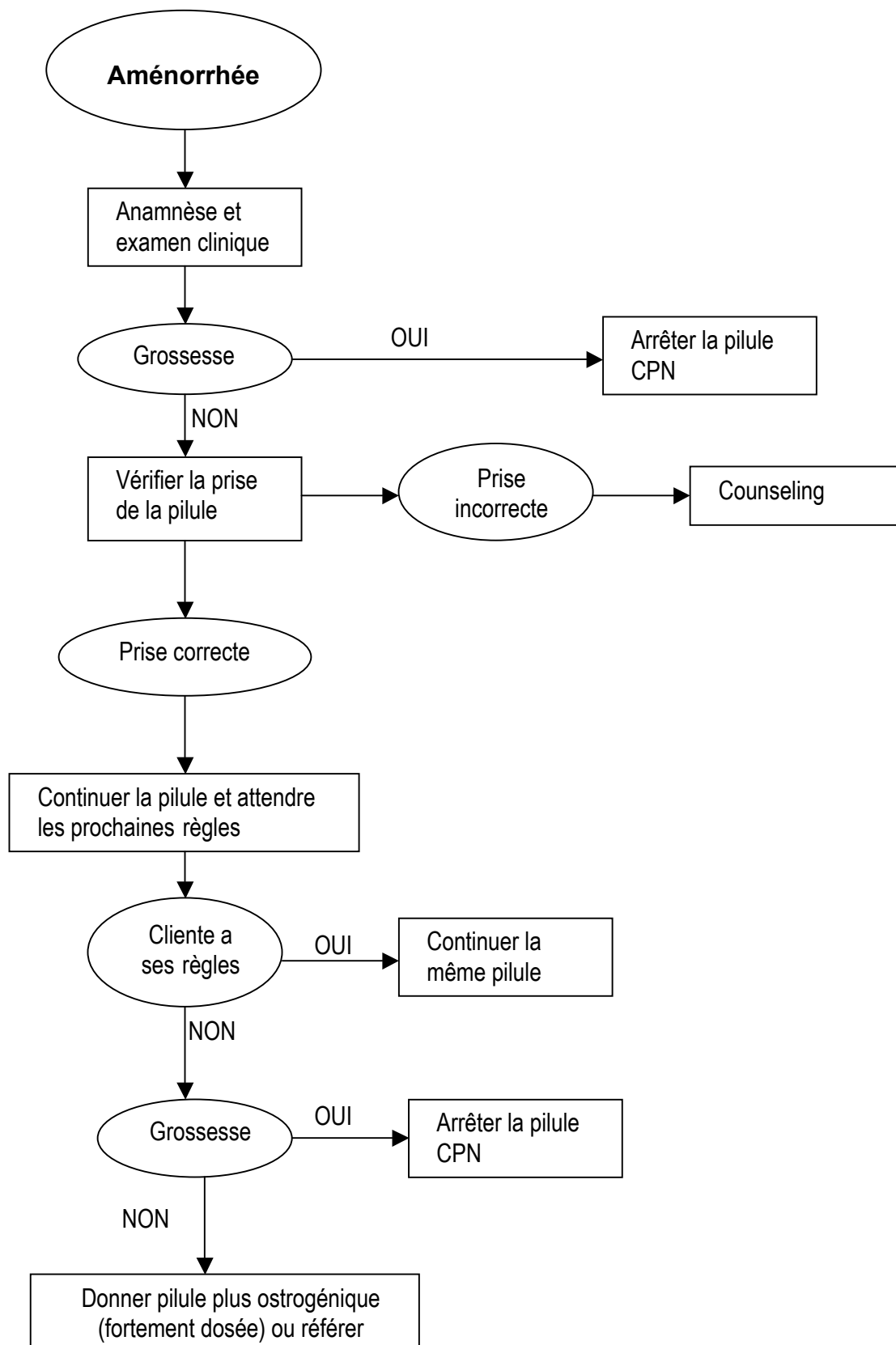


HYPERTENSION ARTERIELLE SOUS COC



La prise de décision sera conforme aux critères d'éligibilité de l'OMS.

AMENORRHEE SOUS COC



5.2. Contraceptifs oraux progestatifs (C.O.P.)

a. Définition :

La pilule aux progestatifs seuls (COP) est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'un progestatif, en dose plus faible que pour la pilule combinée (entre 10 et 50% de moins). En fonction du type de progestatif utilisé, les COP ne contiennent donc qu'entre 30 µg (dans le cas du Lévonorgestrel) et 600 µg (dans le cas de la noréthistérone) de progestatif (de 0,03 à 0,6 mg).

Ils se présentent généralement sous forme de plaquettes de 28 comprimés contenant tous un progestatif. Exemple : Microlut, Ovrette, Eugynon.

b. Présenter les C.O.P :

- Montrer et faire toucher un échantillon de COP.
- Utiliser les aides visuelles adaptées.
- Utiliser un langage clair, simple et des termes usuels locaux.
- S'assurer que la cliente a compris.

c. Décrire les principaux avantages :

- Très efficaces si la prise est correcte.
- Le retour à la fécondité est immédiat.
- N'influencent pas la lactation.
- Diminuent les risques de maladie inflammatoire du pelvis.
- Donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.

d. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions :

- Contrainte de la prise journalière régulière.
- Les COP ne protègent pas contre les IST/VIH et le Sida.

e. Expliquer les effets secondaires :

- Prise de poids.
- Aménorrhée.
- Saignements irréguliers.

f. Expliquer le mode d'utilisation des C.O.P :

- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- Recueillir les connaissances de la cliente sur la pilule progestative.
- Commencer la prise des COP à partir du 1^{er} jour au 5^{ème} jour du cycle menstruel, ou immédiatement après une fausse couche, ou dans les 5 jours après avortement.
- Prendre un comprimé sans arrêt, tous les jours à la même heure.
- Expliquer que les COP peuvent être commencés à n'importe quel moment si le prestataire est sûr que la cliente n'est pas enceinte.
- Conseiller l'abstinence ou l'utilisation d'une méthode d'appoint pendant au moins une semaine (exemple : condom et/ou spermicides).

- Pendant le post-partum : conseiller la prise de COP chez la cliente qui a utilisé la méthode de l'aménorrhée et de la lactation (LAM) et sort des critères, et à partir de six semaines chez la cliente qui n'utilise pas la LAM.

N.B : Pas besoin d'attendre que les règles reprennent pour commencer une nouvelle plaquette.

- **En cas d'oubli :**
 - de **1 comprimé** : prendre le comprimé oublié dès le rappel puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière pendant 7 jours ;
 - de **2 comprimés ou plus** : prendre 2 comprimés dès le rappel et puis le comprimé suivant à l'heure habituelle avec méthode de barrière ou abstinence pendant 7 jours et continuer la prise.
- En cas de retard de 3 heures par rapport à l'heure habituelle de prise, associer une méthode de barrière pendant deux jours.
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs.
- Demander à la cliente de poser des questions.
- Faire répéter la cliente les explications données.
- Ecouter la cliente, lui poser des questions, et corriger les informations erronées et les rumeurs par des réponses claires.
- Encourager la cliente à en discuter avec son mari ou son partenaire.
- Ecouter la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.

g. Donner le rendez-vous :

- Donner des rendez-vous selon le besoin.
- Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - saignements très abondants ;
 - maux de tête sévères suite à la prise de COP ;
 - ictère.
- Dire à la cliente de revenir avant la fin de sa provision.
- Demander si elle est satisfaite du service rendu.
- Dire "au revoir".

h. Faire les visites de suivi :

- S'assurer de la prise correcte des comprimés.
- Demander si elle est satisfaite de la méthode.
- Si elle a des problèmes de santé, les prendre en charge.
- S'il n'y a pas de problème, donner rendez vous selon le besoin.
- Prendre la TA et le poids.

i. Prendre en charge les effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

- Faire un examen clinique de la cliente.

- S'assurer de la prise correcte et régulière du COP.
- Appliquer les arbres de décision suivants devant les effets secondaires, **complications et pathologies** rencontrés.

➤ Aménorrhée

a. Définition :

C'est l'absence de règles depuis trois mois chez une femme normalement réglée.

b. Eléments de diagnostic :

Interrogatoire et déclaration de la cliente

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	• Rassurer • Référer
CSCom	• Interroger la cliente : relever les dates de la dernière injection et des dernières règles, nature du produit ? • Déterminer quelles sont les préoccupations de la femme : inquiétude pour la grossesse ? Besoin d'avoir ses règles pour se nettoyer du « mauvais sang » ? 1^{er} cas : pas de grossesse • Rassurer en lui disant qu'elle n'est pas enceinte. • Faire un counseling : ○ expliquer le mécanisme des aménorrhées sous COP ; ○ préciser qu'aucune matière toxique ne se forme au niveau de l'utérus. • Faire éventuellement un test de grossesse ; pour dissiper son inquiétude. Si la cliente considère l'absence de menstruations comme inacceptable, malgré tout : • Prescrire des COC normo dosés pendant 7 jours. • Donner un rendez vous de suivi dans 15 jours : ○ faire un counseling pour la poursuite de la méthode ou un changement de méthode ; ou ○ référer. 2^{ème} cas : il y a une grossesse : • Faire le counseling : la rassurer en disant que les COP ne nuisent pas au fœtus. • Arrêter la méthode et poursuivre avec la consultation prénatale.

Niveaux	Conduite à tenir
CSRéf	Rechercher cause Cause trouvée : • Traiter. Cause non trouvée : • Rassurer ou changer de méthode.
Hôpitaux	Idem CSRéf

➤ Saignement

a. Définition :

C'est une perte de sang plus ou moins abondante en dehors des règles.

b. Éléments de diagnostic :

- Perte de sang.
- Gants ramenant du sang après toucher vaginal.

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	• Rassurer. • Référer.
CSCom	• Interroger la cliente : ○ Début du saignement ? Nombre de garnitures ? Date des dernières règles ? ○ Quelles sont ses préoccupations ? Peur de maladie cachée ? Gène ? Problème social entourant le saignement ? Si saignement peu abondant (spotting), et pas d'anémie : • Faire le counseling. • Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité d'augmenter la prise d'aliments contenant du fer. • Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien pendant 5 jours (Ibuprofène 400mg 2 fois par jour). • Donner un rendez-vous pour le suivi dans une semaine, mais revoir à tout moment. Si saignement abondant sans anémie : • Référer.
CSRéf	• Interroger la cliente sur les : ○ signes : douleurs pelviennes, fièvre, asthénie, vertiges, palpitations ; ○ prises des médicaments.

Niveaux	Conduite à tenir
	- Faire l'examen physique de la cliente : - état général : muqueuses, téguments, pouls, tension artérielle, poids. - Faire l'examen gynécologique : - s'assurer qu'il n'y a pas de pathologie du col utérin, de grossesse extra-utérine, de masse pelvienne ; - Informar la cliente de son état. S'il y a pathologie : - Traiter ou référer au niveau supérieur, selon le cas. Si saignement est abondant, avec anémie : - Faire le counseling pour un changement de méthode, ou garder la même méthode ; - Donner des conseils nutritionnels sur la nécessité d'augmenter la prise d'aliments contenant du fer. - Donner des COC normo dosés : 1 comprimé/jour pendant 21 jours si la femme est éligible; ou donner un anti-inflammatoire non stéroïdien pendant une semaine (Ibuprofène 400 mg 2 fois par jour). - Prescrire du fer + acide folique pendant 2 à 6 mois. - Transfuser au besoin. - Donner un rendez-vous de suivi. - Référer dans un centre chirurgical si nécessaire.
Hôpitaux	Idem CSRéf

➤ Céphalées

a. Définition :

Douleurs au niveau de la tête localisées ou non, intenses, répétées ou pulsatiles.

b. Éléments de diagnostic :

- Caractère intense, répété, pulsatile, ou localisé de la douleur avec signe d'accompagnement comme nausée, vertiges, sensibilité à la lumière et au bruit, troubles visuels ;
- Troubles de la parole ;
- Engourdissement ou fourmillement des membres inférieurs.

c. Gestes d'urgence :

- Arrêter la méthode ;
- Donner autre méthode ;
- Référer.

d. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	Donner autre méthode et référer.
CSCom	Si céphalée sévère ou fréquente : - Chercher la cause : - Vérifier s'il n'y a pas de tension artérielle élevée associée ; - Vérifier qu'il n'y a pas de sinusite (douleur de la région naso-frontale, écoulement nasal purulent) ; - Vérifier si les maux de tête sont violents depuis le début d'utilisation de la méthode. - Traiter ou référer : - Donner antalgiques à la demande et continuer la méthode, ou référer si nécessaire. Si céphalées avec signes neurologiques associés (vision trouble, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire) : - Référer.
CSRéf	- Idem CSCom. Si céphalées avec signes neurologiques associés (vision trouble, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire): - Traiter selon la cause ; - Si non référer. Si la tension artérielle est élevée : - Voir hypertension (tension supérieure à 160/100), traiter et changer de méthode. Si sinusite : - Traiter aux antibiotiques, anti-inflammatoires et anti-congestifs, sinon référer dans une structure avec service d'ORL. Si les maux de tête sont accompagnés de symptômes neurologiques focaux : - Arrêter la méthode et aider la cliente à choisir une autre méthode (sans hormones). Si les signes persistent : - Arrêter la méthode ; - Référer dans un centre avec service d'ophtalmologie et/ou de neurologie. Si les maux de tête sont bénins : - Donner des analgésiques. - Rassurer la cliente et continuer la méthode. - Réévaluer après 1 mois. Continuer la méthode si la TA $\leq$ 160/100 mm Hg et qu'il n'y a pas d'autres signes associés. Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni

Niveaux	Conduite à tenir
	signes associés : Aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale)
Hôpitaux	Idem CSRéf.

➤ Prise de poids

a. Définition :

C'est l'augmentation de 2 kg par mois ou plus depuis l'adoption de la méthode.

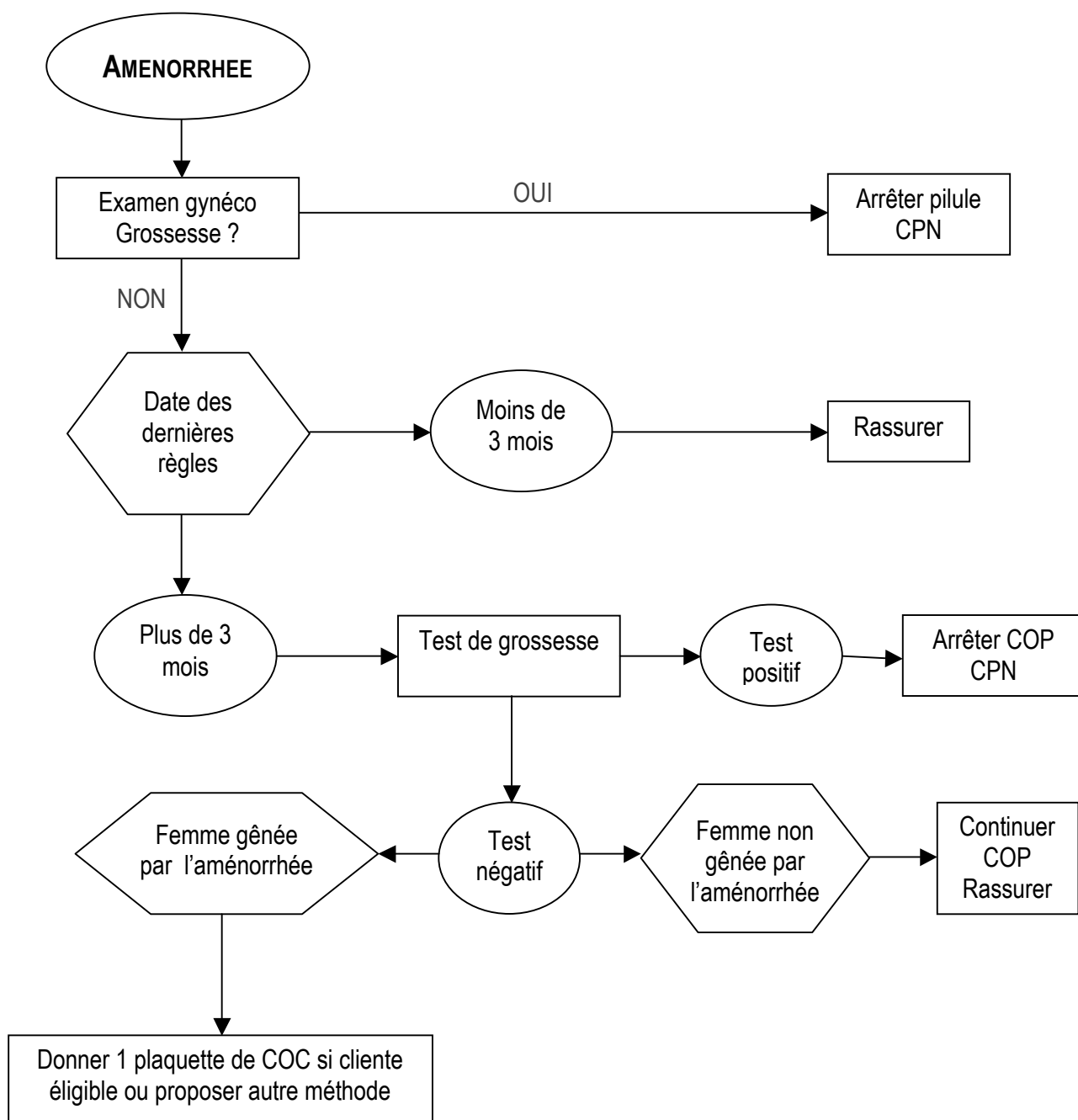
b. Éléments de diagnostic :

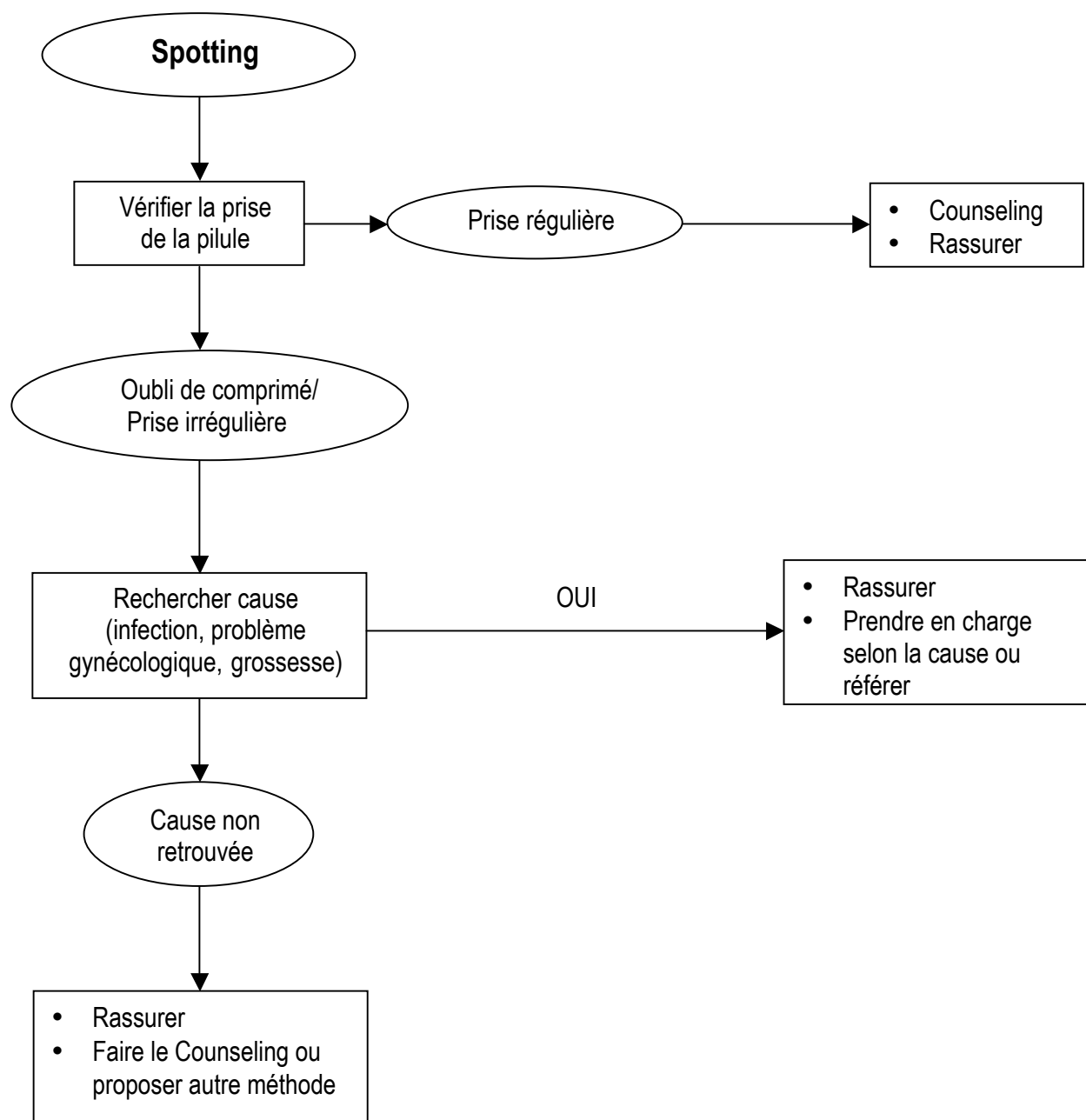
- Augmentation du poids.

c. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	Donner des conseils en alimentation et/ou référer.
CSCom	Si prise de COP depuis moins de 3 mois : - Rassurer Si prise de COP depuis plus de 3 mois Sans augmentation de l'appétit : - Donner des conseils en alimentation. Avec augmentation de l'appétit : - Conseils de régime + rendez-vous dans 1 mois Si pas d'amélioration : - Proposer une autre méthode ou référer au besoin.
CSRéf	Idem CSCom
Hôpitaux	Idem CSRéf

AMENORRHEE SOUS COP



SPOTTING SOUS COP

5.3. Les contraceptifs injectables

Il existe deux types :

- Contraceptifs injectables à base de progestatifs.
- Contraceptifs injectables combinés, administrés mensuellement contiennent 2 hormones (un progestatif et un œstrogène).

Dans ce chapitre on ne traitera que le contraceptif injectable à base de progestatif qui est le plus utilisé au Mali.

Définition : Le contraceptif injectable est un produit progestatif de synthèse qui, libéré lentement empêche la survenue de la grossesse.

Exemple : Dépo Provera, Noristérat.

a. Présenter les contraceptifs injectables :

- Montrer et faire toucher les contraceptifs injectables.
- Utiliser les aides visuelles adaptées.
- Utiliser un langage clair, simple et des termes usuels locaux.

b. Décrire les principaux avantages :

- Très efficace (> 99,7%).
- Action prolongée, longue durée d'action.
- Méthode peu contraignante, pratique, discrète.
- Ne gêne pas la lactation.
- Peut diminuer l'anémie.
- Peut protéger partiellement contre le cancer de l'endomètre, l'endométriose et les kystes de l'ovaire.
- Fournit une protection relative contre les maladies inflammatoires du pelvis.
- Espace les crises drépanocytaires.
- Diminue les risques de grossesse ectopique.

c. Expliquer les limites (inconvénients) ou précautions :

- Pas de protection contre les IST et VIH.
- Retour parfois lent à la fertilité (6 à 10 mois, et même parfois davantage, jusqu'à 18 mois).

d. Expliquer les effets secondaires :

- Spotting ou, rarement, hémorragie génitale importante.
- Aménorrhée.
- Gain pondéral modéré.
- Maux de tête.
- Légère sensibilité des seins.
- Changement d'humeur, dépression.
- Acné (rarement).
- Diminution de la libido.

e. Expliquer le mode d'utilisation :

- Le Noristérat ou le Dépo-Provera peuvent être administrés à n'importe quel moment du cycle si l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte ;

- Cependant le meilleur moment de l'injection est entre le 1^{er} et le 7^{ème} jour du cycle. Si l'injection a eu lieu après le 7^{ème} jour, demander à la cliente d'utiliser une méthode barrière ou s'abstenir pendant 7 jours.
- Encourager la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.
- Faire la 1^{ère} injection du contraceptif selon les étapes.

f. Expliquer le mode d'administration selon la fiche technique :

Mode d'administration

Respecter les étapes de la technique d'administration :

- Préparer le matériel ;
 - Se laver les mains ;
 - Porter des gants ;
 - Respecter les règles de l'asepsie.
- Si depo-provera (DMPA) au cas où le produit est déposé dans le flacon :
- Frotter délicatement le flacon dans le creux de la main ;
 - Eviter de mousser le produit ;
 - Essuyer le bouchon avec un antiseptique.
- Si Noristérat (NET EN) réchauffer **délicatement** l'ampoule en frottant entre les mains :
- Aspirer tout le produit ;
 - Désinfecter la zone d'injection en faisant un mouvement circulaire du site de l'injection vers l'extérieur ;
 - Injecter **tout le contenu** de la seringue en **IM profonde** ;
 - **Ne pas masser le site** de l'injection et dire à la cliente de ne pas masser.

g. Donner un rendez-vous de suivi :

- Donner un rendez-vous de :
 - 8 semaines (2 mois) après si NORISTERAT
 - 12 semaines (3 mois) après si DEPO PROVERA.
- Demander à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - Saignements très abondants ;
 - Maux de tête sévères suite à l'injection ;
 - Ictère ;
- Demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- Dire "au revoir".

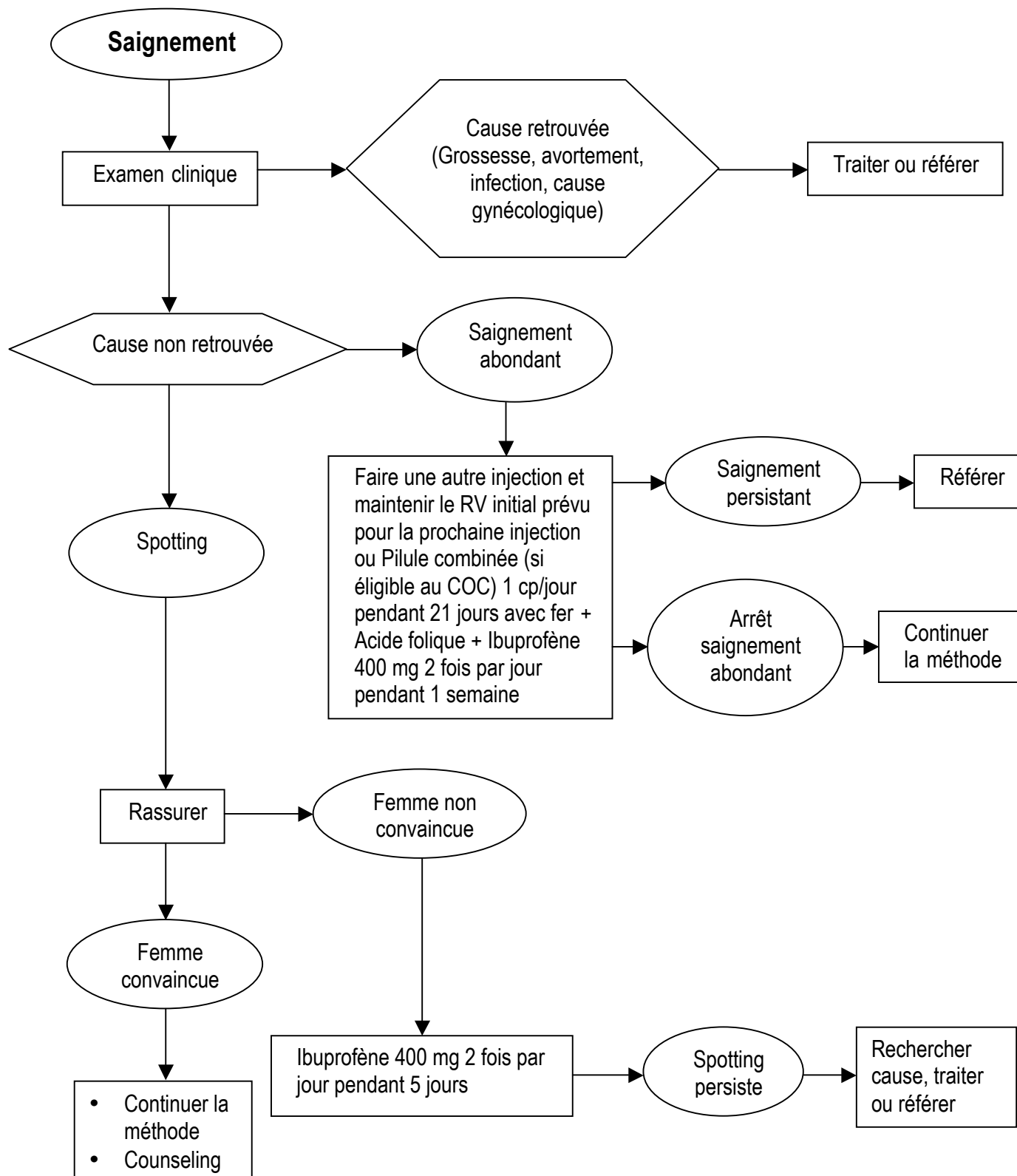
h. Faire les visites de suivi :

- Demander à la cliente, si possible à son partenaire, s'ils sont satisfaits de la méthode.
- Demander la date des dernières règles.
- Prendre la TA et le poids.
- Suivre le même rythme d'injection s'il n'y a pas de plaintes.

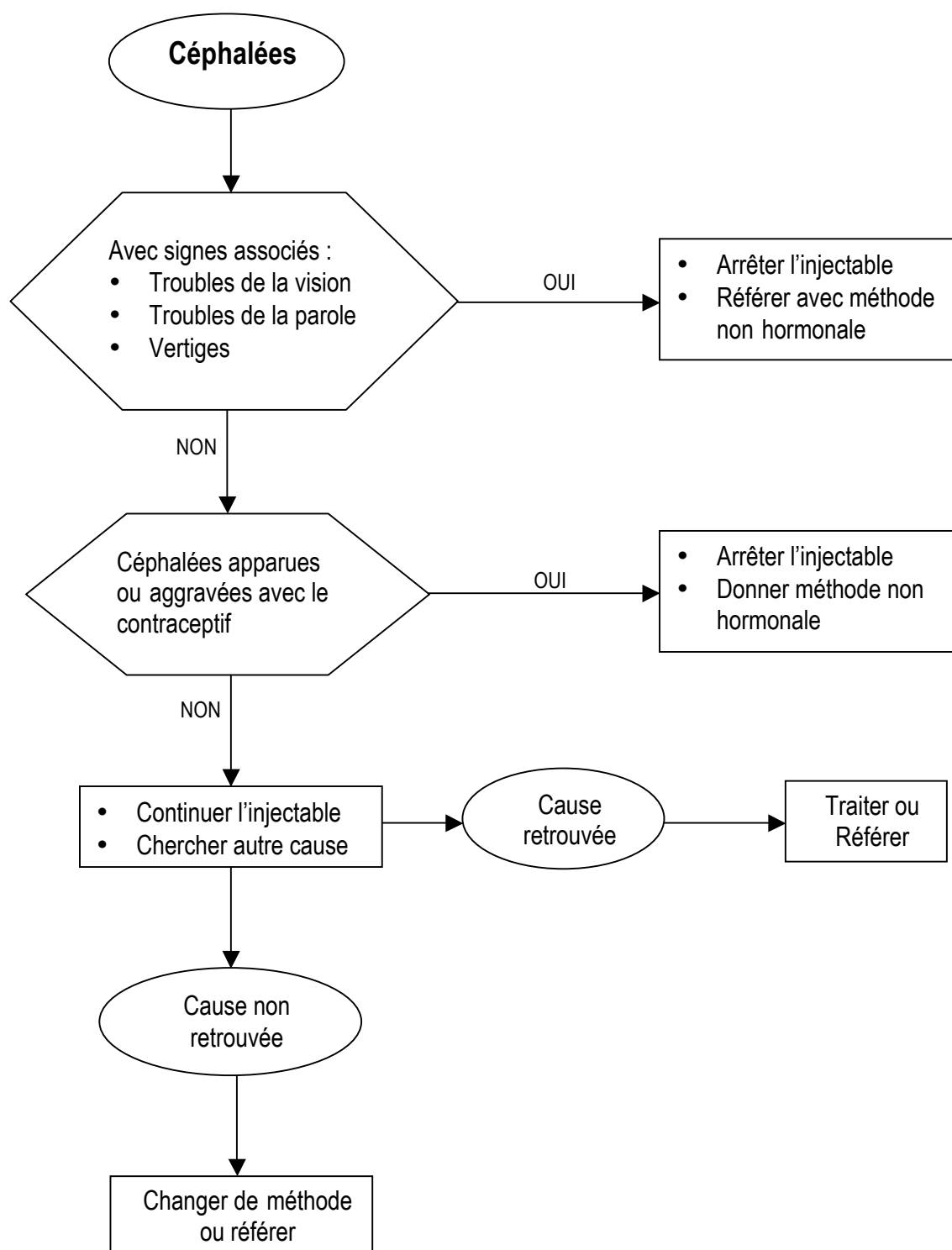
i. Prendre en charge les effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

- S'assurer que la cliente a respecté ses rendez-vous et ses rythmes d'injection.
- Faire un examen clinique.
- Appliquer les "arbres de décision" devant les effets secondaires rencontrés :

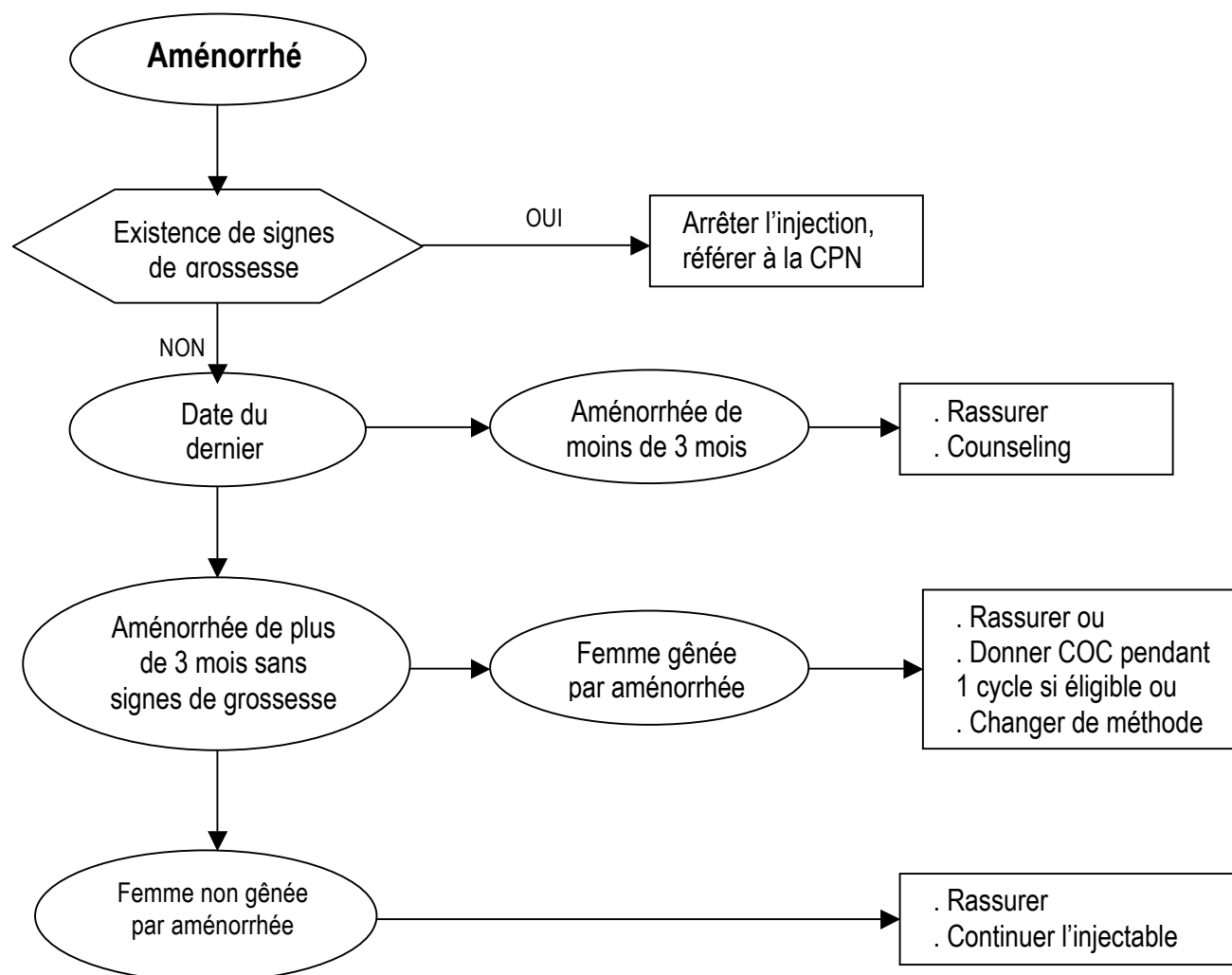
SAIGNEMENT SOUS INJECTABLES



CEPHALEES SOUS INJECTABLES



AMENORRHEE SOUS INJECTABLES



5.4. Les implants

a. Définition :

Ce sont de petits bâtonnets ou capsules en plastique, chacune de la taille d'une allumette, qui, insérés sous la peau libèrent un progestatif analogue à la progestérone qui est une hormone naturelle dans le corps d'une femme.

Exemple : Norplant (6 bâtonnets), Jadelle (2 bâtonnets), Sino-Implant (2 bâtonnets) Implanon (1 bâtonnet).

b. Expliquer le mode d'action :

Agissent essentiellement en :

- Épaississant la glaire cervicale (cela empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule).
- Interférant avec le cycle menstruel, ils empêchent l'ovulation (libération des ovocytes des ovaires).

c. Présenter les implants :

- Présenter les différents types d'implants :
 - Jadelle : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans ;
 - Implanon : 1 bâtonnet efficace pendant 3 ans (des études sont en cours pour voir s'ils durent 4 ans) ;
 - Norplant : 6 capsules, 5 années d'utilisation sur l'étiquette (des études à grande échelle ont constaté qu'il est efficace pendant 7 ans) ;
 - Sonoplant : 2 bâtonnets efficaces pendant 5 ans ;
 - Sino-Implant : 2 bâtonnets efficaces pendant 4 ans.
- Montrer, faire toucher la ou les capsules d'un échantillon d'implant.
- Utiliser les aides visuelles adaptées.
- Utiliser un langage clair que la cliente comprend.
- S'assurer que la cliente a compris.
- Indiquer le lieu où se fait l'insertion.

d. Expliquer les principaux avantages :

- Aident à protéger contre :
 - les risques de grossesse ;
 - les inflammations pelviennes symptomatiques.
- Peut aider à protéger contre l'anémie ferriprive.
- Très efficace :
 - Sur 5 années d'utilisation de Jadelle : environ une grossesse pour 100 femmes.
 - Sur 3 années d'utilisation d'Implanon : moins d'une grossesse pour 100 femmes (1 pour 1 000 femmes).
 - Sur 7 années d'utilisation du Norplant : environ 2 grossesses pour 100 femmes.
- Son action est immédiate.
- Le retrait possible des capsules à tout moment.

- Retrait facile si la/les capsules sont bien insérées sous la peau.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- N'affecte pas l'allaitement.
- A peu d'effets secondaires, à part les irrégularités menstruelles.
- Le retour à la fécondité immédiat : comparable à celui de celles qui n'utilisent aucune méthode après un an.

e. Expliquer les limites (Inconvénients ou précautions) :

- La pose ou le retrait du/des capsules nécessite un personnel qualifié.
- Ne protège pas contre les IST, le VIH.
- Les capsules peuvent être visibles sous la peau.
- L'existence de quelques risques mineurs liés à l'acte : saignement, hématome, infection locale.
- La cliente ne peut pas arrêter la méthode d'elle-même.

f. Expliquer les effets secondaires :

Certaines utilisatrices mentionnent les problèmes suivants :

Changements dans les modes de saignement :

- ✓ **Premiers mois :**
 - Saignements plus légers et moins de jours de saignements ;
 - Saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours ;
 - Saignements peu fréquents ;
 - Pas de saignement mensuel.
- ✓ **Après environ 1 année :**
 - Saignements plus légers et moins de jours de saignements ;
 - Saignements irréguliers ;
 - Saignements peu fréquents.

Les utilisatrices d'Implant sont plus susceptibles d'avoir des saignements peu fréquents ou pas de saignement menstruel du tout, que des saignements irréguliers qui durent plus de 8 jours :

- Maux de tête ;
- Douleurs abdominales ;
- Acné (peu s'améliorer ou empirer) ;
- Changement de poids ;
- Seins endoloris ;
- Etourdissements ;
- Sautes d'humeur ;
- Nausées.

Autres changements physiques possibles :

- Follicules ovariens élargies.

g. Appliquer les critères de recevabilité d'une cliente désirant le Jadelle :**➤ Qui peut utiliser**

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser les implants efficacement et sans risques, y compris les femmes qui :

- Ont ou n'ont pas d'enfants ;
- Ne sont pas mariées ;
- Quel que soit leur âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans ;
- Qui viennent d'avoir un avortement ou une fausse couche ;
- Fument n'importe quel nombre de cigarettes par jour et peu importe l'âge de la femme ;
- Qui allaitent (Elles peuvent commencer dès 6 semaines après l'accouchement) ;
- Souffrent d'anémie actuellement ou ont des antécédents d'anémie ;
- Ont des varices ;
- Sont infectées par le VIH, qu'elles suivent ou non un traitement antirétroviral mais il est recommandé vivement à ces femmes d'utiliser les préservatifs avec les implants.

➤ Qui ne devrait pas utiliser :

- Les Femmes présentant les problèmes suivants :
 - A actuellement un caillot de sang dans les veines profondes des jambes ou des poumons ;
 - A des saignements vaginaux inexpliqués avant le bilan pour le dépistage d'une éventuelle grave affection sous-jacente ;
 - A eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans mais qui n'a pas récidivé ;
 - Souffre d'une maladie grave, infection ou tumeur au foie ;
 - Prend des barbituriques, de la carbamazépine, de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, de la primidone, de la topiramate, ou de la rifampicine. Une méthode contraceptive d'appoint devrait également être utilisée, puisque ces médicaments réduisent l'efficacité des implants ;
 - Tension Artérielle supérieure à 14/10.

h. Insertion et retrait :**➤ Interrogatoire et examen**

Recommandés pour vérifier que la femme n'a pas une condition qui puisse empêcher l'adoption de la méthode.

➤ Insertion : Quand insérer

- Dans les 7 premiers jours du cycle ;
- Immédiatement après un avortement ;
- A n'importe quel moment du cycle si on peut être raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte.

L'insertion des implants est la même pour tous les types mais avec quelques petites spécificités (Cf. Fiche technique insertion N°2).

➤ **Retrait**

Le retrait est le même pour tous les implants. Cependant, il faut utiliser la technique « U » qui s'avère plus facile pour attraper chaque bâtonnet environ à 5 mm plus haut que son extrémité à l'aide d'une pince. (Cf. Fiche technique retrait n° 3).

i. Rendez-vous de suivi :

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance ;
- Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a un problème tel que :
 - douleurs sévères au bas ventre ;
 - saignement en dehors des règles ;
 - douleurs au site d'insertion avec ou sans pus/sang ;
 - expulsion des implants ;
 - fréquents maux de tête, migraine ou vision trouble ;
 - absence de règles ;
 - signes de grossesse.
- Dire à la cliente que le retrait des implants se fait après 3 à 7 ans d'utilisation **(en fonction du poids de la femme)** ou dès qu'elle le désire ou en cas d'indication médicale.
- Dire à la cliente que le retrait n'est pas douloureux et peut durer plus longtemps que l'insertion.
- Dire à la cliente qu'après le retrait, le retour à la fertilité est immédiat.
- Préciser que si la femme désire de nouveau l'implant, elle peut recevoir une nouvelle série d'implants au même moment où on lui retire les anciens.
- Donner un rendez-vous et le marquer sur le carnet :
 - 1^{ère} visite de suivi : sept jours après l'insertion pour défaire le pansement et vérifier le site d'insertion ;
 - autres visites de suivi : selon le besoin.
- Demander si elle est satisfaite du service rendu.
- Dire "au revoir".

j. Prise en charge des effets secondaires, complications et pathologies rencontrés :

- Faire un examen systématique de toute cliente ayant un problème.
- Appliquer les arbres de décision ci-après, devant les effets secondaires rencontrés :
 - saignement génital sous implants ;
 - maux de tête sous implants ;
 - aménorrhée sous implants.

N.B : Toujours respecter rigoureusement les techniques d'asepsie pendant l'insertion et le retrait des implants.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants ¹

- Vérifier que la cliente a lavé soigneusement son bras avec du savon et de l'eau.
- Choisir et placer correctement le bras de la femme.
- Marquer l'endroit où sera faite l'insertion.
- Vérifier la présence d'instruments stériles ou DHN et la ou les capsules d'implants.

Tâches préalables à l'insertion

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou essuyer avec un linge individuel propre et sec.
- Mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (s'ils sont talqués, enlever la poudre sur les doigts des gants).
- Passer une solution antiseptique à l'endroit de l'insertion selon les directives.
- Placer un linge stérile ou désinfecté à haut niveau (DHN) sur le bras ;
- Injecter un anesthésique local juste sous la peau.
- Gonfler légèrement la peau.
- Avancer l'aiguille d'environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans chacun des 2-3 sillons subdermiques (vérifier qu'il y a effet anesthésique).

Insérer les capsules d'implants

- Insérer directement le trocart sous la peau).
- Tout en gonflant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart.
- Retirer le mandrin et charger la capsule dans le trocart (avec mains gantées ou pinces).
- Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance.
- Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce qu'il arrive au manche du mandrin.
- Retirer le trocart et le mandrin ensemble jusqu'à ce que la marque (2) près du bout du trocart apparaisse dans l'incision (ne pas retirer le trocart de la peau).
- En tenant avec le doigt la capsule déjà placée, guider l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque (1).
- Ne retirer le trocart qu'après avoir inséré la dernière capsule.
- Palper les capsules pour vérifier que la ou les capsules ont été insérées en forme de V pour jadelle, sino –implant et éventail pour le norplant.
- Palper l'incision pour vérifier que la ou toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants ²**Tâches après l'insertion**

- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un pansement compressif et du sparadrap ou un pansement chirurgical et du sparadrap.
- Mettre l'aiguille et la seringue dans la boîte de sécurité et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour la décontamination.
- Eliminer les déchets avec les mesures de précaution qui s'imposent.
- Plonger les mains gantées dans une solution chlorée ; enlever les gants en les retournant et les mettre dans la poubelle.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou les essuyer avec un linge individuel, sec et propre.
- Coller l'étiquette de l'emballage sur la fiche d'admission.

Counseling Post-insertion

- Donner à la cliente les instructions sur l'entretien de la plaie et lui dire quand revenir.
- Rassurer la cliente qu'elle peut faire retirer la ou les capsules à n'importe quel moment si elle le désire.
- Observer la cliente pendant au moins cinq minutes avant de lui dire au revoir.
- Dire à la cliente qu'elle peut revenir lorsqu'elle le souhaite ou chaque fois qu'elle a des problèmes.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants.

Autres méthodes et techniques de retrait - ¹

Tâches préalables au retrait :

- Accueillir la cliente avec respect et amabilité ;
- Demander à la cliente les raisons de son désir de retrait et revoir ses projets en matière de procréation et ses besoins de protection contre les infections du tractus génital (ITG) et autres IST ;
- Si elle veut continuer la planification familiale, lui demander si elle veut un autre jeu d'implants ;
- Dire à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions ;
- Demander si elle est allergique à la solution antiseptique et au produit anesthésique local ;
- Vérifier que la cliente a soigneusement lavé et rincé son bras entier ;
- Aider la cliente à s'installer sur la table ;
- Placer le bras de la femme en mettant un linge stérile ou désinfecté à haut niveau ;
- Palper la ou les capsules et marquer leur position, la zone d'anesthésie et le site d'incision ;
- Vérifier la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau ;
- Ouvrir le paquet d'instruments stériles ou désinfectés à haut niveau sans toucher aux instruments.

Retrait de la ou des capsules d'implants :

- Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- Mettre des gants stériles ou désinfectés à haut niveau (DHN) aux deux mains. (Si les gants sont talqués, essuyer le talc sur les doigts des gants avec de la gaze trempée dans de l'eau stérile ou bouillie) ;
- Disposer les instruments et le matériel stérile sur un plateau désinfecté à haut niveau ;
- Passer une solution antiseptique deux fois sur la zone de l'incision en mouvements circulaires sur 8 à 13 cm et laisser sécher à l'air libre ;
- Placer un champ opératoire stérile ou désinfecté à haut niveau sur le bras (facultatif) ;
- En utilisant une aiguille et une seringue stériles, injecter une petite quantité d'anesthésique local (1% sans adrénaline) juste sous la peau à l'endroit de l'incision pour gonfler légèrement la peau (petite boule) ;
- Placer l'aiguille à environ 1 cm sous les extrémités de la ou des capsules, le plus près possible du site de l'incision originale ;
- Injecter 1 ml d'anesthésique local sous les extrémités des capsules tout en retirant doucement l'aiguille ;
- Retirer l'aiguille et la placer dans un endroit sûr pour éviter de se piquer accidentellement avec l'aiguille ;
- Masser la peau pour répartir l'anesthésique dans les tissus ;
- Tester le site de l'incision avec le bout des pinces pour vérifier qu'il y a effet anesthésique. (Si la cliente a mal, attendre 2 à 3 minutes et retester le site de l'incision)
- Injecter plus d'anesthésique local seulement si nécessaire ;
- Une fois les capsules retirées, les compter pour s'assurer qu'on a bien enlevé **la ou les capsules entières** et les montrer à la cliente ;
- Répondre aux questions de la cliente ;
- Revoir l'information générale et spécifique à la méthode et sur les méthodes de planification familiale en général.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ²

Tâches Post-retrait :

- Comprimer l'incision avec de la gaze pour arrêter les saignements et retirer le champ opératoire, si utilisé ;
- Frotter délicatement le bras de la cliente pour enlever toute trace de Polyvidone iodée ou marque ;
- Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un sparadrap ou un pansement chirurgical avec de la compresse stérile ;
- Appliquer un pansement bien serré sur l'incision et entourer le bras d'un pansement compressif avec de la gaze pour assurer l'hémostase et minimiser les ecchymoses ;
- Mettre l'aiguille et la seringue dans la boîte de sécurité ;
- Avant de retirer les gants, placer tous les instruments dans une solution de décontamination pendant 10 minutes ;
- Eliminer les déchets contaminés, y compris la ou les capsules d'implants dans un récipient étanche ou un sac en plastique ;
- Tremper les deux mains gantées dans une solution chlorée à 0,5% ;
- Retirer les gants en les retournant et les mettre dans une poubelle fermée ;
- Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge individuel, propre et sec ou à l'air libre.

Counseling post-retrait :

- Donner à la cliente des instructions pour les soins de la plaie et lui dire quand retourner à la clinique, si nécessaire ;
- Discuter de ce qu'il faut faire si la cliente a des problèmes ;
- Prendre un autre rendez-vous si une des capsules n'a pas pu être enlevée ;
- Demander à la cliente de répéter les instructions ;
- Aider la cliente à obtenir une nouvelle méthode de contraception ou lui fournir une méthode temporaire (barrière) jusqu'à ce que la méthode de son choix puisse être commencée.

Observer la cliente pendant au moins 15 à 20 minutes et lui demander comment elle se sent avant de la laisser partir.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ³

Retrait des capsules difficiles à retirer :

Si la ou les capsules ne peuvent pas être facilement déplacées dans l'incision :

- Insérer la pince courbée par l'incision jusqu'à ce que les mâchoires de la pince se trouvent sous l'extrémité des capsules ;
- Enlever les tissus cicatriciels entourant les extrémités des capsules ;
- Pousser le bout d'une capsule aussi près que possible de l'incision ;
- Saisir le bout de la capsule avec la pince recourbée (Mosquito ou crile) et l'amener doucement vers l'incision ;

Si l'on ne peut pas amener doucement la capsule :

- Insérer la pince courbée avec les mâchoires vers le haut ; saisir la capsule par le dessous entre le bout des mâchoires de la pince ;
- Refermer la pince sur la capsule et retourner le manche de la pince à 180° vers l'épaule de la cliente ;

Après avoir retourné la pince :

- Nettoyer l'enveloppe fibreuse qui entoure le bout exposé de la capsule avec de la gaze stérile (ou un bistouri, si nécessaire) ;

Si la capsule n'est pas visible :

- Pivoter la pince à 180° sur son axe principal pour révéler l'extrémité de la capsule ;
- Avec l'enveloppe ouverte, presser doucement les tissus entourant l'extrémité de la capsule avec les deux pouces pour pouvoir voir l'extrémité et saisir avec la seconde pince ;
- Retirer lentement et doucement la capsule et la placer dans une cupule contenant une solution de décontamination pendant 10 minutes.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait - ⁴

Retrait : Technique par éjection (Pop-Out) :

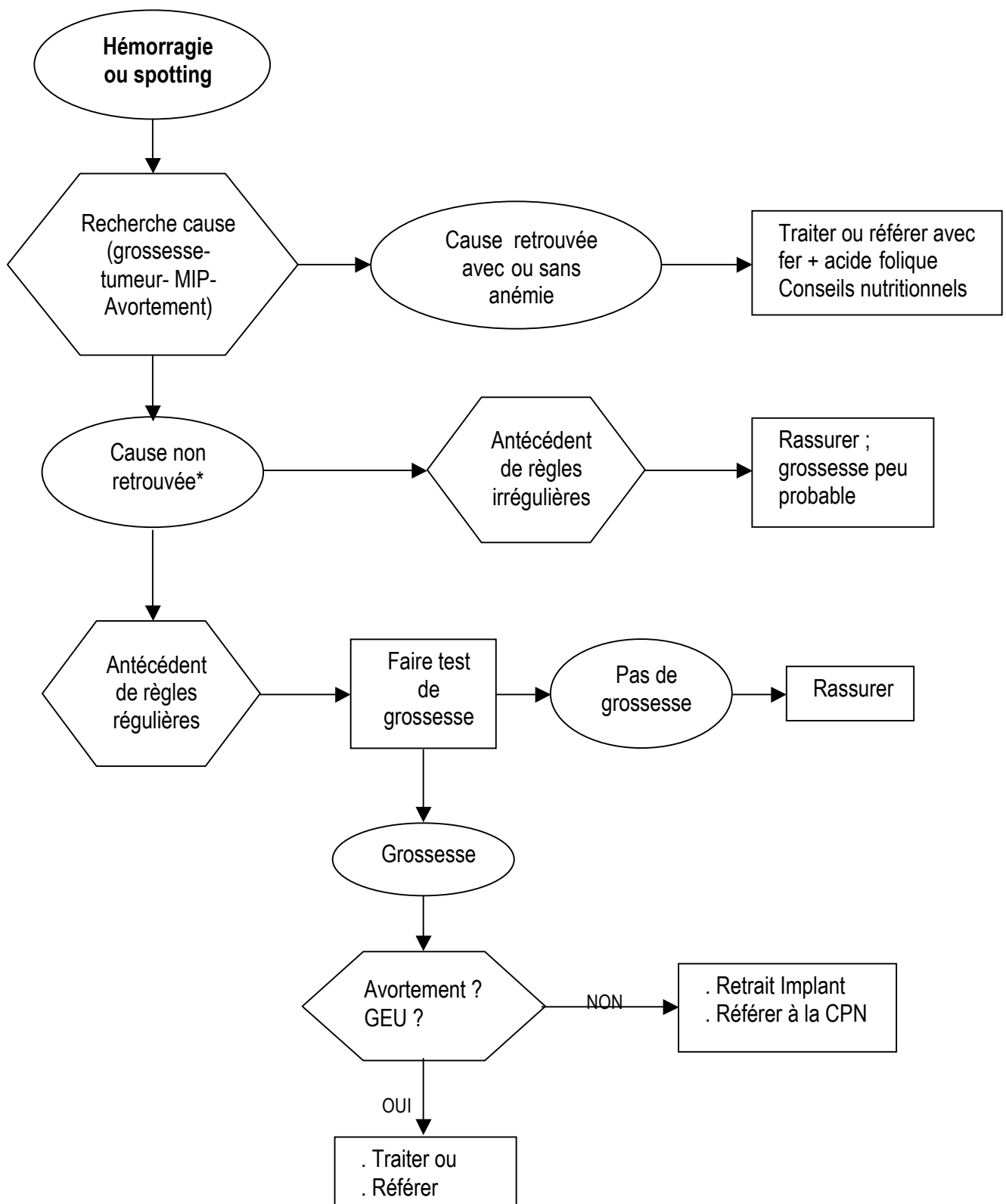
- Choisir la capsule la plus facile à retirer ;
- Pousser sur le bout de la capsule la plus proche de l'épaule (bout proximal) avec un doigt ;
- Lorsque le bout de la capsule le plus proche du coude (distal) se présente sous la peau, faire une petite incision (2 à 3 mm) sur le bout avec le bistouri ;
- Presser le bout de la capsule entre le pouce et le doigt pour la faire sortir de l'incision ;
- Insérer la lame du bistouri dans l'incision jusqu'à ce qu'elle touche juste le bout des capsules, si nécessaire, couper les tissus fibreux qui entourent le bout de la capsule ;
- Une fois l'enveloppe fibreuse ouverte, presser doucement les tissus qui entourent le bout de la capsule avec les deux pouces pour que le bout soit visible ;
- Appuyer doucement sur le bout proximal de la capsule pour la faire « éjecter » de l'incision.
- Retirer la capsule lentement et doucement et la placer dans une cupule contenant une solution de décontamination pendant 10 minutes.

GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET PROBLEMES LIES A L'UTILISATION DES IMPLANTS

Effets secondaires	Conduite à tenir
Aménorrhée - Interroger la cliente sur - La date des dernières règles - La date d'insertion du Jadelle - Déterminer les préoccupations de la cliente	Si pas de grossesse : - rassurer la cliente Si grossesse confirmée, - Retirer les implants et expliquer que le progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus ; - Prendre en charge pour CPN Si suspicion de GEU : - Référer
Prise de poids de plus de 5 kg Prendre le poids et comparer avec le poids antérieur	- Conseiller à la cliente de : - Revoir son régime alimentaire. - Faire des exercices physiques, si nécessaires.
Infections au site d'insertion - Inspecter le site - Vérifier la gravité de l'infection	Avec suppuration : - Procéder au retrait. - Faire l'antibiothérapie adéquate et les soins locaux. - Prescrire une autre méthode ou - Insérer le Jadelle dans l'autre bras Sans suppuration : - Administer les soins locaux plus une antibiothérapie. Si pas d'amélioration au bout de 7 jours : - Procéder au retrait. - Insérer un autre dans l'autre bras ou - Donner une autre méthode.
Expulsion d'une capsule - Demander à voir la capsule expulsée. - Vérifier le site d'insertion (capsules visibles ?)	- Retirer les capsules et réinsérer un nouveau jeu à un autre site. - Si infection : retirer les capsules restantes (voir ci-dessus).
Saignements/Spotting - Eliminer une cause organique (grossesse) - Interroger la cliente sur le début du saignement - Faire examen physique de la cliente	Si saignements peu abondants : - Rassurer la femme. Si saignements persistents : - Donner 1 cycle de COC normo dosé ou Ibuprofène 400 mg 2 comprimés 3 fois/jour pendant 5 jours.

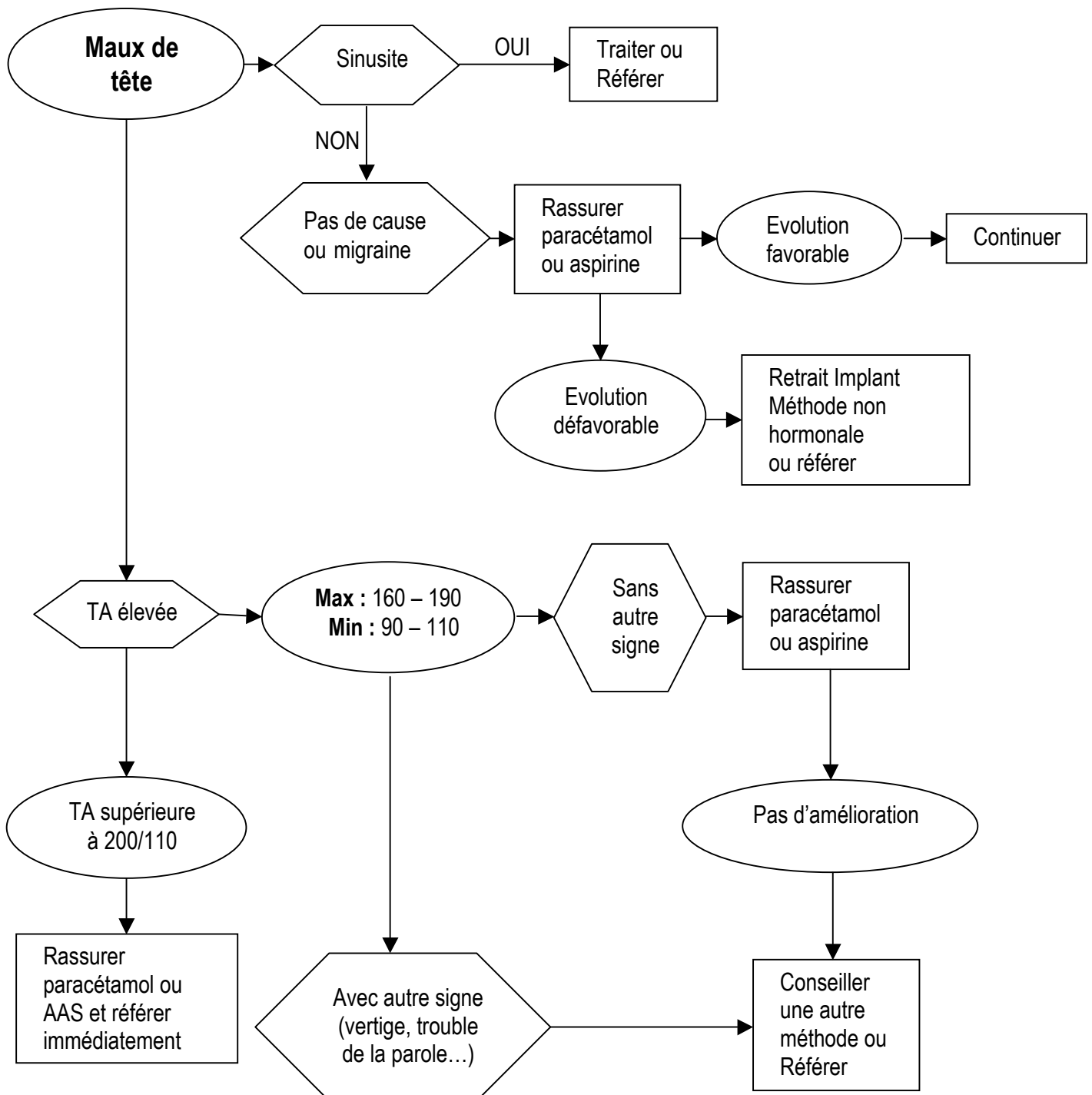
Effets secondaires	Conduite à tenir
	Si les saignements persistent ou abondants sous COC normo dosé : • Procéder au retrait. • Conseiller une autre méthode.
Céphalées • Interroger la cliente : 1. Début des céphalées, leur siège 2. Signes d'accompagnement : ▪ Ecoulement nasal purulent avec ou sans sensibilité douloureuse dans la région des sinus. ▪ Vertiges, troubles visuels, bourdonnements d'oreilles, troubles de l'équilibre, troubles du langage. 3. Date de l'insertion 4. Savoir si les maux de tête sont apparus avec l'insertion ou aggravés depuis celle-ci • Faire l'examen physique. • Faire les examens paracliniques si nécessaires (GE + DP, RX des sinus) • Conclure.	• Retirer la ou les capsules et donner une autre méthode. • Retrait immédiat de la ou des capsules et référer. • Aider à choisir une autre méthode. • Eliminer la sinusite. S'il y a sinusite • Traiter. Si TA inférieure à 160/100mm Hg : • Traiter au méthylidopa 250mg 1cp 3 fois/jour. Si TA supérieure à 160/100mm Hg : • Traiter ou référer ; • Retirer les implants ; • conseiller une autre méthode.

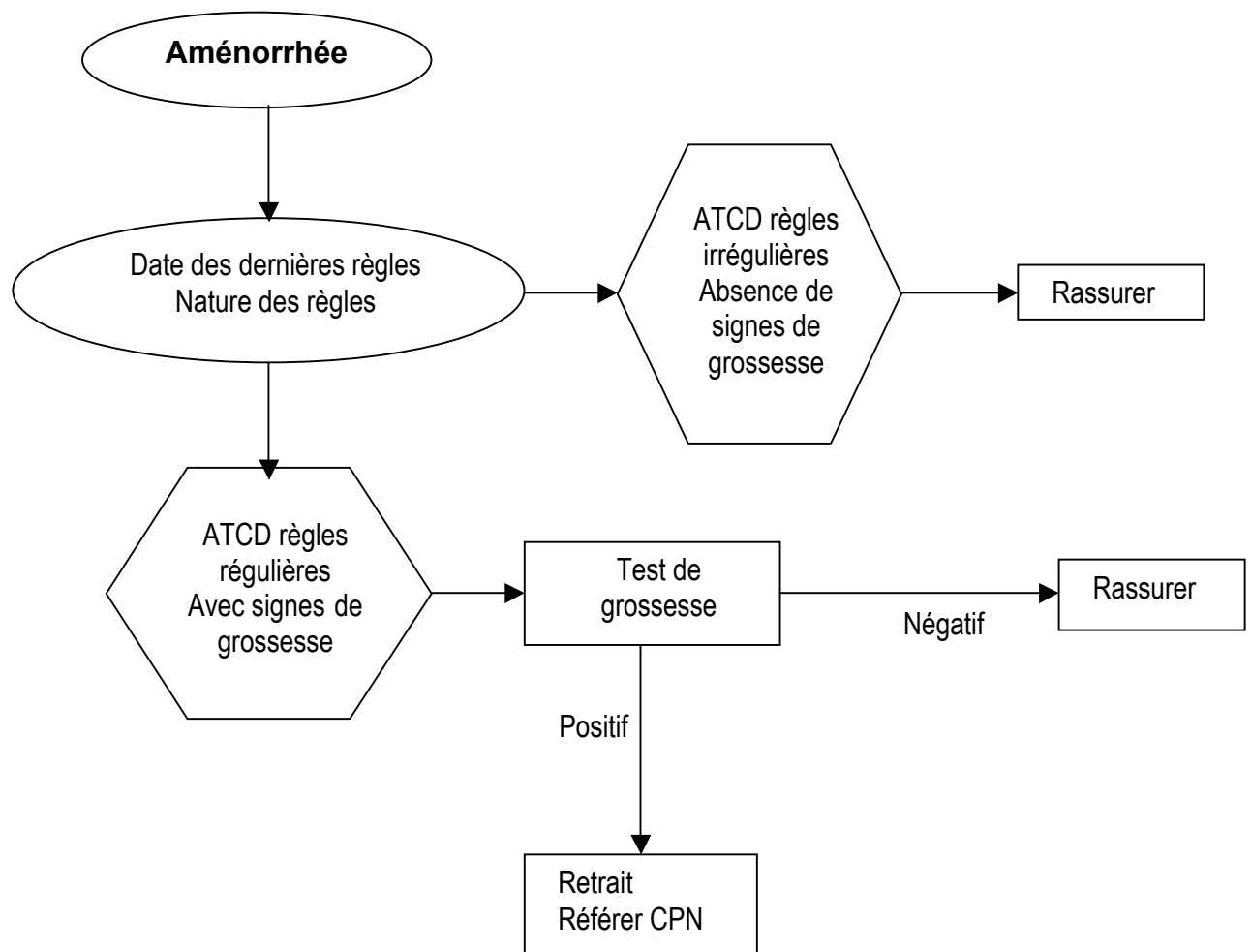
SAIGNEMENT GENITAL SOUS IMPLANT



*** Si l'hémorragie est importante, donner un comprimé de COC pendant 21 jours et fer + acide folique ou 400 mg d'Ibuprofène 2 fois/jour pendant 6 jours.**

MAUX DE TETE SOUS IMPLANT



AMENORRHEE SOUS IMPLANT

5.5. Le dispositif intra-utérin (DIU)

a. Définition :

Le DIU est un dispositif flexible de composition métallique et/ou plastique que l'on insère dans la cavité utérine dans un but contraceptif.

b. Présenter le DIU :

Il existe plusieurs modèles : (TCu 380A, TCu 220C, Multiload Cu 375, Nova T....)

- Le DIU TCu-380 A est en plastique contenant du cuivre libère lentement en petites quantités
- Le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (progestérone ou lévonorgestrel) : **Progestasert**.

c. Montrer, faire toucher le DIU :

- Utiliser les aides visuelles adaptées.
- Utiliser un langage clair, que la cliente comprend.
- S'assurer que la cliente a compris.

d. Décrire les principaux avantages du DIU :

- Très efficace (99,2 à 99,4% d'efficacité).
- Son action est immédiate.
- Actif pendant 10 ans dans l'organisme selon le fabricant et 12 ans selon les résultats des études.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- N'affecte pas l'allaitement.
- Immédiatement réversible.
- n'exige pas un effort de mémoire.
- Il a peu d'effets secondaires.

e. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- La pose ou le retrait de DIU nécessite un personnel qualifié.
- Le DIU ne protège pas contre les IST/VIH et le Sida.
- Pose et retrait nécessitent un examen clinique.
- La cliente ne peut arrêter la méthode d'elle-même.
- Le DIU peut être expulsé sans que la femme ne s'en rende compte (post partum).
- Le DIU ne protège pas contre les grossesses ectopiques.
- La femme doit vérifier la position du fil après les règles.

f. Expliquer les effets secondaires :

• Effets secondaires courants :

Changements menstruels (durant les 3 premiers mois mais ont tendance à diminuer après :

- règles plus longues et plus abondantes ;
- saignements ou spotting entre les règles ;

- davantage de crampes et de douleurs durant les règles.
- **Autres effets secondaires et complications peu courants :**
 - Crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion ;
 - Perforation de la paroi de l'utérus si insertion mal effectuée.

g. Respecter les critères de recevabilité d'une cliente désirant le DIU :

- Toute femme si l'on est raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte.
- Immédiatement après accouchement ou avortement (s'il n'y a pas d'infection).
- Femme qui désire une contraception continue ou de longue durée.
- Femme qui a le nombre d'enfants désirés mais ne veut pas subir une ligature des trompes.
- Femme qui ne peut utiliser des contraceptifs hormonaux.

h. Expliquer le moment approprié pour l'insertion :

Le DIU peut être inséré à n'importe quel moment du cycle (pas seulement pendant la menstruation) :

- Si on est raisonnablement sûr que la femme n'est pas enceinte ;
- Durant la menstruation (pose plus facile et moins douloureuse, le petit saignement passe inaperçu) ;
- Dans les 10 mn après la délivrance à 48 heures après l'accouchement (formation spécifique nécessaire) ou après 6 semaines ? ;
- Expliquer à la cliente comment se fera l'insertion ou le retrait du DIU avec des mots simples, accessibles.

FICHE TECHNIQUE N°4 : Counseling DIU après la période du post-partum

Counseling initial

- Accueillir la femme avec respect et amabilité.
- Etablir le but de la visite et répondre aux questions.
- Donner des informations générales sur la planification familiale.
- Expliquer ce qui se passera pendant la visite.
- Demander à la cliente quels sont ses projets sur le plan de la reproduction (est-ce qu'elle désire espacer ou limiter les naissances ?).
- Explorer les attitudes ou croyances religieuses qui favorisent ou éliminent une ou plusieurs méthodes.

Counseling sur la méthode

- Vérifier que l'entretien se déroule en privé.
- Obtenir des informations biographiques (nom, adresse, etc.).
- Renseigner la femme sur le DIU, les risques et avantages :
 - Montrer où et comment on utilise le DIU ;
 - Expliquer comment il fonctionne et son efficacité ;
 - Expliquer les effets secondaires possibles et autres problèmes de santé ;
 - Expliquer que les effets secondaires courants ne sont pas graves.
- Discuter des besoins, préoccupations et craintes de la cliente de manière attentive et avec empathie (se mettre à sa place).
- Faire un bilan attentif de la cliente pour être sûr qu'il n'existe pas de conditions médicales qui pourraient s'avérer un problème (remplir la liste de vérification pour le bilan des clientes).
- Expliquer les éventuels effets secondaires et s'assurer qu'ils sont bien compris.

Counseling pré insertion (Locaux examen/procédure)

- Revoir la liste de vérification pour le bilan des clientes pour déterminer si elle est une bonne candidate pour le DIU et si elle a des problèmes qui devraient être suivis pendant que le DIU est en place.
- Informer la cliente qu'il est nécessaire de faire les examens clinique et gynécologique.
- Eliminer la possibilité de grossesse si elle est au-delà du 7^{ème} jour du cycle.
- Expliquer ce à quoi la femme doit s'attendre pendant et après l'insertion.

Counseling post-insertion

- Remplir le dossier de la cliente.
- Montrer à la cliente comment et quand vérifier les fils.
- Discuter de ce qu'il faut faire si la cliente a des effets secondaires ou des problèmes.
- Donner des instructions pour la visite de suivi.
- Rappeler à la cliente que le TCu-380 A a une efficacité de 10 à 12 ans.
- Indiquer à la cliente qu'elle peut revenir dans le même service à n'importe quel moment pour des conseils, chaque fois que le besoin se fait sentir ou pour faire retirer le DIU.
- Demander à la cliente de bien vouloir répéter les instructions.
- Répondre aux questions de la cliente.
- Observer la cliente pendant au moins 15 minutes avant de la laisser partir.

Counseling (retrait)**Counseling avant retrait**

- Accueillir la femme avec respect et amabilité.
- Demander le but de la visite.
- Demander à la cliente pourquoi elle veut faire retirer le DIU et répondre à ses questions.
- Demander à la cliente quels sont ses projets actuels en matière de reproduction (veut-elle continuer à espacer ou à limiter les naissances ?).
- Décrire la procédure de retrait et ce à quoi elle doit s'attendre pendant le retrait et après.

Counseling post-retrait :

- Dire à la cliente ce qu'il faut faire en cas de problèmes (par exemple saignement prolongé ou douleur abdominale ou pelvienne).
- Demander à la cliente de bien vouloir répéter les instructions.
- Répondre aux questions de la cliente.
- Revoir les informations générales et celles spécifiques aux méthodes de planification familiale si la cliente veut limiter ou continuer à espacer les naissances.
- Aider la cliente à obtenir une nouvelle méthode ou lui fournir une méthode temporaire (barrière) jusqu'à ce qu'elle puisse commencer la méthode choisie.
- Observer la cliente pendant au moins 5 minutes avant de la laisser partir.

FICHE TECHNIQUE N° 5 : Insertion/Retrait du DIU TCU-380 A

Tâches avant l'insertion : après l'accueil, le counseling spécifique DIU et l'examen clinique de la cliente

- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge propre et sec.
- Dire à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions.

Insertion du DIU

- Mettre des gants d'examen, ou stériles.
- Faire un examen bimanuel.
- Retirer les gants, se laver les mains, les sécher avec un linge propre et sec ou à l'air libre.
- Mettre des gants d'examen ou stériles.
- Placer le spéculum et examiner le col.
- Désinfecter soigneusement le col (surtout l'orifice) et le vagin deux fois ou plus avec un antiseptique (Polyvidone iodée).
- Saisir doucement le col avec un tenaculum (pince à col).
- Passer l'hystéromètre une seule fois dans l'ouverture du col sans toucher les parois vaginales ou le spéculum.
- Déterminer la profondeur de la cavité utérine et retirer l'hystéromètre.
- Charger le TCU-380 A dans l'emballage stérile :
 - ouvrir partiellement le paquet et replier les côtés à l'arrière ;
 - mettre le mandrin blanc (piston) à l'intérieur du tube de l'inserteur ;
 - mettre le paquet à plat et glisser la carte ID sous les bras du DIU ;
 - tout en tenant les pointes des bras du DIU, pousser le tube de l'inserteur pour commencer à plier les bras vers le bas ;
 - quand les bras sont repliés, retirer l'inserteur de dessous les bras ;
 - enlever le tube de l'inserteur, pousser et tourner pour attraper les pointes des bras dans le tube.
- Placer le curseur à la profondeur mesurée avec le DIU encore dans son emballage stérile et ouvrir ensuite complètement l'emballage.
- Retirer l'inserteur chargé ; veiller à ne toucher aucune surface non stérile ; ne pas pousser le mandrin blanc vers le DIU.
- Passer doucement l'inserteur chargé à travers le col en tenant le curseur bleu jusqu'à ce que le curseur touche le col ou qu'une résistance soit sentie.
- Tenir immobile avec une main le tenaculum et le mandrin blanc.
- Libérer les bras du DIU TCU-380 A en utilisant « la technique du retrait » (**tirer le tube de l'inserteur vers vous jusqu'à ce qu'il touche la griffe pour le pousseur du mandrin**).
- Retirer le mandrin blanc et pousser doucement (vers le haut) le tube de l'inserteur jusqu'à ce qu'une résistance soit sentie.
- Retirer partiellement le tube de l'inserteur et couper les fils du DIU en laissant 3 ou 4 cm.
- Retirer le tube de l'inserteur.
- Retirer doucement le tenaculum.
- Examiner le col et en cas de saignement placer de la gaze sur l'endroit du saignement, là où la pince tire col a blessé, pendant 30 à 60 secondes ;
- Refouler le fil dans le cul de sac du Douglas ;

- Retirer doucement le spéculum.

Tâches post-insertion

- Placer les instruments utilisés dans une solution de décontamination pendant 10 minutes ;
- Eliminer les déchets (gaze, coton, gants à jeter) selon les directives.
- Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée.
- Retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle.
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon.
- Essuyer les mains avec un linge individuel sec et propre.
- Remplir la carte de rendez-vous et noter dans le dossier de la cliente.
- Aider la femme à se relever.

Retrait du TCU-380 A

- Indiquer à la cliente ce qu'on va faire et l'encourager à poser des questions.
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sécher avec un linge individuel, propre et sec.
- Mettre des gants d'examen neufs (à jeter) ou DHN ou stériles (réutilisables).
- Faire un examen bi manuel :
 - Déterminer s'il y a sensibilité à la mobilisation cervicale ;
 - Déterminer la taille, la forme et la position de l'utérus ;
 - Palper les annexes pour détecter les anomalies.
- Placer le spéculum et examiner le col.
- Passer avec soin un antiseptique sur le col (surtout l'orifice externe) et le vagin deux fois ou plus.
- Saisir les fils près du col avec une pince à hémostase ou autre pince étroite ;
- Tirer doucement mais fermement sur les fils pour retirer le DIU.
- Montrer le DIU à la cliente et retirer doucement le spéculum.
- Observer la cliente sur la table d'examen ou lit pendant 15 mn avant de la laisser partir.

Tâches post-retrait

- Placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes ;
- Eliminer les déchets (gaze, coton utilisés, gants à jeter) selon les directives.
- Plonger les deux mains gantées dans une solution chlorée, retirer les gants en les retournant et les jeter dans la poubelle.
- Se laver les mains soigneusement avec de l'eau et du savon.
- Essuyer les mains avec un linge individuel sec et propre.
- Noter le retrait du DIU dans le dossier de la cliente.

i. Donner un rendez-vous de suivi

- Expliquer à la cliente la date du rendez-vous et son importance.
- Dire à la cliente de se présenter à tout moment si elle a des problèmes (signes avertisseurs) tels que :
 - aménorrhée ;
 - douleurs sévères au bas ventre ;
 - expulsion du DIU ou absence des fils ;
 - saignements très abondants ;
 - suspicion d'IST.
- Dire à la cliente que le DIU est efficace pendant 13 ans mais qu'elle peut le faire retirer à tout moment.
- Dire à la cliente qu'après le retrait, elle pourrait tomber enceinte aussi rapidement que les femmes qui n'utilisent pas de DIU.
- Préciser que si la femme désire le DIU de nouveau, elle peut recevoir un nouveau DIU immédiatement après le retrait de l'ancien.
- Donner un rendez-vous et le marquer sur le carnet :
 - 1^{ère} visite de suivi : après les premières règles pour s'assurer que le DIU est en place ;
 - autres visites de suivi : selon le besoin.
- Demander si elle est satisfaite du service rendu.
- Dire "au revoir".

Dans la Planification Familiale, du postpartum et du post-abortum, le DIU est la méthode la mieux appropriée (Cf. Module DIUPP).

➤ **La contraception du post-partum**

a. Définition

La contraception du post-partum est l'initiation et l'utilisation de méthodes de PF durant la première année après l'accouchement.

b. Taux d'expulsion

Le taux d'expulsion du DIU PP est plus élevé que celui du DIU d'intervalle (2 à 8 % durant la première année d'utilisation) pour les insertions de DIU d'intervalle. Les taux d'expulsion varient selon le moment de l'insertion :

- Insertion post-placentaire: les taux d'expulsion se situent généralement entre 13 et 16 %, mais peuvent être aussi faibles que 9 à 12,5 % en cas de prestataires expérimentés.
 - Insertion trans-césarienne : les taux d'expulsion vont de 4 % à 13 %.
 - Insertion en post-partum immédiat: les taux d'expulsion varient de 28 % à 37 %.
- Insertion en post-partum tardif (entre 48 heures et quatre semaines qui suivent l'accouchement) : l'insertion d'un DIU au cours de cette période n'est pas recommandée.

Les taux d'expulsion sont réduits au minimum lorsque l'insertion est effectuée en

période post-placentaire, faite par des prestataires expérimentés et lorsque le DIU a été placé au fond utérin.

Toutefois, les avantages de fournir une contraception très efficace immédiatement après l'accouchement l'emportent souvent sur l'inconvénient des taux d'expulsion plus élevés du post-partum.

c. Période d'insertion du DIU post-partum

Un DIU peut être inséré sans danger pendant les premières 48 heures du post-partum, après un avortement, ou au cours de la période post-partum tardive (DIU d'intervalle).

Les différents types d'insertion post-partum sont :

- **Post-placentaire** : Insertion effectuée dans les 10 minutes qui suivent l'expulsion du placenta, suite à un accouchement par voie basse.
- **Post-partum immédiat** : Insertion effectuée après la période post-placentaire, mais dans les 48 heures qui suivent l'accouchement et avant que la cliente quitte le centre de santé.
- **Trans-césarienne** : Insertion ayant lieu après un accouchement par césarienne, avant que l'incision de l'utérus soit suturée.
- **Post-abortum** : Le DIU est inséré après un avortement.

d. Prendre en charge les effets secondaires, les complications et les pathologies rencontrées :

- Faire un examen systématique de toute cliente ayant un problème.
- Appliquer les arbres de décision ci-après, devant les effets secondaires rencontrés.

➤ Prise en charge des pathologies liées au DIU

➤ Crampes et douleurs pelviennes

a. Définition :

Ce sont des contractures douloureuses d'intensité variable au niveau du bas ventre.

b. Éléments de diagnostic :

Douleurs.

c. Prise en charge des crampes et douleurs pelviennes par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer et référer
CSCCom	Si la pose de DIU date de moins de trois mois : • Faire un examen gynécologique pour éliminer : ○ La possibilité de maladie inflammatoire du pelvis ○ Les autres causes de douleurs telles que : ▪ Une expulsion partielle du DIU ;

	▪ Une perforation de l'utérus ; ▪ Une grossesse ectopique. • Prendre en charge selon la cause ou référer. Si aucune cause n'est trouvée, si les douleurs sont tolérables : • Donner un antalgique (Ibuprofène ou paracétamol) Si les douleurs sont intenses : • Retirer le DIU Si le DIU est déformé et qu'il n'y a pas d'infection évidente : • Le remplacer par un nouveau DIU, • Mener un counseling pour le choix d'une autre méthode si elle ne veut plus du DIU. Dans tous les cas : • Informer la cliente de son état ; • Donner le rendez-vous ; • Référer au besoin.
CSRéf	• Idem CScCom • Rassurer et examen gynécologique pour prendre en charge les autres causes de douleurs telles que : ○ une perforation de l'utérus ; ○ une grossesse ectopique.
Hôpitaux	Idem CSRéf

➤ Saignement

a. Définition :

C'est une perte de sang plus ou moins abondante en dehors des règles.

b. Éléments de diagnostic :

- Perte de sang ;
- Gants ramenant du sang après le TV.

c. Prise en charge du saignement sous DIU par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Orienter

CSCom	• Procéder à l'examen général de la cliente • Procéder à l'examen gynécologique : ○ Rechercher un cancer ; ○ rechercher une cervicite, une grossesse extra-utérine, une menace d'avortement. • Traiter ou référer selon le cas. S'il n'y a pas d'anémie (saignement peu abondant, spotting) : • Rassurer la cliente ; • Prescrire des comprimés de sulfate ferreux + acide folique (2 - 3 comprimés par jour pendant 3 mois) ; • Donner un anti-inflammatoire non stéroïdien tel que l'ibuprofène ; • Donner un rendez-vous de suivi dans un mois ; • Revoir à tout moment si aggravation du saignement. Si l'anémie est cliniquement modérée : • Rassurer ; • Prescrire les comprimés de fer + acide folique pour 1 mois ; • Donner un rendez-vous de suivi dans un mois ; • Revoir à tout moment, si aggravation du saignement. Si l'anémie est cliniquement sévère : • Référer.
CSRéf	• Idem CSCom • Faire un dosage du taux d'Hémoglobine et la prise en charge de l'anémie. • Retirer le DIU. • Faire le counseling : choix informé d'une autre méthode de contraception. Si la cliente ne veut pas ou ne peut pas utiliser une autre méthode efficace : • Rassurer. • Insérer un nouveau DIU. • Donner un rendez-vous de suivi dans un mois.
Hôpitaux	• Idem CSRéf.

➤ Aménorrhée

a. Définition

C'est l'absence de règles pendant au moins trois mois et en dehors de toute grossesse.

b. Éléments de diagnostic

Absence de règles

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	Rassurer et référer
CSCom	Mener l'interrogatoire. Demander : - la date de ses dernières règles ; - quand a-t-elle constaté la présence des fils pour la dernière fois ? - rechercher les signes de grossesse. Faire l'examen gynécologique : Si existence d'une grossesse - Eliminer une GEU - Rechercher les fils : Fils visibles : - expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait : - Référer Fils non visibles : - Référer. ➤ Absence de grossesse : Fils visibles : - Rassurer ; - Donner un rendez-vous lors des prochaines règles, dans 1 mois. Fils non visibles (voir fiche technique, pour disparition des fils sous DIU)
CSRéf	- Rassurer - Idem CSCom Fils visibles : - Expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait ; - Retirer le DIU ; - Surveiller la cliente.
Hôpitaux	Idem CSRéf

➤ **Disparition des fils**a. Définition

On parle de disparition des fils de DIU, lorsque la femme ne les perçoit pas au toucher.

b. Éléments de diagnostic :

- Fils non perçus par la femme ;
- Fils non visibles.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	Rassurer et référer
CSCom	- Demander à la cliente : - Quand est-ce qu'elle a constaté la présence de fils pour la dernière fois ? - Est ce que le DIU a été expulsé ? - Est ce qu'elle a utilisé une méthode supplémentaire (barrière ou abstinence) depuis qu'elle a constaté l'absence des fils ? - La date de ses dernières règles ? - Est ce qu'elle a des signes de grossesse (nausées, vomissements, augmentation du volume des seins, changements de goût) ? - Rechercher les fils : - poser le spéculum pour rechercher les fils dans l'endocol ou dans un cul-de-sac ; - prendre une tige munie d'un coton stérile et examiner délicatement l'intérieur du canal cervical. Fils visibles courts : - Rassurer Fils non visibles : - Rechercher une grossesse : Si absence de grossesse : - Mener un counseling ; - Donner une méthode de barrière ; - Rendez-vous à la fin des prochaines règles pour examen gynécologique. Si existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical : - Mener un counseling (expliquer à la cliente les risques d'avortement spontané avec infection si le DIU est laissé en place) ; - Référer. Si existence d'une grossesse et fils non retrouvés : - Informar la cliente et la rassurer ; - Référer.
CSRéf	Si existence d'une grossesse et fils non retrouvés : - Idem CSCom ; - Consultation prénatale et surveillance rigoureuse de l'évolution de la grossesse. Si existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical : - Idem CSCom ; - Retirer le DIU (expliquer le risque de fausse couche lié à ce geste) ; - Consultation prénatale et surveillance rigoureuse de l'évolution de la grossesse.

Niveaux	Conduite à tenir
	Si absence de grossesse et fils non retrouvés : • Idem CScCom ; • Faire l'échographie pelvienne pour situer le DIU dans la cavité utérine : Le DIU est dans la cavité utérine : • Procéder à l'extraction : Si extraction réussie : • Poser un autre DIU, ou changer de méthode après counseling. Si l'extraction est difficile : • Référer Le DIU non retrouvé : Ni dans la cavité utérine, ni dans l'abdomen à l'échographie ou à la radiographie : • Conclure à une expulsion du DIU ; • Rassurer et faire le counseling pour le choix de la même méthode ou changer de méthode. Le DIU est retrouvé dans l'abdomen : Migration de DIU ou perforation au moment de la pose : • Procéder à l'extraction par voie abdominale ; (laparotomie) ; • Faire le counseling pour le choix d'une méthode avant la sortie de la cliente ; • Administrer la méthode choisie.
Hôpitaux	• Idem CSRéf

➤ Infections pelviennes

a. Définition :

Affections des organes du pelvis suite à une invasion par les micro-organismes.

b. Éléments de diagnostic :

- Écoulement vaginal ;
- Douleurs pelviennes ;
- Fièvre.

c. Gestes d'urgence :

- Faire baisser la fièvre ;
- Calmer la douleur.

d. Prise en charge par niveau :

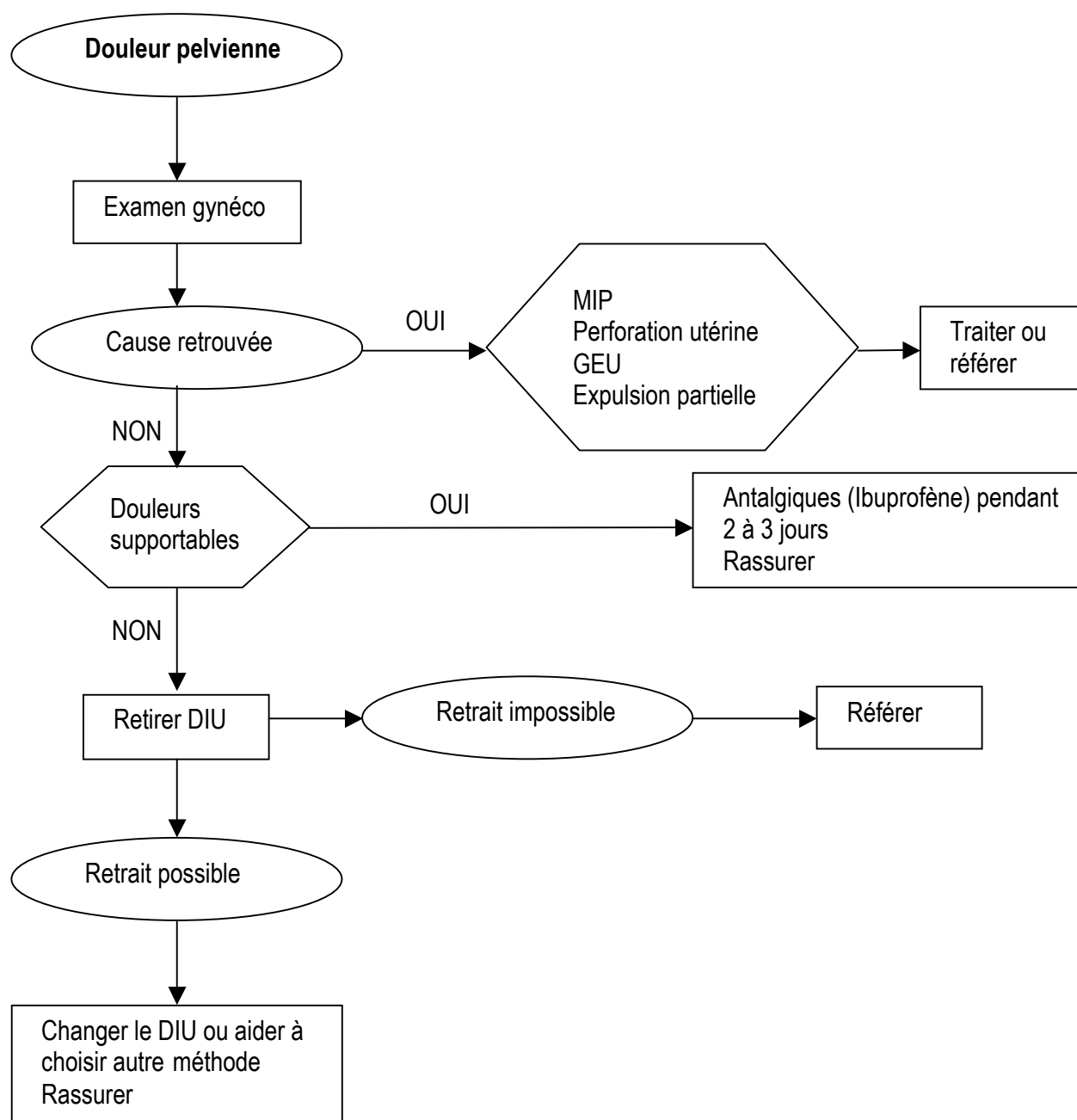
Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	• Rassurer et référer
CScCom	• Mener l'interrogatoire pour préciser : ○ Le début de l'infection ; ○ Les caractéristiques des pertes : couleur, abondance, odeur et aspect ; ○ Les douleurs pelviennes : début, intensité, irradiation ;

Niveaux	Conduite à tenir
	○ Les caractéristiques de la fièvre : intensité, type ; ○ Les signes associés : vomissements, diarrhées ; céphalées et troubles urinaires ; • Procéder à l'examen physique : ○ Apprécier l'état général : Température, Pouls, TA, Faciès. • Procéder à l'examen gynécologique : ○ Examiner les seins ; ○ Palper l'abdomen ; ○ Placer le spéculum : couleur des pertes, aspect, abondance, provenance ; état du col et du vagin, présence des fils ; ○ Procéder au toucher vaginal combiné au palper : taille de l'utérus, douleur à la mobilisation; comblement des culs de sac latéraux et postérieur (Douglas), l'odeur des pertes à la fin du toucher vaginal. Infection pelvienne modérée : • Informer la cliente de son état (counseling) ; • Appliquer l'approche syndromique des IST si nécessaire ; • Faire le counseling pour le choix d'une autre méthode ; • Donner le rendez-vous de suivi. Infection pelvienne grave : • Informer la cliente de son état (counseling) ; • Donner les premiers soins ; • Commencer une antibiothérapie 3 jours avant le retrait du DIU ; • Retirer le DIU et continuer les antibiotiques ; • Conseiller l'abstinence ou utiliser les préservatifs pendant le traitement ; • Référer.
CSRéf	• Idem CSCom ; • Informer la cliente de son état ; • Faire bilans complémentaires : GS Rh, NFS, PV + antibiogramme ; • Traiter et surveiller ; • Mener un counseling pour le choix d'une méthode avant la sortie du centre ; • Administrer la méthode choisie ; • Rassurer ; • Revoir la cliente un mois après la sortie ou chaque fois si nécessaire.
Hôpitaux	• Idem CSRéf

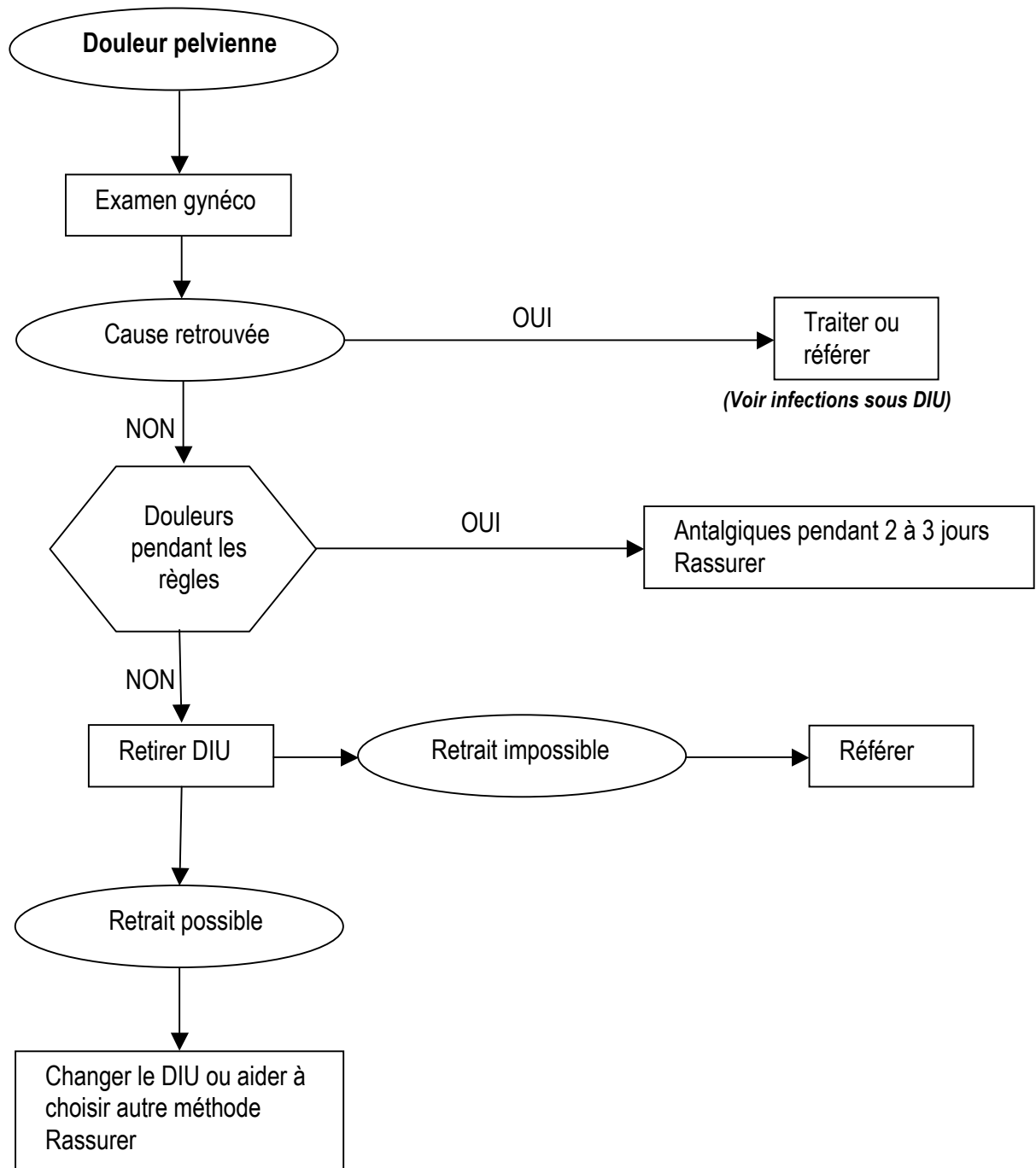
/

CRAMPES ET DOULEURS SOUS DIU

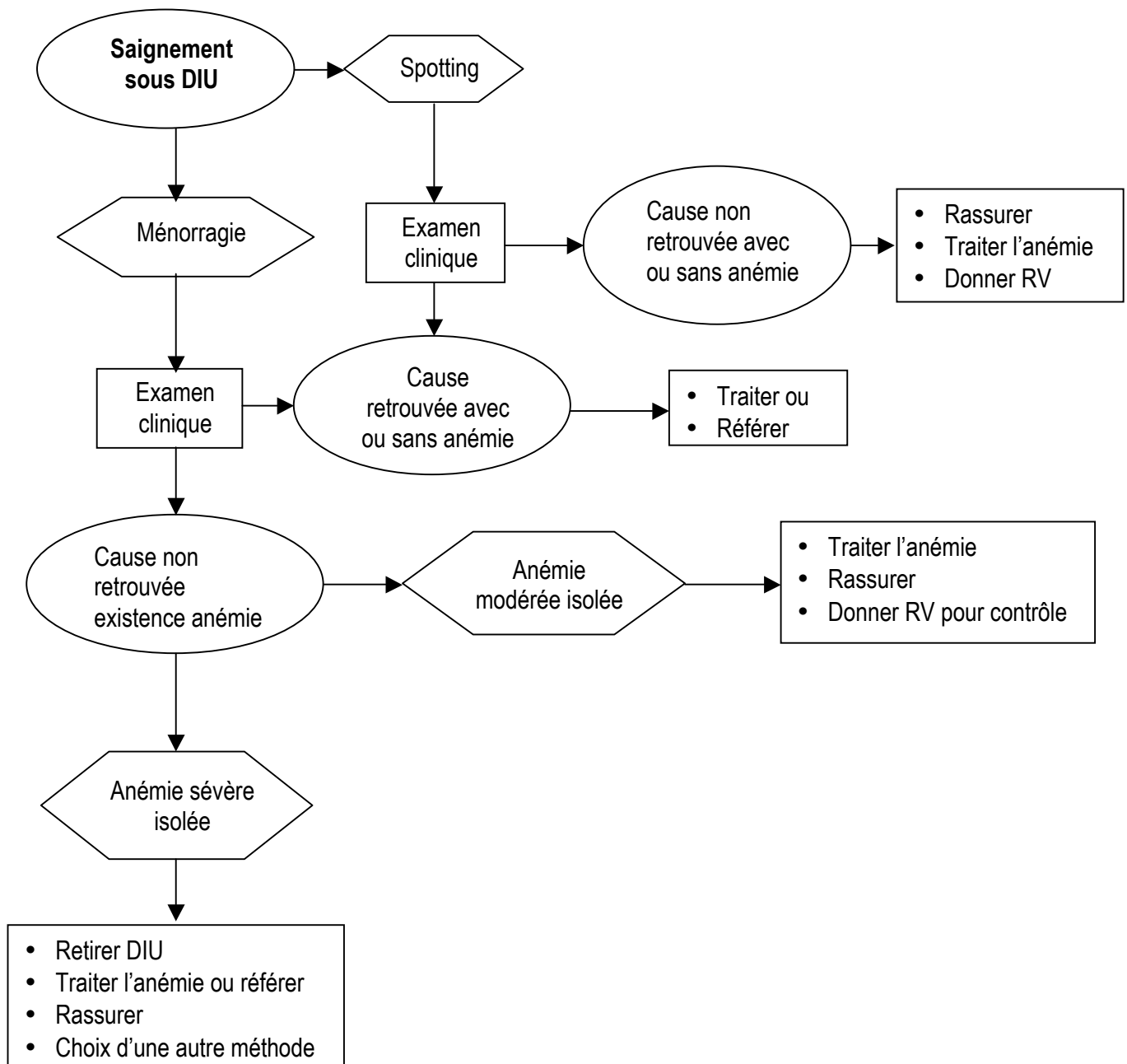
1. La pose du DIU date de moins de 3 mois



2. La pose du DIU date de plus de 3 mois



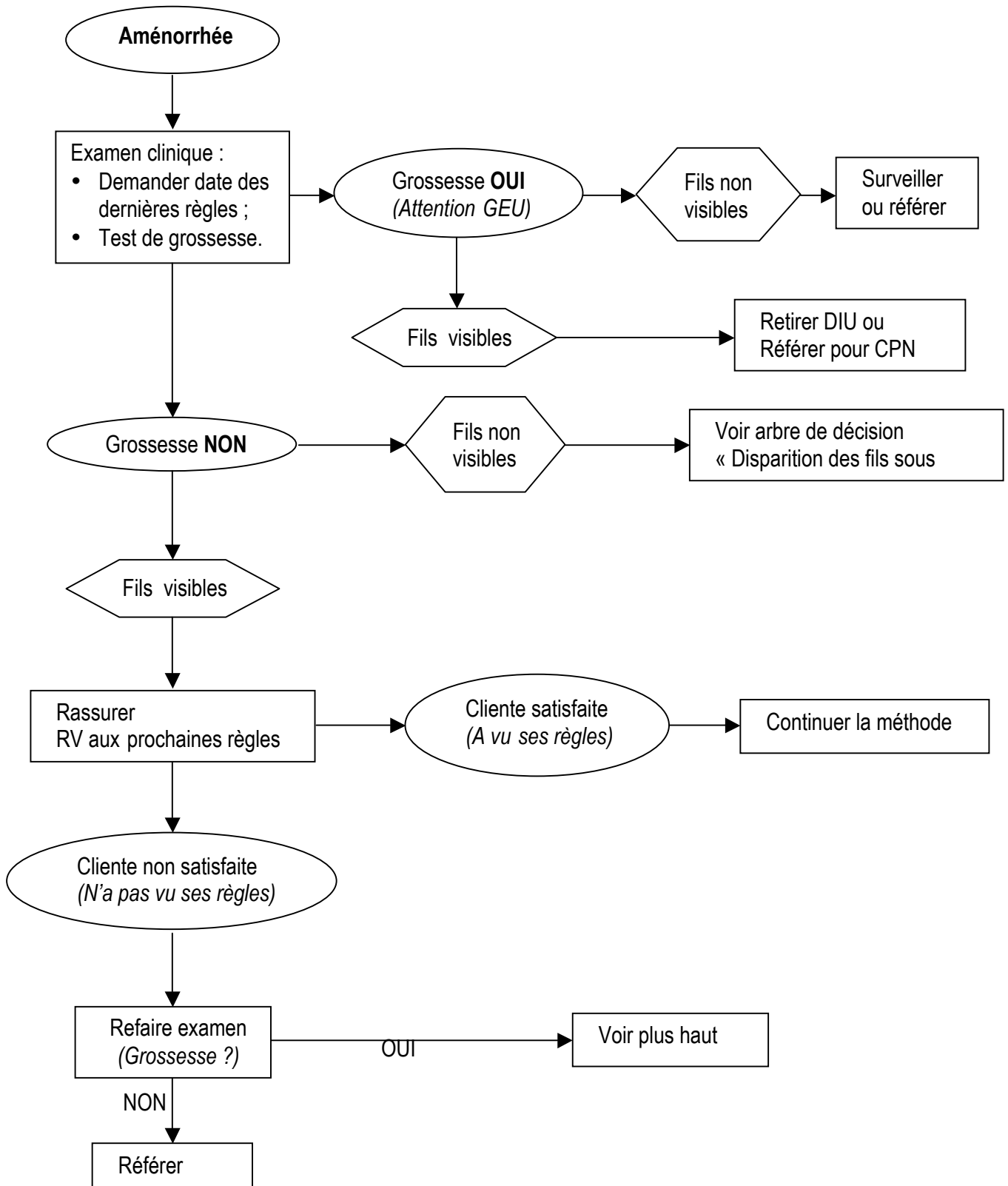
SAIGNEMENT SOUS DIU



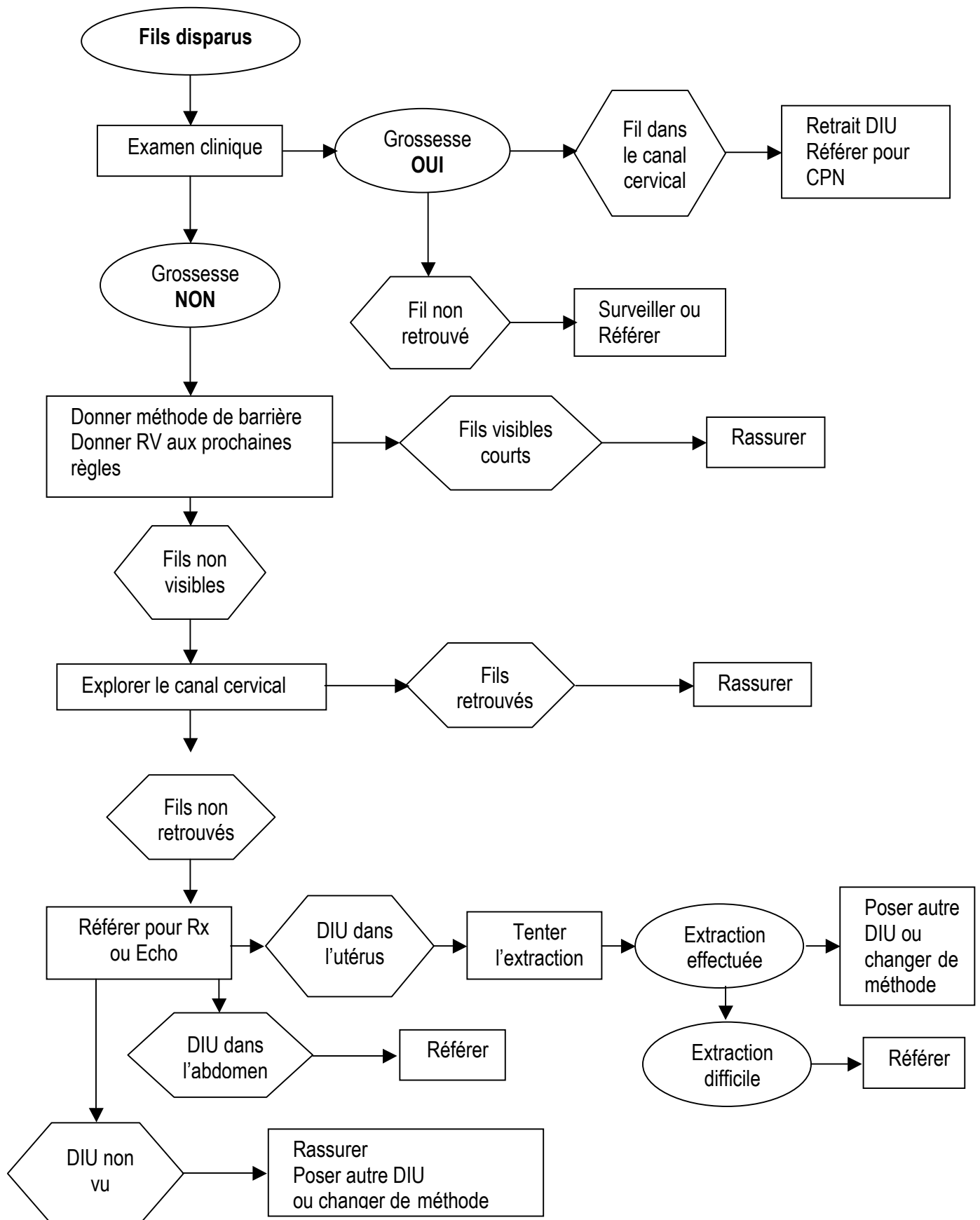
Diagnostic différentiel entre :

- Infections
- Expulsion partielle
- Cancer génital
- Polypes

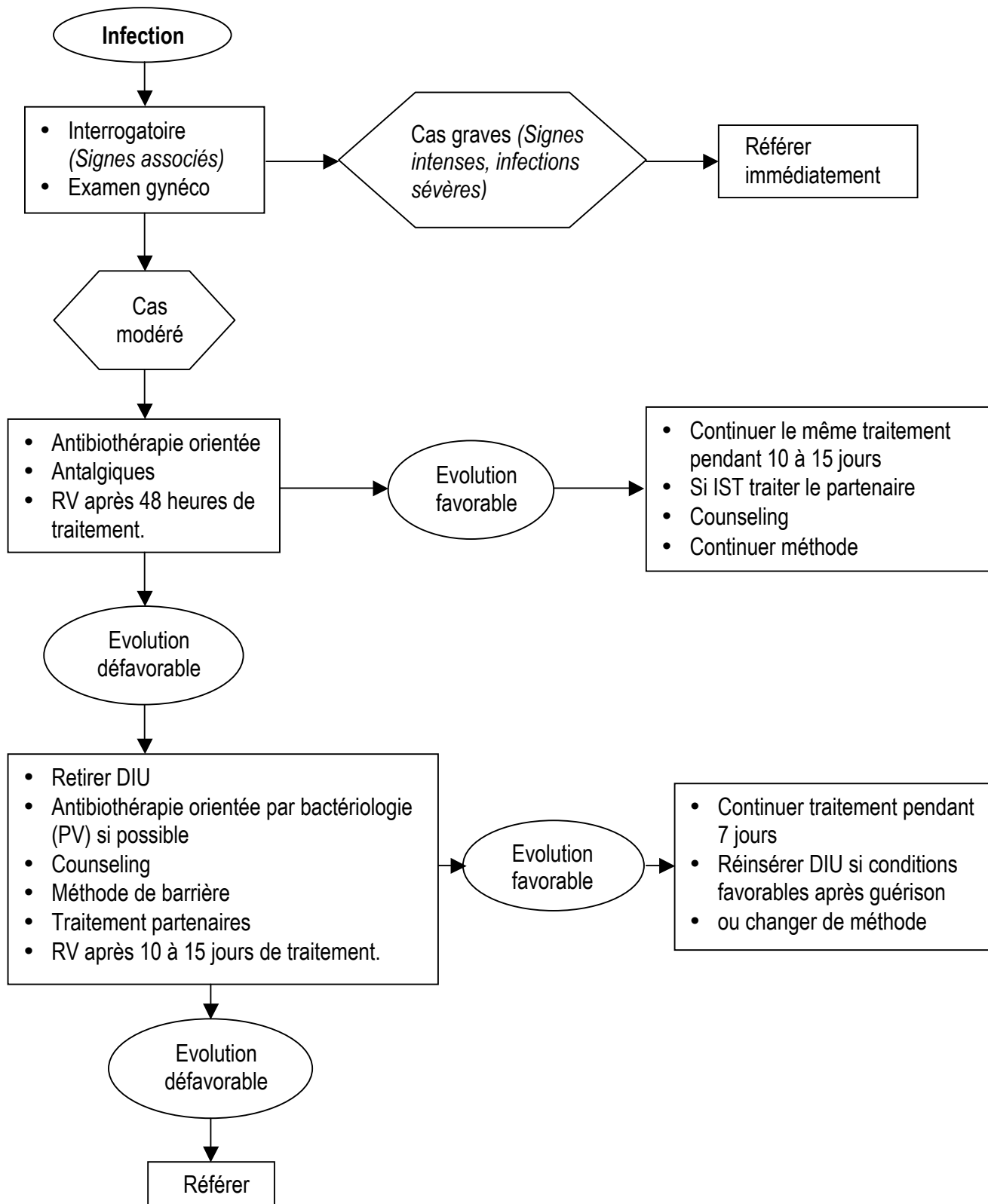
AMENORRHEE SOUS DIU



DISPARITION DES FILS SOUS DIU



INFECTIONS SOUS DIU



N.B : En cas d'infection grave, administrer des antibiotiques pendant au moins 2 à 3 jours avant le retrait. Conseiller l'abstinence pendant le traitement.

5.6. Contraception chirurgicale volontaire (CCV)

a. Définition :

La CCV est une petite intervention chirurgicale volontaire qui consiste à interrompre de façon permanente la capacité reproductive de l'homme (vasectomie) ou de la femme (ligature des trompes).

b. Présenter la CCV :

- Utiliser un langage simple, clair et adapté.
- S'aider de mannequins ou d'aides visuelles adaptées.
- Exiger la présence du couple, et le mettre à l'aise.
- Assurer l'intimité et la confidentialité.
- Demander ce que le couple sait de la CCV.
- Insister sur le caractère volontaire du libre choix d'une CCV, et sur le caractère permanent et définitif de la CCV.
- Indiquer le lieu et les conditions dans lesquelles la CCV est réalisée.
- Etre à l'écoute des questions ou des rumeurs (impuissance de l'homme, frigidité du couple, aménorrhée de la femme...) et prendre le temps de rassurer le couple/cliente.
- Remplir le dossier.
- Remettre au couple une fiche de consentement à remplir, signer et à ramener au centre.

c. Décrire les principaux avantages :

- Efficacité presque totale.
- Méthode permanente et définitive.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- Pas besoin de prendre des produits.
- La ligature des trompes est efficace aussitôt après l'intervention.

d. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Méthode irréversible.
- La CCV ne protège pas contre les IST/VIH et le Sida.
- Nécessite un personnel qualifié.
- Utiliser un langage clair et simple.
- Insister sur les rumeurs déclarées par le couple.
- S'assurer que le couple a compris.

e. Expliquer les effets secondaires et complications :

- Crampes et douleurs après l'intervention.
- Hématome pariétal.
- Hémorragie interne.
- Infection - péritonite.

- Abscès pelvien.
- Septicémie.
- Suppuration pariétale.
- Lésions viscérales.
- Décès.

f. Conditions pour la consultation :

- Exiger la présence du couple, et le mettre à l'aise.
- Assurer l'intimité et la confidentialité.
- Demander ce que le couple sait de la CCV.
- Insister sur le caractère volontaire du libre choix d'une CCV, et sur le caractère permanent et définitif de la CCV.
- Indiquer le lieu et les conditions dans lesquelles la CCV est réalisée.
- Être à l'écoute des questions ou des rumeurs (impuissance de l'homme. frigidité du couple, aménorrhée de la femme...) et prendre le temps de rassurer le couple/cliente.
- Remplir le dossier.
- Remettre au couple une fiche de consentement à remplir et à ramener au centre.

g. Avant d'adopter une conduite à tenir (CAT) :

- Faire l'interrogatoire du couple séparément, puis ensemble.
- Vérifier que la fiche de consentement a été signée par la cliente ou le couple.

Si le couple répond "**Oui**" à une des questions suivantes :

- désir de grossesse future ?
- couple avec problèmes conjugaux ?
- couple avec appréhension sur la CCV ?
- Alors faire :
 - un bon counseling et rassurer (discuter de la programmation de l'intervention après un délai de réflexion) ;
 - ou aider à choisir une autre méthode.
- Faire un examen clinique complet.
- Demander des examens "complémentaires orientés par la clinique".
- Insister sur l'interrogatoire orienté sur les antécédents obstétricaux et gynécologiques du couple.

h. Expliquer les procédures de la CCV :

- Rassurer la cliente ou le couple : la CCV est une petite intervention chirurgicale qui ne nécessite pas une hospitalisation et sera effectuée par un personnel qualifié.

i. Donner le rendez-vous de suivi :

- Noter et expliquer le rendez-vous au couple/cliente :
 - 1^{ère} visite : 1 semaine après l'intervention, pour vérifier la cicatrisation ;
 - les autres visites : le client(e) se présentera au centre selon ses besoins.
- Conserver des rapports étroits avec le couple/client(e).
- Satisfaire à toutes les questions du couple/client(e).
- Conserver le dossier du couple/client(e).
- Demander si le couple/client(e) est satisfait(e) du service rendu.
- Dire "au revoir".

FICHE TECHNIQUE CCV N° 6 : La ligature des trompes

Préparation avant mini laparotomie

- Rappeler la procédure et les conditions de réalisation :
 - anesthésie locale (le plus souvent) ;
 - ligature/section des trompes des 2 côtés par voie abdominale (le plus souvent) ;
 - réalisation à tout moment, en dehors de la grossesse (ou après avortement, ou après accouchement).
- Vérifier la présence des instruments et les rassembler.
- S'assurer que la cliente a lavé son abdomen et sa région périnéale.
- S'assurer que la cliente a vidé sa vessie.
- Installer la cliente en décubitus dorsal sur la table d'opération.
- Prendre une voie veineuse et utiliser un sédatif léger, selon les protocoles (éviter les opiacés et le Valium, qui peuvent déprimer les fonctions respiratoire et cardiovasculaire) ; ou faire la voie locale.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher avec un linge individuel propre et sec ou à l'air libre.
- Mettre des gants d'examen neufs stériles ou désinfectés à haut niveau.
- Pratiquer un toucher vaginal pour apprécier la taille de l'utérus et l'absence d'anomalie.
- Placer un spéculum pour exposer le col, et lui appliquer une solution antiseptique, à deux reprises.
- Insérer un élévateur utérin (sans toucher les parois vaginales).
- Enlever le spéculum et le placer dans une solution de décontamination.
- Palper le fond utérin à travers la paroi abdominale.
- Choisir le site de l'incision.
- Retirer les gants et les mettre dans une solution de décontamination.
- Procéder à un lavage chirurgical des mains.
- Revêtir une tenue chirurgicale (blouse, calot, masque), et remettre des gants stériles.
- Appliquer une solution antiseptique sur la zone d'incision.
- Disposer les champs opératoires.

Appliquer la procédure de mini-laparotomie :

- Faire une injection locale d'anesthésique (Lidocaïne 1 %) : 3 à 5 ml sous la peau, 3 à 5 ml au niveau de l'aponévrose, et 1 à 2 ml au niveau du péritoine.
- Masser la peau pour bien diffuser l'anesthésique.
- Attendre 2 à 3 minutes et tester la sensibilité.
- Pratiquer une incision de 3 cm au niveau du site choisi.
- Disséquer les tissus sous cutanés, faire une boutonnière sur l'aponévrose, au bistouri, puis élargir l'incision aponévrotique.
- Séparer les muscles droits et exposer le péritoine à l'aide des écarteurs ; contrôler l'identification du péritoine.
- Soulever le péritoine avec deux pinces et faire une petite incision au bistouri, puis élargir l'incision aux ciseaux.

- Exposer le champ abdominal à l'aide des écarteurs.
- Localiser les trompes de Fallope à partir de leur implantation utérine.
- Saisir une à l'aide d'une pince de Bahcock et vérifier le pavillon.
- Extraire la partie médiane de la trompe et sélectionner une zone avasculaire du mésosalpinx.
- Placer une ligature de fil résorbable sur une boucle à 2 cm de trompe et serrer.
- Sectionner la boucle, s'assurer que les bouts de la trompe ne saignent pas et relâcher la trompe dans l'abdomen.
- Appliquer la même procédure à l'autre trompe.
- Refermer la paroi abdominale plan par plan.
- Faire un pansement stérile.

Faire un counseling post-opératoire

- Conseiller un repos d'une semaine après l'intervention et éviter de prendre les objets lourds.
- Donner des informations sur l'hygiène au niveau de la plaie (ne pas mouiller le pansement).
- Rappeler que l'efficacité est immédiate après l'intervention.
- Éviter les rapports sexuels pendant au moins une semaine ou jusqu'à la disparition totale des douleurs.
- Avoir des rapports protégés jusqu'aux prochaines règles si l'opération est réalisée au milieu du cycle.
- Demander à la cliente de se présenter à la clinique en cas de :
 - fièvre ;
 - saignement persistant ;
 - douleur abdominale ;
 - suppuration au site de l'intervention ;
 - aménorrhée.
- Revenir au bout d'une semaine après l'intervention.

Donner le rendez-vous de suivi :

- Noter et expliquer le rendez-vous à la cliente/couple :
 - 1^{ère} visite : 1 semaine après l'intervention, pour faire le pansement et vérifier la cicatrisation ;
 - 2^{ème} visite : 1 mois après la 1^{ère} visite ;
 - les autres visites : selon les besoins de la cliente/couple.
- Satisfaire à toutes les questions de la cliente/couple.

FICHE TECHNIQUE CCV N° 7 : La vasectomie ou ligature/Section des canaux déférents

Faire la préparation avant la procédure

- Rappeler la procédure et les conditions de réalisation :
 - à n'importe quel moment ;
 - sous anesthésie locale ;
 - section/ligature du canal déférent des 2 côtés ;
 - durée : 10 - 15 minutes.
- Vérifier la présence des instruments stériles ou désinfectés à haut niveau.
- Rassembler les instruments stériles.
- Vérifier que le client a lavé ses organes génitaux et la région périnéale.
- Installer le client en décubitus dorsal sur la table d'opération.
- Se laver les mains avec de l'eau et du savon, et les sécher avec un linge propre et individuel ou les sécher à l'air.
- Mettre des gants d'examen neufs ou stériles.
- Examiner les organes génitaux y compris les canaux déférents.
- Retirer les gants et les mettre dans une solution de décontamination.
- Faire un lavage chirurgical des mains, mettre une tenue chirurgicale, puis mettre des gants stériles.
- Appliquer une solution antiseptique sur la zone d'opération, puis la recouvrir d'un champ stérile troué.

Appliquer la procédure de vasectomie

- Appliquer l'anesthésie locale (Lidocaïne 1 % sans adrénaline) en un point de la peau, sur la ligne médiane des bourses (en dessous du pénis).
- Repérer les cordons spermatiques.
- Diffuser l'anesthésique de chaque côté autour du cordon repéré et tester la sensibilité.
- Ramener le cordon spermatique à la ligne médiane et sous le point d'anesthésie, puis prendre le cordon avec la pince à crochet et l'isoler.
- Entrer sous la peau une pince spéciale, fermée, puis l'ouvrir pour visualiser le cordon.
- Disséquer et sortir le canal déférent.
- Ligaturer, en faisant 2 nœuds séparés avec du fil résorbable (catgut n°2 chromé 2% ou vicryl).
- Sectionner la portion entre les 2 nœuds.
- Utiliser la même entrée pour repérer le cordon du côté opposé et faire la même intervention.
- Faire un point de suture sur la peau n'est en général pas nécessaire.
- Faire un pansement stérile pour recouvrir la plaie.

N.B : Après la CCV, l'antibiothérapie n'est pas systématique (sauf indication médicale). Un antalgique peut être donnée pour 3 jours.

Faire un Counseling post-opératoire

- Recommander un repos de 1 à 4 jours après l'intervention.
- Eviter de prendre les objets lourds pendant une semaine.
- Donner des conseils sur l'hygiène au niveau de la plaie (ne pas mouiller le pansement).
- Rappeler que l'efficacité n'est pas immédiate (nécessité d'une période de 3 mois ou 20 éjaculats avant que la méthode soit effective).
- Fournir une méthode supplémentaire (le préservatif) pour les 3 mois qui suivent l'intervention.
- Faire si possible un spermogramme de contrôle après 3 mois.
- Demander de se présenter sans attendre le rendez-vous à la clinique en cas de :
 - douleurs,
 - fièvre,
 - saignements,
 - suppuration au site de l'intervention.

Donner le rendez-vous de suivi

- Noter et expliquer le rendez-vous au client :
 - 1^{ère} visite : 1 semaine après l'intervention pour vérifier la cicatrisation ;
 - 2^{ème} visite : 3 mois après la 1^{ère} visite, pour un spermogramme ;
 - les autres visites : selon les besoins du client/du couple.
- Répondre à toutes les questions du client/du couple.

N.B : 3 mois après la première visite, demander un spermogramme.

➤ Infections - Douleurs et fièvre sous CCV

Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
CSRéf	• Donner anti-inflammatoires/analgésiques • Traiter aux antibiotiques. En cas d'abcès : • Drainer et traiter aux antibiotiques ; • Rassurer.
Hôpitaux	• Idem CSRéf.

5.7. Méthodes naturelles ou de l'abstinence périodique

a. Définition :

La planification familiale dite « naturelle » est un ensemble de méthodes qui consistent à éviter les rapports sexuels (abstinence) pendant la phase féconde du cycle de la femme (phase au cours de laquelle la femme peut tomber enceinte).

b. Présenter les méthodes naturelles de PF :

- Utiliser les aides visuelles et le matériel nécessaire :
 - thermomètre et feuille de température ;
 - schéma/modèle indiquant les jours d'un cycle menstruel de 28 jours, y compris la période des règles, la période d'ovulation et les changements que subit la glaire cervicale ;
 - collier.
- Utiliser un langage clair, simple, adapté culturellement et avec des exemples.
- Décrire les principales méthodes naturelles l'une après l'autre :
 - Méthode MAMA/LAM ;
 - Méthode du calendrier ;
 - Méthode de la température ;
 - Méthode de la glaire cervicale ;
 - Méthode sympto-thermique ;
 - Méthode des jours fixes : collier.

Ces méthodes peuvent être utilisées en combinaison avec d'autres méthodes de contraception : le couple n'utilise de méthode barrières que pendant la phase féconde du cycle. Les méthodes reposant sur la prévision de l'ovulation sont également utiles pour gérer l'infécondité, car les couples qui souhaitent procréer améliorent leurs chances de concevoir s'ils sont capables de reconnaître la phase féconde du cycle.

- S'assurer que la cliente comprend les explications.
- Demander à la cliente quelle méthode elle a déjà utilisée.
- Demander à la cliente laquelle de ces méthodes elle aimerait utiliser.
- Remplir le dossier et indiquer la méthode préférée de la cliente.

c. Décrire les principaux avantages :

- Absence d'effets secondaires.
- Toujours disponibles.
- Peut être utilisée pour éviter ou provoquer une grossesse.
- Pas de risques liés à la santé.
- Pas coûteux.
- Encourage la participation masculine dans la PF.
- Améliore la connaissance du système de reproduction.
- Peut être prescrit par un personnel non médical formé.

d. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Moins efficace que les méthodes "modernes", période d'apprentissage nécessaire, observation et enregistrement quotidiens des signes.
- période d'abstinence parfois longue.
- Ne protègent pas contre les IST/VIH et le Sida.

e. Expliquer le mode d'emploi des méthodes naturelles :

- S'aider de supports visuels adaptés culturellement.
- Utiliser un langage simple, clair.
- Prendre le temps d'expliquer toutes les méthodes.
- Expliquer le mode d'emploi à la cliente de préférence en présence du partenaire.
- Se renseigner sur les 6 derniers cycles de la cliente (durée).
- Se renseigner sur les signes qui accompagnent les différentes périodes du cycle (ovulation).

➤ **Méthode MAMA/LAM (Méthode de l'Aménorrhée de la Lactation)**

a. Définition ;

C'est une méthode qui utilise l'infertilité temporaire pendant la période d'allaitement exclusif.

b. Présenter la LAM :

- Utiliser un langage simple, précis, clair et adapté culturellement.

- Expliquer la LAM : méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle n'est efficace que si les conditions suivantes sont réunies :
 - absence de retour de couches (aménorrhée) ;
 - cliente dans les 6 premiers mois du post-partum ;
 - allaitement fréquent (à la demande aussi bien de jour que de nuit) : au moins 8 à 12 tétées.
- Expliquer que son action est semblable à d'autres méthodes qui bloquent l'ovulation.
- S'assurer de la compréhension de la cliente.

c. Décrire les principaux avantages :

Pour la mère :

- Pas d'effet secondaire ;
- Efficace si les règles d'utilisation sont respectées ;
- Sans coût ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels (pas de dispositions à prendre).

Pour le bébé :

- L'allaitement exclusif protège l'enfant contre les maladies pendant les 6 premiers mois (risque infectieux réduit) ;
- Affection mère-enfant renforcée ;
- Meilleur développement psychomoteur.

d. Expliquer les limites (inconvenients) :

- Ne protège pas des IST/VIH et le Sida ;
- Protection contraceptive à court terme (6 mois maximum) ;
- Contraignant (disponibilité presque permanente de la mère).

e. Expliquer le mode d'emploi :

- Utiliser un langage simple, clair, précis.
- Utiliser des aides visuelles.
- Montrer à la cliente comment allaiter son bébé (position, attitude, regard, parler...).
- Allaiter le bébé le plus souvent et le plus longtemps possible le jour et la nuit.
- S'assurer que la cliente a compris et qu'elle n'a plus de questions.

f. Donner le rendez-vous de suivi :

- Noter le rendez-vous dans le carnet :
 - **durant les 4 premiers mois** : suivre le calendrier de pesée et de vaccination du bébé pour s'assurer du respect des conditions d'efficacité de l'allaitement ;

- **à partir du 5^{ème} mois** : conseiller la poursuite de l'allaitement et aider à faire le choix d'une autre méthode ;
- dire à la cliente de revenir au centre pour le conseil d'une autre méthode, si une des conditions n'est plus respectée ;
- Demander si elle est satisfaite de la méthode.
- Dire "au revoir".

g. Prendre en charge les problèmes rencontrés :

- Procéder à un interrogatoire précis.
- Examiner les seins de la mère (mamelon/adénopathies).
- Prendre en charge les cas identifiés.

N.B : La poursuite de la LAM fait de la mère une cliente potentielle de PF (passage recommandé vers méthode efficace en fin de protection LAM).

➤ **Prise en charge des problèmes liés à la méthode LAM**

➤ **Engorgement mammaire**

a. Définition :

On parle **d'engorgement mammaire**, lorsque le sein est dur, tendu, douloureux à la palpation avec fièvre à 38°C.

b. 0Eléments de diagnostic :

Seins durs, douloureux, tendus, fièvre.

Le lait projeté sur un tampon de coton ne laisse pas de traces.

c. Prise en charge de l'engorgement mammaire par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Demander la fréquence des tétées ; • Demander à la cliente de mettre l'enfant au sein ; • Observer et corriger la position pour une bonne prise de sein. Si amélioration de la douleur ou de l'engorgement : • Demander à la mère de continuer la LAM. Si persistance des douleurs et de l'engorgement après plusieurs tétées : • Référer au CScCom.
CScCom	• Idem village; • Approfondir l'interrogatoire et rassurer ; • Examiner les seins : ○ rechercher une adénopathie axillaire, une

	anomalie du mamelon (malformation) ; une pathologie (crevasse, gerçures...). Engorgement mammaire : • Allaiter fréquemment, des deux seins ; • Exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée et en humidifier les mamelons. Si le bébé ne tète pas ou tète insuffisamment : • Exprimer le lait manuellement, • Appliquer des compresses chaudes avant d'allaiter • Soutenir les seins entre les tétées • Donner un antalgique par voie orale (paracétamol 500 mg)
CSRéf	• Idem CSCOm
Hôpitaux	• Idem CSRef

➤ Méthode du calendrier

La méthode de calendrier ou des rythmes serait la plus employée de toutes les techniques basées sur l'abstinence périodique. Son utilisation implique des calculs sur les cycles menstruels précédents afin d'estimer la période fertile. Le taux d'échec est élevé.

Instructions :

- Expliquer le principe de la méthode en fonction de la date de l'ovulation.
- Déterminer le cycle le plus long et le cycle le plus court.
- Déterminer la période de fécondité :
 - ✓ cycles réguliers de 28 jours : la période de fécondité va du 10^{ème} au 17^{ème} jour ($14 - 4/14 + 3$).
 - ✓ cycle irrégulier compris entre 26 et 32 jours
 - noter le nombre de jours que dure chaque cycle pendant au moins les 6 cycles consécutifs, en considérant le premier jour des règles comme le 1^{er} jour du cycle.
 - calculer le 1^{er} jour fécond en soustrayant 18 du cycle le plus court : **Premier jour fécond = cycle le plus court – 18.**
 - calculer le dernier jour fécond en soustrayant 11 du cycle le plus long : **Dernier jour fécond = Cycle le plus long – 11**
 - éviter les rapports sexuels non protégés pendant la phase féconde ; par exemple, si les 6 derniers cycles ont duré 28, 26, 29, 27, 29 et 27 jours :
 Le 1^{er} jour de la phase féconde = $26 - 18 = 8$
 Le dernier jour de la phase féconde = $29 - 11 = 18$.
 - éviter les rapports sexuels non protégés à partir du 8^{ème} jour et jusqu'au 18^{ème} jour du cycle.

✓ cycle irrégulier compris entre moins de 26 et plus de 32 jours

Les femmes qui ont ce cycle ne sont pas éligibles à cette méthode.

➤ Méthode de la température

Cette méthode repose sur l'élévation de la température corporelle liée à la sécrétion de la progestérone par le corps jaune après l'ovulation.

Après l'ovulation, la température augment de 0,2° C à 0,4° C et reste élevée jusqu'à la prochaine menstruation. Il est alors conseillé au couple d'éviter les rapports sexuels entre le premier jour des règles et le troisième jour consécutifs de température élevée.

Instructions :

- Montrer à la cliente un thermomètre et lui apprendre à le lire.
- Montrer à la cliente comment remplir une feuille de température et comment relever la température selon les jours.
- Lui expliquer quand et comment prendre la température (le matin avant de se lever du lit, chaque jour, pendant 1 minute au moins).
- Lui expliquer le principe, en s'aidant d'une courbe – type (Cf. Annexe 5).
- S'assurer que la cliente a compris et qu'elle peut lire le thermomètre et relever la température.

Technique :

- Garder le thermomètre près du lit.
- Secouer le thermomètre pour abaisser le niveau de mercure au-dessous de 35°C le soir avant de se coucher et avant toute utilisation.
- Prendre la t° au réveil avant de se lever ou toute autre activité et autant que possible à la même heure chaque jour.
- Prendre la température par la voie buccale, rectale ou vaginale : les 2 dernières étant les plus fiables. Nettoyer le thermomètre à l'eau froide.
- Marquer la température sur le graphique
- Joindre les points au fur et à mesure formant ainsi une ligne

➤ Méthode de la glaire cervicale

C'est une méthode qui a pour base l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des hormones ovariennes :

- Expliquer à la cliente que son cycle menstruel comporte deux périodes :
 - **La période sèche** : après les règles, la plupart des femmes ont un ou plusieurs jours sans glaire, d'où une sécheresse vaginale. Cette période correspond aux jours inféconds (jours où la femme ne peut pas tomber enceinte). Il est recommandé d'avoir des rapports sexuels 1 jour sur 2 pendant les jours secs afin de ne pas confondre le sperme et la glaire ;
 - **La période humide** : dès que la femme ressent une sensation d'humidité vaginale, elle doit s'abstenir. Il s'agit du début de la période féconde. Cette glaire deviendra de plus en plus abondante, filante, translucide, élastique, ressemblant au blanc d'œuf cru. Le dernier jour où cette glaire est plus abondante, plus filante, plus translucide, plus élastique est appelé « le jour du pic ». Il indique que l'ovulation est proche ou que la femme vient d'ovuler.

Après « le jour du pic », continuer à éviter les rapports sexuels pendant encore 3 jours. Dès le 4^{ème} jour la femme peut avoir des rapports sexuels, et ce jusqu'aux prochaines règles :

- Expliquer à la cliente d'éviter les rapports sexuels pendant les règles : pour les femmes ayant un cycle court, les jours des règles peuvent être des jours féconds ;
- Expliquer à la cliente qu'elle doit se toucher pour apprécier la glaire cervicale deux fois par jour, matin et soir soit au niveau du col soit à la vulve et se laver les mains avant et après ;
- Expliquer à la cliente comment apprécier que la glaire est filante et élastique : écarter les deux doigts après s'être touchée ;
- Expliquer à la cliente qu'elle doit s'abstenir des rapports sexuels si elle a des doutes sur l'appréciation de la glaire (leucorrhée, saignement) ;
- S'assurer que la cliente a bien compris la méthode.

➤ **Méthode sympto-thermique**

C'est une méthode qui associe la méthode de la température et la méthode de la glaire ou tout autre signe d'ovulation :

- Expliquer à la cliente les signes de l'ovulation comme pour la méthode de la glaire ;
- Expliquer le principe de la méthode de la température basale du corps ;
- Préciser à la cliente les signes de l'ovulation (« jour du pic » de glaire ; élévation de température ; éventuellement une petite douleur venant de l'ovaire) ;
- Indiquer à la cliente la période de fécondité.

Exemple :

- Début = date d'apparition de la glaire ;
- Fin = 3 jours après l'élévation de la température.
- Expliquer qu'elle doit s'abstenir des rapports à cette période ;
- S'assurer que la cliente a compris en lui faisant expliquer le principe et faire le récapitulatif ;
- Mener un interrogatoire pour identifier l'éligibilité de la cliente ou du couple.

➤ Méthode des jours fixes ou collier

La Méthode des Jours Fixes encore appelée méthode du collier est une méthode de planification familiale basée sur la connaissance de la fécondité, elle est utilisée avec un collier de perles de couleur différentes.

C'est une méthode **naturelle et moderne** de planification familiale car elle ne nécessite pas de prise de produit, ni de port de matériel et encore moins de chirurgie. C'est une méthode qui est basée sur la connaissance de la fertilité du couple. Elle aide la cliente/le couple à prévenir une grossesse non désirée, à l'aide d'un collier de « perles » (Cf. Annexe 6).

Il est à noter que pour la méthode du collier, la cliente doit avoir un cycle menstruel compris entre 26 et 32 jours.

Il faut que :

- La cliente ait au moins 4 cycles après l'accouchement avant de commencer la méthode ;
- La cliente soit motivée.

Expliquer le mode d'utilisation :

1. Mettre l'anneau sur la perle rouge le 1^{er} jour des règles.
2. Marquer ce jour sur son calendrier.
3. Déplacer l'anneau sur la perle suivante le lendemain en suivant le sens de la flèche sur le cylindre.
4. Continuer à déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre même pendant vos règles, toujours dans le sens de la flèche.
5. Remettre l'anneau sur la perle rouge, le 1^{er} jour de vos règles prochaines et commencez un nouveau cycle (sauter les perles marron s'il en reste).
6. Lorsque l'anneau se trouve sur l'une des perles banches, abstenez-vous ou utilisez des préservatifs car vous pouvez tomber enceinte.
7. Lorsque l'anneau est sur l'une des perles marron, vous pouvez avoir des rapports sexuels non protégés sans risque de tomber enceinte (5 % d'échec).
8. Lorsque vous voyez vos règles avant que l'anneau ne soit sur la perle marron foncée, vos règles sont venues trop tôt (cycle de moins de 26 jours), venez vite voir votre prestataire de santé.
9. Lorsque vous ne voyez pas vos règles le lendemain après avoir déplacé l'anneau sur la dernière perle marron, vos règles viendront tard (cycle long de plus de 32 jours), venez vite voir votre prestataire.

Lorsque vous oubliez de déplacer l'anneau noir, vérifiez votre calendrier et, comptez jusqu'à la date du jour et, vous déplacez l'anneau jusqu'à la perle correspondante

- S'assurer que la cliente/couple a compris ;
- Conseiller à la cliente de revenir au centre si, après la dernière perle, les règles ne réapparaissent pas ;
- Expliquer les avantages à la cliente :
 - simple, facile, sure et efficace (95 %) si utilisée correctement ;
 - améliore la communication et la confiance mutuelle.

- Expliquer les limites :
 - jours d'abstinence longs ;
 - ne protège pas contre les IST/VIH et le Sida.

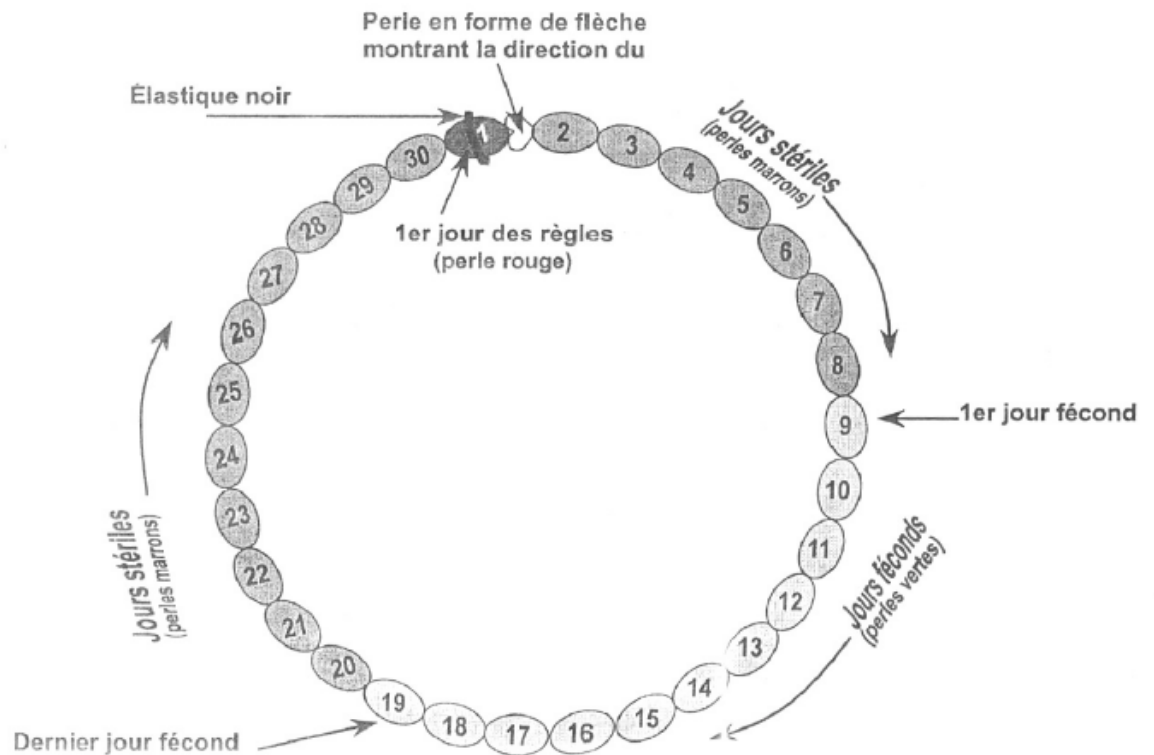
Donner le rendez-vous de suivi :

- Dire à la cliente de revenir à la clinique si :
 - elle n'est pas sûre de suivre (ou ne peut pas suivre) les instructions reçues pour la méthode :

- Don
- Don
- Der
- Dire

Prendre

- Note périodique de coopération
- Conventions méthodologiques



5.8. Le condom ou préservatif masculin

a. Définition :

Le préservatif masculin est une gaine protectrice en latex ou tissu animal destinée à recouvrir le pénis en érection. Il recueille le sperme lors de l'éjaculation et constitue une barrière au passage des spermatozoïdes et une protection contre les IST/VIH et le Sida (double protection).

b. Présenter la méthode :

- Montrer et faire toucher un échantillon de condom.
- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- Utiliser un pénis en bois pour démontrer comment employer le condom.

c. Décrire les avantages :

- Efficace (surtout si associé aux spermicides).
- Corrige l'éjaculation précoce (retarde l'éjaculation).
- Protège contre la grossesse non désirée.
- Protège contre les IST/VIH et le Sida (double protection).
- Disponible, vente libre et emploi facile.

d. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Diminue éventuellement le plaisir et l'élan sexuels.
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport.

e. Expliquer les effets secondaires :

- Allergies au latex ou à certains lubrifiants.

f. Expliquer le mode d'emploi :

Les préservatifs masculins doivent être fournis à toutes les personnes qui en font la demande même si elles utilisent une autre méthode contraceptive.

- Avoir un pénis en bois et un échantillon.
- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- Donner les précautions d'emploi :
 - Vérifier l'intégrité de l'emballage ;
 - Vérifier la date de péremption.
- Préciser de mettre le condom avant tout rapport sexuel.
- Expliquer l'utilisation du condom, en s'aidant du mannequin :
 - avant le rapport :
 - respecter l'espace prévu pour recueillir le sperme, en le pinçant ;
 - dérouler le condom sur le pénis en érection, et en respectant le sens du déroulement ;
 - après l'éjaculation :

- retirer le pénis du vagin aussitôt après l'éjaculation en maintenant le condom à la base du pénis entre le pouce et l'index ;
- retirer le condom du pénis, faire un nœud ;
- le jeter dans une fosse septique ou WC, l'enterrer ou le brûler.
- S'assurer de la compréhension du (de la) client(e).
- Laisser le (la) client(e) poser les questions et répondre à ses questions.
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - préciser que pour chaque rapport il faut un nouveau condom ;
 - conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
 - éviter de les garder trop longtemps dans les poches vestimentaires ou de les exposer à la lumière, à la chaleur et à l'humidité ;
 - manipuler les préservatifs avec soin (les ongles et les bagues peuvent les déchirer).
- Encourager le (la) client(e) à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur le condom.
- Etre à l'écoute du ou de la client(e) et répondre à toutes ses questions.
- Dissiper les rumeurs et appréhensions relevées.
- S'assurer de la compréhension du (la) client(e) en lui posant des questions.

g. Donner le rendez-vous de suivi :

Lors de la première visite

- Dire au (la) client(e) de revenir avant la fin de sa provision.
- Demander si il (elle) est satisfait(e) du service rendu.
- Dire "au revoir".

h. Faire les visites de suivi :

- Demander au client(e) si il est satisfait(e) de l'utilisation du condom.
- Demander s'il veut encore utiliser les condoms ; si non, l'aider à choisir une autre méthode.
- Demander au client(e) de revenir au centre au besoin ou en cas de problème.

FICHE TECHNIQUE N° 8 : Port et retrait du condom masculin

Veillez examiner la figure ci-dessous, où se trouvent illustrées certaines des principales étapes de l'usage correct du préservatif.

Il est important que vous montriez d'abord aux patients comment se servir du préservatif avant de leur demander de s'exercer et de les aider.

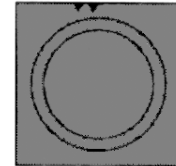
Cela signifie qu'il vous faudra une réserve de préservatifs et un modèle de pénis ou quelque chose qui en représente un, comme une banane ou un manche à balai.

Pendant votre démonstration :

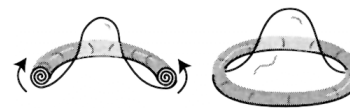
- * Insistez sur l'importance d'avoir des préservatifs sur soi en tout temps : les patients ne devraient jamais en manquer ;
- * Montrez aux patients la date de péremption ou la date de fabrication et expliquez-leur que le préservatif ne devrait jamais être périmé, sentir mauvais, être gluant ou difficile à dérouler ;
- * Expliquez aux patients comment ouvrir soigneusement l'emballage, en utilisant l'encoche prévue à cet effet (***Évitez d'utiliser les objets tranchants*) ;
- * Montrez aux patients de quel côté poser le préservatif sur la verge, en leur expliquant qu'il ne se déroulera pas s'il est posé du mauvais côté ;
- * Montrez aux patients comment tenir l'extrémité du préservatif afin d'en évacuer l'air, avant de le dérouler jusqu'à la base du pénis en érection ;
- * Insistez sur le fait qu'il faut dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis ;
- * Expliquez aux patients qu'il faut se retirer juste après éjaculation en tenant le condom à la base et qu'il faut enlever le préservatif avant que le pénis ne commence à perdre son érection en le faisant glisser lentement ;
- * Expliquez aux patients que, pour se débarrasser sans danger du préservatif, on doit nouer le haut avant de le jeter.

1. Vérifier la date de péremption et la date de fabrication.

2. Déchirer l'emballage avec soin.

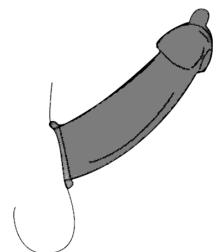


3. Tenir le préservatif ce côté-ci vers le haut, de façon à ce qu'il se déroule facilement.



4. En tenant le haut du préservatif, évacuer l'air de l'extrémité et dérouler le préservatif. S'y prendre à deux mains.

5. Dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis, en laissant de l'espace à l'extrémité du préservatif pour le sperme.



6. Après l'éjaculation, lorsque le pénis commence à perdre son érection, tenir le préservatif à la Base et l'enlever en le faisant glisser soigneusement.



**Prise en charge des difficultés signalées en cas d'utilisation des condoms à tous les niveaux
(villages, CSCom, CSRéf, Hôpitaux)**

Difficultés signalées	Conduite à tenir
<i>Difficulté à garder le pénis en érection</i>	Recommander à la cliente de dérouler le condom sur la verge de son partenaire en érection.
<i>Antécédent d'allergie au latex ou au lubrifiant</i>	Eliminer une infection du gland ; Conseiller l'utilisation d'eau comme lubrifiant ; Si l'allergie persiste, aider à faire le choix d'une autre méthode.
<i>Cliente embarrassée parce que son partenaire ne sait pas utiliser le condom</i>	Faire un jeu de rôle avec la cliente ; Faire la démonstration sur un mannequin.
<i>Déchirure du condom ou glissement du condom dans le vagin</i>	Référer pour une contraception d'urgence (Cf. <i>Contraception d'urgence</i>).
<i>Irritation du pénis</i>	Vérifier la présence d'une réaction allergique ; Vérifier la présence d'une infection ; Traiter selon le cas ; Conseiller l'utilisation d'une autre méthode ; Reprendre le counseling sur la méthode ; Si pas de satisfaction, aider le client à choisir une autre méthode.

5.9. Le préservatif féminin ou condom féminin

a. Définition :

Le préservatif féminin (Femidon) est un mince fourreau de polyuréthane, (matière plastique) mou et transparent que la femme place dans le vagin avant le rapport sexuel pour se protéger de la grossesse et des IST/VIH et le Sida (double protection).

b. Présenter la méthode :

- Montrer et faire toucher un échantillon de condom féminin ;
- Utiliser un langage simple, clair et précis ;
- Utiliser un mannequin pour démontrer comment employer le condom féminin.

c. Décrire les principaux avantages :

- Efficace ;
- Protège contre la grossesse et les IST/VIH et le Sida (double protection) ;
- Pas d'allergies ;
- Peut être porté plusieurs heures avant le rapport sexuel.

d. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Coûteux actuellement ;
- Contraignant : doit être changé à chaque rapport ;
- La femme doit toucher ses parties génitales ;
- Peu discret ;

e. Expliquer les effets secondaires :

Pas d'effets secondaires apparents.

f. Expliquer le mode d'emploi :

- Avoir un mannequin et un échantillon ;
- Utiliser un langage simple, clair et précis ;
- Vérifier l'intégrité et la date de péremption du produit
- Masser le préservatif entre les doigts pour bien répartir le lubrifiant ;
- Sortir le préservatif de son sachet ;
- Maintenir l'anneau intérieur et le pincer en 8 entre le pouce et l'index ;
- Introduire le préservatif aussi loin que possible ;
- Pousser vers le haut avec l'index placé dans le condom en évitant de le tordre ;
- Avant le rapport, guider le pénis à l'intérieur du préservatif ;
- Après le rapport, pour retirer le préservatif, pincer l'anneau extérieur en le faisant tourner ; le tirer et le jeter dans une fosse septique ou WC, l'enterrer ou le brûler ;
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - préciser que pour chaque rapport il faut un nouveau condom ;

- conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
- éviter de les garder trop longtemps ou de les exposer à la lumière, à la chaleur et à l'humidité ;
- manipuler les préservatifs avec soin (les ongles et les bagues peuvent les déchirer).
- S'assurer de la compréhension de la cliente ;
- Laisser la cliente poser les questions et répondre à ses questions.
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur le condom ;
- Etre à l'écoute de la cliente et répondre à toutes ses questions ;
- Dissiper les rumeurs et appréhensions relevées ;
- S'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions.

g. Donner le rendez-vous de suivi :

- Dire la cliente de revenir avant la fin de sa provision ;
- Lui demander si elle est satisfaite de la méthode ;
- Lui dire "au revoir".

h. Faire la visite de suivi :

- Demander à la cliente si elle est satisfaite de l'utilisation du condom ;
- Demander si elle veut encore utiliser les condoms : si non, l'aider à choisir une autre méthode ;
- Demander à la cliente de revenir au centre au besoin ou en cas de problème.

i. Donner les conseils pratiques suivants :

- Conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
- éviter de les exposer à la lumière ou à la chaleur.

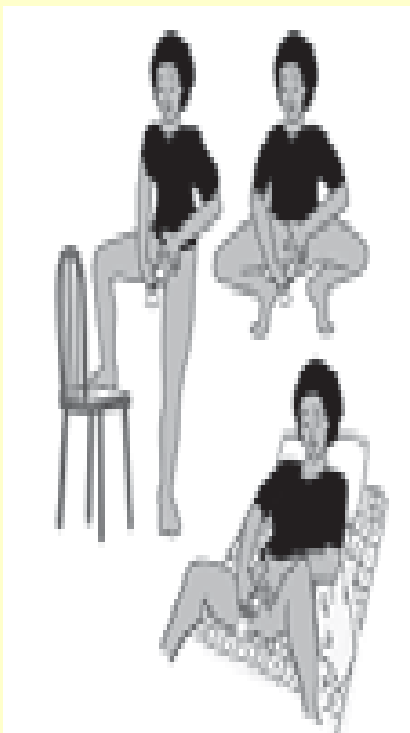
FICHE TECHNIQUE N° 9 : Port et retrait du condom féminin

1. Utiliser un nouveau préservatif pour chaque acte sexuel.

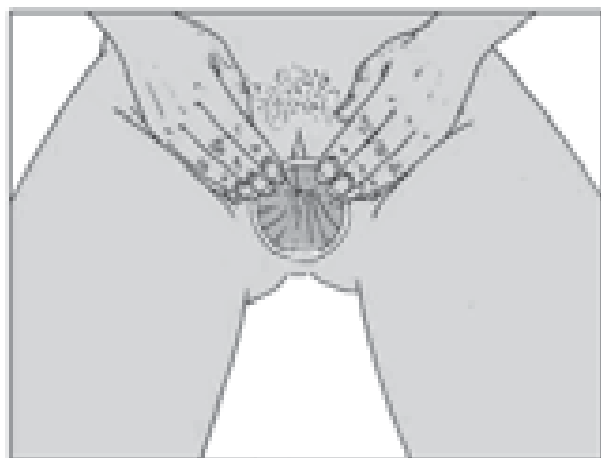
2. Avant chaque contact physique, poser le préservatif dans le vagin.



3. Vérifier que le pénis pénètre dans le préservatif et reste à l'intérieur du préservatif.



- * Contrôler le sachet. Ne pas utiliser s'il est endommagé.
- * Eviter d'employer un préservatif une fois passée sa date de péremption – Ne le faire que si de nouveaux préservatifs ne sont pas disponibles.
- * Si possible, se laver les mains avec de l'eau et du savon doux avant de poser le préservatif.
- * Peut être posé jusqu'à 8 heures avant les relations sexuelles. Pour qu'elle soit la mieux protégée, elle doit poser le préservatif avant que le pénis n'entre en contact avec le vagin.
- * Choisir la position qui convient le mieux : agenouillée, couchée, une jambe en l'air ou en position assise.
- * Frotter les deux côtés pour étendre et faire pénétrer le lubrifiant.
- * Saisir l'anneau à l'extrémité fermée et l'aplatir en le serrant pour qu'il devienne long et étroit.
- * Avec l'autre main, séparer les lèvres extérieures et localiser le vagin.
- * Pousser doucement le préservatif dans le vagin aussi profondément que possible. Insérer un doigt dans le préservatif pour le mettre en place. Environ 2 à 3 centimètres du préservatif et l'anneau extérieur reste à l'extérieur du vagin.
- * L'homme ou la femme devront guider le pénis pour qu'il entre dans le préservatif et non pas entre le préservatif et la paroi vaginale. Si le pénis se trouve à l'extérieur du préservatif, le retirer et essayer à nouveau.
- * Si le préservatif est retiré accidentellement puis poussé à nouveau dans le vagin lors des relations sexuelles, remettre le préservatif correctement en place.



4. Une fois que l'homme retire son pénis, tenir l'anneau extérieur, le faire tourner en le tordant pour éviter que les liquides ne se répandent et tirer doucement pour faire sortir du vagin.

- * Le préservatif féminin n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après les relations sexuelles.
- * Retirer le préservatif avant de se relever pour éviter de répandre le sperme.



5. Jeter avec les bonnes mesures de précaution qui s'imposent.

- * Si le couple a de nouveau des relations sexuelles, elle devra utiliser un nouveau préservatif.
- * On ne recommande pas de réutiliser le préservatif.
- * Remettre le préservatif dans son sachet et le jeter dans la poubelle ou dans la latrine. Ne pas jeter le préservatif dans les toilettes avec chasse d'eau car on risque de les boucher.



4.10. Double protection en Santé de la Reproduction

a. Définition :

La double protection est l'utilisation correcte et constante des préservatifs seuls ou l'utilisation combinée de deux méthodes dont l'une doit être le préservatif.

Utilisation d'une seule méthode (préservatif) :

Dans ce cas il s'agit d'utiliser le préservatif (masculin ou féminin) lors de tout rapport sexuel.

Utilisation combinée de deux méthodes :

Cette approche encourage l'utilisation du préservatif en plus d'une autre méthode de contraception. L'autre méthode peut être hormonale, chirurgicale ou mécanique. Le préservatif a pour effet de protéger contre les IST/VIH et l'autre contre la grossesse.

Fidélité réciproque dans un couple monogame ou polygame :

Il est préconisé ici de n'avoir des rapports sexuels que dans un contexte de fidélité réciproque que le couple soit monogamique ou polygamique. Si possible il est recommandé que les membres voulant constituer un tel couple partagent des informations sur leur statut sérologique pour ce qui concerne le VIH. Le bilan pour rechercher les autres infections en vue d'un traitement préalable est aussi conseillé.

b. Présenter la méthode :

- Montrer et faire toucher un échantillon de condom masculin ou féminin et/ou autres méthodes.
- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- Utiliser un mannequin ou pénis en bois pour démontrer comment employer les condoms féminin et masculin.

c. Décrire les avantages :

- Par rapport au préservatif la double protection augmente de façon significative l'efficacité dans la prévention de la grossesse non désirée.
- Par rapport aux autres méthodes, la double protection a pour impact d'apporter ce qui les manque à savoir la protection contre les IST/VIH.
- Améliore la santé des individus et des familles.
- Diminue les dépenses liées aux maladies et aux grossesses non désirées.
- Implique les deux partenaires surtout l'homme dans la prise de décision.
- Renforce les relations au sein du couple.
- Améliore l'harmonie dans la famille.

d. Expliquer les limites :

- Beaucoup de femmes ne sont pas disposées à utiliser deux méthodes de protection à la fois.
- Les prestataires ont souvent des attitudes négatives à l'égard du condom comme contraceptif efficace.
- L'utilisation de deux méthodes entraîne un coût ajouté.

- Les gens accordent plus d'importance à la protection contre les grossesses que la prévention des IST/VIH.
- L'utilisation du condom peut ne pas être constante.
- La difficulté d'adhésion de tous les membres du couple.
- La difficulté dans l'apprentissage de l'utilisation des méthodes.
- La possibilité des effets secondaires des méthodes utilisées.

e. Expliquer le mode d'emploi :

Cf. Méthodes utilisées.

f. Importance de la double protection :

La double protection est très utile dans les circonstances suivantes :

- L'adolescence ;
- Le célibat ;
- Les situations de migrations ou de promiscuités liées à un événement (politique ou naturel) ;
- L'éloignement du domicile ;
- La prostitution ;
- Les risques de rapports occasionnels.

En plus, elle permet de :

- Résoudre en même temps deux problèmes majeurs des services de santé de la reproduction.
- Utiliser des méthodes disponibles pour améliorer la santé de l'individu et du couple.
- Renforcer les relations interpersonnelles entre les prestataires et les clients.
- Renforcer les liens entre partenaires sexuels dans le souci d'une protection mutuelle.

g. Critères de recevabilité :

- Pour l'homme de l'adolescence jusqu'à l'andropause
- Pour la femme de l'adolescence jusqu'à la ménopause.

Dans ces deux situations ci-dessus, la vision sera la protection contre les IST/VIH.

h. Stratégies pour aboutir à la double protection :

La double protection est une question de couple donc pour y parvenir il faut :

- Analyser sa propre situation, ses relations sexuelles et celles de son ou sa partenaire ;
- Discuter de ces problèmes de relations sexuelles avec son ou sa partenaire ;
- Amener le ou la partenaire à accepter que les problèmes des IST/VIH et de Sida sont réels ;
- Expliquer l'importance de la double protection ;
- Etre d'accord que la double protection peut nous protéger ainsi que nos partenaires ;

- Apprendre l'utilisation du préservatif (aux deux membres du couple) ;
- Persuader le ou la partenaire de l'utilité du préservatif ;
- Appliquer la fidélité mutuelle.

N.B : Instruire aux prestataires à encourager l'utilisation de la double protection.

i. Défis à relever :

Les défis à relever sont innombrables, à savoir :

- La notion est encore peu vulgarisée.
- Les prestataires ne se sont pas souvent préparés pour parler des sujets sexuels aux clients.
- Les femmes qui viennent dans les centres de planification familiale n'osent pas souvent discuter avec leurs maris des informations reçues ni leur proposer des préservatifs
- Les couples n'ont pas l'habitude de parler des sujets sexuels.
- Les formations sanitaires actuelles ne sont pas des structures d'accueil et d'écoute des couples.
- Les programmes de marketing social ont jusqu'ici associer les condoms à la prévention des IST et non à celle des grossesses non désirées.

5.11. Les spermicides

a. Définition :

Les spermicides sont des produits chimiques qui se présentent sous forme de crème, gel, ovule, comprimé, ovule moussant, mousse, aérosol qu'on place dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

b. Présenter les spermicides :

- Utiliser un langage simple, clair et précis.
- Montrer et faire toucher les échantillons.
- Montrer les différents types de spermicides.
- Préciser ou placer le produit.
- S'assurer que la cliente a compris.

c. Expliquer le mode d'action :

Les spermicides, de par leurs propriétés chimiques, détruisent la membrane cellulaire des spermatozoïdes diminuant ainsi leurs mouvements et inhibant leur capacité à féconder.

d. Décrire les principaux avantages :

- Efficace si :
 - utilisation adéquate (70 à 80 %) ;
 - associée avec les condoms (99 %).
- Vente libre sans prescription médicale.

- Utilisés comme méthode d'attente ou de transition.
- Peuvent servir de lubrifiants pour humidifier le vagin.

e. Expliquer les limites (Inconvénients) ou précautions :

- Peuvent interrompre les préludes avant les rapports sexuels.
- Peuvent être gênants pour les femmes qui n'aiment pas manipuler leur vagin.
- Peuvent entraîner une sensation de chaleur qui peut être gênante pour certaines personnes, appréciable par d'autres.
- Peuvent parfois causer une irritation ou allergie vaginale ou du pénis (rare).
- Excès d'humidité vaginale, et même écoulement du produit, ce qui peut être gênant pour certaines personnes, appréciable par d'autres.
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport.
- Doivent être utilisés à chaque rapport.
- Nécessitent une motivation constante de la cliente.
- N'assurent pas la double protection.

f. Expliquer le mode d'emploi :

- Montrer les échantillons des spermicides disponibles.
- Démontrer à l'aide du mannequin comment utiliser les spermicides.
- Utiliser un langage clair, simple et précis.
- Bien conserver les spermicides dans un endroit sec et aéré.
- Préciser le mode d'utilisation des spermicides :
 - Pour les comprimés :
 - ✓ se laver les mains ;
 - ✓ humecter le comprimé avec un peu d'eau (verser un peu d'eau sur le comprimé) et l'introduire profondément dans le vagin avec le doigt 10 à 15 mn avant le rapport ;
 - ✓ et se laver les mains.
 - Pour la mousse, la gelée et la crème :
 - ✓ agiter le flacon ;
 - ✓ remplir l'applicateur ;
 - ✓ introduire profondément l'applicateur dans le vagin juste avant le rapport ;
 - ✓ vider le contenu ;
 - ✓ retirer l'applicateur du vagin ;
 - ✓ laver l'applicateur à l'eau et au savon après utilisation.

N.B : Attendre 6 heures après le rapport avant de faire une toilette intime.

- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs.
- Encourager la cliente à en discuter avec son partenaire.
- Dissiper les appréhensions et les rumeurs relevées.
- Etre à l'écoute de la cliente et répondre à toutes ses questions.
- S'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions.

g. Donner le rendez-vous de suivi :

- Noter le rendez-vous sur le carnet.

Lors de la visite initiale :

- Demander à la cliente de revenir à la clinique avant la fin de sa provision ;
- Demander à la cliente si elle est satisfaite ;
- Dire "Au revoir".

h. Faire des visites de suivi :

- S'assurer de l'utilisation correcte des spermicides.
- Demander si la cliente est satisfaite des spermicides.
 - si elle est satisfaite, lui dire de revenir à la clinique, à la demande ;
 - l'aider à faire le choix d'une autre méthode si nécessaire.

5.12. La contraception d'urgence

a. Définition :

Ensemble de procédés contraceptifs utilisés pendant une période limitée après un acte sexuel sans protection.

Le terme de contraception d'urgence s'applique à tous les types de contraception utilisés en tant que procédure d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée à la suite d'un rapport sexuel non protégé.

b. Indications

- Viol/inceste.
- Rupture/glissement/utilisation incorrecte de condoms, de capes cervicales ou diaphragme déplacés.
- Expulsion de D.I.U.
- Echec du coït interrompu.
- Oubli pilule pendant 3 heures (COP), 3 jours (COC).
- Rapport sexuel imprévu.
- Injectable : rendez vous dépassé de plus de deux semaines.

c. Méthodes utilisées

Méthodes	Mode d'utilisation	Efficacité
COC : 30-35 µg Ethynil estradiol	Prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés. Exemple : Lo-fémenal ou Pilplan	98,5 %
COC : 50 µg Ethynil estradiol	Prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard. Exemple : Eugynon 50, ovral, Microgynon-50	
COP : 0,075 mg (75 µg) de norgestrel	Prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard. Exemple : Ovrette	
COP : 0,03 mg (30 µg) de levonorgestrel	Prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard. Exemple : Microlut, Norgeston	
COP: 0,75 mg (750 µg) de levonorgestrel	Prendre 2 comprimés en prise unique. Exemple : Nor-Levo, Postinor, Imediat, Plan-B	
D.I.U : TCU-380A	Dans les 72 heures suivantes l'acte sans protection.	99 %

d. Prise en charge de la nausée et des vomissements

La nausée est un effet secondaire courant imputable à la dose totale élevée d'œstrogènes dans les COC.

Si elle est accompagnée de vomissements pendant les 2 premières heures, l'efficacité des COC sera diminuée, s'ils sont utilisés pour une contraception d'urgence :

- Pour minimiser la nausée et les vomissements, conseiller aux clientes de prendre chaque dose en mangeant. Si c'est approprié, prendre la première dose au moment d'aller se coucher peut diminuer la nausée et les vomissements ;
- On ne recommande pas l'utilisation régulière d'anti vomitifs bien qu'ils diminuent, dans certaine mesure, la nausée et les vomissements s'ils sont pris de manière prophylactique. Ils ne sont d'aucun recours s'ils sont pris après les vomissements.
- En cas de vomissements dans les 2 heures suivant la prise de la première ou de la seconde dose :
 - la cliente peut répéter la dose ou envisager d'administrer la dose par voie vaginale un traitement supplémentaire (par exemple, 8 comprimés de COC contenant 30 à 35 µg chacun) peut être donné aux clientes en tant que méthode d'appoint.

e. Informations à donner aux clientes pour les COC

- On n'indique aucun effet nuisible pour la femme ou l'embryon venant de la petite quantité d'œstrogènes et de progestatifs dans les COC pris pendant 2 jours.

Toutefois, l'on ne conseille pas, à moins que ce ne soit absolument nécessaire, à une femme de prendre des médicaments, quels qu'ils soient, au début d'une grossesse :

- Si une cliente est enceinte au moment où elle prend des COC, leur utilisation ne sera pas cause d'avortement ;
- Il est très improbable que les COC pris pendant une courte durée (2 jours) entraînent des problèmes graves, même chez des femmes courant un risque de problèmes vasculaires (problèmes de coagulation sanguine actuels ou passés, attaque cardiaque ou attaque cérébrale) ;
- Environ 8 % des femmes qui utilisent des COC pour une contraception d'urgence auront des saignements pendant le cycle de traitement. Environ 50 % auront leur menstruation au moment prévu et la plupart auront leur menstruation plus tôt que prévu ;
- Une contraception d'urgence ne devrait pas être utilisée de manière régulière (d'un mois à l'autre), car elle est nettement moins efficace que les autres méthodes ;
- Indiquer à la cliente comment et quand elle doit commencer la méthode contraceptive qu'elle a choisie ;
- Expliquer que la contraception d'urgence ne protège pas contre les IST/VIH et le Sida.

f. Rendez – vous de suivi

Une cliente devrait revenir à la clinique si :

- Elle n'a pas ses règles pendant 3 semaines (contrôler pour déterminer si l'on est en présence d'une grossesse normale ou extra-utérine) ;
- Elle a toute autre préoccupation.

N.B : La contraception d'urgence est une contraception efficace, mais ne doit pas être utilisée comme une contraception permanente, régulière.

➤ **Nausées et vomissements****Prise en charge par niveau :**

Niveaux	Conduite à tenir
CSCom	En cas de vomissement dans les 2 heures qui suivent la prise, répéter la prise.

	• Rassurer. • Donner RV dans 3 semaines si elle n'a pas ses règles ou si elle a d'autres préoccupations.
CSRéf	• Idem CSCom
Hôpitaux	• Idem CSRéf

5.12. Intégration de la planification familiale aux autres services de la santé de la reproduction

Définition :

L'intégration est une approche à travers laquelle toutes les opportunités sont mises à profit par les prestataires de soins de santé pour faire la promotion de la PF auprès des bénéficiaires

Opportunités d'intégration :

➤ **Fistule Obstétricale**

La fistule obstétricale (**FO**) étant un problème social, toutes les femmes doivent bénéficier des séances de sensibilisation à tous les niveaux, lors de la consultation prénatale recentrée (CPNR), durant le postpartum, dans les services de planification familiale (*Cf. Module Fistule*).

Les femmes victimes de FO doivent bénéficier des services de PF à tous les niveaux. Counseling pour la cliente réparée à la sortie de la structure :

- Abstinence pendant les 6 premiers mois qui suivent l'opération.
- Utilisation d'une méthode de PF pour différer la conception si la femme a des signes de fertilité.
- Prévention des IST, et du VIH par l'utilisation du préservatif seul ou en combinaison avec une autre méthode de PF ou en cas de relations sexuelles sans pénétration.

Counseling pour la cliente réparée 6 mois après :

- Exploration des signes de fertilité et des intentions de fertilité.
- Counseling sur la PF pour accomplir les désirs de fertilité.
Exemple : retarder, limiter ou réaliser une grossesse souhaitée
- Counseling pour prévenir la transmission périnatale du VIH.

Pour les femmes/couples désirant une grossesse, le counseling sur la MJF pour identifier la période de fertilité en vue de réaliser une grossesse

➤ IST, VIH et le Sida

Dans le cadre de la planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH et le Sida, l'OMS a développé un cadre de mise en œuvre de la PTME qui met en exergue le caractère fondamental de la PF.

Les clients ont besoin d'informations pour comprendre les risques encourus tant pour une grossesse non préparée que pour une réinfection aux IST et au VIH.

Il est donc critique de rendre disponibles les condoms féminins et masculins et d'insister auprès des hommes et des femmes sur l'importance de les utiliser correctement pour éviter de contracter une grossesse non désirée ou de se réinfecter au VIH ou une autre IST. Aussi l'utilisation des méthodes contraceptives sûres est nécessaire.

➤ Semaine d'Intensification des activités de nutrition (SIAN)

La SIAN touchant la majorité des femmes en post partum immédiat constitue une opportunité à saisir pour mener des activités de PF sur le terrain.

➤ Vaccination

Les jours de vaccinations sont des opportunités inouïes, pour sensibiliser les femmes dans le post partum sur la planification familiale.

C. INFERTILITE

1. Définition

L'**infertilité** est l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après **un an** de vie commune, malgré des rapports sexuels normaux et réguliers sans précautions contraceptives.

L'infertilité est dite **primaire** s'il n'y a jamais eu de grossesse dans le couple.

L'infertilité est dite **secondaire** s'il y a eu au moins une grossesse, quelle qu'en ait été l'issue (accouchement, avortement, GEU).

La **stérilité** est l'incapacité définitive d'obtenir une grossesse.

2. Etapes de la consultation

2.1. Accueillir le (la) client(e) ou le couple

- Saluer et souhaiter la bienvenue.
- Offrir une chaise.
- Mettre le client ou couple à l'aise et faire les présentations.
- Assurer la confidentialité.
- Demander le motif de la consultation.
- Expliquer la procédure de la consultation, les services disponibles et les lieux d'offre.

2.2. Mener l'interrogatoire

- Mener l'interrogatoire du couple ensemble, puis séparément.
- Demander :
 - la durée de cohabitation ;
 - la durée du mariage ;
 - la durée du désir de grossesse ;
 - le nombre de rapports sexuels par semaine ;
 - le nombre d'épouses du mari ;
 - l'âge du dernier enfant avec les autres épouses ;
 - ce que le couple sait sur la physiologie du cycle menstruel ;
 - âge de la puberté.
- Préciser le type d'infertilité.
- Recueillir les renseignements sur :
 - les facteurs pouvant influencer la fertilité du couple/client (mode de vie, profession), dysfonctionnement sexuel (dyspareunie, vaginisme, impuissance, éjaculation précoce, anéjaculation) ;
 - le cycle menstruel (syndrome prémenstruel, signes d'ovulation, ...),
 - les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux gynécologiques (IST, méthode de contraception antérieure, cure d'hernie, avortement, accouchement prématuré, infections du post-abortum).
- Noter tous les renseignements recueillis.

2.3. Faire l'examen clinique

a. De la femme :

- Demander à la femme de se déshabiller ;
- Faire l'examen général : les caractères sexuels secondaires (CSS), poids, taille, thyroïde, foie, rate, cœur ;
- Faire l'examen des seins à la recherche d'une éventuelle galactorrhée ou de nodules ;
- Faire l'examen gynécologique (spéculum, TV combiné au palper) ;
- Faire l'examen gynécologique à la période péri ovulatoire pour apprécier l'aspect de la glaire.

b. De l'homme :

- Faire l'examen général (morphologie, poids, taille, caractère, pilosité axillaire, thyroïde) ;
- Faire l'examen des organes génitaux externes :
 - du pénis (hypospadias...) ;
 - des bourses (consistance et situation des testicules, varicocèle...).
- Faire le toucher rectal (prostatite...).

2.4. Demander les examens complémentaires***a. Chez la femme :***

- NFS, VS, frottis vaginal y compris le PH vaginal, test post-coïtal (TPC) ;
- Hystérosalpingographie (HSG), biopsie de l'endomètre cœlioscopie ;
- Dosages hormonaux.

b. Chez l'homme :

- spermogramme ;
- dosages hormonaux ;
- bilan sanguin ;
- biopsie testiculaire.

3. Prise en charge des cas d'infertilité***3.1. Poser le diagnostic étiologique***

A partir des informations collectées et des résultats des examens complémentaires.
(Voir tableau d'interprétation étiologique).

3.2. Conseiller le couple/client

- Conseiller le couple d'avoir les rapports en période de fécondité (faire courbe de température, identifier jours de fécondité...).
- Conseiller sur les mesures d'hygiène et de comportements favorables à la fécondité ; la patience et le suivi régulier.
- Mener l'IEC sur :
 - les moyens d'éviter les IST ;
 - les risques d'avortements provoqués.

3.3. Traiter ou référer

En fonction de sa propre compétence et des résultats de l'examen.

- Fixer un rendez-vous de suivi.
- Dire au revoir.

Tableau d'interprétation étiologique des infertilités dans l'anamnèse

Signes retrouvés	Causes possibles
Femme âgée de 40 ans ou plus	La fécondité diminue avec l'âge.
Femme avec trouble du cycle (spanioménorrhée, aménorrhée)	Infertilité due à l'anovulation ou à la dysovulation.
Femme avec antécédents infections pelviennes (IST, avortements, sceptiques...) kystes ovariens	Infertilité due à des lésions cicatricielles de l'utérus ou des trompes (obstruction).
Homme avec antécédents d'infection (IST, orchite ourlienne)	Infertilité due à des lésions cicatricielles des testicules ou des canaux déférents (obstruction).
Homme avec facteurs favorisants (vêtements serrés, chauffeurs)	Infertilité par des troubles de la spermatogenèse (testicules exposés à la chaleur).
Partenaires avec antécédents chirurgicaux du petit bassin pelvipéritonite)	Infertilité due aux séquelles inflammatoires des organes génitaux.
Pathologies (diabète, thyroïdite)	Infertilité due aux troubles endocriniens.
Prise de certains médicaments ou de drogues	Certains médicaments (narcotiques, tranquillisants, antihypertenseurs, nicotine, alcool, antidépresseurs) entraînent asthénospermie ou impuissance sexuelle.
Polygamie ou grands voyageurs	Rapports en dehors des périodes fécondes.

Examen chez la femme

Signes retrouvés	Causes possibles
Anomalies des caractères sexuels (pilosité rare, seins peu développés, utérus infantile...)	Infertilité due à des troubles hormonaux.
Anomalies du fonctionnement glandulaire (thyroïde, surrénales, hypophyse...)	Infertilité due à des troubles endocriniens.
Anomalies anatomiques des organes génitaux (malformation utérine, fibrome, cloison vaginale, ovaire poly kystique)	Infertilité due à des malformations des organes génitaux.
Signes d'infection pelvienne (salpingite, endométrite, vaginite...)	Infertilité due à des séquelles inflammatoires des organes génitaux.
Cicatrices au niveau de l'abdomen	Lésions postopératoires des organes génitaux.

Examen chez l'homme

Signes retrouvés	Causes possibles
Cicatrices au niveau de l'abdomen	Lésions post-opératoires des organes génitaux
Anomalies des caractères sexuels (Verge infantile)	Infertilité due à des troubles hormonaux.
Troubles de l'érection ou de l'éjaculation	Troubles neurologiques ; Troubles circulatoires ; Troubles psychosociaux.
Signes d'infection génitale (IST, tuberculose)	Infertilité due à des séquelles inflammatoires avec anomalies de la spermatogenèse.
Anomalies anatomiques (hypospadias, ectopie testiculaire)	Infertilité due à des malformations anatomiques.

➤ Prise en charge de l'infertilité

Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	Informer le couple de la nécessité de : • Référence pour une meilleure prise en charge ; • Prévoir de l'argent à cet effet pour les différentes investigations possibles. • Référer vers le CSCom.
CSCom	Expliquer certaines causes d'infertilité : • Les infections génito-urinaires (IST), la multiplicité des partenaires sexuels. • Les avortements provoqués, les suites de couches compliquées. • Les malformations des organes génito-urinaires. • Examiner le couple/client(e). • Demander des examens complémentaires si possibles. • Informer le couple des résultats des examens. • Si à la fin de l'examen, on ne peut tirer une conclusion : • Expliquer au couple la physiologie de la reproduction en s'aidant de planches, de tableaux appropriés. • Recommander au couple d'avoir des rapports, pendant la période ovulatoire. • Donner des conseils au couple sur les mesures adjuvantes : bonne alimentation, repos, arrêt du tabac, de l'excès d'alcool. • Dire au couple d'être patient et insister sur la régularité du suivi.

Niveaux	Conduite à tenir
	• Convoquer le couple après 3 ou 6 mois. • Référer le couple si absence de grossesse après 6 mois. N.B : Cette prise en charge est fonction du prestataire en place.
CSRéf	• Idem CScCom ; • Procéder à l'examen bactériologique de la glaire cervicale, prélèvement vaginal et antibiogramme ; • Faire les traitements appropriés selon les résultats des examens complémentaires. • Recommander des consultations multidisciplinaires, notamment une prise en charge psychologique s'il n'y a pas de cause évidente. Chez la femme : Si troubles du cycle + galactorrhée : • Donner bromocriptine 5 mg à dose progressive. Si insuffisance lutéale donner : • Un progestatif en 2^{ème} phase (progestérone ou dydrogesterone 20 mg/j) ; • Le clomifène 50 à 100 mg/j + HCG. S'il s'agit d'un cycle anovulatoire : • Administrer clomifène Si échec : • Référer au CHU ; • Monitoring de l'ovulation sous HMG puis HCG. En cas de dystrophie ovarienne micro-kystique : • Administrer : ○ L'oestroprogestatif 50u pendant 3 mois puis clomifène ; ○ HSG anormale : chirurgie (cure de synéchies, plastie tubaire, myomectomie, plastie utérine ou cervico-isthmique) ; Pour les autres causes chez la femme : • Référer. Si infections génito-urinaires (IST) : • Administrer un traitement antibiotique et anti-inflammatoire. Chez l'homme : Si oligo-asthénospermie : • Conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité.

Niveaux	Conduite à tenir
Hôpitaux	Idem CSRéf Chez la femme : Si prolactinémie ; • Faire les traitements appropriés selon les résultats des examens complémentaires ; • Recommander des consultations multidisciplinaires, notamment une prise en charge psychologique s'il n'y a pas de cause évidente. Chez l'homme : Si oligoasthénospermie : • Conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité ; • Conseiller et faire l'insémination intra conjugale. Si varicocèle : • Traiter. Si sperme insuffisant : • Faire dosages hormonaux ; • Faire biopsie testiculaire. Si biopsie anormale : • Counseling, • Informer des possibilités de procréation médicalement assistée. Si pas de cause évidente : • Proposer une procréation médicalement assistée ou une fécondation in vitro (FIV); • Proposer une adoption.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Liste de contrôle pour écarter une grossesse

La consultation préalable à la PF a pour objectif principal de déterminer :

- Qu'une cliente n'est pas enceinte
- S'il existe des conditions demandant qu'on prenne des précautions pour l'emploi d'une méthode particulière
- S'il existe des problèmes particuliers demandant un bilan supplémentaire, un traitement ou un suivi particulier.

Poser à la cliente les questions 1 à 6. Dès que la cliente répond "oui" à l'une de ces questions, arrêter et suivre les instructions ci-après.

NON		OUI
	1 Est-ce que vous avez un bébé de moins de 6 mois, est-ce que vous pratiquez l'allaitement complet ou quasi complet et est-ce que vous n'avez pas eu de règles depuis ?	
	2 Est-ce que vous vous êtes abstenu des rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis l'accouchement ?	
	3 Avez-vous eu un bébé ces 4 dernières semaines ?	
	4 Est-ce que vous avez eu vos règles ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention d'utiliser un DIU) ?	
	5 Est-ce que vous avez eu une fausse couche ou un avortement ces 7 derniers jours (ou ces 12 derniers jours, si la cliente a l'intention d'utiliser un DIU) ?	
	6 Est-ce que vous utilisez correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable ?	

Si la cliente répond "non" à toutes les questions, on ne peut pas éliminer la possibilité d'une grossesse. La cliente devrait attendre ses prochaines règles ou faire un test de grossesse.

Si la cliente répond "oui" à l'une au moins des questions et si elle n'a pas de signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez lui remettre la méthode qu'elle a choisie.

ANNEXE 2 : Counseling de planning familial par les relais.

Le but du counseling en PF est de conduire un entretien afin d'aider le client(e) à faire un choix informé.

Visite initiale :

a. Préparer la séance, réunir le matériel :

- Avoir les échantillons des différents produits disponibles ;
- Avoir un pénis en bois ;
- Avoir des aides visuelles ;
- Avoir la fiche de contrôle et les autres supports.

b. Conduire l'entretien :

- Saluer le/la client(e) selon la coutume
- Se présenter et mettre le/la client(e) en confiance
- L'informer de l'objet de la visite et expliquer comment la visite va se dérouler
- Poser des questions sur les connaissances de la cliente au sujet de l'objet de la visite
- Donner des informations correctes et des explications concernant l'objet de la visite
- Utiliser les aides visuelles pour compléter les informations (échantillons, boîte à image, mannequin)
- Inviter la cliente à poser des questions et à exprimer ses opinions
- Donner des réponses appropriées en utilisant un langage compréhensible par le client(e)
- Appliquer les compétences d'une communication efficace (non verbale et verbale)
- S'assurer de la satisfaction du client(e)
- L'inviter à prendre une décision quant au choix d'une méthode
- Répondre à la décision du client(e) (voir counseling spécifique à chaque méthode)
- Enregistrer le/la client(e), les services, les recettes (cahier)
- Proposer un rendez-vous de suivi

C. Visite de suivi :

- Saluer le/la client(e) selon la coutume
- Se présenter et mettre les clients en confiance
- Evoquer la raison de la visite
- Demander si le/la client(e) est satisfaite de la méthode utilisée
- Laisser le/la client(e) exprimer ses besoins et poser ses questions
- Répondre aux préoccupations du client(e)
- Vérifier l'utilisation correcte de la méthode
- Réapprovisionner
- Enregistrer le/la client(e), les services, les recettes
- Proposer un nouveau rendez-vous de suivi

D. Faire une visite à domicile (Cf. CCC).

ANNEXE 3 : Utilisation de la fiche de contrôle par le relais communautaire

a. Identifier la cliente :

Indiquer :

- Les noms du relais communautaire et du (de la) client(e) ;
- Le nom de la localité ;
- La situation matrimoniale du (de la) client(e) ;
- Le niveau d'éducation du (de la) client(e) ;
- Le nombre d'enfants vivants ;
- Le service responsable ;
- Le désir d'enfants supplémentaires.

b. Administrer la fiche de contrôle au (à la) client(e) :

- Cocher les cases en fonction de la réponse du client(e) ;
- Référer le client(e) si sa réponse est **oui** à une des questions de la fiche de contrôle

N.B : Le relais communautaire pose des questions à la cliente en se référant aux éléments de la fiche de contrôle qu'il remplit.

Si une des réponses de la cliente est "**Oui**", l'agent de DBC réfère le (la) client (e) à l'aide d'une fiche de référence et tel que décrit dans le système de référence (voir procédures pour la référence). L'agent donne des condoms et/ou spermicide au (à la) client(e), qui les utilisera en attendant d'être reçu(e) au centre de référence.

ANNEXE 4 : Fiche de suivi de la cliente par l'ASC

Nom de la cliente : _____ **Age :** _____

Commune : _____ **Aire de santé :** _____

Village site : _____

Type de contraceptif utilisé par la cliente :

Pilule combinée _____ Pilule progestative _____ Injectable _____ Spermicide _____ Préservatifs _____

MOIS	DATE	Effets secondaires				Continue		SI NON. Raisons de l'abandon
		NON	OUI	SI OUI. Nature des effets secondaires	Résolution des effets secondaires	OUI	NON	
1 ^{er}								
2 ^{ème}								
3 ^{ème}								
4 ^{ème}								
5 ^{ème}								
6 ^{ème}								
7 ^{ème}								
8 ^{ème}								
9 ^{ème}								
10 ^{ème}								
11 ^{ème}								
12 ^{ème}								

ANNEXE 5 : Fiche de référence

Nom agent :

Nom cliente :

Village/Quartier :

Nom du Centre où la cliente est adressée :

La cliente est adressée pour :
(Indiquer le motif de la référence)

Signature :

Date :

ANNEXE 6 : Fiche de contre référence

Méthode offerte à la cliente :
(Indiquer le nom de la méthode)

Nom & prénom du Prestataire :

Qualification du Prestataire :

Date :

Signature :

ANNEXE 7 : Fiche de diagnostic client du relais

Région : _____ Cercle : _____

CSCOM : _____ Village : _____

Nom de l'animateur : _____

Nom du superviseur : _____

Date de la 1^{ère} visite : _____ Date de rendez-vous : _____

Nom et prénom cliente : _____

Age de la cliente : _____

Les éléments de l'interrogatoire

CONTROLE ANATOMIQUE DU CORPS HUMAIN	DIAGNOSTIC ANIMATEUR	
	OUI	NON
TETE • De forts maux de tête • Yeux jaunes	_____ _____	_____ _____
THORAX • Une masse dans le sein • Douleur à la poitrine fréquente • Essoufflement, fatigue à l'effort (la marche à petite distance).	_____ _____ _____	_____ _____ _____
ABDOMEN • Retard des règles • Saignement après les rapports • Saignements en dehors des règles	_____ _____ _____	_____ _____ _____
JAMBES • Varices • Mollet enflé et douloureux	_____ _____	_____ _____
AUTRES MALADIES • Hypertension • Sensation de mouche volante avec vertige • Cancer connu • Diabète	_____ _____ _____ _____	_____ _____ _____ _____

Si **OUI**, à une de ces questions ou si la femme désire l'injectable, attendez l'arrivée du superviseur ou référer la femme au chef de poste médical (Qui l'examinera).

Si **NON**, à toutes les questions, donner la pilule :

- Pour la femme qui n'allait pas ou son enfant à plus de 6 mois :
 - → Donner une pilule à 2 éléments (PC).
 - Quantité donnée : _____
- Pour la femme qui allaite et son enfant n'a pas 6 mois :
 - 0..→ Donner pilule à un élément (PP).
 - Quantité donnée : _____

N.B : Pour la 1^{ère} visite donner un cycle.

ANNEXE 9 : Fiche de suivi de la cliente par le relais

Nom de la cliente : _____ Village : _____

Age : _____

Type de contraceptif utilisé par la cliente :

Pilule combinée _____ Pilule progestative _____ Injectable _____

MOIS	DATE	EFFETS SECONDAIRES				Continue		SI NON, Raisons de l'abandon
		NON	OUI	SI OUI, Nature des effets secondaires	Résolution des effets secondaires	OUI	NON	
1 ^{er}								
2 ^{ème}								
3 ^{ème}								
4 ^{ème}								
5 ^{ème}								
6 ^{ème}								
7 ^{ème}								
8 ^{ème}								
9 ^{ème}								
10 ^{ème}								
11 ^{ème}								
12 ^{ème}								
13 ^{ème}								

Exemples d'effets secondaires

- Maux de tête
- Nausées
- Vomissements
- Retard des règles
- Saignement

Exemples de résolution d'effets secondaires

- Références au centre de santé
- Conseils

Exemples de raison d'abandon

- Effets secondaires
- Voudrait être enceinte
- Maladie

Les **supports de référence** au niveau du village pour les relais sont : la carte de référence et la carte de rétro-information.

ANNEXE 10 : Carte de référence

Nom du Relais :

Nom cliente :

Village/Quartier :

Nom du Centre où la cliente est adressée :

La cliente est adressée pour :

(Indiquer le motif de la référence)

ANNEXE 11 : Carte de retro-information

Méthode offerte à la cliente :
(Indiquer le nom de la méthode)

Observations :

Nom Prénom du Prestataire :

Qualification du Prestataire :

Date :

Signature :

ANNEXE 12 : FICHE TECHNIQUE n° 10 : Counseling en PF effectué par les promoteurs et vendeurs dans le cadre du marketing social

1. Promoteurs :

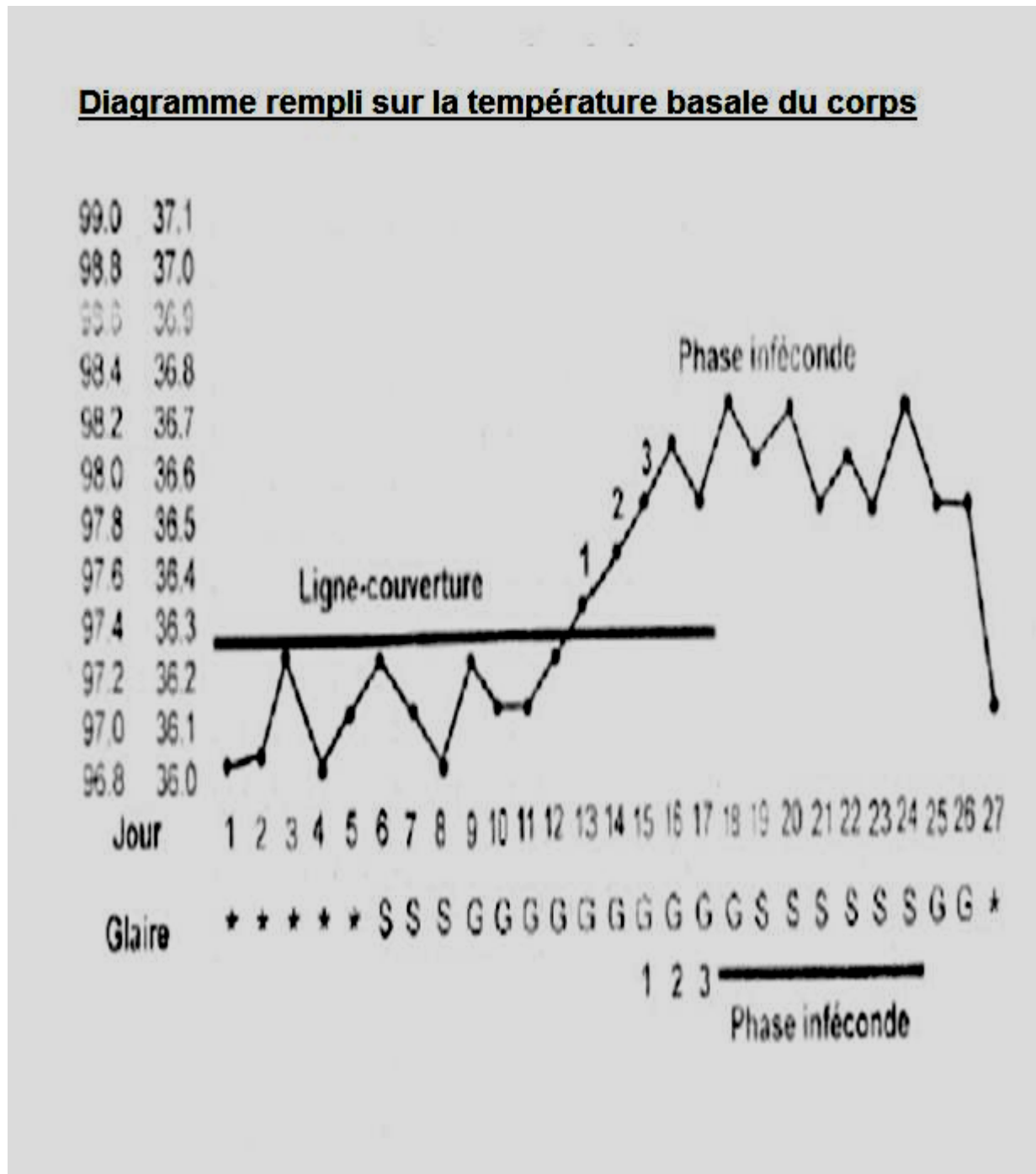
- Saluer le vendeur avec cordialité ;
- Se présenter ;
- Exposer les produits (condoms, spermicides, pilules) ;
- Informer sur les prix des produits ;
- Expliquer les conditions de stockage ;
- Expliquer les modes d'utilisation du condom avec le pénis en bois ;
- Inciter le vendeur à constituer un stock ;
- S'assurer que le vendeur a bien compris en posant des questions ou en faisant reformuler les explications ;
- Vendre les produits ;
- Relever le lieu d'exercice du vendeur ;
- Donner un autocollant du produit vendu pour affichage ;
- Expliquer aux détaillants d'exposer les produits de façon à être visibles ;
- Remplir la fiche de visite et le rapport journalier ;
- Fixer la date de la prochaine visite ;
- Remettre les fiches et rapports de visite aux superviseurs.

2. Vendeurs/détaillants :

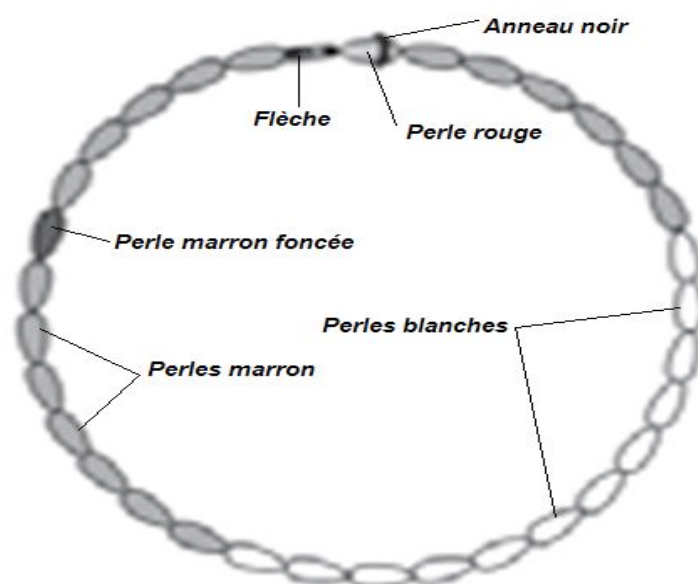
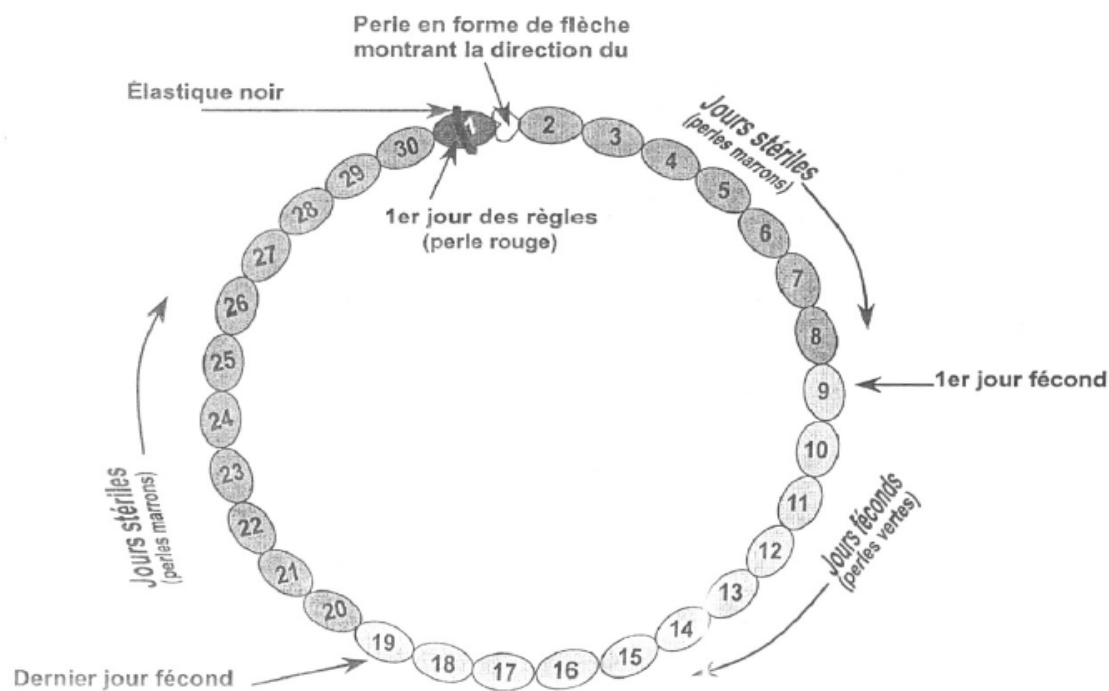
Au préalable les condoms sont exposés et rangés de façon visible :

- Echanger les salutations avec les clients ;
- Demander l'objet de la visite ou interpréter les gestes des clients ;
- Expliquer les modes d'utilisation des condoms exposés ;
- Vendre les condoms ;
- Expliquer les conditions de conservation du condom ;
- Expliquer le mode de destruction après usage du condom ;
- Rassurer le ou la client(e) de la disponibilité constante des condoms et de sa propre disponibilité ;
- Remercier le ou la client(e).

ANNEXE 13 : Courbe de température



ANNEXE 14 : Collier



GLOSSAIRE

Aménorrhé	:	Absence de menstruations.
Anémie	:	Etat clinique dû à un nombre de globules rouges inférieur à la normale.
Antalgique	:	Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur.
Antiseptique	:	Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes.
Aseptique	:	Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles.
Avortement	:	Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes.
Canal déférent	:	Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate.
Cervicite	:	Inflammation du col utérin.
Counseling	:	Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider le ou la client (e) à prendre une décision.
Cycle menstruel	:	Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon périodique, et en général chaque mois, chez une femme et préparant à une grossesse éventuelle.
Dysménorrhée	:	Menstruations ou règles douloureuses.
Endocervical	:	Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale.
Hémorragie	:	Saignement ou effusion de sang en dehors du corps.
Hépatite	:	Inflammation du foie provoquée par une infection ou des substances toxiques.
Hypospadias	:	Malformation congénitale masculine caractérisée par la situation anormale du méat urétral sur la face inférieure de la verge.
Hystéromètre	:	Instrument servant à mesurer la profondeur de la cavité utérine.
Ictère	:	Coloration jaune de la peau et des muqueuses due à la présence d'un pigment biliaire qui n'a pas été éliminé de façon normale.
Leucorrhée	:	Ecoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.
Ménorragie	:	Saignement anormal prolongeant les règles
Menstruations	:	Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de débris tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la muqueuse d'un utérus non gravide.

Métrorragie	:	Saignement génital survenant en dehors des règles.
Migraine	:	Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par une « aura » et accompagné typiquement de nausée et de vomissements.
Nullipare	:	Femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines.
Ovulation	:	Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à maturité.
Spotting	:	Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tâche le slip.
Suivi	:	Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un ou de plusieurs traitements prescrits antérieurement.
Thrombose	:	Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités du cœur.
Vaginite	:	Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite).
Varices	:	Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et souvent tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes.

II. IST/VIH ET PTME

A. IST/VIH

1. Counseling spécifique en IST

Il a pour objectifs de :

- Amener le (la) patient(e) à adopter des comportements positifs permettant de minimiser les risques d'infection.
- Permettre aux prestataires de service de conseiller les patients souffrant d'IST, à suivre un traitement, à adopter de nouveaux comportements en matière de relation sexuelle afin de prévenir de nouvelles IST et d'endiguer la propagation du VIH et le Sida.

Etapes et activités du counseling

ETAPES	ACTIVITES
<u>Bienvenue :</u> <i>Accueillir le/la patient (e).</i>	• Accueillir chaleureusement le (la) patient(e) ou le couple. • Prendre quelques minutes pour mettre le (la) patient(e) à l'aise : cela l'encourage à se détendre et à donner davantage d'informations.
<u>Entretien :</u> <i>Avec le/la patient (e) pour recueillir les informations nécessaires.</i>	• Demander au (à la) patient(e) la raison de sa visite. • Demander l'âge, le statut matrimonial, l'orientation culturelle et la motivation de la visite du (de la) patient(e) en toute impartialité. • Recueillir les informations médicales de base pour s'assurer qu'il n'y a pas de contre-indications à ce que le (la) patient (e) reçoive un traitement quelconque. • Informer le (la) patient(e) qu'on sera amené à parler de sujets délicats sur son passé ou son présent • Interroger le (la) patient(e) au sujet : ○ de son comportement sexuel ; ○ de l'utilisation de drogues ; ○ du comportement sexuel de son partenaire ; ○ des autres facteurs de risque personnel ; ○ de son mode de protection habituel. • Encourager le (la) patient(e) à discuter de ses expériences préalables avec les services de PF/IST. • Demander au (à la) patient(e) ce qu'il sait au sujet des IST et comment elles se propagent. • Demander au (à la) patient(e) s'il utilise actuellement le condom.
<u>Renseigner :</u> <i>Le (la) patient(e) sur les IST.</i>	• Etre direct, spécifique et utiliser des mots simples. • Expliquer au (à la) patient(e) les signes, les complications et les conséquences de l'IST dont il souffre. • Mettre l'accent sur les points les plus importants dont le patient doit se rappeler. • Dire au (à la) patient(e) comment prévenir l'infection de son/sa partenaire. • Expliquer le besoin d'examiner et de traiter le/la partenaire. • Informer le (la) patient(e) au sujet d'autres IST et comment les prévenir. • Discuter des options en matière de prévention des IST. • Utiliser des supports IEC tel que des dépliants, des brochures ainsi que des échantillons pour mettre l'accent sur les points importants.

ETAPES	ACTIVITES
Aider : Le (la) patient(e) à comprendre son niveau de risque et à planifier des modifications de son comportement.	• Informer le (la) patient(e) sur le niveau de son risque, sans lui faire peur. • Discuter des changements de comportement que le (la) patient(e) peut effectuer pour prévenir une réinfection.
Expliquer : Le traitement et la prévention de la réinfection au (à la) patient (e)	• Expliquer le traitement et la prise des médicaments. • Demander au (à la) patient(e) de répéter toutes les instructions. • Expliquer au (à la) patient(e) comment les condoms peuvent le (la) protéger contre la réinfection . • Apprendre au (à la) patient(e) comment utiliser les condoms. • Encourager le (la) patient(e) à poser des questions ou à révéler toutes ses préoccupations non résolues. • Donner les instructions spécifiques pour la visite de suivi. • S'assurer que le (la) patient(e) sait qui contacter s'il (elle) a des questions.
Référer.	• Référer le (la) patient(e) à la structure sanitaire spécialisée pour des soins de suivi au besoin. Pour la plupart des patients, la structure sanitaire la plus proche de leur domicile est la meilleure option.

2. Counseling spécifique pour le dépistage volontaire du VIH (CCDV)

2.1. Counseling pré dépistage

Le counseling pré dépistage se fait au moment de l'interrogatoire/enregistrement.

Les étapes sont :

- Evaluer les connaissances et les facteurs psychosociaux ;
- Evaluer le risque ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Prendre une décision.

a. Évaluer les facteurs psychosociaux et connaissances du (de la) client(e) sur le VIH

- Discuter avec le (la) client(e) à propos de ses connaissances concernant les modes de transmission du VIH et de l'évolution de la maladie ;
- Discuter avec le (la) client(e) à propos de ses croyances vis à vis de l'infection à VIH ;
- Identifier les raisons qui ont amené le (la) client(e) à demander le test ;
- Discuter avec le (la) client(e) des antécédents en matière des tests de VIH et des changements de comportements possibles en fonction des résultats ;
- Identifier les symptômes qui laissent présumer une possible infection ;
- Permettre au (à la) client(e) d'exprimer ses réactions face à un résultat positif ou négatif ;
- Rechercher avec le (la) client(e) les personnes susceptibles de lui fournir un soutien sur le plan affectif et social.

b. Évaluer les risques

- Identifier les comportements qui exposent le (la) client(e) aux risques de contracter le VIH ;
- Rechercher l'exposition/comportement à risque le plus récent (quand ? Avec qui ? Dans quelle circonstance ?) ;
- Rechercher les comportements à risque du (de la) partenaire ;
- Explorer l'utilisation du préservatif ;
- Évaluer le niveau de communication avec le (la) partenaire ;
- Faire un récapitulatif des antécédents du (de la) client(e) et des questions relatives aux risques.

c. Évaluer les convictions socioculturelles

- Identifier les différentes interprétations du Sida et de la mort dans le milieu social du (de la) client(e) ;
- Rechercher la signification du rapport sexuel hors mariage et dans les situations d'interdits ;
- Discuter des appréciations du (de la) client(e) par rapport à l'utilisation du préservatif ;
- Discuter de la compréhension d'un comportement responsable (abstinence, fidélité, utilisation du préservatif).

d. Aider le (la) client (e) à prendre une décision

- Expliquer au (à la) client (e) les résultats possibles du test ;
- Discuter des avantages de savoir son statut sérologique ;
- Identifier les croyances, les comportements et sentiments mitigés en ce qui concerne le test et ses résultats ;
- Déterminer si le (la) client(e) est résolu(e) à faire le test.

2.2. Remplissage de la fiche de sérologie

La fiche de sérologie doit être remplie en respectant la confidentialité.

SITUATIONS	SIGNES (Comment reconnaître ?)	CONDUITE A TENIR (Que faire ?)
Patient(e) anxieux(se).	• Il (elle) peut parler beaucoup ; • Il (elle) peut être silencieux(se) ; • Il (elle) peut avoir parfois des gestes incontrôlés ou être irritables.	• L'encourager à bien communiquer lentement ; • Le (la) revoir aussi souvent qu'il (elle) le souhaite ; • L'inciter à faire le dépistage.
Patient(e) ayant un faux espoir sur le test.	• Il (elle) est souvent évasif (ve) ; • Il (elle) a tendance à se culpabiliser ; • Il (elle) appelle souvent au secours en utilisant les termes suivants (Que vais-je faire ? Que dois-je faire ? Docteur aidez-moi ?).	• Essayer de focaliser l'entretien sur le (la) patient (e) avec patience et fermeté ; • L'aider à élaborer son plan de réduction de risque ; • L'exhorter à respecter ce plan ; • L'inciter à faire le test de dépistage.

Patient(e) convaincu(e) de sa séropositivité.	• Il (elle) est souvent évasif (ve) ; • Il (elle) a tendance à se culpabiliser ; • Il (elle) appelle souvent au secours en utilisant les termes suivants (Que vais-je faire ? Que dois-je faire ? Docteur aidez-moi ?).	• L'aider à élaborer son plan de risque ; • L'encourager à mettre en œuvre son plan ; • L'inciter à faire le test de dépistage ; • L'inciter à vous voir assez souvent.
--	---	--

2.3. Rendez-vous

Le rendez-vous est donné au (à la) client(e) pour venir chercher le résultat au sein de l'unité où il (elle) a reçu le counseling.

2.4. Counseling post dépistage

Le conseil après le test, porte sur le résultat du test puis sur le soutien à apporter au (à la) client(e). Il permet également au (à la) client(e) de voir qu'il (elle) n'est pas isolé (e) une fois que le diagnostic de séropositivité au VIH est connu.

a. Conditions de l'annonce

En général, le counseling post-dépistage est facile si le counseling pré-dépistage a été bien mené.

L'annonce obéit aux règles suivantes :

- Se fait dans un bref délai et dans un endroit confidentiel ;
- S'attendre à un choc et reconnaître sa réalité ;
- Proposer et apporter un soutien psychosocial ;
- Préconiser le traitement.

b. Déroulement d'une séance de counseling post-dépistage

La démarche pour annoncer le résultat du test est la suivante :

- Mettre le dossier du (de la) client(e) sur la table ;
- Accueillir et mettre en confiance le (la) client(e) ;
- Faire l'entretien face à face dans un cadre garantissant son caractère confidentiel ;
- Revoir ce que le (la) client(e) a retenu du counseling pré dépistage en insistant sur les résultats possibles du test et se rassurer que le (la) client(e) est prêt à recevoir son résultat ;
- Annoncer tout de suite le résultat ;
- Matérialiser le résultat par le bulletin (montrer le bulletin) ;
- Faire silence et laisser la personne réagir ;
- Observer bien le (la) client(e) pour évaluer ses réactions, ses sentiments et préparer le type de soutien nécessaire et la manière par laquelle il faut continuer l'entretien ;
- Interpréter et expliquer le résultat.

c. Annoncer un résultat négatif

Lors de l'annonce, il faut :

- Expliquer au (à la) client(e) que le test VIH n'est pas une vaccination, s'il s'expose au risque il peut devenir séropositif ;
- Faire comprendre au (à la) client(e) la notion de séroconversion et la nécessité de faire un autre test pour confirmer le premier résultat si la durée d'exposition au risque est inférieure à 3 mois ;
- Demander au (à la) client(e) si il (elle) est prêt(e) à informer son partenaire et de l'amener éventuellement à faire le test.
- Responsabiliser le (la) client(e) par rapport à la conservation de sa séronégativité ;
- Discuter de la PF ;
- Amener le (la) client(e) à comprendre et à informer les autres que le dépistage est l'un des moyens de prévention du VIH.

d. Annoncer un résultat positif

L'annonce du résultat positif respecte les étapes suivantes :

- Faire l'annonce simplement : « les résultats du test sont revenus, le test est positif » ;
- Laisser à l'intéressé (e) le temps d'absorber le choc ;
- Occupez-vous en premier lieu des réactions immédiates du (de la) client (e) qui doit retrouver le contrôle de soi (réactions de type choc, incapacité de parler, colère, tristesse, peur, découragement, culpabilité, hystérie, déni, etc.) ;
- Montrez que vous comprenez et acceptez cette réaction et que vous soutenez le (la) client(e). Encouragez le (la) à exprimer ses sentiments : « **que ressentez-vous ?** » et « **vos sentiments sont tout à fait naturels, la plupart des personnes ressentent cela au début** ». Ce sont des phrases clés ;
- Tentez de résoudre avec le (la) client(e) les problèmes suscités ;
- Commencer le suivi médical en faisant une consultation en vue de constituer un dossier médical ;
- Informer le (la) client(e) des lieux d'offre de services, de l'existence d'association de personnes vivant avec le VIH et d'autres formes d'auto supports.
- Donner rendez-vous dans les 72 heures pour :
 - évaluer l'état psychologique du (de la) client(e) ;
 - discuter de l'administration de l'ARV ;
 - discuter de l'environnement social (partenaire, famille, communauté) ;
 - discuter de la PF au moment opportun (états clinique et psychologique satisfaisants) en insistant sur la double protection.

FICHE TECHNIQUE n° 10 : Port du préservatif masculin

- Accueillir le (la) client (e) avec respect et amabilité ;
- Offrir au (à la) client (e) un siège ;
- Expliquer au (à la) client (e) que :
 - Chaque condom ne doit être utilisé qu'une seule fois et doit être jeté dans un endroit hors de la portée des enfants ;
 - Les condoms ne doivent pas être entreposés dans les endroits chauds ou humides tels qu'un porte-monnaie car cela pourrait affaiblir le latex et il pourrait se déchirer durant les rapports sexuels ;
 - Le condom doit être utilisé uniquement avec un lubrifiant hydrosoluble ;
 - Il doit vérifier la date sur l'emballage du condom, (les condoms sont bons pour 5 ans après la date de fabrication) ;
 - Le condom ne doit pas être utilisé si l'emballage est déchiré ou s'il semble endommagé ou écaillé ;
 - Il doit placer le condom sur le pénis en érection avant tout contact sexuel car le sperme pré éjaculatoire peut couler du pénis avant l'éjaculation ;
 - Si le condom se déchire ou fuit pendant les rapports sexuels, il doit le remplacer immédiatement ;
 - Il doit toujours avoir des condoms disponibles ;
 - Il doit faire attention en ouvrant l'emballage du condom de façon à ne pas le déchirer. Lui dire de ne pas utiliser les dents, des ciseaux ou d'autres objets tranchants ou pointus pour ouvrir l'emballage ;
 - Il ne doit pas dérouler le condom avant de le mettre sur le pénis ;
 - S'il n'est pas circoncis il faudra qu'il tire le prépuce du pénis vers l'arrière ;
 - Démontrer comment utiliser un condom à l'aide d'un modèle anatomique en insistant sur la manière de :
 - ✓ presser le bout du condom tout en le mettant sur le bout du pénis ;
 - ✓ Continuer à presser le bout du condom tout en le déroulant jusqu'à ce qu'il couvre entièrement le pénis.

FICHE TECHNIQUE n° 11 : Retrait du préservatif masculin

- Expliquer qu'après l'éjaculation et avant que le pénis ne se ramollisse, il doit tenir le bord du condom tout en se retirant du vagin ;
- Démontrer comment faire glisser le condom hors du pénis sans faire verser le liquide (sperme) ;
- Expliquer qu'il doit faire un nœud avec le condom et ensuite le jeter dans les latrines ou WC hors de la portée des enfants ;
- Dire au client de se laver les mains après avoir jeté le condom ;
- Permettre au client de répéter les instructions et de pratiquer le port et le retrait du condom sur le modèle anatomique pour s'assurer qu'il a compris ;
- Demander au client s'il a des questions ou des préoccupations ;
- Fournir des condoms au client ;
- Avoir un mannequin et un échantillon ;
- Utiliser un langage simple, clair et précis ;
- Sortir le préservatif de son sachet ;
- Frotter le préservatif entre les doigts pour bien répartir le lubrifiant ;
- Maintenir l'anneau intérieur et le pincer en 8 entre le pouce et l'index ;
- Introduire le préservatif aussi loin que possible dans le vagin ;
- Pousser vers le haut en évitant de tordre le préservatif ;
- Avant le rapport, guider le pénis à l'intérieur du préservatif ;
- Après le rapport, pour retirer le préservatif, pincer l'anneau extérieur en le faisant tourner ; le tirer et le déposer dans une poubelle ;
- Donner les conseils pratiques suivants :
 - préciser que pour chaque rapport il faut un nouveau condom ;
 - conserver les condoms dans un endroit frais et sec ;
 - éviter de les garder trop longtemps ou de les exposer à la lumière, à la chaleur et à l'humidité ;
 - manipuler les préservatifs avec soin (les ongles et les bagues peuvent les déchirer).
- S'assurer de la compréhension du ou de la client(e) ;
- Laisser le ou la client(e) poser les questions et répondre à ses questions.

N.B : Rassurer le (la) client(e) qu'il peut revenir au même centre n'importe quand pour obtenir des conseils, des soins médicaux et d'autres condoms.

3. Counseling spécifique pour le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME chez les femmes en âge de procréer et enceintes

Le « **counseling** » **en matière de VIH** consiste en un dialogue confidentiel entre un individu et son conseiller afin d'aider cet individu à examiner les risques d'infection ou de transmission du VIH qu'il encoure et aborder les tests du VIH.

Le **Counseling** du VIH dans le cadre de la PTME se fait dans tous les services de SR chez les femmes en âge de procréer et spécifiquement pour les femmes enceintes au cours de la CPN, en travail (en phase de latence) et en post partum immédiat.

3.1. Le conseil pré test

Il existe deux approches de counseling pour le dépistage du VIH dans les sites de PTME : Approche dite de l'acceptation - « **Opt-in** » et Approche dite du refus - « **Opt-out** » (Cf. Fiches techniques).

FICHE TECHNIQUE n° 12 : Approches de counseling pour le dépistage du VIH

Approche dite de l'acceptation - « Opt-in » : Après que la patiente ait reçu toutes les informations sur le VIH et sur le test de dépistage, elle peut refuser ou accepter de faire le test. Ce choix lui est présenté de façon neutre et positive. Les femmes qui acceptent de faire le test le demandent explicitement, et leur consentement éclairé – écrit ou oral – est clairement établi. L'approche « opt-in » implique donc une décision active de la femme, qui doit donner son accord avant de faire le test de dépistage.

Approche dite du refus - « Opt-out » : Une séance d'information sur le VIH et le test de dépistage du VIH font partie des soins de routine du programme standard. On donne une chance à la femme de refuser le test si elle le souhaite. L'approche « opt-out » met l'accent sur le fait que le test de dépistage du VIH fait partie des soins prénataux. Toutefois, le dépistage reste volontaire : la femme a le droit de refuser le test. Le prestataire de soins doit chercher à comprendre où se situe le problème pour la patiente et l'aider à vaincre les craintes qui l'empêchent d'accepter de faire le test de dépistage.

L'approche « opt-out » est recommandée pour le dépistage du VIH et le conseil dans les CPN.

Cette approche permet de normaliser le dépistage du VIH et de faire du test un élément des soins prénataux parmi d'autres.

Elle contribue à accroître le nombre de femmes qui font le test de dépistage.

Le choix des stratégies de dépistage doit se faire aux niveaux national, régional ou local.

Le personnel du programme de PTME doit adhérer aux principes directeurs de dépistage et de conseil (confidentialité, consentement éclairé et services après le test).

Les étapes sont :

- Evaluer les connaissances et les facteurs psychosociaux ;
- Evaluer le risque ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Prendre une décision.

a. *Évaluer les facteurs psychosociaux et connaissances de la cliente sur le VIH et le Sida*

- Discuter avec la cliente à propos de ses connaissances sur les modes de transmission du VIH et le Sida, les moyens de prévention et de l'évolution de la maladie ;
- Discuter avec la cliente à propos de ses croyances vis à vis de l'infection à VIH et le Sida ;
- Discuter avec la cliente des antécédents en matière des tests de VIH et des changements de comportements possibles en fonction des résultats ;
- Permettre à la cliente d'exprimer ses réactions face à un résultat positif ou négatif ;
- Rechercher avec la cliente les personnes susceptibles de lui fournir un soutien sur le plan affectif et social.

b. *Évaluer les risques*

- Identifier les comportements qui exposent la client(e) aux risques de contracter le VIH et le Sida ;
- Rechercher l'exposition/comportement à risque le plus récent (Quand ? Avec qui ? Dans quelle circonstance ?) ;
- Rechercher les comportements à risque du partenaire ;
- Évaluer le niveau de communication avec le partenaire ;
- Faire un récapitulatif des antécédents de la cliente et des questions relatives aux risques.

c. *Évaluer les convictions socioculturelles*

- Identifier les différentes interprétations du Sida et de la mort dans le milieu social de la cliente ;
- Rechercher la signification du rapport sexuel hors mariage et dans les situations d'interdits ;
- Discuter des appréciations de la cliente par rapport à l'utilisation du préservatif ;
- Discuter de la compréhension d'un comportement responsable (Abstinence, fidélité, utilisation du préservatif).

d. *Aider le (la) client(e) à prendre une décision*

- Expliquer à la cliente les résultats possibles du test ;
- Discuter des avantages de savoir son statut sérologique ;
- Discuter des avantages de la PTME ;

- Identifier les croyances, les comportements et sentiments mitigés en ce qui concerne le test et ses résultats.
- Déterminer que la cliente est résolue à faire le test.
- Faire le test de dépistage après consentement éclairé de la cliente ;
- Rendre aussitôt le résultat du test ;
- Marquer le résultat du test sur le carnet de la femme comme convenu en respectant la confidentialité.

3.2. Rendez-vous

Le rendez-vous est donné à la cliente pour venir faire un second test de confirmation d'une sérologie négative

Le rendez-vous est donné à la cliente positive au VIH pour la mise sous ARV prophylactique après évaluation de l'état clinique.

Le conseil après le test

a. Pour les femmes séronégatives

- Discuter de la signification des résultats.
- Un résultat négatif n'est pas un vaccin ;
- Encourager la femme à venir faire un second test trois (03) mois après car la séronégativité peut être liée à la séroconversion ;
- Fournir des informations sur la façon de prévenir une infection par le VIH.
- Informer la femme du risque élevé de transmission du VIH au nourrisson si elle est infectée pendant la grossesse ou pendant l'allaitement.
- L'informer qu'elle peut bénéficier de conseils si elle en éprouve le besoin

b. Pour les femmes séropositives

- Discuter de la signification des résultats du test.
- Chercher à savoir si la femme comprend la signification des résultats et lui permettre d'exprimer ses sentiments.
- Parler de ses préoccupations immédiates.
- L'informer des questions essentielles liées à la PTME. Discuter des décisions initiales relatives au traitement et la prophylaxie antirétroviraux et choix concernant l'alimentation du nourrisson.
- Discuter et encourager le partage du statut sérologique avec des tiers, notamment le partenaire et du dépistage de celui-ci.
- Encourager la femme séropositive à aller aux CPN et insister sur l'importance de l'accouchement dans une formation sanitaire pratiquant la PTME.

B. PRISE EN CHARGE

1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.1. Accueil

- Saluer et souhaiter la bienvenue au (à la) patient(e) ;
- Offrir une chaise ;
- Mettre le (la) patient(e) à l'aise et faire les présentations ;
- Rassurer le (la) patient(e) du caractère privé et confidentiel de la consultation ;
- Demander ce qu'on peut faire pour lui (elle).

1.2. Interrogatoire/Enregistrement

- Recueillir les informations d'ordre général : âge, sexe, adresse, statut matrimonial, profession ;
- Demander le motif de la consultation : symptômes ou plaintes ;
- Demander la durée des symptômes ou plaintes et les traitements antérieurs ;
- Evaluer les risques du (de) la patient(e) : histoire sexuelle et autres facteurs de risques (date du dernier rapport sexuel, nombre de partenaires, types de partenaires, partenaires sexuels récents, partenaires infectés par une IST, utilisation de préservatifs, comportement sexuel du ou des partenaires) ;
- Recueillir la notion d'IST antérieure ;
- Rechercher une notion d'allergie médicamenteuse.

1.3. Examen physique

Il doit se dérouler dans une salle bien éclairée préservant l'intimité des patients. Le (la) patient(e) doit se dévêtir de façon à ce que les organes génitaux soient accessibles à l'examen clinique.

Pour tout examen physique, les **étapes** sont les suivantes :

- Préparer le matériel ;
- Demander avec courtoisie au patient de se déshabiller ;
- L'aider à s'installer ;
- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Apprécier son état général ;
- Prendre les constantes (poids, taille, température, pouls, TA).

1.3.1. Chez la femme :

- Rechercher des lésions muqueuses évoquant une syphilis et une candidose buccale ;
- Rechercher la présence d'adénopathies localisées ou généralisées surtout dans la région inguinale ;
- Détecter les éruptions, les ulcérations, les lésions de syphilis secondaire ;

- Faire l'examen de l'abdomen :
 - palper avec douceur pour rechercher une éventuelle douleur, une défense ou la présence d'une masse abdominale ;
- Porter les gants stériles ;
- Examiner le périnée, la vulve, et la région inguinale ;
- Rechercher la présence de morpions ;
- Inspecter et palper à la recherche de pertes vaginales, de tuméfactions, de lésions de grattage et d'ulcérations génitales ;
- Faire l'examen du vagin et du col de l'utérus (il faut disposer de spéculum et d'une source de lumière suffisante) :
 - introduire le spéculum délicatement dans le vagin ;
 - inspecter les parois à la recherche de pertes, de lésions, d'excroissance et d'anomalie du col ;
 - examiner les pertes (aspect, couleur, odeur) ;
 - faire le dépistage du cancer du col à l'acide acétique et au lugol (Cf. Volume 3).
- Faire l'examen bi manuel par le toucher vaginal combiné au palper avec tact :
 - palper les parois vaginales, le col de l'utérus ainsi que les régions voisines pour apprécier la sensibilité de l'utérus et des annexes ;
 - rechercher une douleur de la sphère génitale haute pouvant évoquer une maladie inflammatoire pelvienne ;
 - examiner les pertes (aspect, couleur, odeur).
- Rechercher les lésions ulcéreuses ou des végétations au niveau de l'anus ;
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination après chaque examen physique ;
- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides (poubelles rouges) ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer la patiente des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

1.3.2. Chez l'homme :

- Se laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Demander au patient de se mettre debout et de baisser son pantalon de façon à ce qu'il soit dévêtu du pubis jusqu'aux genoux ;
- Rechercher la présence de morpions ;
- Rechercher les lésions ulcéreuses ou les végétations ;
- Rechercher la présence d'adénopathies localisées ou généralisées surtout dans la région inguinale ;
- Détecter les éruptions, les ulcérations, les lésions de syphilis secondaire ;
- Porter des gants à usage unique ;
- Rechercher les lésions muqueuses évoquant une syphilis et une candidose buccale ;
- Examiner la verge pour rechercher la présence d'éruptions et d'ulcérations ;

- Examiner le gland (chez le patient non circoncis dérouler le prépuce), le sillon, le frein et le méat urétral et vérifier la présence ou non d'un écoulement. S'il n'y a pas d'écoulement urétral évident, demander au patient de traire son urètre ;
- Palper pour essayer de déceler d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididyme et du cordon spermatique ;
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination après examen physique ;
- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides (poubelle rouge) ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer le patient des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

1.3.3. Chez le nouveau né :

La conjonctivite du nouveau-né est une conjonctivite se présentant chez les bébés de moins d'un mois.

Les causes les plus courantes de cette conjonctivite sont la gonorrhée et la chlamydie pouvant entraîner la cécité.

Examen ophtalmologique du nouveau-né :

- Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Porter les gants à usage unique ;
- Rechercher :
 - une sécrétion oculaire purulente ;
 - une rougeur et inflammation des conjonctives ;
 - la présence d'œdème et rougeur des paupières.
- Plonger les mains gantées dans une solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les jeter dans une poubelle à déchets solides (poubelle rouge) ;
- Laver les mains au savon et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
- Informer les parents des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats.

1.4. Examens complémentaires

- Faire les examens adéquats en cas d'échec de la prise en charge syndromique :
 - prélèvement urétral ou vaginal pour examen cyto bactériologique (État frais, Gram, culture, antibiogramme) ;
 - RPR, BW, TPHA ;
 - sérologie du VIH après counseling ;
 - bilan de retentissement (général, hépatique, rénal, pulmonaire) ;
 - recherche de BK et radiographie pulmonaire ;
 - échographie ;
 - frottis cervical ;
 - recherche d'anticorps (ex : hépatite B, chlamydiae) ;

- biopsies + examen anatomopathologique ;
- comptage des CD4.

1.5. Diagnostic syndromique

Un regroupement des symptômes dont le/la patient(e) se plaint et des signes observés pendant l'examen physique permettent d'orienter vers le syndrome approprié.

Les signes et les symptômes des principales IST et leurs étiologies

Syndrome (Symptômes + signes)	Symptômes (Ce que le patient ressent)	Signes (Ce que l'examineur observe)	Causes les plus courantes
Écoulement vaginal	Écoulement vaginal inhabituel Démangeaison vaginale Dysurie (difficulté, douleur à la miction) Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels)	Écoulement vaginal anormal Lésions de grattage Rougeur de la vulve ou du périnée	Vaginite : <i>Trichomonas vaginalis</i> <i>Candida albicans</i> Cervicite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Écoulement urétral	Écoulement urétral Dysurie, (difficulté, douleur, picotement, brûlure à la miction), Mictions fréquentes	Écoulement urétral (au besoin demandez au patient traire le pénis pour provoquer l'écoulement)	Urétrite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> <i>Trichomonas vaginalis</i>
Ulcération génitale	Lésion génitale	Ulcère (plaie) génital	Syphilis : <i>Treponema pallidum</i> Chancre mou : <i>Haemophilus ducreyi</i> <i>Herpès simplex</i>
Douleurs abdominales basses	Douleurs abdominales basses Dyspareunie	Écoulement vaginal Sensibilité abdominale basse à la palpation Température >38°C	Cervicite et salpingite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i> Infections mixtes à germes anaérobiques
Tuméfaction du scrotum	Douleurs et tuméfaction (gonflement) du scrotum	Tuméfaction du scrotum	Orchite : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>
Bubon inguinal	Ganglions inguinaux douloureux	Ganglions inguinaux hypertrophiés Fluctuation Abscesses ou fistules	Lymphogranulome vénérien (LGV) : <i>Chlamydia trachomatis</i> Chancre mou : <i>Haemophilus ducreyi</i>
Conjonctivite du nouveau-né	Paupières enflées Écoulement Le bébé ne peut pas ouvrir les yeux	Œdème des paupières Écoulement purulent	Conjonctivite purulente : <i>Neisseria gonorrhoeae</i> <i>Chlamydia trachomatis</i>

1.6. Notification du résultat

La notification vise à :

- Interrompre la chaîne de transmission des IST permettant de :
 - prévenir la réinfection du/de la patient(e) ;
 - prévenir les infections secondaires à partir des partenaires du (de la) patient(e) ;
- Prévenir les complications chez les partenaires du/de la patient(e) ;
- Eduquer et conseiller les partenaires à risques d'IST/VIH et le Sida;
- Détecter les cas d'IST asymptomatiques.

Dans ce cas le prestataire doit :

- Informer le (la) patient(e) sur le résultat de l'examen ;
- Expliquer au (à la) patient(e) la maladie pour laquelle il (elle) va être traité ;
- Expliquer au (à la) patient(e) l'importance de rechercher et d'informer son partenaire.

1.7. Prise en charge

1.7.1. Écoulement urétral et/ou dysurie :

a. Définition

C'est une infection urogénitale se traduisant par un écoulement purulent franc ou de petites tâches sur le linge voire une croûte sur le méat urétral observé le matin lors de la première miction avec une sensation de brûlure, de douleur à la miction.

b. Signes

- Écoulement urétral (demander au patient de traire l'urètre) ;
- Dysurie (difficulté, douleur, picotement, brûlure à la miction) ;
- Mictions fréquentes.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

1.7.2. Bubon inguinal :

a. Définition

C'est une hypertrophie très douloureuse des ganglions inguinaux.

b. Signes

Existence de plusieurs adénopathies unies ou bilatérales associées ou non à une ulcération.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf et consultation spécialisée.

1.7.3. Douleur abdominale basse :

a. Définition

C'est une infection se traduisant par une douleur pelvienne accentuée par les rapports sexuels ou à la mobilisation du col.

b. Signes

- Douleurs pendant les rapports sexuels (Dyspareunie) ;
- Douleurs à la mobilisation du col avec ou sans écoulement ;
- Fièvre (Température >38°C).

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Consultation spécialisée

1.7.4. Ulcération génitale :

a. Définition

C'est une infection urogénitale se traduisant par des lésions non traumatiques localisées au niveau de la peau ou des muqueuses des organes génitaux.

b. Signes

- Ulcérations ou plaies génitales ;
- Herpès.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Consultation spécialisée

1.7.5. Tuméfaction du scrotum :

a. Définition

C'est une augmentation du volume de la bourse avec douleur.

b. Signes

- Douleur testiculaire très intense unilatérale ;
- Enflure du scrotum
- Testicule surélevé ou en rotation

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Consultation spécialisée

1.7.6. Écoulement vaginal (avec utilisation du speculum) :

a. Définition

C'est une infection se traduisant par une modification de la quantité, de la consistance, de la couleur ou de l'odeur des pertes vaginales. Elle peut s'accompagner de douleurs pelviennes.

b. Signes

- Écoulement vaginal inhabituel ;
- Démangeaison vaginale ;
- Dysurie (difficulté, douleur à la miction) ;
- Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels) ;
- Présence de pertes cervicales et/ou inflammation du col.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCoM	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCoM • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Consultation spécialisée

1.7.7. Écoulement vaginal à l'inspection (sans utilisation du spéculum) :

a. Définition

C'est une infection se traduisant par une modification de la quantité, de la consistance, de la couleur ou de l'odeur des pertes vaginales. Elle peut s'accompagner de douleurs pelviennes.

b. Signes

- Écoulement vaginal inhabituel ;
- Démangeaison vaginale ;
- Dysurie (difficulté, douleur à la miction) ;
- Dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels).

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer

CSCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Consultation spécialisée

1.7.8. Conjonctivite du nouveau-né

a. Définition

C'est une affection se traduisant par une inflammation des conjonctives avec écoulement purulent chez les bébés de moins d'un mois.

b. Signes

- Ecoulement purulent uni ou bilatéral ;
- Œdème des paupières uni ou bilatéral.

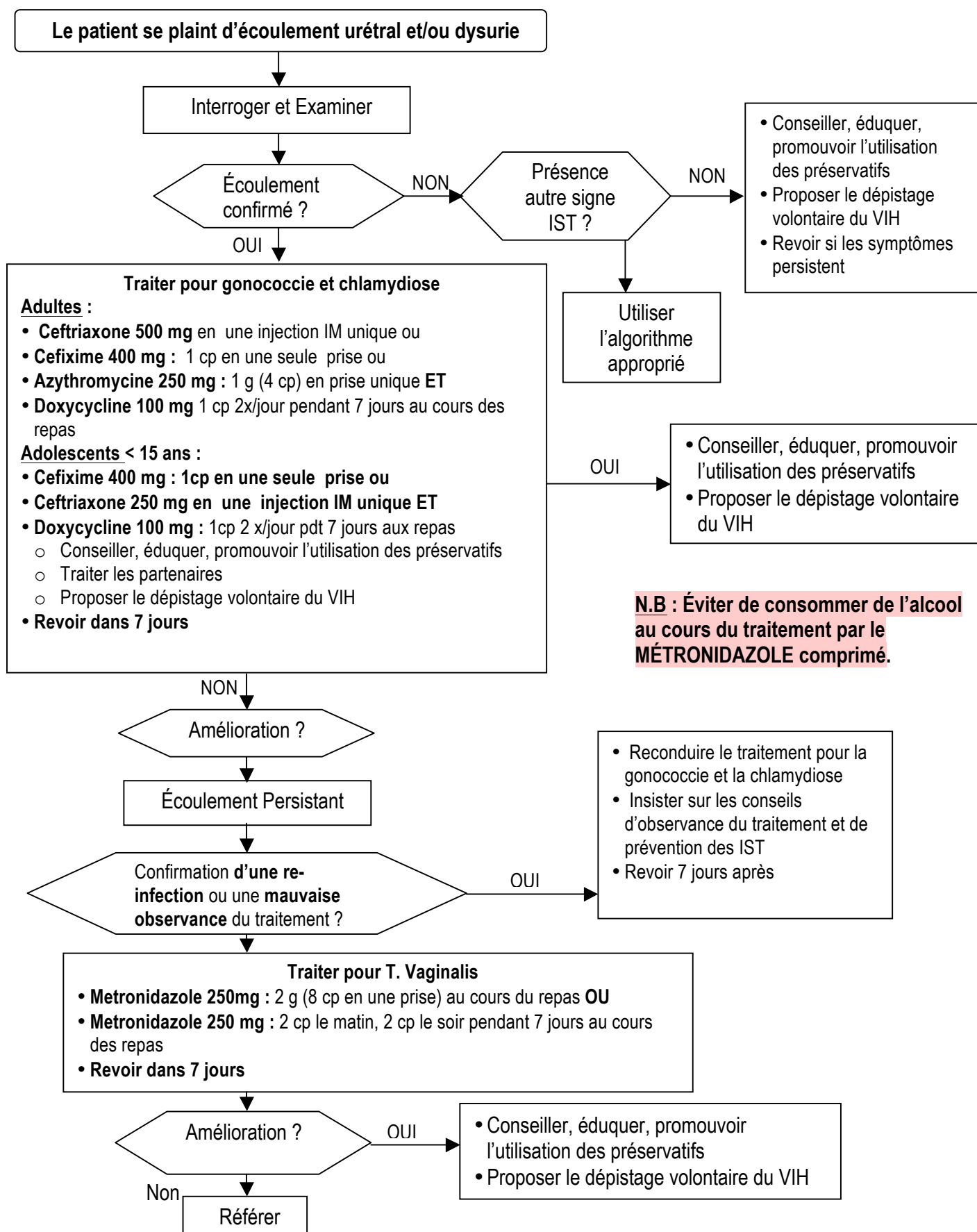
c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCom	• Traiter selon l'approche syndromique
CSRéf	• Idem CSCom • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

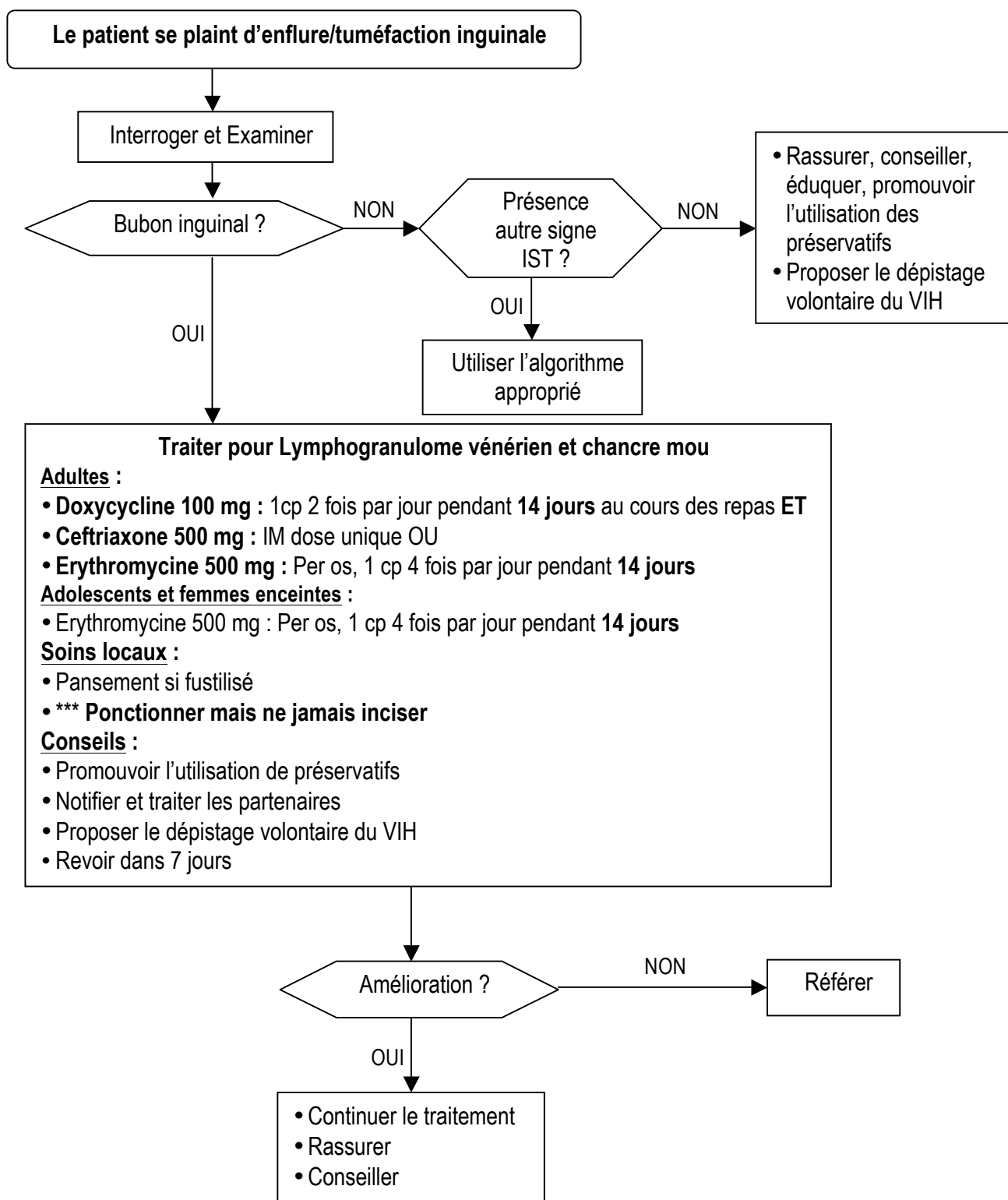
Appliquer l'algorithme approprié selon les syndromes.

1.7.9. Algorithmes :

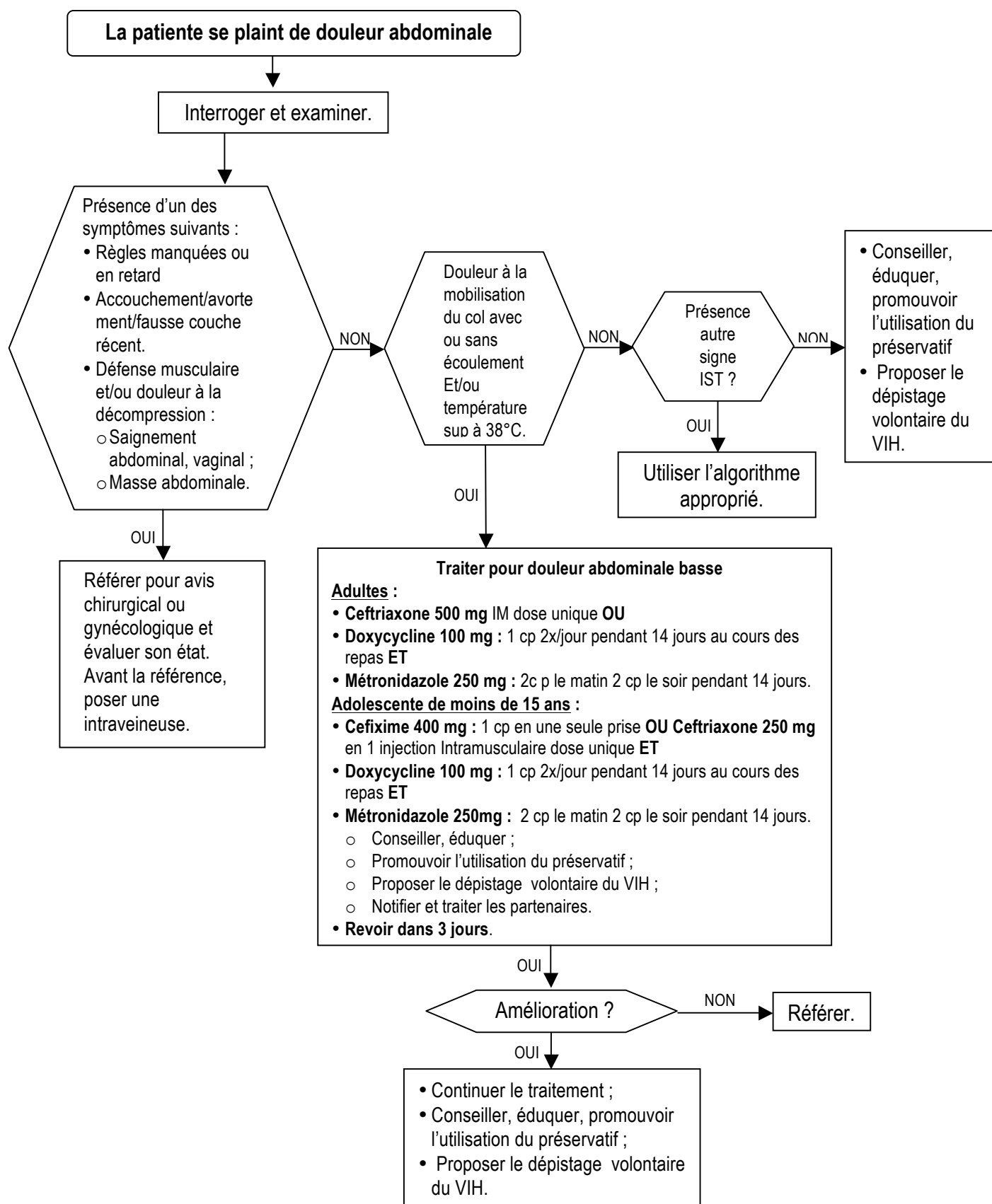
ÉCOULEMENT URÉTRAL ET/OU DYSURIE



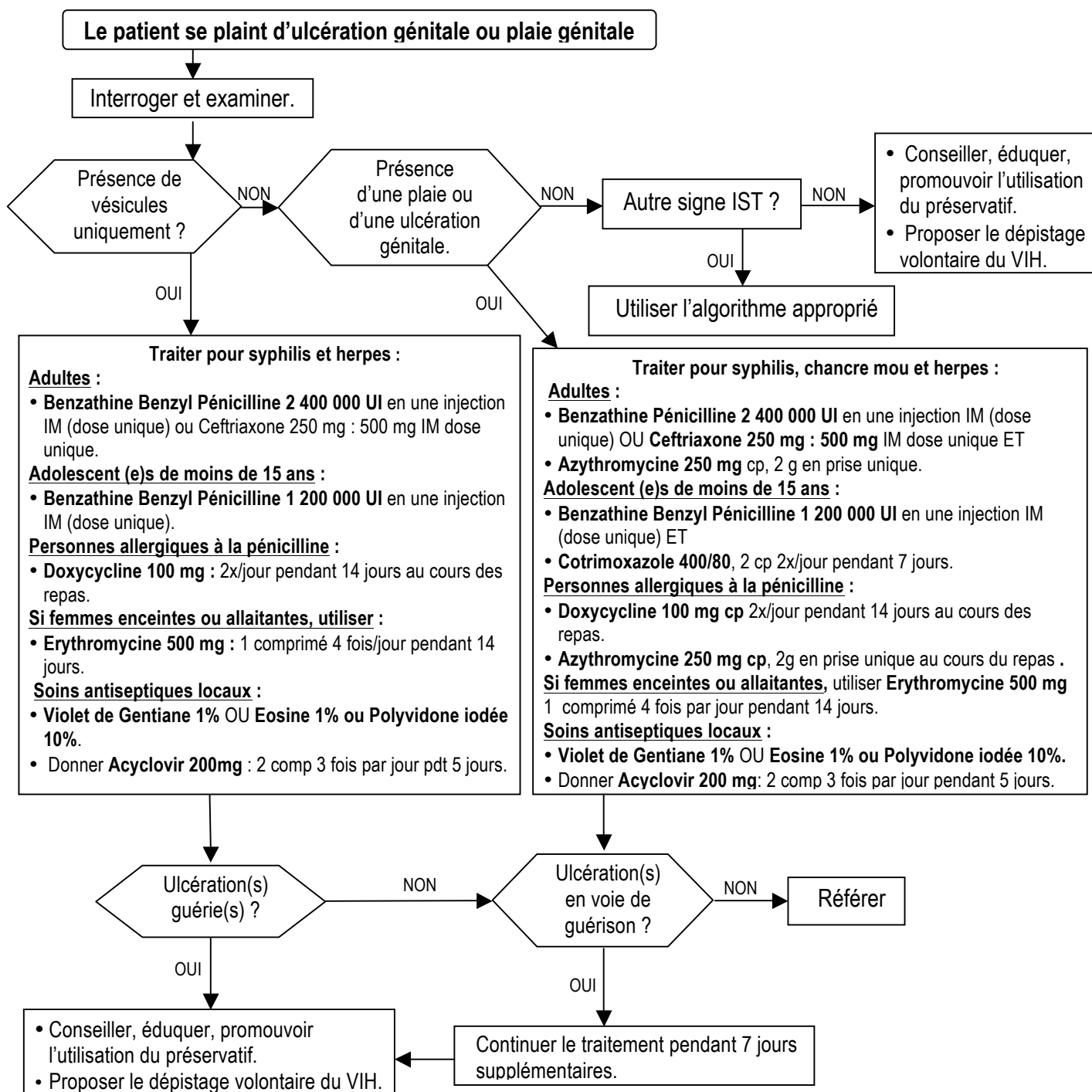
BUBON INGUINAL



DOULEUR ABDOMINALE BASSE

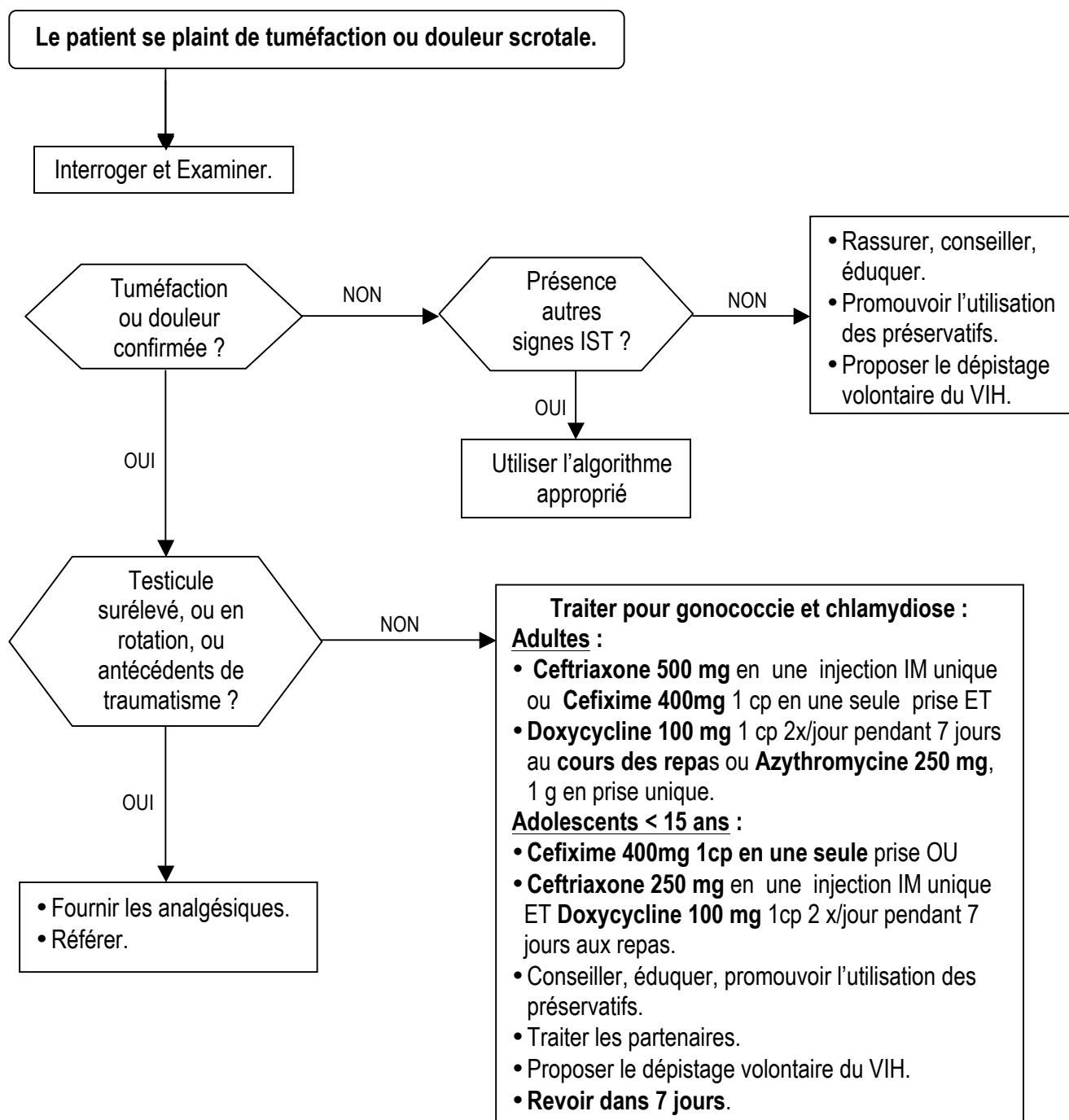


ULCERATIONS GENITALES

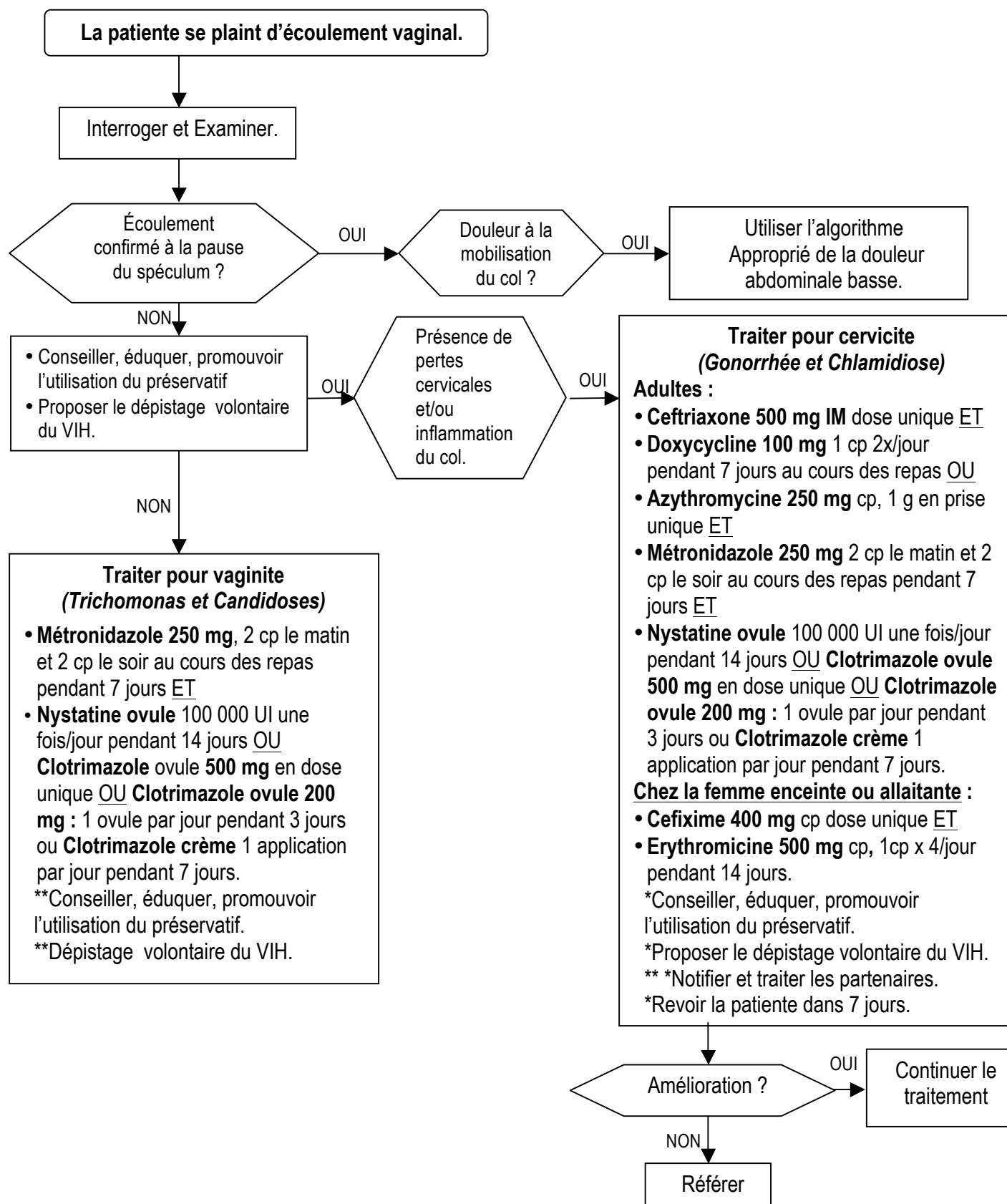


N.B : En cas de présence de vésicules uniquement, si le patient a reçu un traitement récent de la syphilis, traiter pour herpès uniquement.

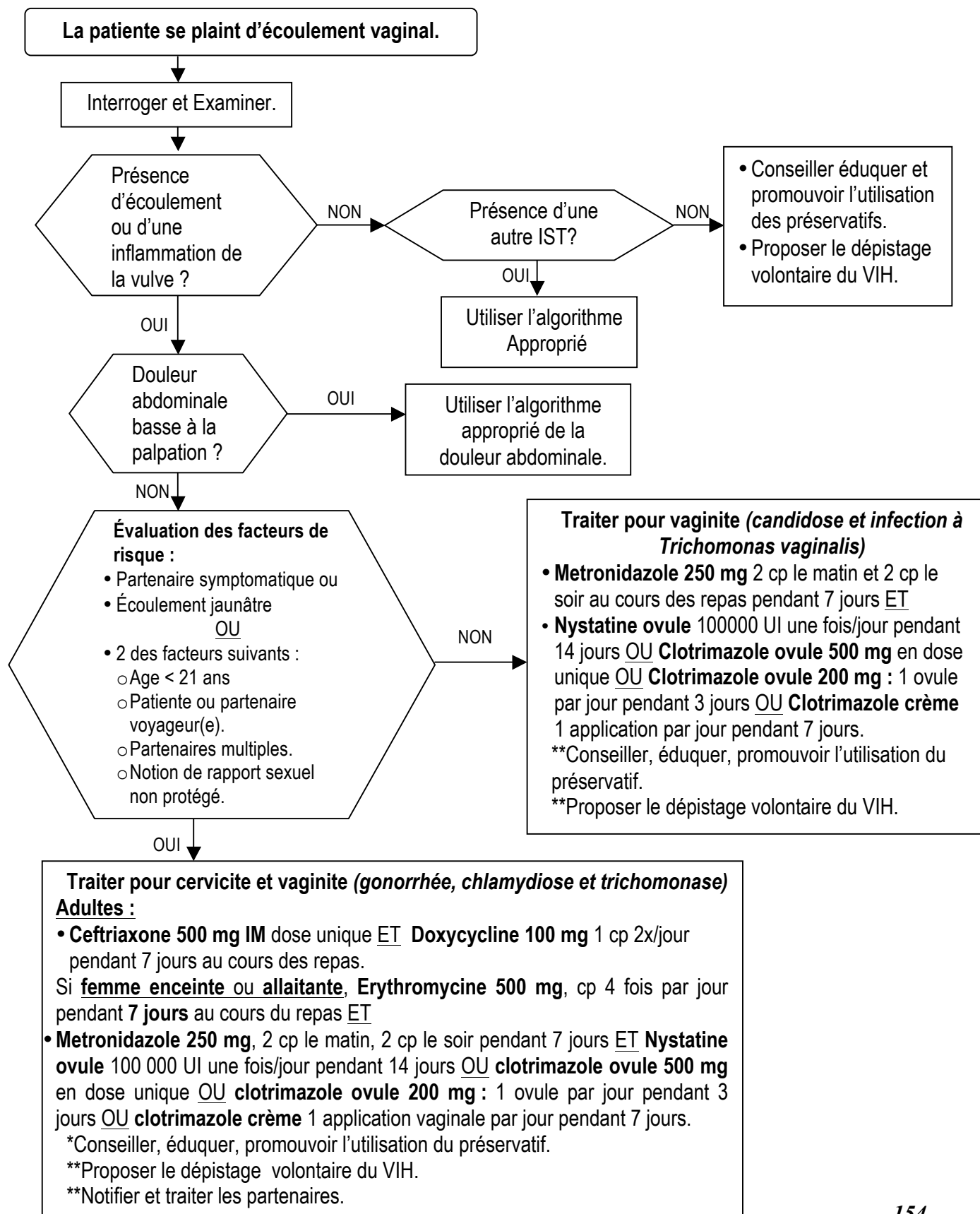
TUMEFACTION DU SCROTUM



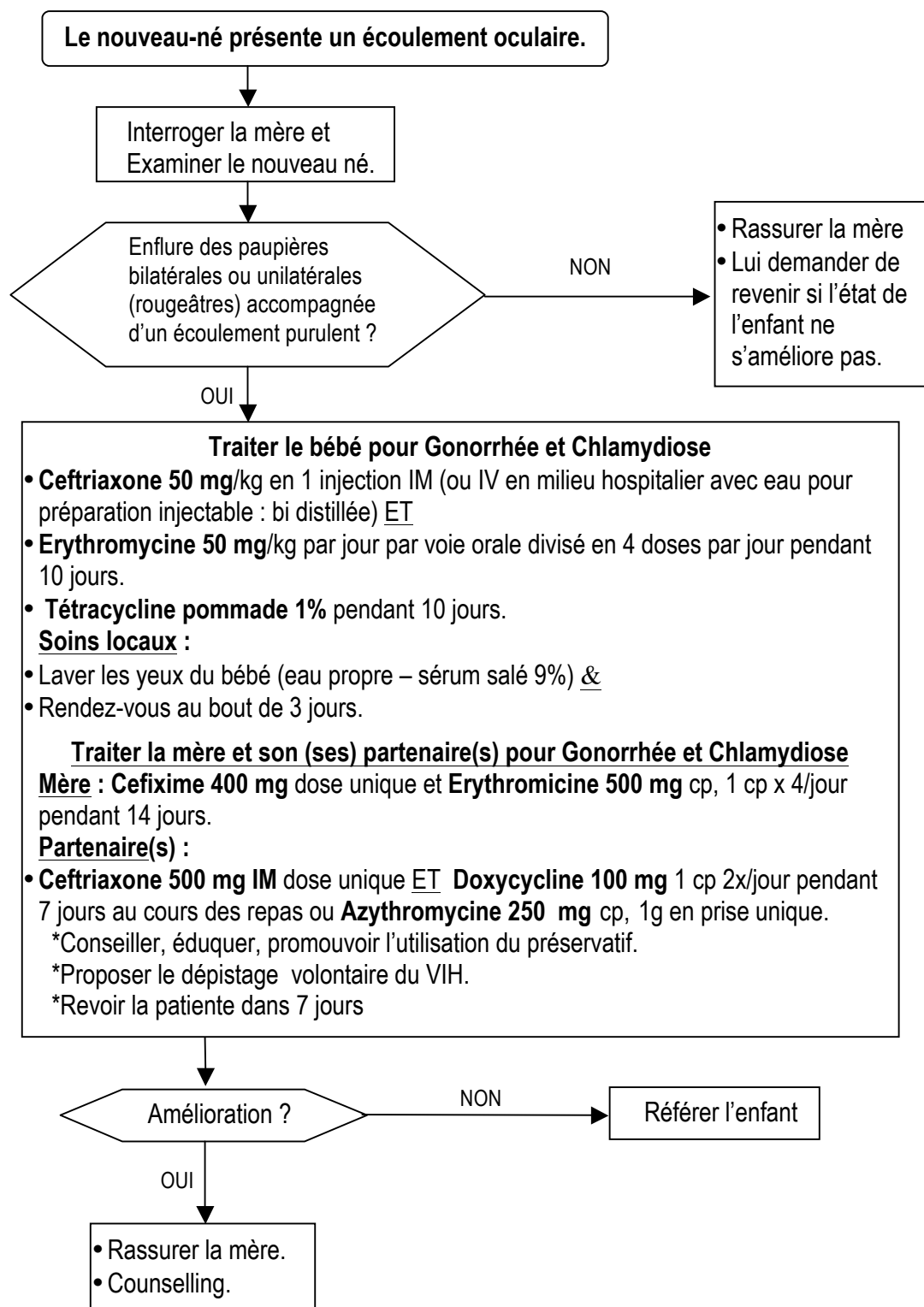
ÉCOULEMENT VAGINAL (AVEC UTILISATION DU SPECULUM)



ÉCOULEMENT VAGINAL A L'INSPECTION (SANS UTILISATION DU SPECULUM)



CONJONCTIVITE DU NOUVEAU-NE



1.8. Visite de suivi

Etapes du suivi :

- Donner les rendez-vous de suivi au malade ;
- Encourager le (la) patient(e) à respecter les rendez-vous ;
- Faire le counseling à chaque rendez vous ;
- Expliquer au (à la) patient(e) la nécessité de :
 - faire traiter son ou ses partenaires ;
 - assurer le counseling à ses proches et partenaires sexuels ;
 - se protéger et de protéger les autres pour éviter la réinfection ou la surinfection.
- Suivre l'évolution de la maladie ;
- Faire des visites à domicile pour :
 - vérifier si le malade est sur place ;
 - faire le counseling ;
 - s'informer de l'évolution de la maladie ;
 - s'assurer que le (la) patient(e) fait bien son traitement ;
- S'assurer que le partenaire est traité.

Si amélioration, continuer le traitement ;

- Rechercher le/la patient(e) perdu(e) de vue ;
- Référer de nouveau si nécessaire.

Si échec au traitement :

- Référer ;
- Maintenir le contact avec le/la patient(e) (par téléphone ou par personne interposée) ;
- Prendre en charge les cas référés.

2. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et le Sida

2.1. Définition

C'est l'ensemble des activités qui consistent à prendre en charge une personne infectée ou affectée par le VIH et le Sida sur le plan psychosocial, médical, éthique et spirituel.

Une **personne vivant avec le VIH (PVVIH)** désigne une personne infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Une **personne affectée par le VIH** désigne une personne qui a des liens avec une PVVIH : membres de la famille, veuf(ve), orphelin(e), etc.

Le **SIDA** : Syndrome de l'immunodéficience acquise (**SIDA**) est le stade ultime de la maladie.

2.2. Signes

Les signes majeurs sont :

- L'amaigrissement ;
- La diarrhée et
- La fièvre prolongée.

2.3. Examens complémentaires

- **A l'inclusion au traitement par les ARV**
 - Faire le bilan :
 - ✓ NFS ;
 - ✓ groupe sanguin rhésus ;
 - ✓ bilan hépatique ;
 - ✓ CD4 ;
 - ✓ Charge Virale.

2.4. Prise en charge des maladies opportunistes

2.4.1. Les affections pulmonaires :

2.4.1.1. *La tuberculose et le VIH et le Sida:*

a. Définition

Il s'agit d'une infection de tuberculose associée à l'infection du VIH.

Elle représente la première infection opportuniste au cours du VIH et le Sida au Mali.

Elle est systématiquement recherchée au cours du VIH et du SIDA de même qu'une sérologie VIH est indispensable devant une tuberculose.

b. Signes

Les formes les plus fréquentes sont :

- **Les formes pulmonaires** :
 - toux,
 - dyspnée,
 - fièvre.
- **Les formes extra-pulmonaires** :
 - atteintes ganglionnaires : les ganglions superficiels notamment cervicaux et les ganglions profonds, sont parfois associées à des abcès viscéraux (Spléniques, hépatiques) ;
 - atteintes ostéo-articulaires ;
 - atteintes des séreuses : péricardite, pleurésie ;
 - atteintes neuro-méningées ;
 - atteintes surrénaliennes.

c. Diagnostic

- B.K : Peut être absent dans les crachats dans les cas de tuberculose à bacilloscopie négative.
- La radiographie pulmonaire : Peut-être normale malgré la présence de BK dans les crachats ; Radiographie osseuses peut être effectuée pour le diagnostic des formes osseuses.
- Biopsie et/ou la ponction du liquide des organes atteints : Pour les autres atteintes extra-pulmonaires.

d. Prise en charge

- Le schéma thérapeutique doit s'adapter à celle de la politique nationale.
- En cas de découverte de tuberculose chez une personne déjà traitée pour VIH, traiter la tuberculose en adaptant si nécessaire le traitement ARV.
- En cas de découverte de tuberculose chez une personne VIH positive n'ayant pas encore débuté les ARV, le traitement antituberculeux doit être initié immédiatement et les ARV dès que les antituberculeux sont tolérés.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCoM	• Référer
CSRéf	• Traiter selon le protocole • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

2.4.1.2. La pneumocystose pulmonaire :**a. Définition**

La pneumocystose est une infection due à *Pneumocystis jirovecii* ex *carinii*. Il s'agit d'une infection survenant chez le sujet immunodéprimé notamment chez le patient VIH positif. Elle réalise une pneumopathie interstitielle bilatérale.

b. Signes

- Toux sèche ;
- Dyspnée d'effort au départ puis de repos ;
- Fièvre à 38°C ou 38,5°C.

Dans certains cas, le tableau peut être d'emblée sévère réalisant une insuffisance respiratoire avec cyanose.

c. Diagnostic

- Radiographie pulmonaire ;
- Mesure des gaz du sang ;

- La confirmation diagnostique est apportée par la mise en évidence de trophozoïtes de *P. jirovecii*, dans les produits biologiques obtenus par un lavage broncho-alvéolaire.

d. Prise en charge

Le traitement reste une urgence médicale :

- Le traitement de choix en l'absence de contre – indication reste le cotrimoxazole :
 - 15 mg/kg/jour de TMP et 75 mg/kg/jour SMX pendant 21 jours relayé par une prophylaxie secondaire. En l'absence de gravité, administrer per os 6 comprimés par jour.
 - Si possible utiliser la voie IV, soit 12 ampoules de cotrimoxazole injectable par jour $\pm$ l'acide folinique en prévention à l'Hématotoxicité.
- Autres traitements : Iséthionate de pentamidine (parentérale 3 mg/kg/jour) :
 - En cas de gravité moyenne on peut utiliser une association fait de : Atovaquone (2,25 g/jour peros en 1 X 3) + TMP (20 mg/kg/jour) + Dapsone (100 mg/kg/jour).
 - Le traitement de la pneumocystose doit comporter une Oxygénothérapie adaptée à l'hypoxie
 - La Corticothérapie sur diagnostic confirmé est conseillée en cas d'hypoxie inférieure à 70 mmHg.

Prévention

1. Primaire : Dès le taux de CD4 $\leq 200/\text{mm}^3$ par le Cotrimoxazole fort (960 mg) 1 cp/jour ; ou en cas d'allergie la Pentamidine en 1 aérosol mensuel (300 mg).
2. Secondaire : Cotrimoxazole fort 1 cp/jour ou 1 aérosol de pentamidine (300 mg)/mois.
Pyrimethmine (50 mg/semaine) + Dapsone (100 mg/semaine).

La prophylaxie au cotrimoxazole est arrêtée 6 mois plus tard après que les CD4 aient atteints un taux supérieur à $200/\text{mm}^3$.

Surveillance

1. Clinique : Température, fonction respiratoire, LDH 2. Survenue possible d'aggravation durant les 5 premiers jours du traitement.
2. Intolérances médicamenteuses :
 - Liée au Cotrimoxazole : Fièvre, toxidermie, hématotoxicité, cytolysé hépatique, intolérance digestive.
 - Liée à la pentamidine : Vomissement, hypotension orthostatique, pancréatite, hypoglycémie, hyperglycémie, insuffisance rénale.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCoM	• Référer
CSRéf	• Traiter selon le protocole • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

2.4.2. Les manifestations neurologiques au cours du VIH et le Sida:

Il s'agit d'atteintes du système nerveux central ou périphérique au cours de l'infection par le VIH.

2.4.2.1. La toxoplasmose cérébrale :**a. Définition**

Parasitose liée à *Toxoplasma gondii*, la toxoplasmose constitue une infection ubiquitaire, extrêmement répandue dans la population, inapparente dans la plupart des cas, et bénigne habituellement, sauf dans deux circonstances : la grossesse et l'immunodépression.

b. Signes

- Hémiparésie ou hémiparésie ;
- Déficit sensitif ;
- Syndrome cérébelleux ;
- Hémianopsie ou perte visuelle ;
- Atteinte des paires crâniennes ;
- Aphasie.

c. Diagnostic

- Scanner ou tomodensitométrie cérébrale (TDM) ;
- Etude des anticorps spécifiques sériques (IgG, IgM) ;
- Etude du LCR Biopsie cérébrale.

d. Prise en charge

- Pyriméthamine et sulfadiazine administrées ensemble bloquent le métabolisme de l'acide folique et permettent de réduire la charge parasitaire.
- L'acide folinique (Leucovorine®) est administré en supplément pour prévenir la toxicité médullaire de la pyriméthamine.
- Le protocole thérapeutique actuel recommandé est :
 - Association de pyriméthamine (avec une dose de charge de 200 mg) puis (50 à 75 mg/jour), et de sulfadiazine (4 à 6 g/jour réparties en quatre prises)
 - Folate de calcium administré à la dose de 10 à 15 mg/jour.

Durée : 6 à 8 semaines.

Malocide (pyriméthamine) : 50 mg + **Adiazine** (Sulfadiazine) : 4 g/jour + **Osfalate** (Acide folinique) : 25 mg/jour + **Alcalinisation des urines**

Prévention

On peut réduire le risque de primo-infection toxoplasmique en respectant certaines mesures prophylactiques :

- Ne consommer que la viande bien cuite. Elle doit être chauffée à 60°C ou congelée pour tuer les kystes.
- Laver soigneusement les mains après le jardinage ainsi que tous les fruits et légumes.
- Eviter tout contact avec des substances pouvant être contaminées par des oocystes (telle que la litière des chats).
- Rechercher systématiquement les anticorps antitoxoplasmes dans du sang à transfuser surtout chez les sujets immunodéprimés.
- **Chimioprophylaxie primaire** : A base de sulfaméthoxazole-triméthoprim (1 cp/jour si cp dosée à 960 mg) ou une combinaison faite de 100 mg/jour de Dapson + pyriméthamine 50 mg/semaine chez les patients malades du SIDA avec un taux de CD4 < 200/mm³.

Prévention secondaire

Pyriméthamine 25 mg /jour + Sulfadiazine 2 g/jour ou Clindamicine 1,2 g/jour + Acide folinique 25 mg x 3/semaine.

Surveillance

- **Evolution** :
 - Clinique : Amélioration des symptômes en 4 à 7 jours si traitement efficace ;
 - Scanner : Contrôler si possible l'état de l'abcès à partir du 15^{ème} jour du début du traitement.
- **Thérapeutique** :
 - Clinique : Température, état cutané, troubles digestifs, colique néphrétique. La survenue de rash cutanée.
 - Paraclinique : NFS, fonction rénale.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCCom	• Référer
CSRéf	• Traiter selon le protocole • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

2.4.2.2. La cryptococcose neuro-méningée :

a. Définition

C'est une méningo-encéphalite subaigüe ou chronique.

b. Signes

- Céphalées : frontales, temporales, ou retro-orbitaire résistantes aux antalgiques ;
- Syndrome méningé avec raideur de la nuque ;
- Signes encéphalitiques (trouble de la vigilance, confusion mentale) ;
- Crises convulsives ;
- Fièvre rarement supérieure à 39 ° C.

Les patients porteurs d'une forme chronique peuvent présenter des manifestations atypiques (fatigue, amaigrissement, perte de mémoire) pendant plusieurs semaines ou mois, entrecoupées de périodes totalement asymptomatiques.

c. Diagnostic**Isolement du cryptococque :**

- Examen direct du LCR après coloration à l'encre de chine.
- Culture du LCR sur milieu de Sabouraud.

Antigènes :

- Mise en évidence de la levure encapsulée dans l'encre de chine : Examen simple et peu coûteux ;
- Culture aisée du champignon sur les milieux usuels ;
- Grande sensibilité de la détection des antigènes solubles.

d. Prise en charge

Le traitement de référence de la cryptococcose neuroméningée repose sur l'amphotéricine B (AMB).

- L'AMB est administré par voie intraveineuse une injection de 0,5 à 1 mg/kg/jour tous les jours pendant 2 à 3 semaines.
- Relayer par un dérivé des Triazolés : fluconazole (400 mg/jour) pendant 8 à 10 semaines.
- L'AMB peut être associée à la 5 - Fluorocytosine (5 Fc) à la dose de 150 mg/kg/jour à 200 mg/kg/jour en 4 prises orales. Une controverse persiste quant à l'intérêt de cette association.

Prophylaxie secondaire : Fluconazole 200 mg/jour.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Référer
CSCoM	• Référer
CSRéf	• Traiter selon le protocole • Examen complémentaire
Hôpitaux	• Idem CSRéf

2.4.3. Les infections et affections opportunistes du tube digestif au cours de l'infection à VIH :

2.4.3.1. Candidose buccale :

a. Définition

C'est la présence de plaques blanchâtres sur la muqueuse buccale. Ces plaques peuvent se détacher, provoquant souvent un saignement superficiel.

b. Signes

- Sensation de cuisson buccale : agueusie, odynophagie ;
- Dysphagie ;
- Douleur retro sternale, diarrhée abondante, prurit anal très intense, perlèche, chéilite.

c. Diagnostic

- Examen de la cavité buccale ;
- Examen de la marge anale :
 - Oesophagoscopie ;
 - Cytologie : Frottis de la muqueuse obtenu après brossage permet la mise en évidence de levures et de filaments mycéliens ;
 - Histologie : Biopsie en zone pathologique après coloration au PAS, montre le caractère invasif du mycélium.

d. Traitement

- Rechercher et supprimer les facteurs favorisants ;
- Contact avec muqueuse 2 mn, se gargariser et avaler :
 - ≥ 3 applications quotidiennes ;
 - 1 - 2 heures en dehors des repas.

ANTIFONGIQUES (non absorbables)	DOSE (mg/24 h)	DUREE (jours)
Amphotéricine B (Fungizone*) Suspension buvable • Gélule	200 – 400 mg x 5 (1c à c/10 kg x 3/jour)	10 - 20
Nystatine (Mycostatine*) Suspension buvable • Comprimé	10 ⁶ UI x 5	10 - 20
Miconazole (Daktarin*) Gel buccal	2,5 ml x 3 - 5	10 - 20

Traitement systémique

- Mucite avec intolérance aux produits locaux ;
- Association avec une oesophagite ou atteinte cutanée ;
- Mauvaise compliance (goût) ;
- Récidive très fréquente ;
- Candidose muco-cutanée chronique ;
- Résistance aux topiques.

ATF Systémique	DOSE (mg/24 h)	DUREE (jours)
Kétoconazole (Nizoral*) Comp 200 mg	400 mg	10 - 15
Fluconazole (Triflucan*/Diflucan*) Gélule, IV	≥ 200 mg	10 - 15
Itraconazole (Sporanox*) Gellule, solution orale Forme IV	> 200 mg	10 - 15
Amphotéricine B (Fungizone*) Forme IV	≥ 0,50mg/kg	≥ 15

Si résistance

- Amphotéricine B, IV (fungizone// ambisome) ;
- Caspofongine (Candidas*) ;
- Voriconazole (Vfend*).

Traitement préventif

- Restitution immunitaire (HAART),
- Prophylaxie secondaire discutée.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Référer
CSCom	• Donner traitement étiologique • Faire le counseling • Référer
CSRéf	• Idem CSCom • Faire le suivi médical et psychosocial
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Faire les examens complémentaires

2.4.3.2. Histoplasmosse digestive :**a. Définition**

C'est une infection du tube digestif causée par l'*Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*.

b. Signes

- Douleurs abdominales fébriles ;
- Diarrhée hémorragique ;
- Siège intestinal : plus iléo-caecal et pseudo- tumoral ;
- Hépatomégalie ;
- Localisations cutanées, pulmonaires, ganglionnaires.

c. Diagnostic

- Endoscopie : lésions ulcérées ;
- Histologie: biopsie hépatique ou de lésions intestinales (coloration Gomori-Grocott) ;
- Mise en culture sur milieux spécifiques ;
- Sérodiagnostic et IDR à l'histoplasmine > 6 mm = bonne valeur diagnostique.

d. Traitement

- Itraconazole : 400 mg/jour pendant 3 mois
- Amphotéricine B : 1 mg/kg/jour pendant 15 jours puis relais par 800 mg per os x 2/semaine//Ambisome.

Prophylaxie : Itraconazole : 200 mg/jour.

2.4.4. Dermatoses bactériennes :**a. Définition**

Ce sont des lésions cutanées chroniques.

b. Signes

Lésions cutanées éruptives, vésiculeuses et tumorales.

c. Diagnostic

- Clinique dans la majorité des cas ;
- Examen de laboratoire souvent nécessaire, mais demande la mise en place d'équipements appropriés.

d. Traitement

- Le traitement est étiologique.

e. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Référer
CSCCom	• Traiter • Référer
CSRéf	• Rechercher la cause • Traiter • Apporter un soutien psychosocial • Faire le suivi médical et psychosocial • Référer
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Faire une consultation spécialisée

2.4.5. Infections néoplasiques (sarcome de KAPOSI) :**a. Définition**

Lésion tumorale d'étiologies multiples.

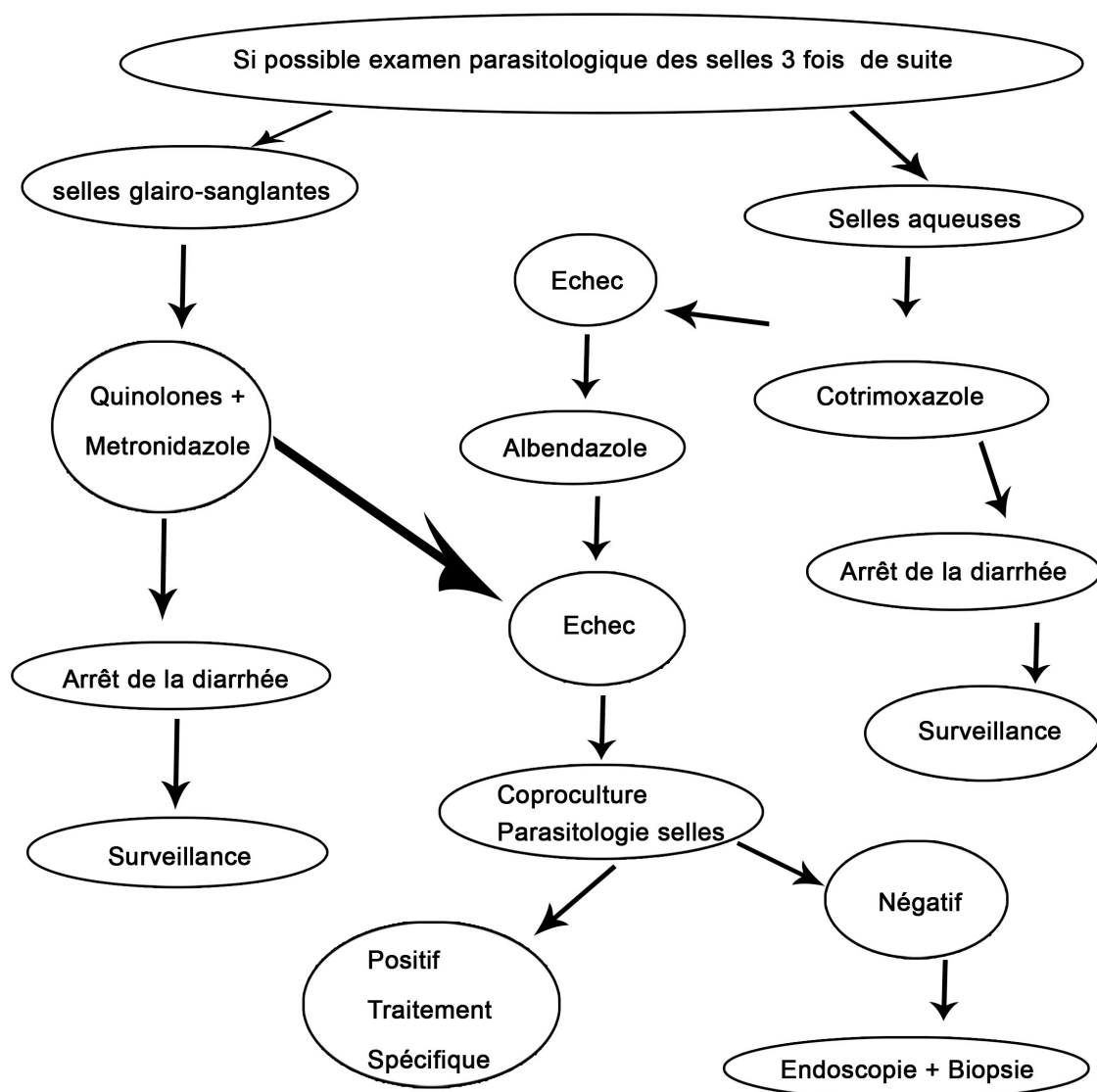
b. Signes

- Lésions siégeant au niveau des extrémités ou disséminées sur le corps sous forme de plaque, nodules ou papilles d'aspect violacé ;
- Tâches violacées au niveau du palais ;
- Atteintes viscérales possibles (poumon, tube digestif).

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Référer
CSCCom	• Référer
CSRéf	• Référer
Hôpitaux	• Examen complémentaire • Faire une consultation spécialisée

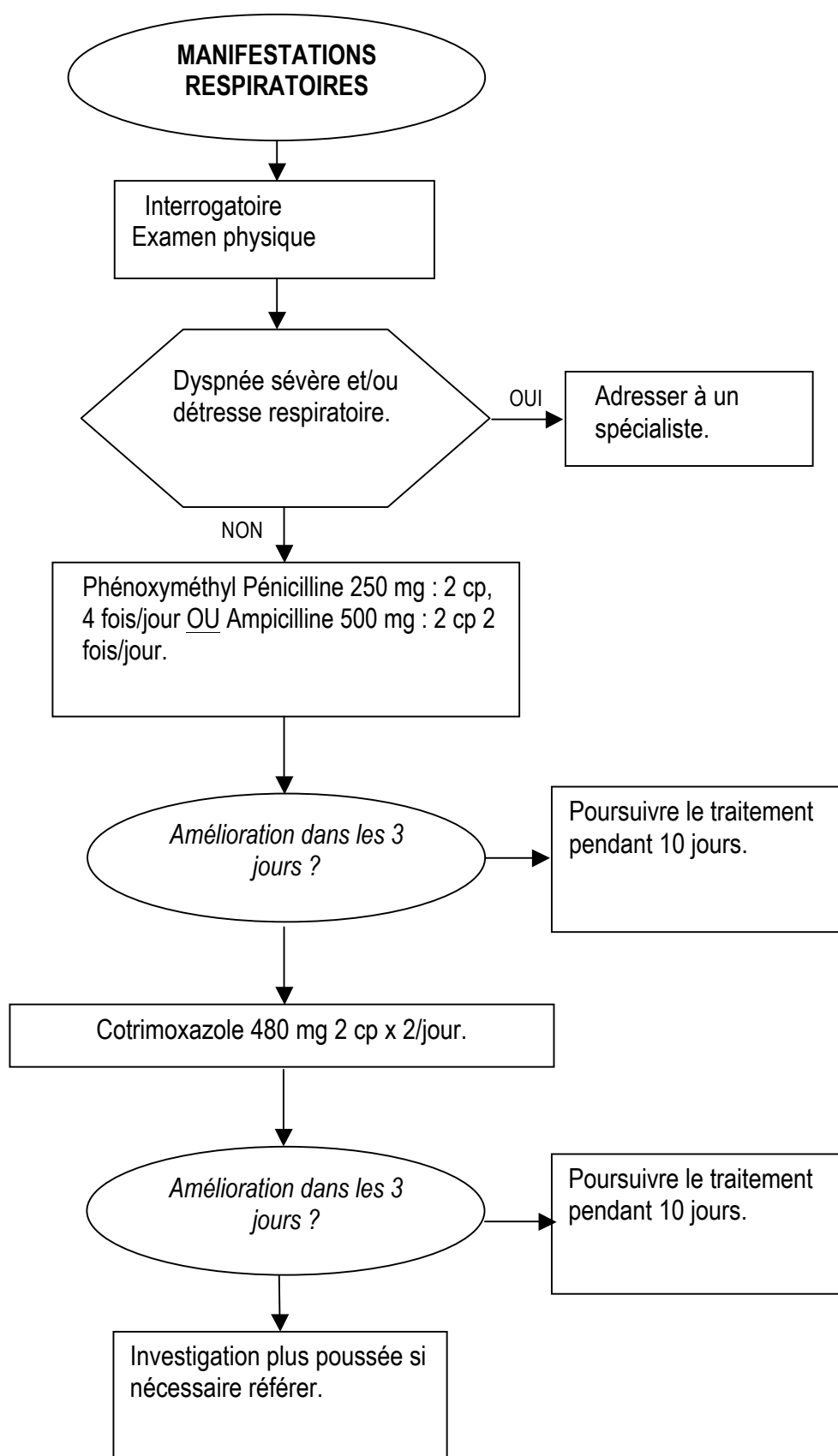
Conduite à tenir devant une diarrhée au cours du VIH

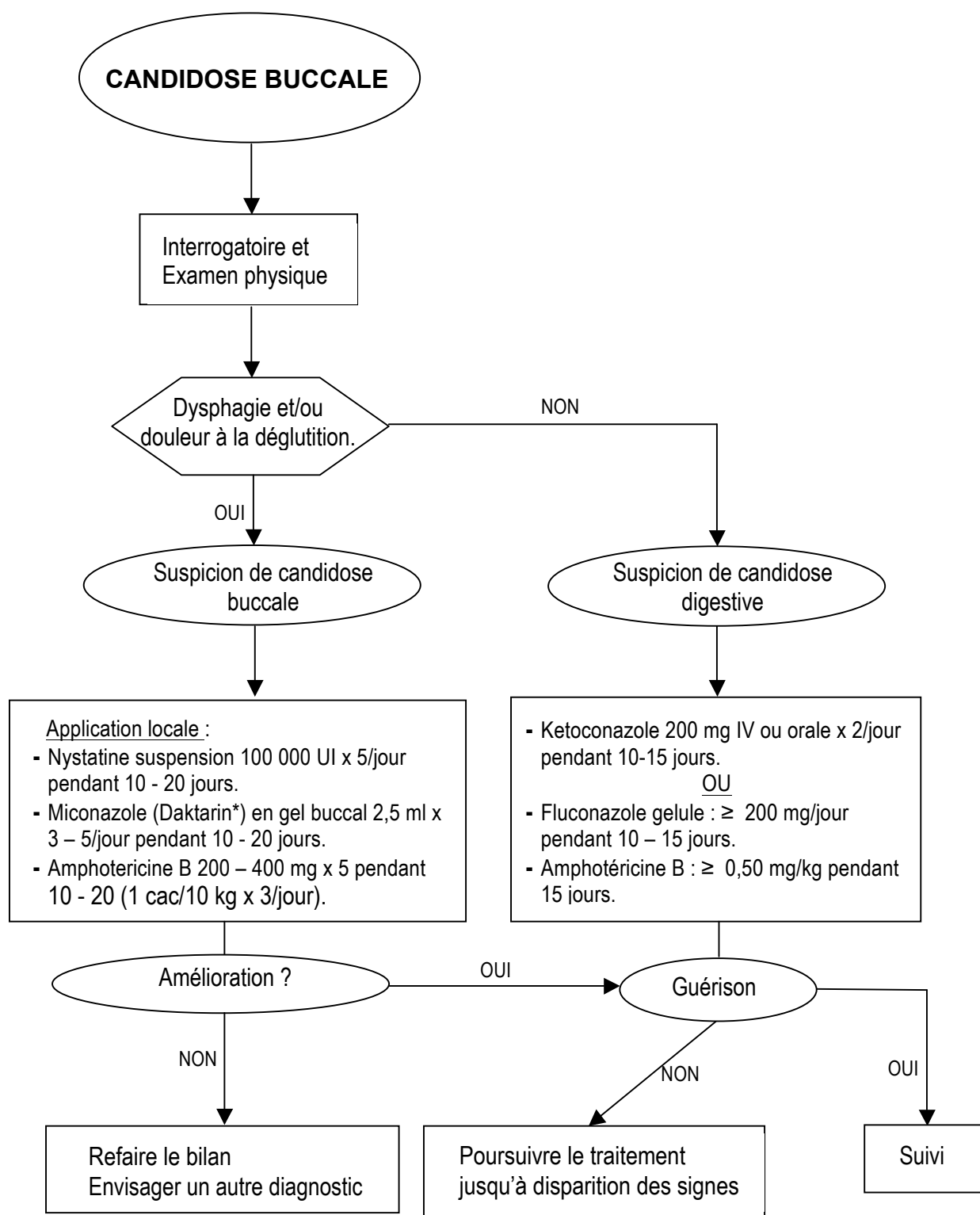


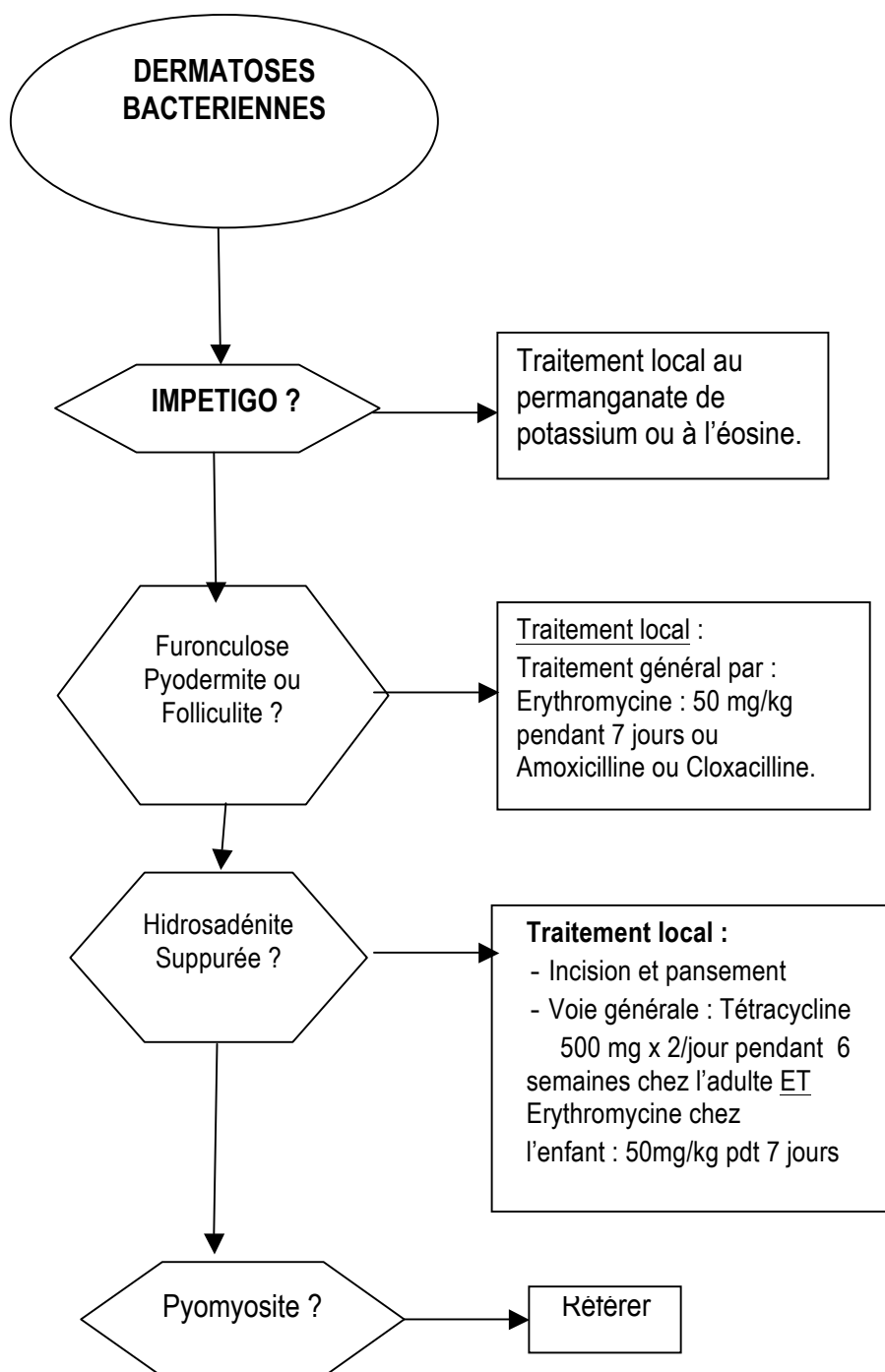
CONCLUSION

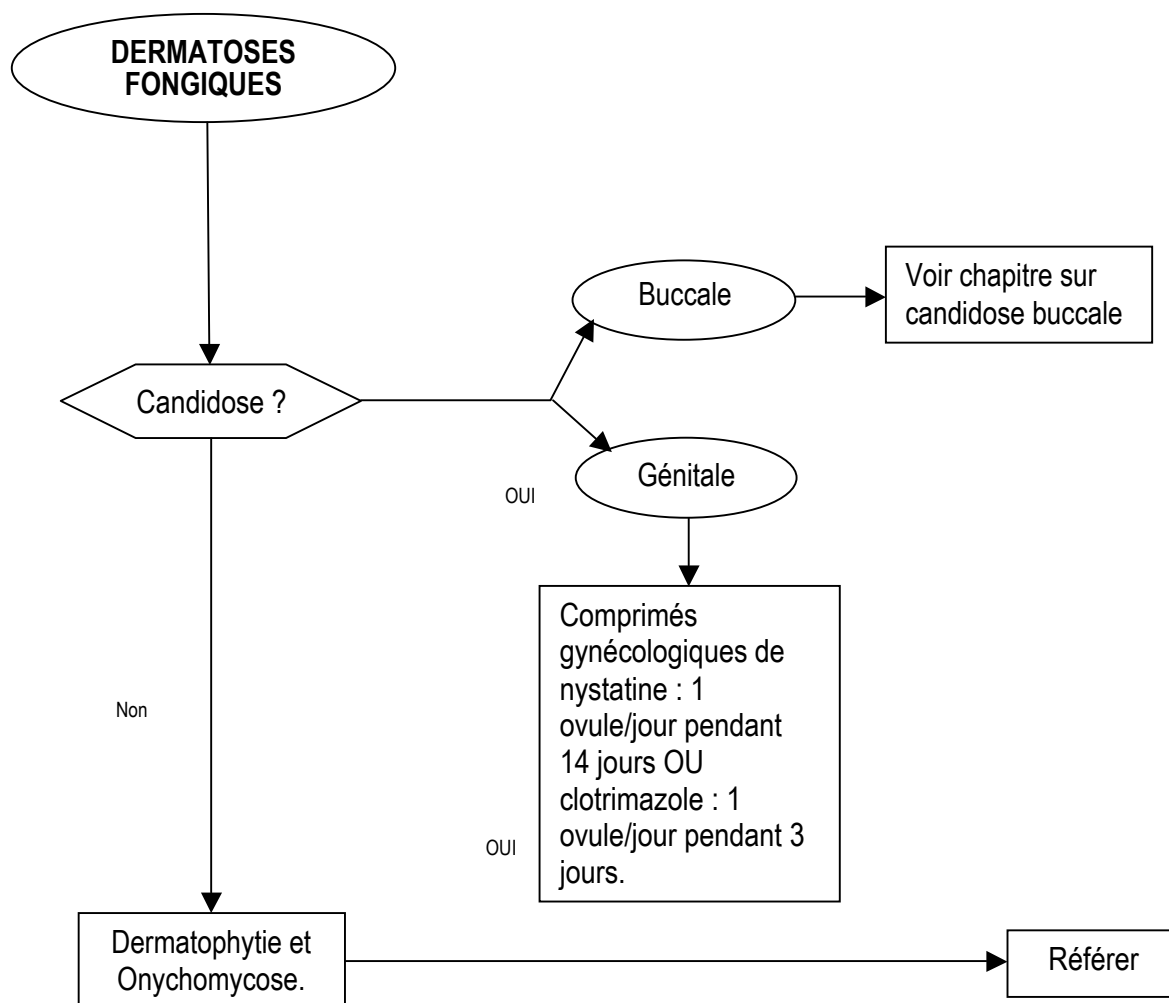
Infections opportunistes digestives : infection graves

- Diagnostique nécessaire
 - Prise en charge Amélioration, qualité de vie et survie
- Restauration de l'immunité









3. Counseling spécifique pour le dépistage du VIH dans le cadre de la PTME chez les femmes en âge de procréer et enceintes

Le « Counseling » en **matière de VIH** consiste en un dialogue confidentiel entre un individu et son conseiller afin d'aider cet individu à examiner les risques d'infection ou de transmission du VIH qu'il encoure et aborder les tests du VIH.

Le **counseling** du VIH dans le cadre de la PTME se fait dans tous les services de SR chez les femmes en âge de procréer et spécifiquement pour les femmes enceintes au cours de la CPN, en travail (en phase de latence) et en post partum immédiat.

3.1. Le conseil pré test

Il existe deux approches de counseling pour le dépistage du VIH dans les sites de PTME : Approche dite de l'acceptation - « Opt-in » et Approche dite du refus - « Opt-out » (Cf. Fiche technique n° 13).

Les étapes sont :

- Evaluer les connaissances et les facteurs psychosociaux ;
- Evaluer le risque ;
- Explorer les convictions socioculturelles ;
- Prendre une décision.

a. *Évaluer les facteurs psychosociaux et connaissances de la cliente sur le VIH et le Sida*

- Discuter avec la cliente à propos de ses connaissances sur les modes de transmission du VIH et le Sida, les moyens de prévention et de l'évolution de la maladie ;
- Discuter avec la cliente à propos de ses croyances vis à vis de l'infection à VIH et le Sida ;
- Discuter avec la cliente des antécédents en matière des tests de VIH et des changements de comportements possibles en fonction des résultats ;
- Permettre à la cliente d'exprimer ses réactions face à un résultat positif ou négatif ;
- Rechercher avec la cliente les personnes susceptibles de lui fournir un soutien sur le plan affectif et social ;

b. *Évaluer les risques*

- Identifier les comportements qui exposent la client(e) aux risques de contracter le VIH et le Sida ;
- Rechercher l'exposition/comportement à risque le plus récent (Quand ? Avec qui ? Dans quelle circonstance ?) ;
- Rechercher les comportements à risque du partenaire ;
- Évaluer le niveau de communication avec le partenaire ;

- Faire un récapitulatif des antécédents de la cliente et des questions relatives aux risques.

c. *Évaluer les convictions socioculturelles*

- Identifier les différentes interprétations du SIDA et de la mort dans le milieu social de la cliente ;
- Rechercher la signification du rapport sexuel hors mariage et dans les situations d'interdits ;
- Discuter des appréciations de la cliente par rapport à l'utilisation du préservatif ;
- Discuter de la compréhension d'un comportement responsable (Abstinence, fidélité, utilisation du préservatif) ;

d. *Aider le (la) client(e) à prendre une décision*

- Expliquer à la cliente les résultats possibles du test ;
- Discuter des avantages de savoir son statut sérologique ;
- Discuter des avantages de la PTME ;
- Identifier les croyances, les comportements et sentiments mitigés en ce qui concerne le test et ses résultats ;
- Déterminer que la cliente est résolue à faire le test ;
- Faire le test de dépistage après consentement éclairé de la cliente ;
- Rendre aussitôt le résultat du test ;
- Marquer le résultat du test sur le carnet de la femme comme convenu en respectant la confidentialité.

3.2. *Rendez-vous*

Le rendez-vous est donné à la cliente pour venir faire un second test de confirmation d'une sérologie négative

Le rendez-vous est donné à la cliente positive au VIH pour la mise sous ARV prophylactique après évaluation de l'état clinique.

Le conseil après le test :

a. *Pour les femmes séronégatives*

- Discuter de la signification des résultats ;
- Un résultat négatif n'est pas un vaccin ;
- Encourager la femme à venir faire un second test trois (03) mois après car la séronégativité peut être liée à la séroconversion ;
- Fournir des informations sur la façon de prévenir une infection par le VIH.
- Informer la femme du risque élevé de transmission du VIH au nourrisson si elle est infectée pendant la grossesse ou pendant l'allaitement.
- L'informer qu'elle peut bénéficier de conseils si elle en éprouve le besoin.

b. Pour les femmes séropositives

- Discuter de la signification des résultats du test.
- Chercher à savoir si la femme comprend la signification des résultats et lui permettre d'exprimer ses sentiments.
- Parler de ses préoccupations immédiates.
- L'informer des questions essentielles liées à la PTME. Discuter des décisions initiales relatives au traitement et la prophylaxie antirétroviraux et choix concernant l'alimentation du nourrisson.
- Discuter et encourager le partage du statut sérologique avec des tiers, notamment le partenaire et du dépistage de celui-ci.
- Encourager la femme séropositive à aller aux CPN et insister sur l'importance de l'accouchement dans une formation sanitaire pratiquant la PTME.

C. PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH (PTME)

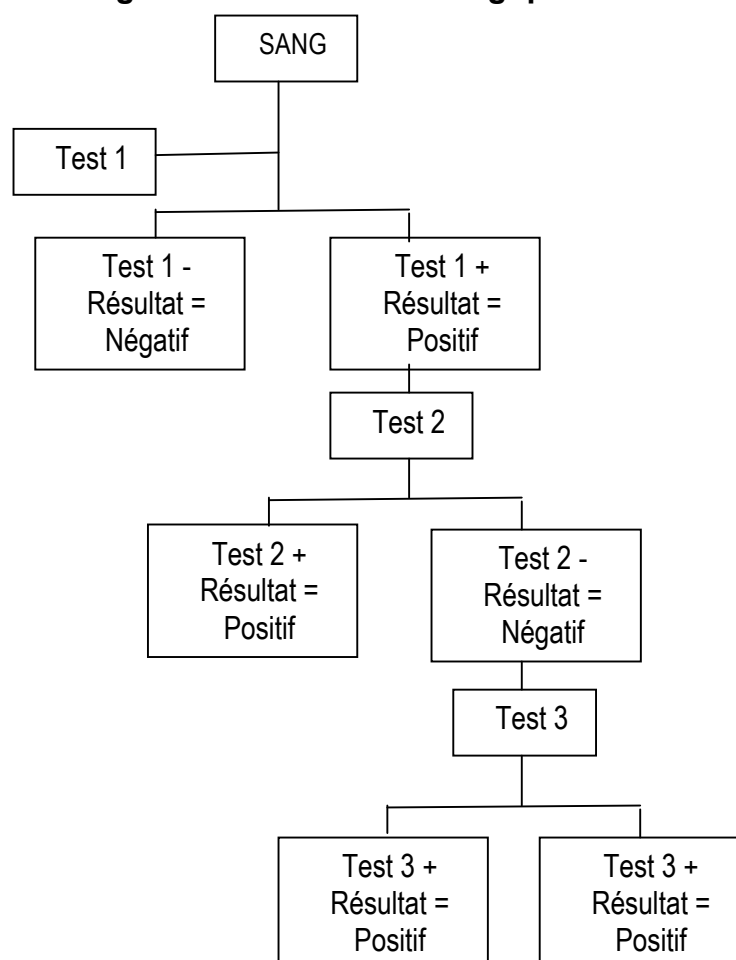
1. Algorithme de dépistage du VIH

Il existe deux types d'algorithmes de dépistage du VIH :

- L'algorithme de dépistage du VIH par test rapide (dépistage en série)¹ : Dans l'algorithme en série, tous les échantillons sont testés avec un premier test hautement sensible. Les échantillons sont considérés comme vrais négatifs s'ils réagissent négativement dans le premier test. Les échantillons sont soumis à un deuxième test très spécifique, si le premier est positif.
- Algorithme de dépistage du VIH par test rapide (dépistage en parallèle)² : Dans un algorithme de dépistage en parallèle, les sérums sont testés simultanément avec deux tests

Au Mali dans le cadre du dépistage volontaire et de la PTME c'est l'algorithme de dépistage du VIH par test rapide (dépistage en série)³ qui est utilisé.

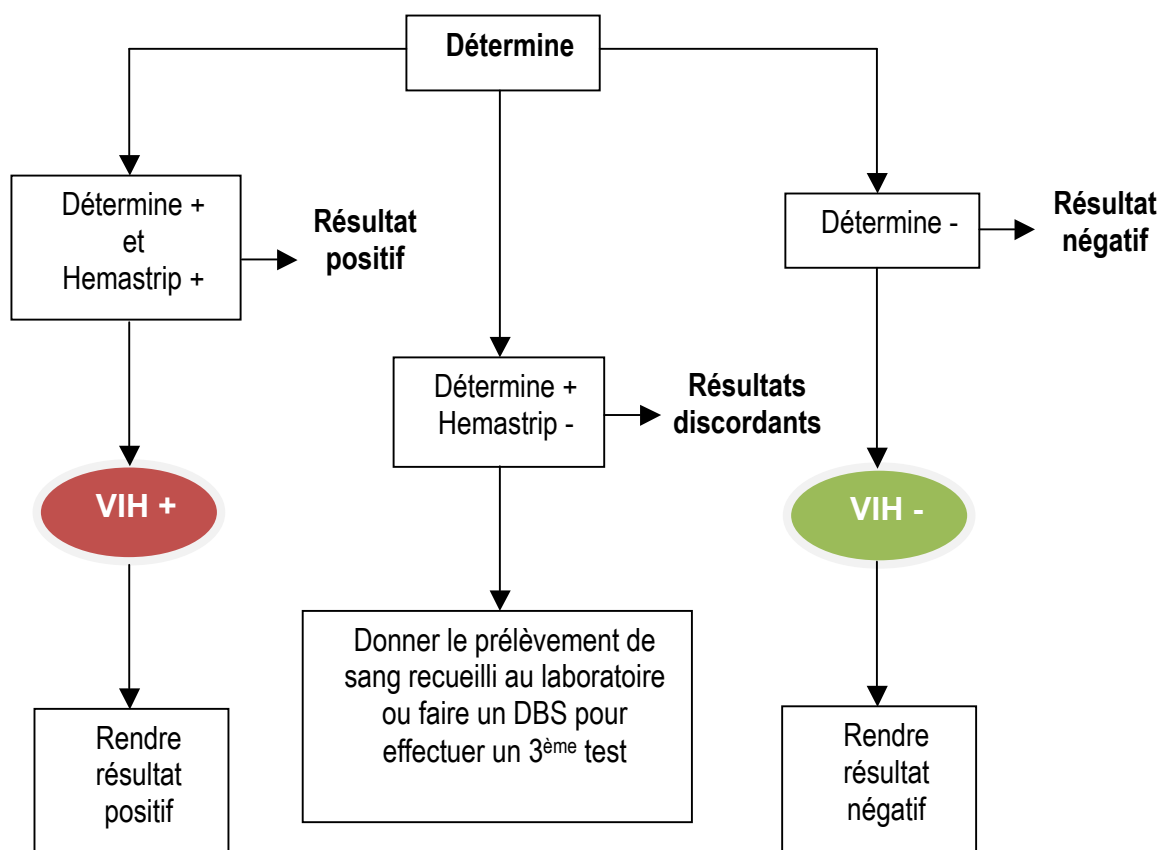
Algorithme de tests sérologique en série au Mali



¹ Cf. Protocole thérapeutique actualisé.

² Cf. Protocole thérapeutique actualisé.

³ Cf. Protocole thérapeutique actualisé.



2. Liens de la PTME avec les autres structures

Les services de PTME doivent être intégrés dans les services de SR et des liens doivent être établis avec d'autres structures en prenant en compte les besoins de la femme séropositive et du nouveau né de mère séropositive.

3. Alimentation du nouveau-né dans le cadre de la PTME

Dans le contexte du VIH, il existe deux modes d'alimentation du nouveau-né de mère séropositive : l'allaitement maternel exclusif (AME) et l'alimentation artificielle (AA). Toutefois, le counseling sur le choix du mode d'alimentation commence depuis la grossesse en plusieurs étapes (Cf. Annexe) et celui-ci doit être éclairé. Lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre; la mère infectée doit éviter d'allaiter son bébé.

Dans le cas contraire, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois est choisi, suivi d'un complément alimentaire à partir de 07 mois de vie avec sevrage à 12 mois. Quel que soit son choix, la mère doit être soutenue.

4. Protocole de traitement des femmes enceintes séropositives et des nouveaux nés

4.1. Femme enceinte séropositive

4.1.1. Femme enceinte infectée par le VIH 1 : 3 Cas de figure

1. Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV : continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré ; cependant au cas où le traitement antirétroviral comprend l'Efavirenz (tératogène) et si la grossesse est dépistée précocement durant le premier trimestre, cette molécule sera remplacée par la Névirapine ou un inhibiteur de la protéase boosté.

2. Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :

- **Si la femme enceinte a besoin de traitement pour elle même** (Stade III ou IV de l'OMS et/ou lymphocytes T CD4 $\leq 350/\text{mm}^3$), le traitement ARV sera débuté aussitôt avec une surveillance particulière de la grossesse.
- **Si la femme enceinte n'a pas besoin de traitement pour elle même** (Asymptomatique « Stade I » ou peu symptomatique « Stade II » et/ou lymphocytes T CD4 $> 350/\text{mm}^3$) on proposera une trithérapie à visée prophylactique qui sera débutée à la 14^{ème} semaine de grossesse jusqu'à la fin de l'accouchement.

Les schémas suivants sont à proposer :

- (AZT OU TDF) + 3TC + NVP OU
- (3TC OU FTC) + AZT + EFV.
- (AZT OU TDF) + 3TC + (LPV/r OU IDV/r OU SQV/r OU ATV/r).

4.1.2. Femme enceinte non suivie, non traitée se présentant au début du travail :

On proposera une thérapie qui comprend :

(AZT 300 mg + 3TC 150 mg) : 1 comprimé toutes les 3 heures (maximum 3 comprimés/jour) associée à une dose unique de **Névirapine** (1 comprimé de 200 mg en début de travail) jusqu'au clampage du cordon.

La durée du traitement prophylactique sera fonction de l'option d'alimentation du nourrisson :

- Continuer la trithérapie de la mère jusqu'à l'arrêt de l'allaitement (12 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis l'arrêter selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
- En cas d'alimentation artificielle, il faut après l'accouchement arrêter les ARV selon les modalités adaptées aux molécules utilisées.
- Dans tous les cas, référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

N.B :

- Quel que soit le type de VIH continuer la trithérapie de la mère jusqu'à l'arrêt de l'allaitement (6 - 12 mois) si elle opte pour l'allaitement maternel exclusif puis arrêter les ARV si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- En cas d'alimentation artificielle, il faut après l'accouchement arrêter les ARV (selon les modalités, voir annexes) si elle n'a pas besoin de traitement pour elle-même.
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.

4.1.3. Femme enceinte infectée par le VIH 2 : 2 Cas de figure

La transmission du VIH 2 de la mère à l'enfant est faible et les INNTI ne sont pas efficaces contre le VIH 2. Les options suivantes seront proposées selon les circonstances :

- ❖ Chez la femme qui présente une indication de traitement pour elle-même, administrer une trithérapie selon l'un des schémas suivants :

➤ **2 INTI + 1 IP : (AZT OU TDF) + 3 TC + (LPV/r OU IDV/r ou SQV/r OU ATV/r)**

- ❖ Pour celle qui n'a pas besoin de traitement pour elle-même, on proposera au mieux dès la 14^{ème} semaine de grossesse :

- Une trithérapie selon l'un des schémas ci-dessus. Ce traitement sera poursuivi jusqu'à l'accouchement.

OU

- Une bithérapie : **(AZT 300 mg + 3 TC 150 mg)** 1 comprimé X 2 fois/jour jusqu'à l'accouchement.
 - Si la femme se présente en travail : **(AZT 300 mg + 3 TC 150 mg)** : 1 comprimé toutes les 3 heures, maximum 3 comprimés/jour.
 - Référer après l'accouchement dans une unité de prise en charge pour le suivi.

4.1.4. Cas particulier de la femme enceinte infectée par le VIH 1 + 2 :

Traiter comme un VIH 2.

4.1.5. Suivi et traitement associé chez la femme enceinte séropositive :

- La charge virale et le taux de lymphocytes T CD4 seront faits vers la 34^{ème} semaine de grossesse ;
- La supplémentation systématique en fer pendant toute la durée de la grossesse et 3 mois après l'accouchement ;
- Le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme par la Sulfadoxine pyriméthamine (SP) à raison de 3 doses (à 16, 24 et 34 semaines) ;
- L'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ;

- Le respect du calendrier vaccinal ;
- CPN faite tous les mois.

N.B :

- Si la femme est sous TPI avec la SP ne pas donner de Cotrimoxazole en prophylaxie.
- Cotrimoxazole peut se donner après l'arrêt du TPI par la SP.

4.2. Nouveau-né

Les schémas sont identiques quelle que soit l'option d'alimentation.

4.2.1. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH 1 :**1. Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse :**

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.

+

- **NVP sirop** : 1 dose orale de 2 mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.

2. Mère ayant reçu moins d'un mois de traitement ARV ou n'ayant pas reçu de prophylaxie ARV :

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines

+

- **NVP sirop** : 1 dose unique: 2mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 4 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

4.2.2. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH 2 :

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines.

+

- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 2 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

4.2.3. Cas du nouveau-né de mère infectée par le VIH 1 + 2 :**1. Mère ayant reçu un traitement prophylactique correct pendant la grossesse :**

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 2 semaines

+

- **NVP sirop** : 1 dose orale : 2 mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 2 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

2. Mère ayant reçu moins d'un mois de traitement ARV ou n'ayant pas reçu de prophylaxie :

- **AZT sirop** : 4 mg/kg X 2/jour, à débiter dans les 12 h après la naissance et à poursuivre pendant 4 semaines.

+

- **NVP sirop** : 1 dose orale : 2 mg/kg à donner au mieux immédiatement ou dans les 72 premières heures après la naissance.

+

- **3TC sirop** : 2 mg/kg X 2/jour pendant 4 semaines, à débiter dans les 12 h après la naissance.

4.3. Alimentation du nourrisson

- Le conseil en alimentation doit se faire à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement).
- Le choix du mode d'alimentation doit être éclairé et se fera entre :
 - Un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à 12 mois
 - Une alimentation artificielle si les conditions suivantes sont réunies : alimentation acceptable, faisable, abordable, soutenable dans le temps et sans danger

N.B :

- L'alimentation mixte est proscrite.
- La condition optimale pour l'allaitement maternel est une charge virale maternelle indétectable ou mère asymptomatique au moment de l'accouchement et pendant toute la durée de l'allaitement (faire la charge virale tous les 3 mois ou un examen clinique si pas de CV).
- La mère optant pour l'allaitement maternel doit poursuivre la trithérapie anti rétrovirale pendant toute la durée de celui-ci.
- L'aide à l'observance doit être renforcée chez la mère optant pour l'allaitement maternel.

4.4. Suivi et traitements associés chez le nouveau né

a. Prophylaxie par le Cotrimoxazole :

- La prophylaxie des infections opportunistes se fera à partir de 6 semaines avec le Cotrimoxazole et se poursuivra jusqu'à l'infirmité de l'infection.
- La prescription du cotrimoxazole se fera conformément au tableau suivant et la posologie déterminée en fonction du poids ou de l'âge de l'enfant.

Prophylaxie au cotrimoxazole

AGE POIDS	Comp 100/20 mg	Susp 5 ml 200/40 mg	Comp 400/80 mg	Comp 800/160 mg	Comp 100/20 mg
< 6 mois < 5 kg	1 comp	2,5 ml	¼ comp	Non adapté	1 comp
6 mois – 5 ans 5 - 15 kg	2 comp	5ml	½ comp	Non adapté	2 comp

b. Vaccination :

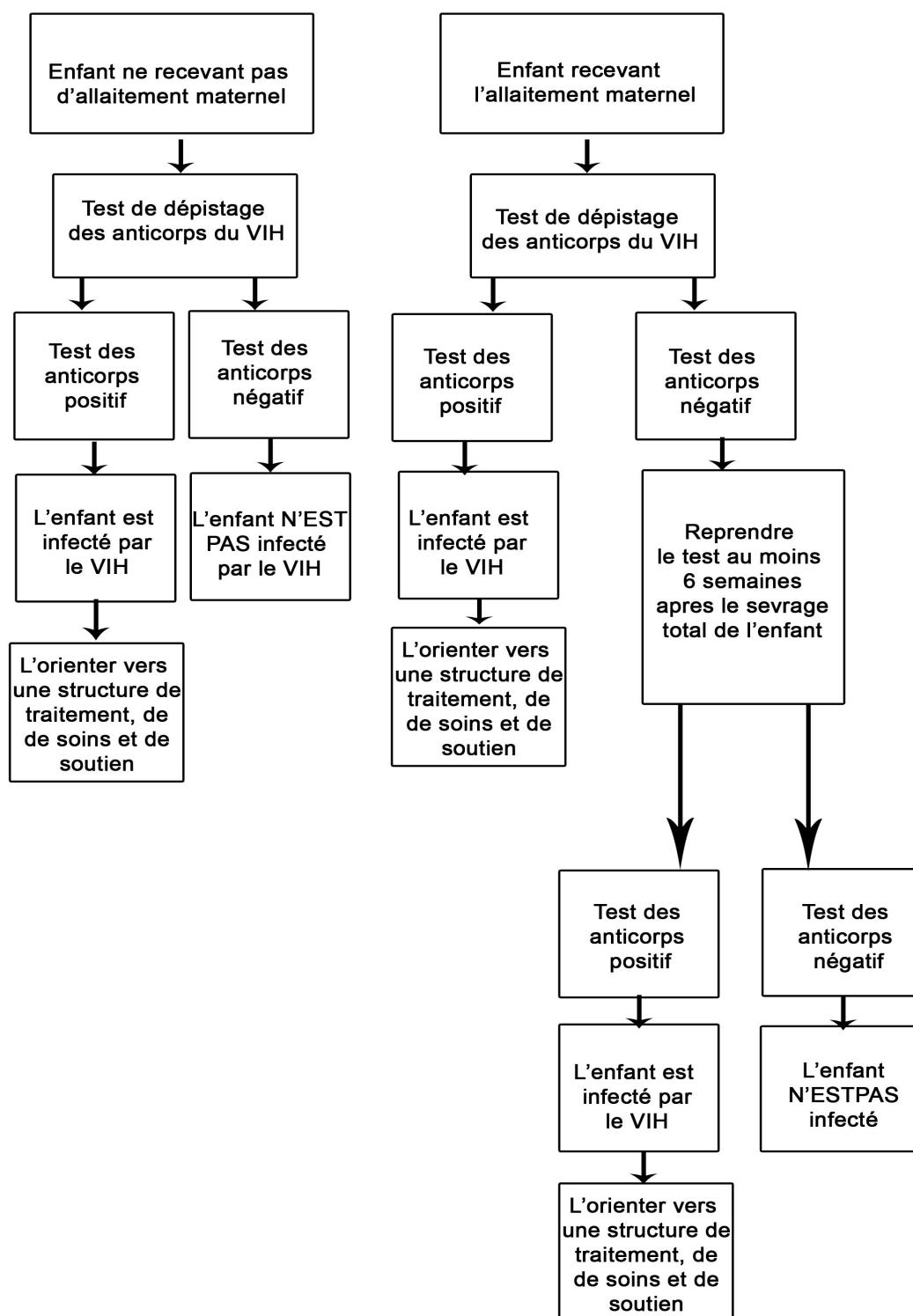
- La vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive.
- Le calendrier PEV sera respecté.

c. Dépistage :

- Le diagnostic précoce (PCR) de l'infection du VIH est fait chez le nourrisson à partir de 6 semaines de vie (45^{ème} jour après la naissance).
- La sérologie est demandée chez l'enfant à l'âge de 9 mois et sera confirmée à 18 mois.
- Suivi mensuel pour surveiller la croissance et le bon état général de l'enfant.

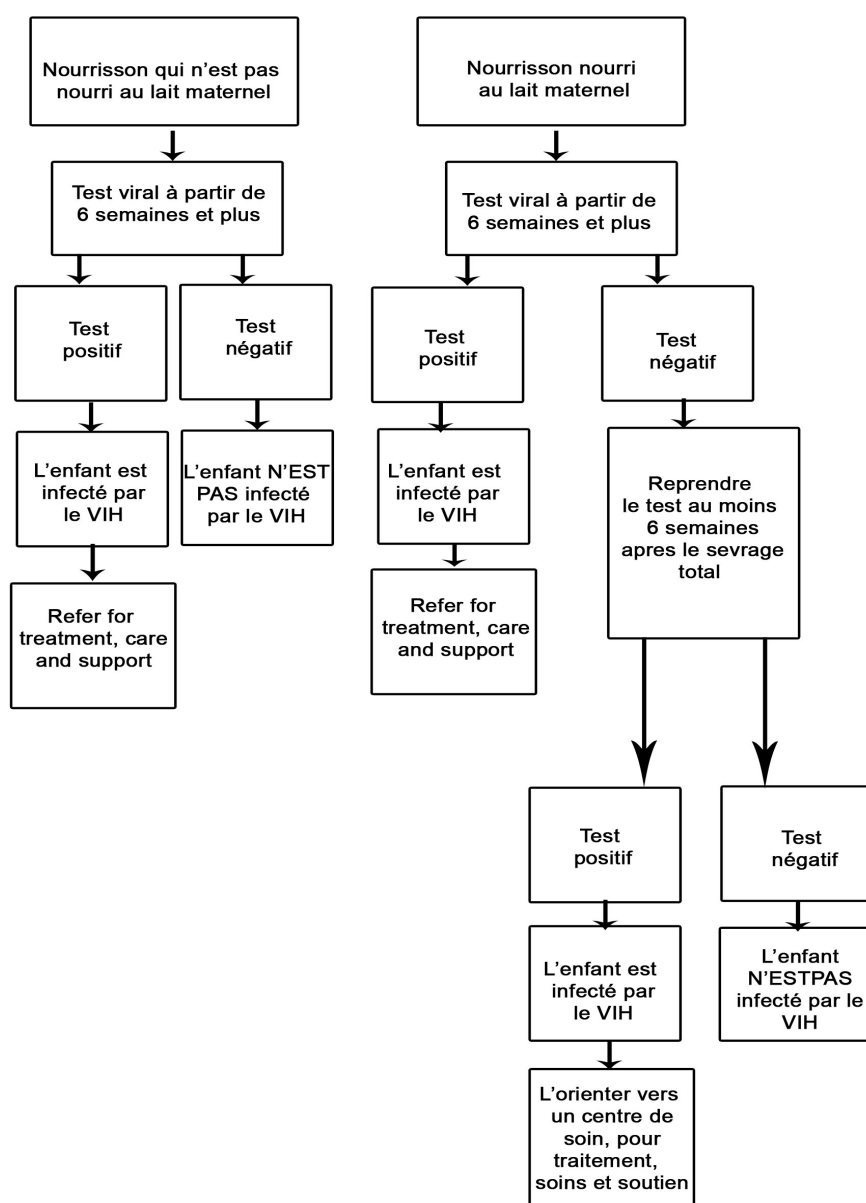
d. Diagnostic du VIH chez l'enfant :

Diagnostic du VIH chez les enfants de 18 mois ou plus par les tests d'anticorps dans des services de santé où les ressources sont limitées.



Diagnostic du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois par des tests viraux dans les services de santé où les ressources sont limitées⁴.

Diagnostic du VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois par des tests viraux dans les services de santé où les ressources sont limitées⁴



⁴ Parmi les tests viraux recommandés: les analyses PCR à ADN du VIH et PCR à ARN du VIH

⁴ Parmi les tests viraux recommandés : les analyses PCR à ADN du VIH et PCR à ARN du VIH.

III. GENRE & SANTE

A. COMMUNICATION

(Cf. Volume 1).

B. SOINS LIES A L'APPROCHE " GENRE & SANTE "

1. Définition " Concept Genre "

Le terme "sexe" se réfère aux différences biologiques entre les hommes et les femmes. Par contraste, le terme "genre" se réfère aux caractéristiques des hommes et des femmes qui sont socialement et culturellement déterminées. Ceci veut dire que les hommes et les femmes apprennent pendant leur vie des comportements, des rôles et des responsabilités liées à leur genre dans le contexte de leurs sociétés (Cf. Annexe 5). Au Mali, le concept de «Genre et Santé» regroupe un ensemble de mesures visant à promouvoir l'épanouissement de l'homme et de la femme en tenant compte des paramètres suivants :

- Concept d'égalité, d'équité homme/femme :
 - Prise de décision de façon responsable en matière de sexualité et de procréation.
 - Accès aux informations et aux services de santé de la reproduction à ceux ou celles qui le désirent.
 - Droit de disposer de son corps.
- Prise en compte des questions de sexualité et de procréation dans les plans de développement à tous les niveaux.
- Adoption et promotion des normes sociales intégrant des comportements et actions en faveur de la mère, de l'enfant et de la petite fille.

Les droits en santé de la reproduction font partie intégrante des droits universels de l'homme et ne font que renforcer l'égalité/équité entre l'homme et la femme et par voie de conséquence le développement économique et à terme lutte contre la pauvreté.

Les différences liées au genre, surtout à l'accès aux ressources pour les hommes et les femmes, entraînent souvent un déséquilibre dans :

- La vulnérabilité aux maladies ;
- La qualité des soins reçus ;
- L'accès aux soins de santé et à certains programmes/projets ;
- La discrimination et la stigmatisation liées à certaines pathologies ;
- La morbidité et la mortalité.

Dans le cadre des efforts menés par le Gouvernement et ses partenaires en matière du genre on peut citer :

- Prévention et prise en charge des pratiques néfastes, des violences et des tabous nutritionnels au niveau des formations sanitaires.
- Orientation de la consultation en fonction de la demande et de l'âge du (de la) client(e).
- Éducation dispensée sans discrimination aux filles et aux garçons.
- Promotion de la scolarisation des filles.

Le genre influence donc la santé et l'équité à l'accès aux soins de santé.

2. Identification et prise en charge des cas de pratiques néfastes à la santé de la reproduction

2.1. Etapes de la consultation

a. Accueillir le (la) client(e)

- Saluer chaleureusement le (la) client(e) ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter au (à la) client(e) ;
- Demander son nom ;
- Rassurer par rapport à la confidentialité.

b. Mener l'interrogatoire et faire l'enregistrement

- Recueillir les informations d'ordre général (nom, prénom, âge, statut matrimonial, profession etc....) ;
- Demander le motif de la consultation ;
- Noter les antécédents médicaux, chirurgicaux, familiaux ;
- Si femme, noter :
 - les antécédents gynécologiques, obstétricaux ;
 - les antécédents d'excision ;
 - l'état vaccinal ;
 - les signes fonctionnels : dyspareunie, frigidité, vaginisme, dysurie, etc.

c. Procéder à l'examen du (de la) client(e)

- Examen physique du (de la) client(e) :
 - Préparer le matériel nécessaire pour l'examen ;
 - Expliquer au client (à la cliente) le déroulement de l'examen ;
 - Se laver les mains et les sécher avec un linge individuel propre et sec ;
 - Aider le (la) client (e) à s'installer ;
 - Pratiquer l'examen général ;
 - Prendre les constantes : TA, pouls, poids, température... ;
 - Examiner les conjonctives ;
 - Si femme examiner les seins : pour rechercher des masses, une modification de consistance, un écoulement mammaire etc. ;
 - Palper l'abdomen (foie, rate) à la recherche d'une masse ou d'une sensibilité ;
 - Faire une auscultation cardiaque (recherche de bruit, souffles anormaux) ;
 - Faire l'examen des membres inférieurs (douleurs, œdèmes, chaleur, varices) ;
- Procéder à l'examen gynécologique :
 - Expliquer à la femme le but de cet examen ;
 - S'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum ;
 - Aider la femme à s'installer en position gynécologique ;

- Se laver les mains au savon, les essuyer avec une serviette propre et individuelle ou les sécher à l'air libre ;
- Porter des gants stériles ou désinfectés à haut niveau ;
- Inspecter les organes génitaux externes à la recherche de lésions (grattages, cicatrices d'excision etc.) ou d'écoulement ;
- Faire un examen au spéculum si possible pour détecter une rougeur cervico-vaginale, un écoulement, une ulcération ;
- Mettre le spéculum dans la solution de décontamination ;
- Faire un examen bi manuel pour apprécier l'état du col, des annexes et de l'utérus ;
- Faire un toucher rectal au besoin (pour apprécier l'état de l'utérus, des annexes et des paramètres) ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Enlever les gants et les mettre dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains au savon ;
- Aider la femme à se relever et à s'habiller ;
- Informer la cliente des résultats de l'examen ;
- Enregistrer les résultats de l'examen sur les registres ou fiches opérationnelles et carnets ;
- Demander les examens complémentaires au besoin ;
- Prescrire le VAT en préventif ;
- Prescrire un traitement curatif ou référer si nécessaire ;
- Donner le prochain rendez-vous en insistant sur l'importance du respect de la date de rendez-vous ;
- Informer la cliente sur la nécessité de revenir au centre à tout moment en cas de besoin.
- Remercier la cliente, l'accompagner et lui dire au revoir ;
- Référer les cas compliqués.

N.B : En cas d'excision, examiner les organes génitaux pour apprécier la nature des lésions et préciser le type d'excision.

2.2. Prise en charge des cas

a. Excision

L'excision est une pratique sociale et traditionnelle liée au genre qui exprime dans la grande majorité des cas des valeurs associées au rôle de la femme et à l'identité désirable d'une femme.

Elle est néfaste à la santé des femmes car elle entraîne des complications médicales (physiques et psychologiques) nuisibles à la santé de la reproduction et au bien-être des femmes et des couples.

b. Définition

C'est l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres interventions sur les organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.

c. Complications

- Hémorragies ;
- Choc hémorragique et choc vagal ;
- Douleurs ;
- Infections ;
- Tétanos ;
- Rétention d'urine ;
- Incontinence d'urine etc.

d. Conduite à tenir

- Vérifier l'état vaccinal :
 - Si vaccinée, faire le vaccin antitétanique (rappel) ;
 - Si non vaccinée, faire le sérum antitétanique et la 1^{ère} dose de vaccin antitétanique ;
- Pour la prise en charge des cas (hémorragie, infections, douleurs, choc, incontinence urinaire) voir algorithme ;
- Référer les autres cas cités plus haut.

e. Séquelles

- Obstruction des voies génitales ;
- Dysurie ;
- Dysménorrhée (règles douloureuses) ;
- Kyste, abcès de la vulve, brides vulvaires ;
- Chéloïdes, neurinome clitoridien ;
- Hématocolpos ;
- Difficultés d'accouchement, fistule vésico-vaginale ou recto – vaginale ;
- Descente d'organes (rectocèle, cystocèle) ;
- Dyspareunie, frigidité, vaginisme ;
- Anxiété, dépression etc.

2.3. Prise en charge des complications liées à l'excision

2.3.1. Hémorragie :

a. Définition

C'est une perte plus ou moins abondante de sang survenant à la suite de la pratique de l'excision.

b. Signes/symptômes

- Écoulement de sang ;
- Signes de gravité : sueurs froides, soif, perte de connaissance, choc.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Faire le counseling • Orienter d'urgence
CSCoM	Sans gravité • Assurer l'hémostase : application d'un hémostatique et faire une suture au besoin • Donner un antalgique (paracétamol) et un antibiotique (Amoxicilline) en fonction du poids et de l'âge • Prendre une voie veineuse avec cathéter et sécuriser • Vérifier l'état vaccinal ; faire le SAT et/ou le VAT au besoin • Contrôler la TA, le pouls Si amélioration : • Continuer le traitement et le counseling Si pas d'amélioration (apparition de signes de gravité) : • Idem PEC hémorragie sans gravité • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang • Avertir la structure de référence • Remplir une fiche de référence et • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé)
CSRéf	• Idem CSCoM • Administrer le Ringer lactate • Faire le groupage/rhésus, le taux d'hémoglobine, et l'hématocrite • Donner un antalgique (Paracétamol matin midi et soir) et un antibiotique (Amoxicilline) • Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision
Hôpitaux	• Idem CSRéf

2.3.2. Prise en charge chirurgicale des séquelles :**2.3.2.1. Choc :****a. Définition**

Le choc est un état dans lequel on observe une chute de la tension artérielle systolique au-dessous de 80 mm/Hg associée ou non à des troubles de la conscience de degré variable.

b. Signes

- Pouls rapide et faible (rythme supérieur ou égal à 110/mn) ;
- Faible tension artérielle (systolique inférieure à 80 mm/Hg) ;
- Pâleur (surtout l'intérieur des paupières, les paumes des mains ou autour de la bouche) ;
- Sueurs, respiration rapide (respiration supérieure ou égale à 30/mn), anxiété, confusion ou perte de connaissance.

c. Gestes d'urgence

- Prendre rapidement une voie veineuse et sécuriser ;
- Demander du sang iso groupe iso rhésus ;
- Initier le traitement étiologique en même temps que la réanimation cardio-vasculaire.

d. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer
CSCom	• Orienter d'urgence • Faire coucher la patiente en décubitus dorsal en position déclive • Prendre une voie veineuse au cathéter avec du sérum salé isotonique ou Ringer lactate et sécuriser • Assurer l'hémostase : application de pommade hémostatique • Faire une suture au besoin • Administrer le SAT et le VAT si l'intéressée n'est pas vaccinée • Surveiller pouls, TA. • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent et des donneurs de sang Si pas d'amélioration : • Informer la structure de référence • Remplir une fiche de référence • Référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé)
CSRéf	• Idem CSCom • Administrer le Ringer lactate • Faire le groupage/rhésus, le taux d'hémoglobine, et l'hématocrite • Donner un antalgique (Paracétamol matin midi et soir) et un antibiotique (Amoxicilline)

Niveaux	Conduite à tenir
	Faire le counseling spécifique pour l'abandon de l'excision
Hôpitaux	Idem CSRéf

2.3.2.2. Incontinence urinaire :

a. Définition

C'est l'incapacité temporaire ou permanente de retenir les urines (fuite d'urines) suite à des lésions urétrales.

b. Signes

- Pertes d'urines involontaires.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	Rassurer
CSCom	- Faire le counseling - Orienter - Assurer les mesures d'hygiènes : - Faire un bain de siège aux antiseptiques (permanganate ou Bétadine diluée à 1/10) - Placer une sonde à demeure - Faire le counseling - Référer
CSRéf	- Idem CSCom - Réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire - Eliminer une fistule S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées : - Tenter la correction par la rééducation : demander à la fillette d'exécuter volontairement les gestes de contractions périnéales et éventuellement de stopper une miction volontaire Si les mesures ci dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques : - Référer
Hôpitaux	- Idem CSRéf - Demander consultation spécialisée en urologie - Traiter selon l'étiologie : - plasties de l'urètre ; - sphinctéroplastie ; - rééducation, etc.

2.3.2.3. Infections :

a. Définition

C'est l'invasion du site de l'excision par des micro-organismes de nature variée.

b. Signes/symptômes

- Fièvre, frissons,
- Rougeur et douleur locales,
- Ecoulement de pus, etc.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Faire le counseling • Orienter
CSCom	• Examiner • Appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (betadine gynécologique) • Donner antibiotique oral (Amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours • Faire la sérovaccination anti-tétanique selon le statut vaccinal • Faire le counseling Si pas d'amélioration : • Informer les parents de la nécessité de la référence • Conseiller aux parents de prévoir de l'argent • Informer la structure de référence • Référer.
CSRéf	• Idem CSCom • Réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire • Eliminer une fistule S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées : • Tenter la correction par la rééducation : demander à la fillette d'exécuter volontairement les gestes de contractions périnéales et éventuellement de stopper une miction volontaire Si les mesures ci dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques : • Référer
Hôpitaux	• Idem niveau CSRéf • Faire un prélèvement de pus + antibiogramme • Traiter

2.3.2.4. Sténose et obstruction des voies génitales :

a. Définition

C'est le rétrécissement ou la fermeture complète de l'orifice vaginal consécutif à

l'excision.

b. Signe/symptômes

- Impossibilité de rapport sexuel ;
- Fermeture quasi totale de la vulve ;
- Trouble de la miction dans les formes extrêmes.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Orienter
CSCCom	• Faire le counseling • Référer.
CSRéf	• Idem niveau CSCCom • Pratiquer la désinfibulation • Donner un antibiotique + antalgique Si difficultés : • Référer.
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Pratiquer la plastie vulvaire pour les formes compliquées.

2.3.2.5. Fistule vésico-vaginale ou fistule recto vaginale ou fistule vésico-recto vaginale :

a. Définition

C'est une communication entre la vessie et le vagin ou entre le rectum et le vagin ou entre la vessie, le rectum et le vagin, pouvant survenir à la suite de la mutilation, de la désinfibulation ou de la réinfibulation, des rapports sexuels ou d'accouchement dystocique.

L'incontinence urinaire ou fécale qui en résulte peut durer toute la vie et elle peut avoir des conséquences sociales graves.

b. Signes/symptômes

- Pertes d'urine et/ou de selles par le vagin.

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	• Rassurer • Orienter

CSCom	• Faire bain de siège au permanganate de potassium dilué à 1/10^{ème}. • Pratiquer les mesures d'hygiène (utilisation de garnitures propres) • Faire le counseling • Référer.
CSRéf	• Idem CSCOM
Hôpitaux	• Idem CSRéf • Demander des examens complémentaires • Faire le traitement chirurgical.

3. Fiches techniques

3.1. Types d'excision

Type I (Clitoridectomie) : Ablation du prépuce avec ou sans ablation de la totalité ou d'une partie du clitoris.

Type II (Excision) : Ablation du clitoris avec ablation partielle ou totale des petites lèvres.

Type III (Infibulation) : Ablation de la totalité des petites lèvres et des 2/3 des grandes lèvres et suture/rétrécissement de l'ouverture vaginale.

Type IV : Diverses pratiques non classées telles que :

• La ponction, le percement ou l'incision du clitoris et/ou des lèvres, l'étirement du clitoris et/ou des lèvres ;
• La cautérisation par brûlure du clitoris et des tissus environnants ;
• La scarification des tissus qui entourent l'orifice vaginal ou l'incision du vagin ;
• L'introduction de substances ou d'herbes corrosives dans le vagin pour provoquer un saignement ou pour le resserrer et toute autre pratique entrant dans la définition des mutilations génitales féminines citée plus haut.

3.2. Désinfibulation

a. Préparation :

Sauf en cas d'accouchement imminent, on doit prendre le temps d'expliquer en quoi consiste la

désinfibulation. Des planches anatomiques d'une vulve normale et d'une vulve infibulée peuvent être montrées (Livre d'images universel de la naissance), les bénéfices de la désinfibulation expliqués ainsi que les changements que cela va entraîner en ce qui concerne la miction, les règles et les rapports sexuels.

b. Type d'anesthésie (dépend du moment où elle est réalisée) :

Pendant la grossesse (au cours du deuxième trimestre) : On préférera une anesthésie générale ou une rachianesthésie pour éviter le risque de causer un traumatisme psychologique dû au souvenir de l'infibulation que la femme a subie dans son enfance.

Pendant le travail : Analgésie péridurale.

Au moment de l'expulsion : Analgésie péridurale ou anesthésie locale.

c. Technique :

- Nettoyer la vulve avec un antiseptique.
- Introduire un doigt dans l'orifice vulvaire, et le faire glisser à l'arrière de la cicatrice jusqu'en bas. Si l'entrée est trop étroite pour même admettre un doigt, les pointes fermées d'une pince hémostatique peuvent être introduites pour élargir le passage
- Une incision verticale est réalisée le long de la cicatrice jusqu'en haut, en étant attentif à protéger le méat urétral et éventuellement le clitoris qui peut être présent même dans les formes sévères d'infibulation.
- Des sutures hémostatiques sont réalisées pour réunir bord à bord les berges de chaque côté afin d'éviter à nouveau, une cicatrisation des tissus entre eux. Ceci peut être un surjet ou quelques points séparés avec un fil fin absorbable.

d. Soins post-opératoires :

- Conseiller à la femme de faire une toilette vulvaire deux fois par jour dans les jours qui suivent ;
- S'assurer que les deux bords ne se ressoudent pas en passant un doigt ou une compresse au milieu de la vulve ;
- Appliquer des gazes de tulle gras si des zones à vif persistent toujours après la désinfibulation ;
- Apporter un soutien psychologique.

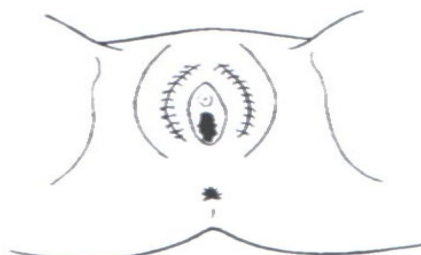
e. Complications :

Rarement, il peut survenir une incapacité réflexe à uriner qui peut être traitée par sondage de la vessie pour la nuit et des analgésiques.

Figure 3 : Désinfibulation incision antérieure



Figure 4 : Point d'hémostase après désinfibulation



3.3. Violences

Les violences physiques sont de deux types : les femmes battues (enceintes ou non enceintes) et les agressions sexuelles (viols). Il existe aussi d'autres types de violences telles que les violences psychologiques ou morales (injures graves, répudiation, absence prolongée du/ de la conjoint(e) etc.).

- **Femmes battues :**
 - Accueil (se référer au chapitre accueil) ;
 - Interrogatoire (se référer au chapitre interrogatoire) ;
 - Examen physique (se référer au chapitre examen physique) ;
 - La démarche du diagnostic est fonction de la partie lésée ;
 - La prise en charge est fonction du type de traumatisme et du type des lésions.
- **Si la femme est enceinte :**
 - Faire un examen physique et obstétrical pour apprécier l'impact de la violence sur le fœtus ;
 - Référer au besoin.
- **Les agressions sexuelles (viols, etc.).**

Chez la petite fille

- **Examen physique :** Rechercher les traces de violences.
- **Examen gynécologique :**
 - Examiner les organes génitaux externes (en présence des parents) à la recherche de lésions au niveau de l'hymen et ou du douglas ;
 - Au besoin faire un prélèvement vaginal pour recherche de spermatozoïdes.
- **Conduite à tenir :**
 - Prescrire un traitement curatif (anti-inflammatoire, antiseptique, antibiotique) ;
 - Proposer un dépistage chez la jeune fille (VIH) au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après ;
 - Etablir un certificat de viol ;
 - Référer au besoin.

N.B : En cas de viol chez le petit garçon, rechercher les lésions anales.

Chez la femme

- **Examen physique :** Apprécier l'état général de la femme.
- **Examen gynécologique :**
 - Rechercher des lésions au niveau du col, du vagin et particulièrement au niveau du douglas ;
 - Au besoin faire un prélèvement pour recherche de spermatozoïdes.

- **Conduite à tenir** : Elle se fait selon :
 - Le traumatisme présenté ;
 - L'état clinique ;
- Proposer un dépistage VIH chez la femme au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après.
- Référer au besoin.

N.B : Dans tous les cas, assurer la prise en charge psychologique : counseling, suivi et visite à domicile.

3.4. Tabous nutritionnels

Chez l'enfant

- Se référer à l'éducation nutritionnelle du volet survie de l'enfant ;
- Donner des conseils à la mère.

Chez la nouvelle mariée et la femme enceinte

- Donner des conseils d'hygiène alimentaire.

3.5. Mariages précoces et grossesses

- Si grossesse, référer à la consultation prénatale pour une meilleure prise en charge.

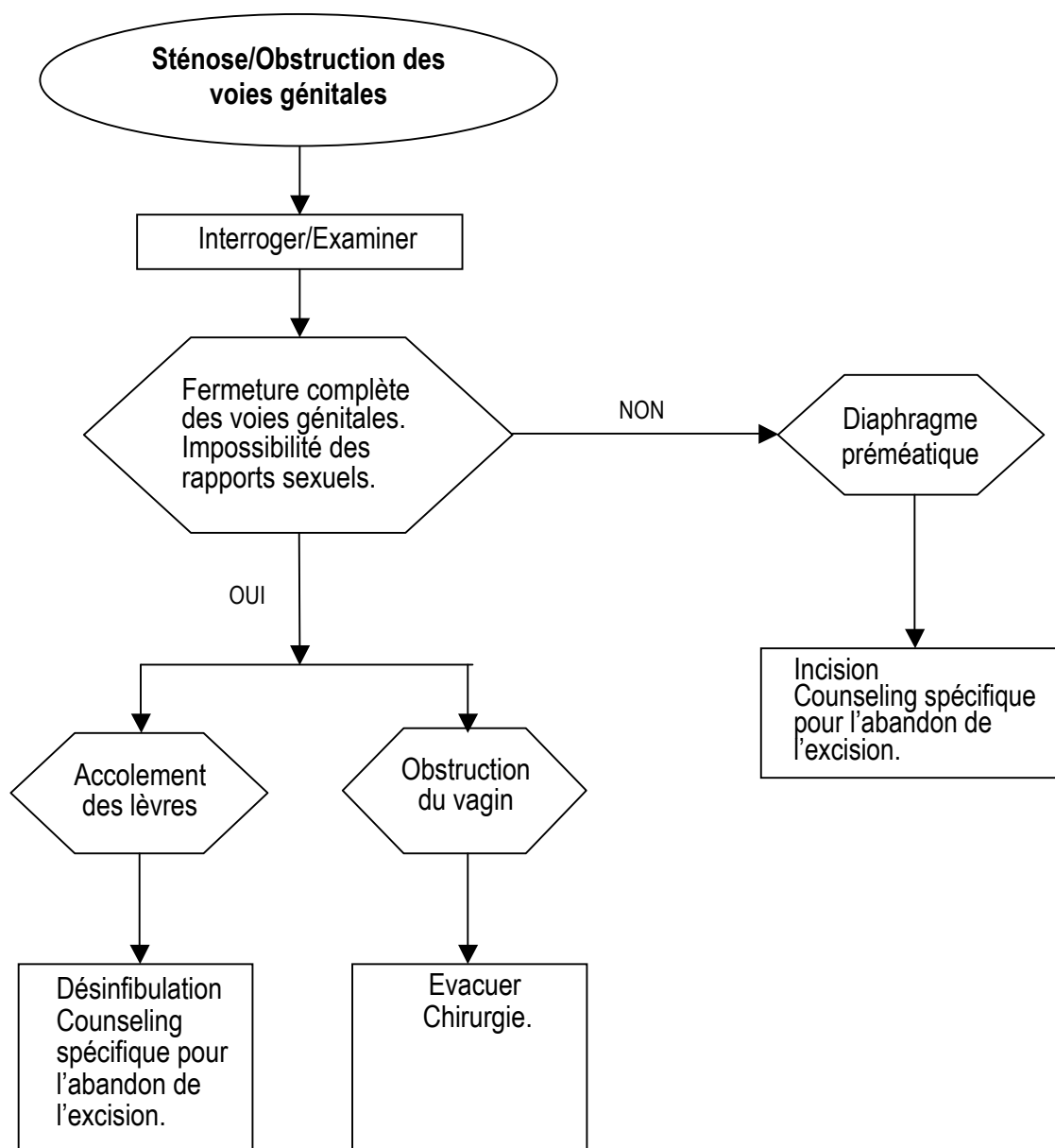
3.6. Lévirat et sororat

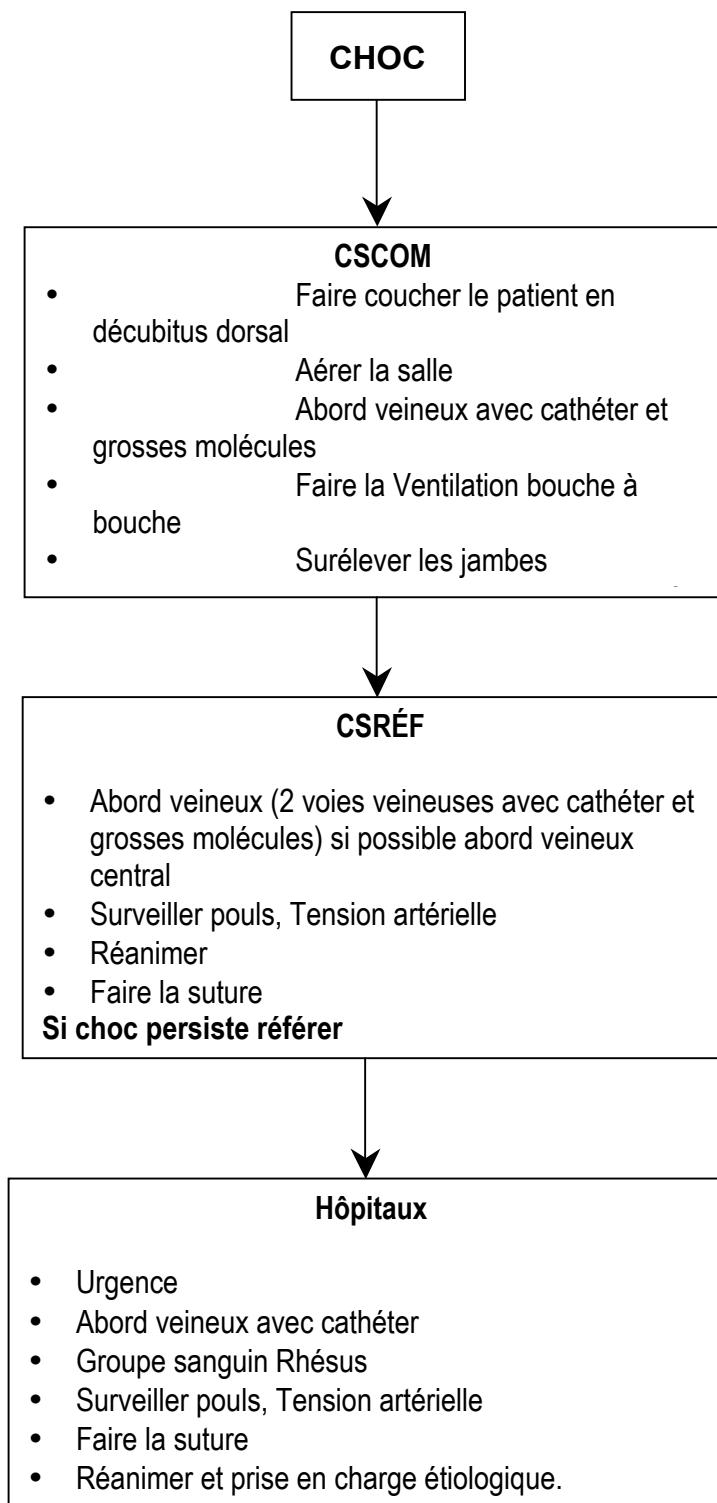
- Conseil pour le dépistage volontaire du VIH avant le mariage.

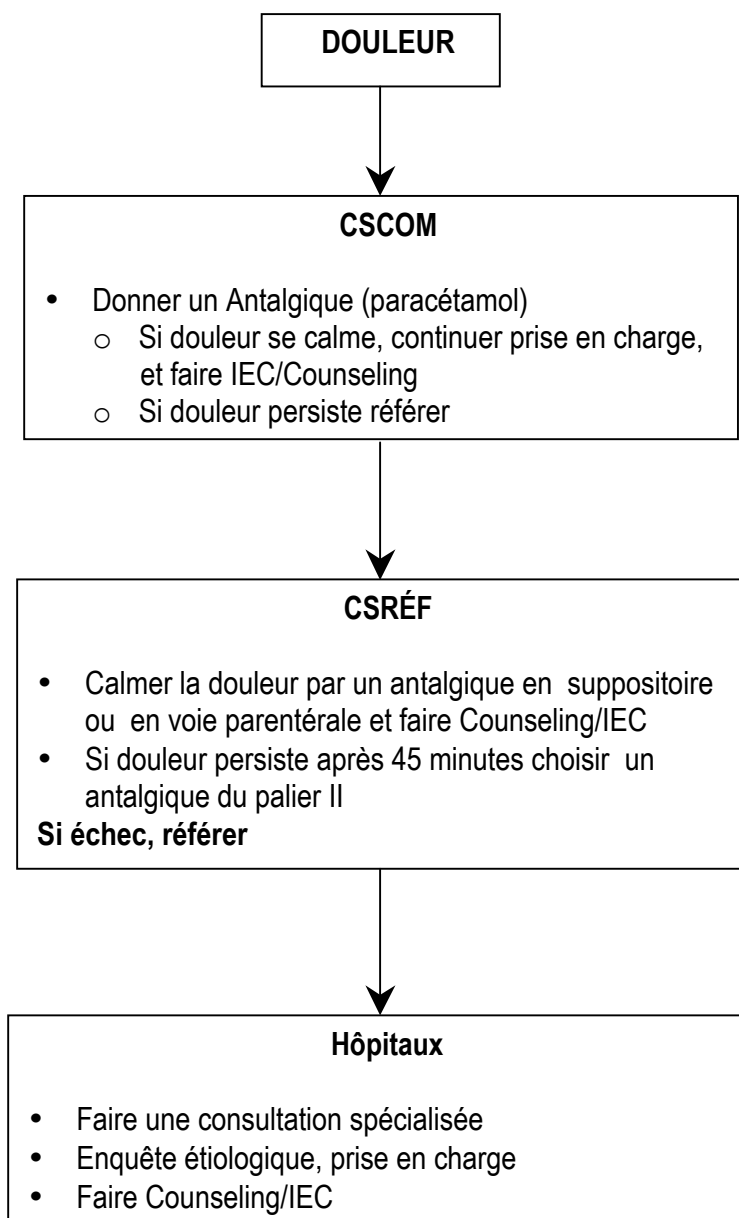
3.7. Déviations sexuelles : Homosexualité, Pédophilie

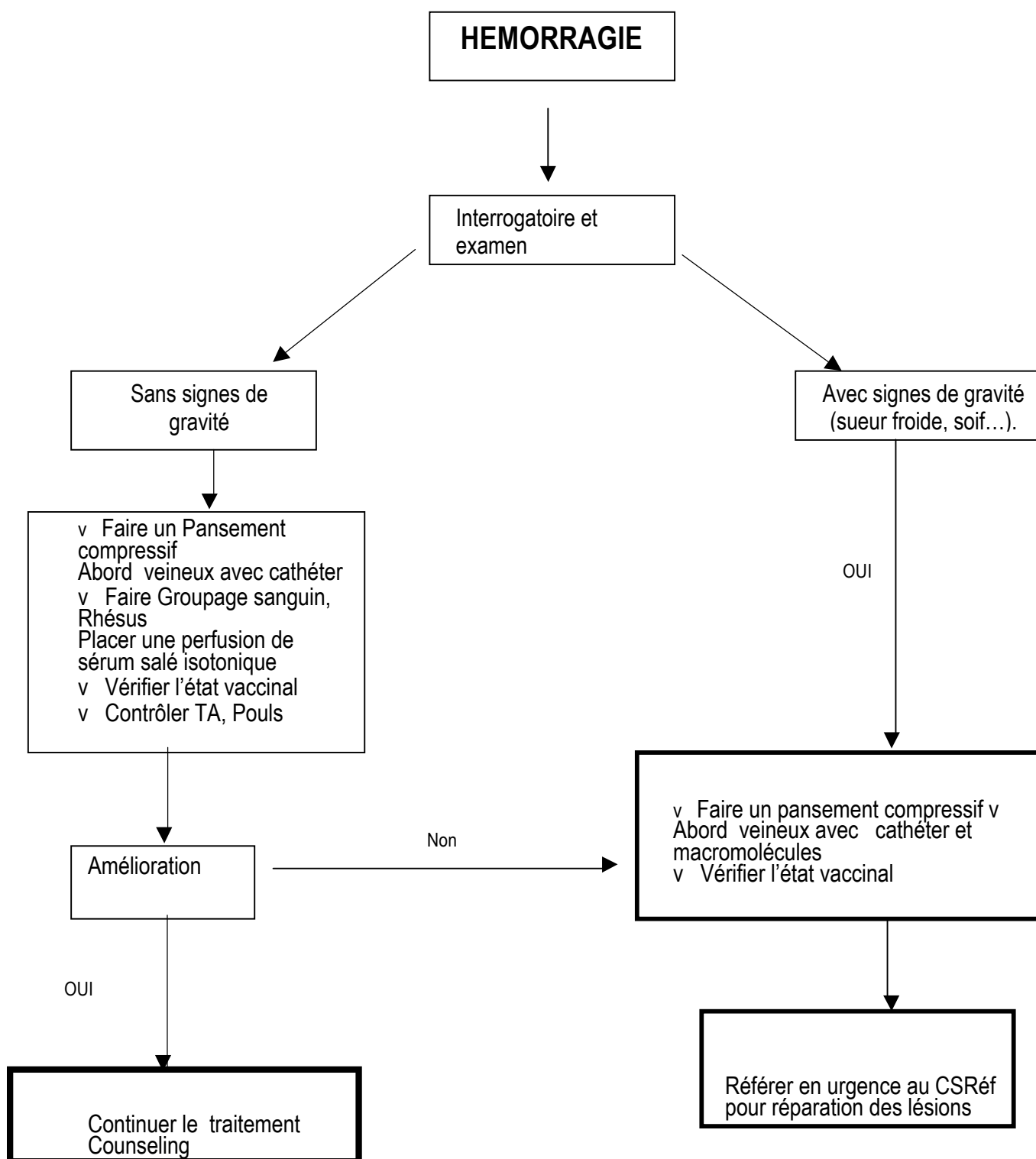
- Référer en milieu spécialisé.

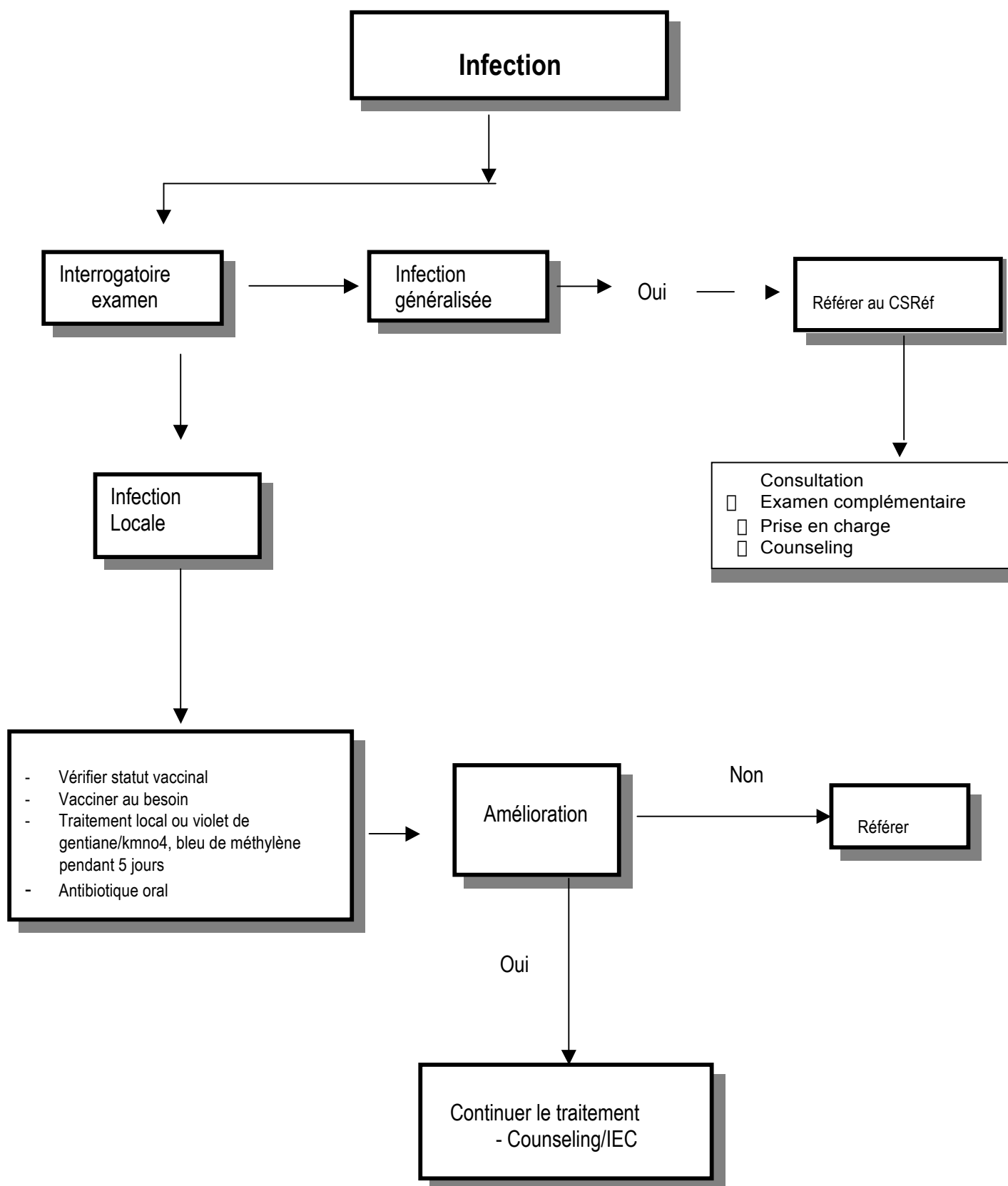
4. Algorithmes genre et santé

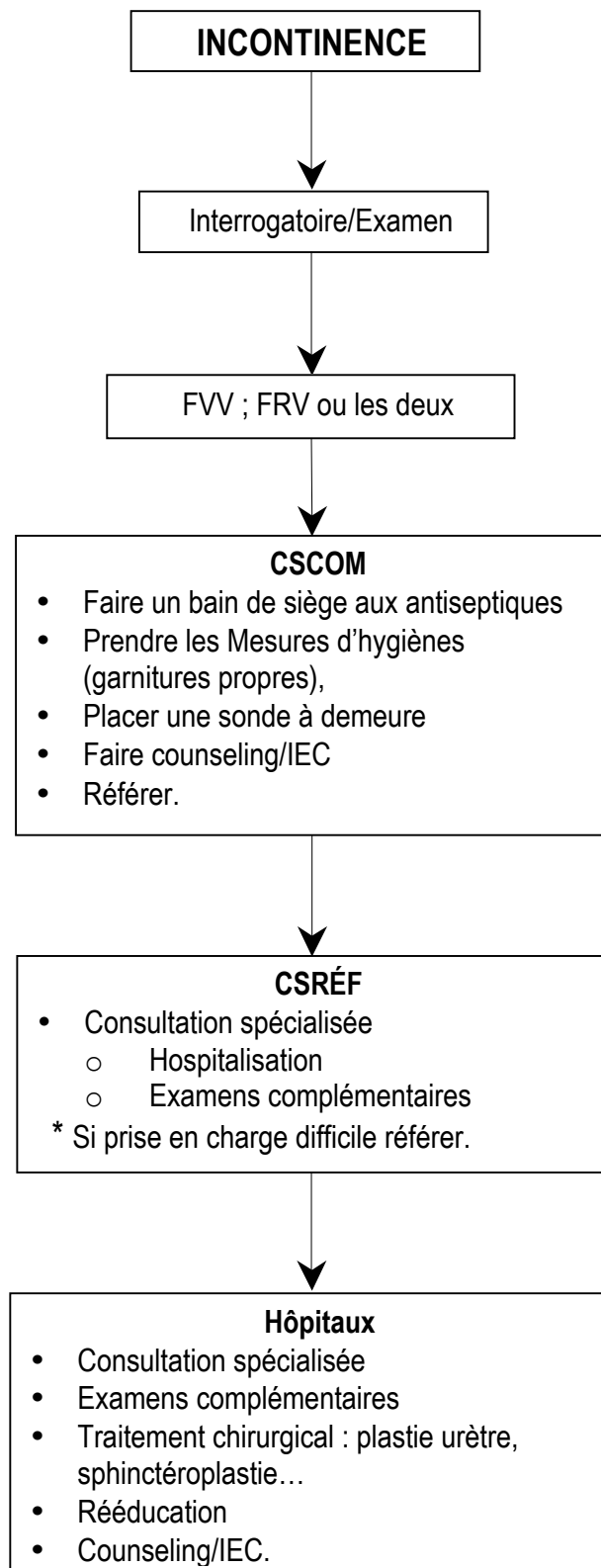


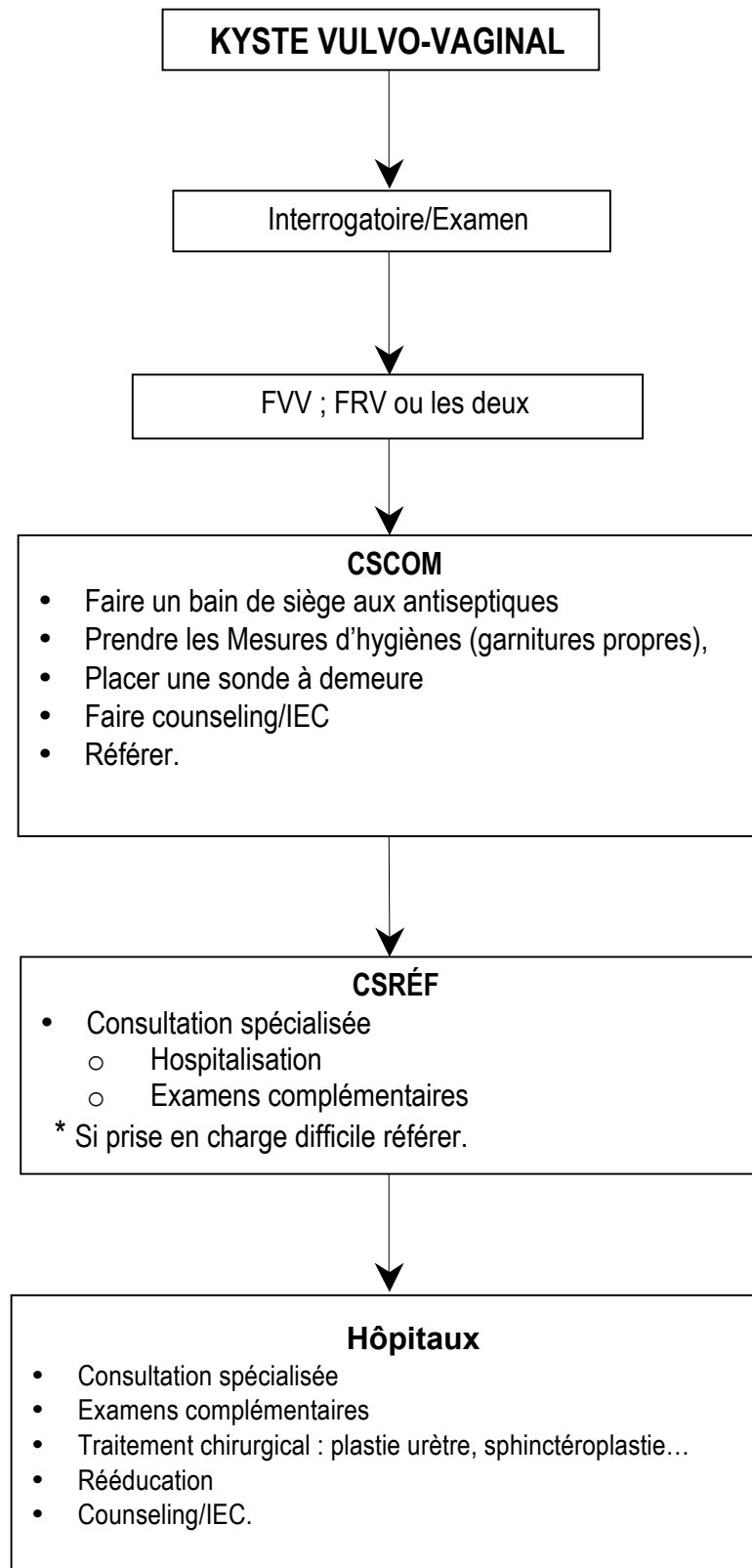












IV. PATHOLOGIES GENITALES & DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME

A. COMMUNICATION

(Cf. Volume 1)

B. PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME

1. Définition

C'est l'ensemble des moyens et méthodes mis en œuvre pour assurer la guérison de la patiente souffrant de troubles de la sexualité, d'anomalies fonctionnelles et/ou organiques en rapport avec la sphère génitale ou mammaire.

2. Conditions et principes

- Structures appropriées ;
- Matériels nécessaires disponibles ;
- Personnel qualifié et compétent.

3. Etapes d'exécution

3.1. Accueil

- Saluer ;
- Souhaiter la bienvenue ;
- Offrir un siège ;
- Se présenter et présenter les membres de l'équipe ;
- Lui demander ce qu'on peut faire pour elle ;
- Lui assurer la confidentialité.

3.2. Mener l'interrogatoire et enregistrer

- Ouvrir un dossier ;
- Recueillir les renseignements généraux
- Demander le motif de la consultation ;
- Recueillir les informations sur la plainte dominante et les signes d'accompagnement ;
- Demander les antécédents personnels : médicaux, chirurgicaux, gynéco obstétricaux ;
- Demander les antécédents familiaux.

3.3. Examiner la patiente

Préparer le matériel

Faire l'examen général :

- Expliquer le déroulement de l'examen ;
- Prendre : température, TA, poids, taille ;
- Aider la patiente à s'installer après s'être déshabillée ;
- Se laver les mains avec du savon et sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- Apprécier l'état général, état des muqueuses et des téguments ;
- Rechercher : goitre, , varices, œdèmes ;
- Palper l'abdomen à la recherche d'un gros foie, une grosse rate, une masse pelvienne,

Faire l'examen gynécologique :

- Aider la cliente à s'installer en position gynécologique ;
- Se laver les mains avec du savon et sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- Faire l'examen des seins (Cf. Fiche technique n° 2 : Soins prénatals.) ;
- Porter des gants d'examen stériles ;
- Faire la toilette vulvaire si nécessaire ;
- Inspecter la vulve et le périnée ;
- Faire l'examen au spéculum ;
- Faire le dépistage du cancer du col (Cf. Fiche technique n° ????? : Affections gynécologiques et mammaires et dysfonctionnements sexuels) ;
- Faire le toucher vaginal combiné au palper abdominal ;
- Faire le toucher rectal ;
- Mettre le matériel utilisé dans la solution de décontamination ;
- Tremper les mains gantées dans la solution de décontamination ;
- Se laver les mains avec du savon et sécher à l'air libre ou avec un linge individuel, propre et sec ;
- Expliquer les résultats de l'examen à la femme ;
- Demander des examens complémentaires au besoin ;
- Donner un traitement ;
- Donner le rendez-vous pour le suivi ;
- Dire merci et au revoir à la femme.

N.B : Chez la vierge faire le toucher rectal.

3.4. Prise en charge des pathologies

3.4.1. Les anomalies des règles et du cycle menstruel :

a. **Eléments de diagnostic :**

- Syndromes pré menstruels (tension mammaire, anxiété, nausées, crampes pelviennes etc....) ;
- Dysménorrhées (Règles douloureuses)
- Ménorragies (règles abondantes et prolongées) ;
- - spanioménorrhée (durée du cycle supérieur à 35 jours) ;
- Troubles de l'ovulation qui sont essentiellement l'anovulation (absence d'ovulation) et la dysovulation (insuffisance lutéale) ;
- Métorragies (saignements survenant en dehors des règles).
- Aménorrhées : absence de règle chez une patiente d'au moins 17 ans (aménorrhée primaire), ou absence de règles pendant au moins 3 mois chez une patiente auparavant normalement réglée (aménorrhée secondaire)

b. **Prise en charge par niveau :**

- **Règles douloureuses :**

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communauté	• Rassurer • Orienter
CSCom	Si dysménorrhée primaire règles douloureuses : • Rassurer • Eliminer une malformation (imperforation de l'hymen) • Donner anti-inflammatoire non stéroïdien • donner COC • Faire le counseling • Faire le suivi Si dysménorrhée secondaire • Rassurer • rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST • Donner anti-inflammatoire non stéroïdien • Référer
CSRéf	• Idem CSCom • Echographie pelvienne • Faire le traitement étiologique
Hôpitaux	• Idem CSRef

• **Ménorragies :**

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	• Rassurer ; • Orienter.
CSCom	• Rassurer • Rechercher des signes d'anémie (vertiges, pâleur conjonctivale) et les prendre en charge : (Cf. Algorithme hémorragies génitales). • Donner Etamsylate 500 mg 1 cp 2 fois par jour. • Faire le counseling. <u>OU</u> • Référer.
CSRef	• Idem CSCom. • Eliminer une tumeur utérine ou ovarienne (fibrome, cancer du col, kyste ovarien etc.) (Cf. Tumeurs pelviennes). • Faire des examens complémentaires : Echographie pelvienne, abdomen sans préparation (ASP). • demander la NFS, TP, TCA • Donner un traitement approprié. <u>OU</u> • Référer si nécessaire
Hôpitaux	• Idem CSRef • Psychothérapie si nécessaire

- **Métrorragies**

Niveaux	Conduite à tenir
Village	• Rassurer • Orienter
CSCom	• Rassurer • Rechercher une éventuelle : ○ Grossesse : Cf. Protocole SONU ○ Saignements sous contraception : Cf. Protocole PF ○ Tumeur référer
CSRef	• Idem CSCom • Demander des examens complémentaires : ○ Test de grossesse ○ Echographie ○ Hystérographie ○ Bilan de coagulation (TP, TS, TCA) • Faire le traitement étiologique si possible En cas de tumeur ○ Faire prélèvements pour examen anatomopathologique • Faire le counseling • Référer
Hôpitaux	• Idem CSRef • Assurer la prise en charge spécialisée

N.B : Devant toute métrorragie surtout si provoquée par le contact, penser au cancer du col de l'utérus.

- Aménorrhées :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communauté	• Rassurer • Orienter
CSCom	• Faire l'interrogatoire et l'examen clinique Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) absents : • Référer Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) présents : • Faire le test de grossesse Si test positif : • Faire le suivi en CPN en l'absence de complication ou risque Si pas de grossesse : • Rechercher une aménorrhée sous contraception : Cf. Protocole PF Si non : • Référer
CSRéf	• Idem CSCom Si test de grossesse négatif : • Faire l'échographie pelvienne Si utérus absent ou anormal : • Référer pour prise en charge spécialisée Si utérus normal : • Rechercher un blocage de l'écoulement sanguin (imperforation de l'hymen, sténose du col, diaphragme vaginal) etc. : ○ Référer pour prise en charge Si pas de blocage à l'écoulement sanguin : • Rechercher les autres causes d'aménorrhée secondaire (syndromes des ovaires polykystiques, syndrome de SHEEHAN, hyperprolactinémie, etc.). ○ Traiter si possible ou Référer.
Hôpitaux	• Idem CSRéf N.B : Seront pris en charge ici tous les cas d'aménorrhée avec caractères sexuels secondaires absents.

3.4.2. *Dysfonctionnements sexuels chez la femme :*

a. Définition

C'est une anomalie révélée à un niveau quelconque des principales étapes de l'acte sexuel.

On distingue :

- Les troubles de l'excitation sexuelle
- Les troubles de l'orgasme
- Les douleurs: dyspareunie, vaginisme, douleur non coïtale
- Les troubles du désir sexuel: aversion sexuelle, baisse du désir sexuel

b. Eléments du diagnostic

- La frigidité (absence de désir et/ou de plaisir sexuel) ;
- La dyspareunie (douleur au moment du rapport sexuel) ;
- Le vaginisme (contracture involontaire des muscles vulvo-vaginaux pouvant se produire avant et pendant l'acte sexuel).

c. Prise en charge par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communauté	• Rassurer • Orienter
CSCoM	• Rechercher une infection génitale haute ou basse éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST • Rechercher une cicatrice vicieuse d'épisiotomie (chéloïde), de cicatrice d'excision, prolapsus génital, rétroversion utérine • Rechercher une maladie générale chronique HTA, diabète, drépanocytose etc. • Faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL (Cf. Fiche technique) • Assurer le suivi • Faire le counseling • Rassurer • Référer si nécessaire
CSRef	• Idem CSCoM • Faire le traitement chirurgical • Référer au besoin
Hôpitaux	• Idem CSRef • Assurer la prise en charge des pathologies chirurgicales et médicales

Niveaux	Conduite à tenir
	Assurer la psychothérapie si nécessaire

3.4.3. La ménopause :

a. Définition

C'est l'arrêt physiologique des menstruations (depuis un an).

b. Eléments du diagnostic

- L'aménorrhée depuis un an ;
- L'irritabilité
- Les bouffées de chaleur et sudation nocturne ;
- Les atrophies des muqueuses.

c. Prise en charge de la ménopause par niveau

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communauté	- Rassurer - Orienter
CSCOM	- Rassurer la patiente et lui expliquer les signes de la ménopause - Faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL (Cf. Fiche technique) - Faire le dépistage du cancer du sein (élaborer fiche technique) - Rechercher des signes en faveur d'un cancer de l'endomètre et d'un cancer de l'ovaire - Faire le counseling - Rassurer - Référer si nécessaire
CSRef	- Idem CSCOM - Demander : ○ Test de grossesse ○ Examens complémentaires ✓ Mammographie ✓ Echographie endovaginale ✓ Biopsie de l'endomètre ✓ Hormonothérapie substitutive si nécessaire - Assurer le suivi - Faire la psychothérapie si nécessaire - Référer au besoin

Niveaux	Conduite à tenir
Hôpitaux	• Idem CSRef • Faire le dosage de la FSH, LH, dosage de l'antigène CA15-3

3.4.4. Tumeurs :

• Tumeurs pelviennes

a. *Définition*

Ce sont des masses qui se développent aux dépens des organes qui composent l'appareil génital interne de la femme. Il peut s'agir de tumeurs bénignes (fibrome, kyste de l'ovaire) ou malignes (de cancer du col, de cancer de l'endomètre, cancer de l'ovaire, cancer du vagin, cancer de la vulve).

b. *Éléments du diagnostic*

- Le saignement vaginal en dehors des règles ;
- Les douleurs pelviennes ou du bas ventre ;
- L'augmentation du volume de l'abdomen.

c. *Prise en charge par niveau*

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communauté	• Rassurer • Orienter
CSCOM	• Rechercher une masse pelvienne • Faire le dépistage du cancer du col à l'IVA et l'IVL (Cf. Fiche technique) • Assurer le suivi • Faire le counseling • Rassurer • Référer
CSRef	• Idem CSCOM • Demander l'échographie pelvienne • Faire le traitement médical si possible • Demander le bilan préopératoire • Faire le traitement chirurgical si possible • Assurer le suivi • Référer si nécessaire
Hôpitaux	• Idem CSRef • Faire le bilan d'extension

- **Tumeurs mammaires**

- a. Définition**

Nodules ou masses développées aux dépens du sein. Ils peuvent être bénins ou malins.

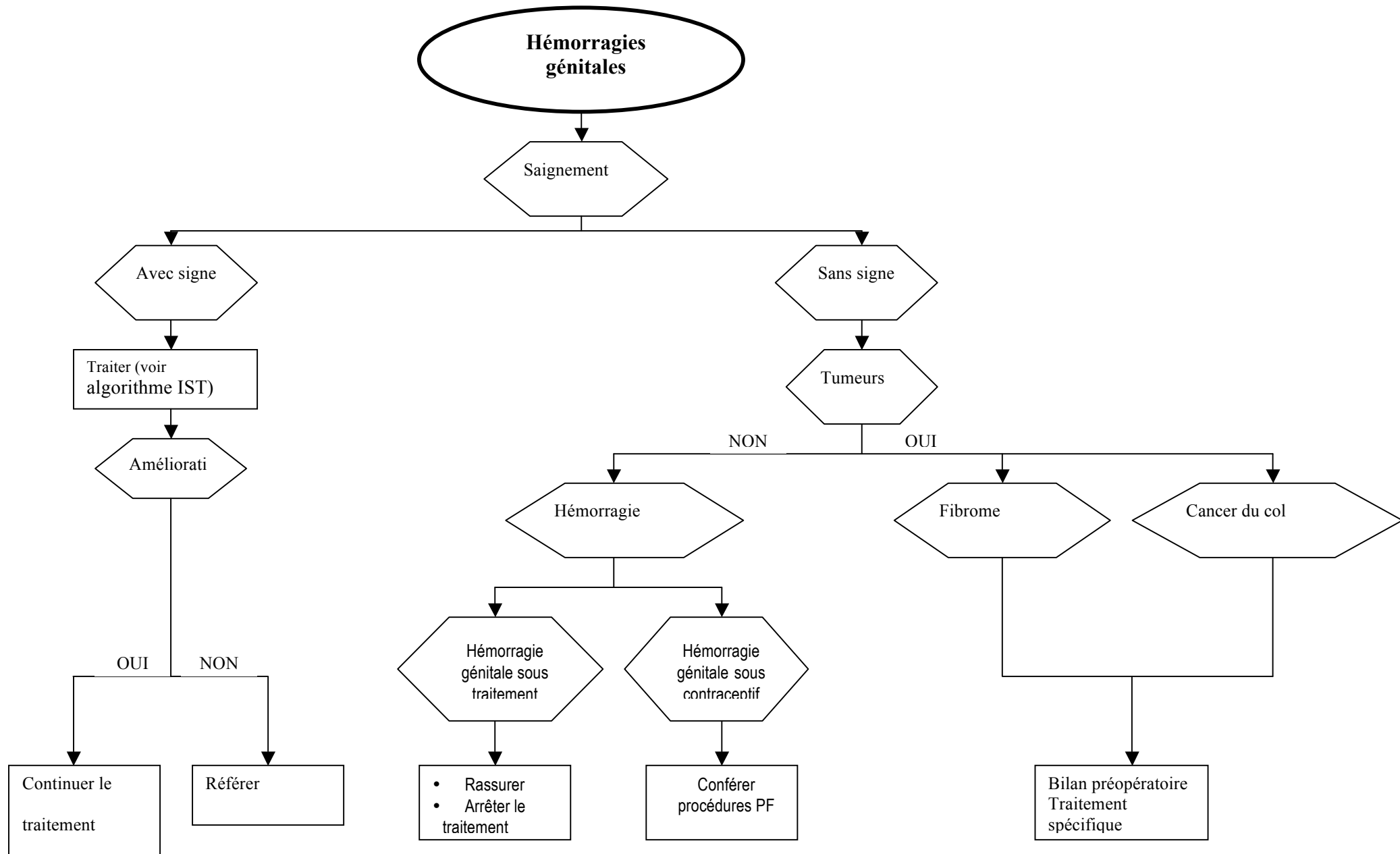
- b. Eléments présomptifs du diagnostic**

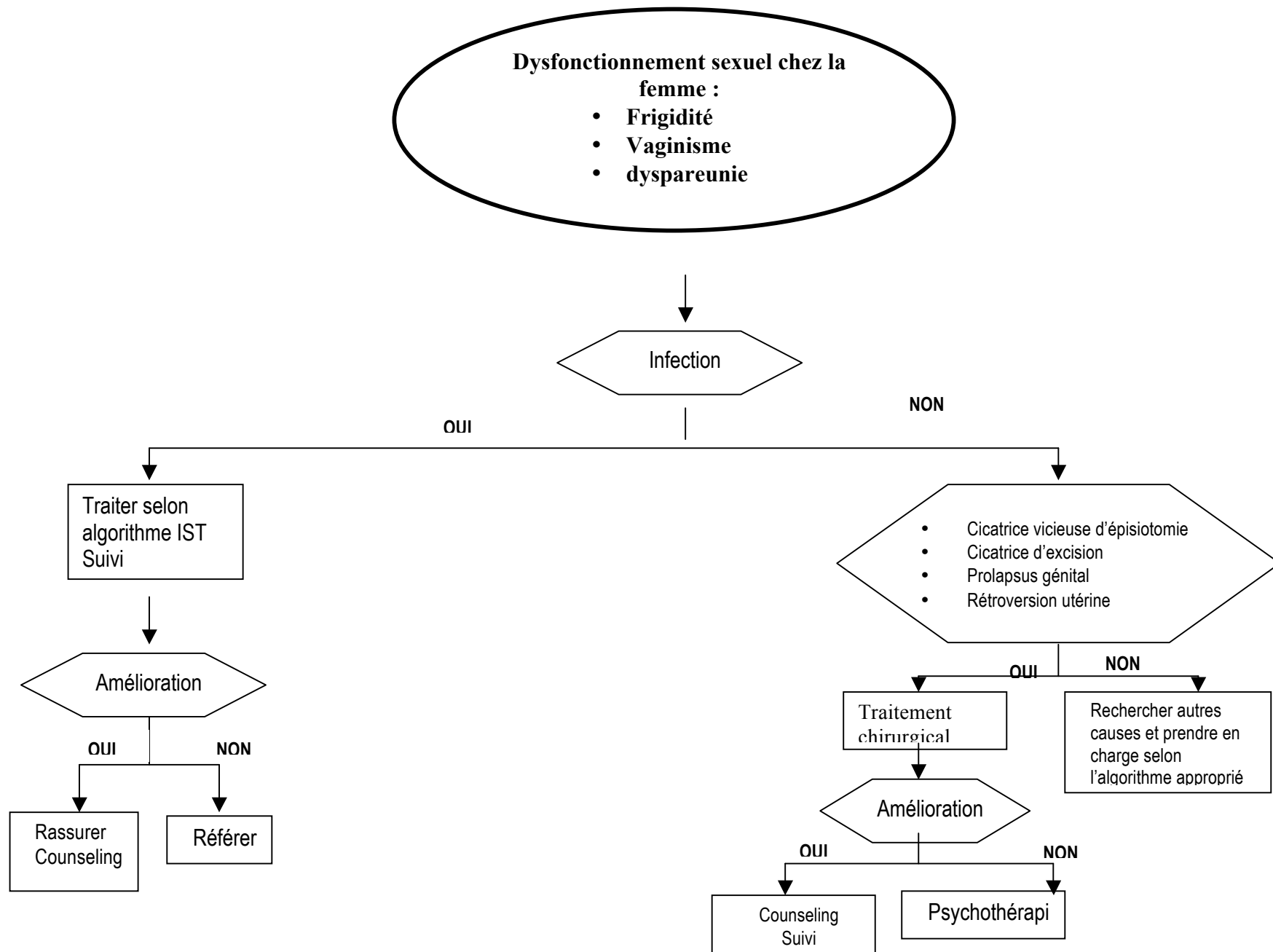
- Douleurs ;
- Rétraction du sein ;
- Ulcération du sein ;
- Modification de la coloration cutanée en l'égard de la tumeur
- Masse ou nodule dans le sein ;
- Ecoulement mammaire.
- Ganglions axillaires.

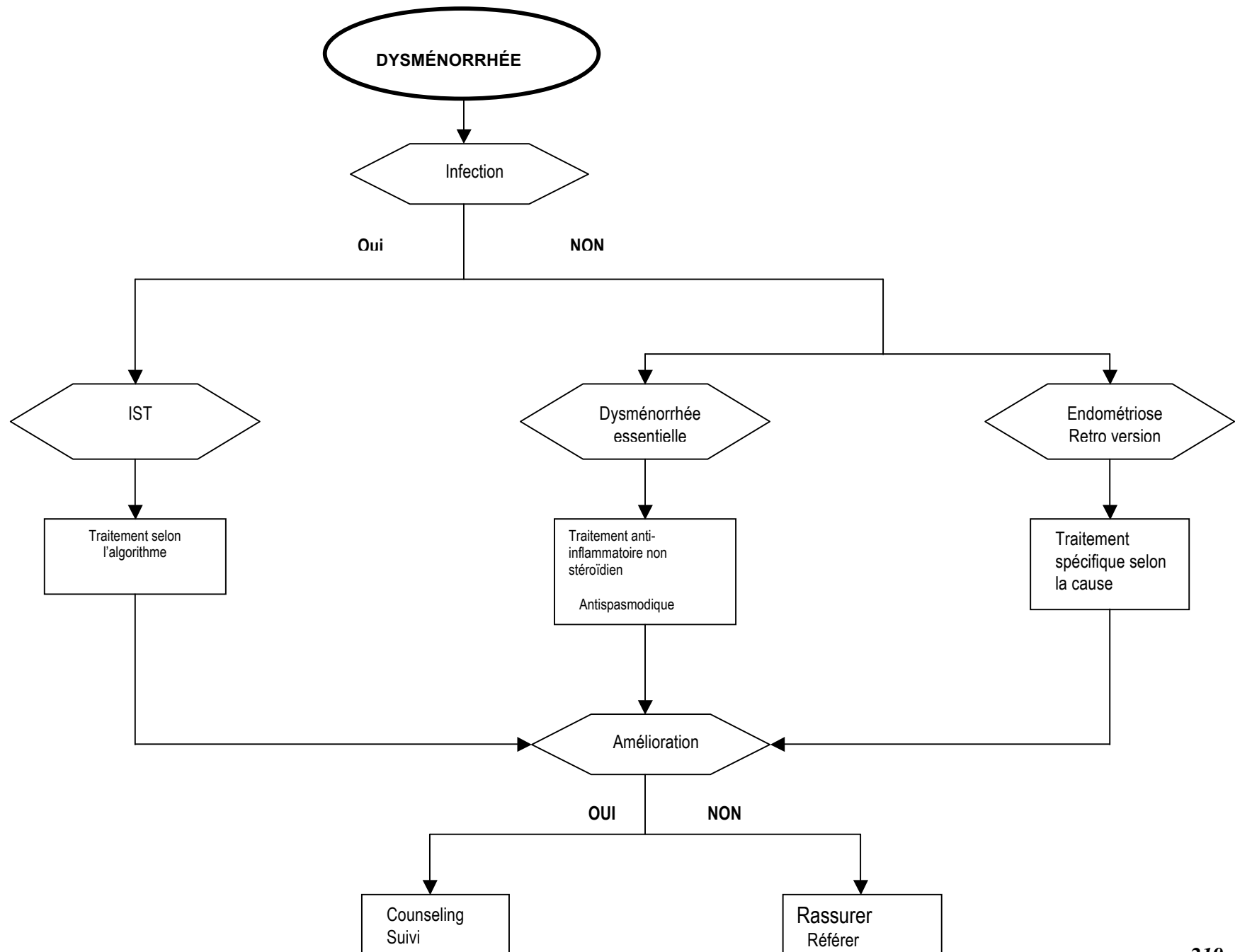
- c. Prise en charge par niveaux**

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communauté	• Rassurer • Orienter
CSCOM	• Procéder à l'examen des seins (rechercher une masse avec ou sans douleur, rétraction du mamelon, recherche de peau d'orange, ulcération, écoulement, asymétrie des seins) • Traiter la douleur si nécessaire • Rassurer • Référer
CSRef	• Idem CSCOM • Demander : ○ Echographie ○ Mammographie ○ Radiographie pulmonaire, du bassin si nécessaire ○ Demander le scanner • Faire la cytologie de l'écoulement mammaire • Faire une biopsie pour examen anatomo-pathologique • Faire le traitement médical si possible • Demander le bilan préopératoire • Faire le traitement chirurgical • Faire le counseling • Assurer le suivi • Rassurer • Référer au besoin
Hôpitaux	• Idem CSRef • Faire la radiothérapie au besoin • Faire la chimiothérapie au besoin • Faire l'hormonothérapie au besoin

ALGORITHMES







GLOSSAIRE

Aménorrhée	<i>Absence de menstruations.</i>
Anémie	<i>Etat clinique dû a un nombre de globules rouges inférieur à la normale.</i>
Antalgique	<i>Se dit d'un produit qui agit en diminuant la douleur.</i>
Antiseptique	<i>Se dit d'un produit qui inhibe la croissance des micro-organismes.</i>
Apyrétique	<i>Absence de fièvre</i>
Aseptique	<i>Exempt de toute contamination par des organismes vivants nuisibles.</i>
Avortement	<i>Expulsion prématurée hors de l'utérus de l'œuf ou du fœtus non viable ou mort, du placenta et des membranes.</i>
Canal déférent	<i>Canal anatomique passant dans le cordon inguinal et qui conduit le sperme de l'épididyme à la prostate.</i>
Cervicite	<i>Inflammation du col utérin.</i>
Counseling	<i>Visite pendant laquelle un éducateur ou un prestataire de service discute avec un (e) client (e) de ses besoins ou problèmes dans le but de faciliter ou d'aider le ou la client (e) à prendre une décision.</i>
Cycle menstruel	<i>Enchaînement de phénomènes physiologiques se produisant de façon périodique, et en général chaque mois, chez une femme et préparant à une grossesse éventuelle.</i>
Dysménorrhée	<i>Menstruations ou règles douloureuses.</i>
Endocervical	<i>Zone interne du col utérin (canal cervical) qui sécrète la glaire cervicale.</i>
Hémorragie	<i>Saignement ou effusion de sang en dehors du corps.</i>
Hépatite	<i>Inflammation du foie provoquée par une infection ou des substances toxiques.</i>
Ictère	<i>Coloration jaune de la peau et des muqueuses due à la présence d'un pigment biliaire qui n'a pas été éliminé de façon normale.</i>
Leucorrhée	<i>Ecoulement vaginal le plus souvent blanc ou jaunâtre, dont une petite quantité est considérée comme normale.</i>
Ménorragie	<i>Saignement anormal prolongeant les règles</i>
Menstruations	<i>Ou règles, c'est un écoulement vaginal périodique de sang mêlé de débris tissulaires, résultat de la chute d'une partie ou de la totalité de la muqueuse d'un utérus non gravide.</i>
Métrorragie	<i>Saignement génital survenant en dehors des règles.</i>
Migraine	<i>Type spécifique de mal de tête douloureux et intense annoncé par une « aura » et accompagné typiquement de nausée et de vomissements.</i>
Nullipare	<i>Femme n'ayant pas eu de grossesse dépassant 20 semaines.</i>
Ovulation	<i>Processus physiologique pendant lequel un ovaire libère un ovule à maturité.</i>
Spotting	<i>Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tâche le slip.</i>
Suivi	<i>Action prise en vue de contrôler, mesurer, vérifier les résultats d'un ou de plusieurs traitements prescrits antérieurement.</i>
Thrombose	<i>Formation de caillots sanguins dans un vaisseau ou dans les cavités du cœur.</i>
Vaginite	<i>Inflammation du vagin, souvent étendue à la vulve (vulvo-vaginite).</i>
Varices	<i>Veines superficielles des membres inférieurs dilatées enflées et souvent tortueuses, non liées aux thromboses veineuses profondes.</i>

FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Afin d'améliorer l'application sur le terrain et l'utilisation de ce document de procédures des services de santé de la reproduction, tous les utilisateurs sont invités à remplir cette fiche et à l'envoyer à la Division Santé de la Reproduction/Direction Nationale de la Santé/Ministère de la Santé - Bamako, après une période d'utilisation ayant permis de couvrir les procédés contenus dans ce document.

Renseignements vous concernant :

Noms (facultatif) : _____

Titre professionnel : _____

Lieu d'exercice : _____

Vos principales fonctions : _____

Vos appréciations sur les procédures des services de santé de la reproduction : _____

Date de réception des procédures de santé de la reproduction : _____

Indiquer les circonstances d'obtention de ce document :

- | | | |
|----|--------------------------------|----------------|
| a. | Séminaire de dissémination : | Oui/Non |
| b. | Supervision des services : | Oui/Non |
| c. | Formation du personnel : | Oui/Non |
| d. | Formation d'élèves/étudiants : | Oui/Non |
| e. | Autres : | |

Avant ces documents, avez-vous déjà utilisé des documents de procédures des services ? **Oui/Non**

Si **Oui**, quand et où ? _____

Quelles sont les sections de ces procédures que vous avez utilisées depuis que vous êtes en possession de ce document ? _____

Pour les procédures de santé de la reproduction que vous avez utilisées, veuillez indiquer celles qui sont incomplètes ou non réalisées : _____

Quels sont les éléments qui rendent **difficiles** l'utilisation de ces procédures de santé de la reproduction ?

Y a-t-il des imprécisions ou erreurs de fond que vous avez relevées dans ces procédures de santé de la reproduction ? _____

Pensez-vous que la présentation de ce document facilite son utilisation ? _____

Si **Non**, que suggérez-vous ? : _____

Pensez-vous que ce document vous aide dans votre travail quotidien!? **Oui/Non**

Si **Non**, que suggérez-vous ? _____

Quelles sont les autres suggestions que vous formulez pour améliorer l'utilisation de ces procédures ? __

Merci de vos suggestions utiles pour l'amélioration de ces procédures de santé de la reproduction.

LISTE DES PARTICIPANTS

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
1.	M ^{me} KEITA Oumou KEITA	Ass. Med. Point focal PF/Genre	DNS/DSR	66 79 71 82 74 13 66 88	keitaoumou05@yahoo.fr
2.	M ^{me} DIALLO Rokia DIAKITE	Ass. Med. Chargée PF/Genre	DNS/DSR	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
3.	D ^r Mahamadou TRAORE	Point focal césarienne	DNS/DSR	66 76 19 78	traormahamadou@yahoo.fr
4.	D ^r Safoura TRAORE	Conseillère PF	PKC	76 16 53 01	safoura.traore@co.care.org
5.	Oumou Modibo DIABATE	ODFC	DNP/MEFB	76 30 71 67	diabateoumou@yahoo.fr
6.	D ^r Gniéléba TRAORE	Inspecteur Santé	Inspection de la Santé	76 48 96 91	gneleba@yahoo.fr
7.	D ^r KEITA Fadima	Conseillère en Santé	GP/SP	66 78 44 93	fadimak1@htmail.fr
8.	M ^{me} DIARRA Haoua OUATTARA	Chargée Programme SAJ	DSR/DNS	66 73 06 11	mah_ouatt@yahoo.fr
9.	D ^r Fatalmoudou TOURE SIMBARA	Médecin	ASDAP	66 73 17 81	asdap@asdapmah.org
10.	DIALLO Mariam KONE	Chargée de formation	Projet jeunes	76 41 44 00	konemane2000@yahoo.fr
11.	M ^{me} CISSE Moussokoro SOULAKE	Chef section formation	DNPF/MFPFE	76 45 73 55	msoulake2@yahoo.fr
12.	Fanta T. DIOP	Délégué Santé	C R F	72 02 89 74	croix-rouge.fr
13.	D ^r SANOGO Abdoulaye	Médecin SR	DRS/Tbouctou	74 06 20 87	drsab@yahoo.fr
14.	Sékou Oumar SAMAKE	Chef CPDS	DNPSES	75 31 34 37	sekouset@yahoo.fr
15.	D ^r Lassana KEITA	PNLT/DNS	DNS	66 71 10 93	lassanakeita970@yahoo.fr
16.	D ^r DIALLO Absfatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	absatoudiaye@hotmail.com
17.	BOUARE Fatoumata KONE	Chef de section D.P.E	DNPFEF	76 36 46 03	k.bouafsatou@gmail.com
18.	M ^{me} DIABATE Fati BOCOUM	Chargée PS	ANEH	76 41 04 11	fatialy@yahoo.fr
19.	D ^r Tinzié GOITA	Médecin SR	DRS/Sikasso	76 05 17 02	tinzgoita@yahoo.fr
20.	Yacouba M. DICKO	Assistant Médical	DNS/DPLM	66 87 84 65	dickoyacou@yahoo.fr
21.	DOUMBIA Issa	Gestionnaire des S. Santé	DRH-SSDS	76 47 41 65	issafa2011@yahoo.fr
22.	Mamadou CAMARA	Chargé Hygiène Hospitalière	DNS/DHPS	76 04 41 74	madoucamara_1@yahoo.fr
23.	D ^r MBAYE Bambi BA	Médecin	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
24.	TRAORE Fatoumata Mary	Chef de Div. Solidarité Action Humanitaire	DNDS	76 49 55 17	dedemarydnds@yahoo.fr
25.	D ^r SIDIBE Aminata O. TOURE	Pédiatre	DNS/DSR	65 84 76 37	amintas210@yahoo.fr
26.	Mamadou CAMARA	Commissaire aux comptes	Fenascom	66 78 63 61	fenascom@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
27.	M ^{me} KEITA Fatimata TOURE	Assistante Médicale	DNS/DSR	74 58 41 88	tour-fatmata@yahoo.fr
28.	M ^{me} SIDIBE Haby SOW	Assistante Médicale	DNS/DN	66 71 52 31	habygsow@yahoo.fr
29.	D ^r Moussa GUINDO	Médecin	DNS/Sté Scolaire	66 72 36 78/ 79 19 70 39	mguindoxxxx2004@yahoo.fr
30.	Pr Zanafon OUATTARA	Urologue	CHU/GT	76 42 49 34	zanafonouattara@yahoo.fr
31.	D ^r Tiguida SISSOKO	Pt Focal PTME	DNS/DSR	76 21 90 55	tigui74@yahoo.fr
32.	D ^r SANGARE Assétou MAGUIRAGA	Responsable PF/VIH	CSLS/MS	66 71 84 83	asmaquiraga@yahoo.fr
33.	Pr TEMBELY Aly	Chirurgien Urologue	CHU/Pt G	66 73 74 33	liatembely@yahoo.fr
34.	D ^r Marguerite DEMBELE	Chef Section SAJ	DNS/DSR	76 44 22 29	coulmarguerite@yahoo.fr
35.	Séckou DIARRA	Chargé RH/FC	DNS/Unité	76 47 51 36	seckoudiarra@yahoo.fr
36.	Oumar GUINDO	Informaticien	DNS	76 18 27 95	barouguindo@yahoo.fr
37.	D ^r Baboua TRAORE	Médecin	CADD	66 71 10 48	babouatraore58@yahoo.fr
38.	D ^r SIDIBE F. Maguiraga	CDA/SE	CNIECS	76 04 97 63	fatoumeg@yahoo.fr
39.	D ^r Amadou DIA	Medecin	CREDOS	66 72 46 47	docteurdia@gmail.com
40.	TOURE Halimatou TRAORE	Assistante Médicale	DRS/Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
41.	D ^r Marie Léa DAKOUO BERTHE	Gynécologue	PSI/Mali	76 41 76 ...	mldakouo@psimali.org
42.	D ^r KALLE Safiatou	Gynécologue	CH Luxembourg	66 76 28 02	safiatoukalle@yahoo.fr
43.	M ^{me} SIDIBE Rokia BENGALY	Chargée SR	DRS/Ségou	66 82 42 92	rokiabengaly@yahoo.fr
44.	M ^{me} DIALLO Kadiatou DEMBELE	Chargé SR	DRS/Mopti	66 79 18 72	kadidiadembele2077@yahoo.fr
45.	Boubacar GUINDO	Chef de Projet	ONG - Santé Diabète	76 30 45 62	b.guindo@santédiabète
46.	Ibrahim NIATAO	Responsable Médical	ONGSanté Diabète		ibniatao@gmail.com
47.	D ^r KEITA Mamadou	Gynécologie		66 73 83 06	mamadou@yahoo.fr
48.	M ^{me} DICKO Fatoumata MAIGA	DGA	INFSS	66 74 96 42	fsdicho@yahoo.fr
49.	Diakaria KONATE	Chef de Service	CNTS	76 26 11 05	diakaridia_k65@yahoo.fr
50.	D ^r TEGUETE Ibrahima	Gynécologie	CHU/GT	66 76 25 22	teguetibra@yahoo.fr
51.	D ^r Brahim MALLE		CHU/PG	78 45 07 18	malleb1@yahoo.fr
52.	D ^r TOURE Moustapha	Gynécologie	Hôpital du Mali	76 30 66 15	mtouregrendhi@yahoo.fr
53.	D ^r Zoumana DIAKITE	Gynécologie	GMM	66 72 70 89	
54.	D ^r KEITA Nadouba	Médecin	CPS/Santé	76 49 05 73	nadoubak@yahoo.fr
55.	M ^{me} KONATE Ramata FOMBA	Conseiller en SR/PF	ATN/PLUS	66 79 55 68	rkonate@atnsante.or
56.	D ^r Bassy KONATE	Médecin	Croix Rouge Malienne	76 17 24 40	bassykonate@yahoo.fr
57.	D ^r Ballan MACALOU	Gynécologie	Hôpital de Kayes	65 55 71 97	dr.balmac@yahoo.fr

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
58.	D ^r SYLLA Mala	Gynécologie	Hôpital Sikasso	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
59.	SANGARE Aissata	PF SONU	DRS/Kayes	62 48 41 98	sangaraissata@yahoo.fr
60.	Mme Fanta COULIBALY	Chargée Communication	DNS/DSR	66 72 98 15	Coul_tim@yahoo.fr
61.	D ^r SIDIBE Bintou Tine TRAORE	Chef de Section	DNS/DSR	66 95 66 28	tinetrarore@sante.gov.ml
62.	D ^r KOREISSI Mariam	Médecin	CRLD	76 43 20 18	kocissimariam@yahoo.fr
63.	M ^{me} CISSE Mariam	Sage femme	CNOSF	76 47 35 55	ongilam@yahoo.fr
64.	D ^r KANE Famakan	Gynécologie	HSD/Mopti	76 30 86 78	kanef12@yahoo.fr
65.	D ^r KOKAINA Chaka	Gynécologie	HNF/Ségou	79 37 59 72	chakakokaina@yahoo.fr
66.	D ^r Bakary KONATE	Charge PF	DRS/KKRO	76 02 68 79	drkkoro@yahoo.fr
67.	D ^r LY Madani	Gynécologie	CHU/PG	78 77 19 90	madanily@sante.gov.ml
68.	Haoua DIALLO	Sage-femme		66 72 79 49	diallonsi@yahoo.fr
69.	M ^{me} KANE Fatimata KANE	Directrice Nationale	FCI	66 78 07 41	fkane@fcimail.org
70.	D ^r BAH Diaminatou SOW	DSC	MSI	73 48 18 76	diaminatou@msimali.ort
71.	P ^r Toumani SIDIBE	Pédiatre	CHU/GT	76 44 46 67	stoumani2012@yahoo.fr
72.	D ^r Sidiki KOKAINA	Médecin	DNS/DSR	66 79 16 07	skokaina66@yahoo.fr
73.	D ^r Daouda Makan TOURE	Pharmacie	DPM	76 01 24 45	touredaoudamakan@yahoo.fr
74.	D ^r SANE D'DIAYE MARIKO	Médecin	AMPPF	76 43 56 94	sanemali@yahoo.fr
75.	D ^r DICKO Aissatan	Médecin	DNS/DN	79 29 40 55	aissatayleali@yahoo.fr
76.	P ^r MAIGA Bouraïma	Chef Service	CHU/PG	66 78 25 28	dr.maiga@gmail.com
77.	D ^r Timothée GANDAHO	Directeur	ATN/Plus	76 24 82 40	tgandaho@atnsante.org
78.	Aphou Salle KONE	Radio	Hôpital Mali	66 73 25 29	aphousalle@yahoo.fr
79.	D ^r OUATTARA Aichata DIAKITE	Médecin	CNOM	66 74 70 63	aichata93@yahoo.fr
80.	D ^r TRAORE Diakalia	Médecin	CNAM	78 85 39 18	diack2@hotmail.com
81.	D ^r DIALLO Absatou N'DIAYE	Chef DSC	INRSP	66 85 97 45	abstoundiaye@hotmail.com
82.	Doudey MAIGA	Consultant OMD 5	Ambassade de Pays Bas	76 22 13 00	baracdmaiga@gmail.com
83.	D ^r Binta KEITA	Gynécolgue	DNS	66 73 14 14	bintakeita00@yahoo.fr
84.	D ^r BAH Hamadoun	Médecin	DNS/DESR	73 33 45 22	50_hamadoun@yahoo.fr
85.	D ^r Yacouba SANGARE	CDS	DRS/Sikasso	76 08 22 04	yacousangare@yahoo.fr
86.	Mamadou KOITE	Chauffeur	DRS/Kayes		
87.	Abdoulaye DJIMDE	Chauffeur	DRS/Mopti	76 03 17 07	
88.	Ibrahim TRAORE	Chauffeur	DRS/Ségou	76 08 22 02	
89.	Allasane DEMBELE	Chauffeur	DRS/Sikasso		
90.	Malick KONE	Chauffeur	DNS/DRS	65 56 69 31	
91.	Mme CISSE Ami BAH	As. Med	DNS/DRS	76 48 08 48	nah_bahami@yahoo.fr
92.	Sirantou WAGUE	As. Med	DNS/DRS	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
93.	Sira Fiy SISSOKO	Inspecteur du Trésor	DAF/Santé	76 02 00 27	sirfils@yahoo.fr
94.	D ^r PLEA Bourima	DRS	DPSS	66 72 67 13	plesborma@yahoo.fr
95.	D ^r TOGO Boubacar	Pédiatre	CHU/GT	66 74 29 04	togoboubacar2000@yahoo.fr
96.	D ^r Noukoum KONE	DNAS	DNS	66 72 39 07	nkone63@yahoo.fr
97.	D ^r Chekina TOUKARA	DRS	Kidal	66 91 27 71	chekinads@yahoo.fr
98.	D ^r Abdou DOUMBIA	CNOP	SKO	66 73 39 09	conopophrmacienidia@yahoo.fr
99.	P ^r Dafa DIALLO	Hématologue	FMPOS	66 75 37 02	dadiallo@icermali.org

N°	NOMS ET PRENOMS	FONCTION	STRUCTURE	N°TEL	E MAIL
100.	Pr Amadou DOLO	Gynécologie	CHU/GT	66 75 02 95	adolo@afribonemali.net
101.	Dr BORE, Saran DIAKITE	Chef DSR	DNS/DSR	66 47 36 75	saranbore66@gmail.com
102.	M. Saidou COULIBALY	Informaticien	Personne ressource	73 82 76 56	coulibaly_saidou@yahoo.fr

BIBLIOGRAPHIE

-  Procédures des services de santé de la reproduction. *Mars 2000* – Ministère de la Santé.
-  Politiques et Normes des services de santé de la reproduction. *Mars 2000* – Ministère de la Santé.
-  Protocole des services de santé familiale. Composante Santé de la mère ; Ministère de la santé publique ; DSF ; Bénin. *Novembre 2002*.
-  Protocole des services de santé familiale.; Ministère de la santé publique ; DSF/SFPS ; Togo. *2001*.
-  Soins Essentiels au nouveau né ; SNL/Save the Children - USA ; *2003*.
-  Algorithmes de prise en charge des urgences obstétricales et néonatales. Projet EMOC/Save the Children - *2003*