

MINISTERE DE LA SANTE ET DES
AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION GENERALE
DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE
PUBLIQUE

SOUS-DIRECTION DE LA 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 SIDA/PTME

GENRE & SANTE, PATHOLOGIES GENITALES ET

DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA

FEMME

VOLUME 2

✧ *Juin 2019* ✧

PREFACE

Le Mali a élaboré les premiers documents de Politique, Normes et Procédures en Santé Familiale en 1987. En 1995, après la conférence du Caire sur la population et le développement, 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.

Pour le Mali, la santé de la reproduction est un aspect fondamental de la vie et concerne chaque individu. Elle 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.

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 la qualité des services.

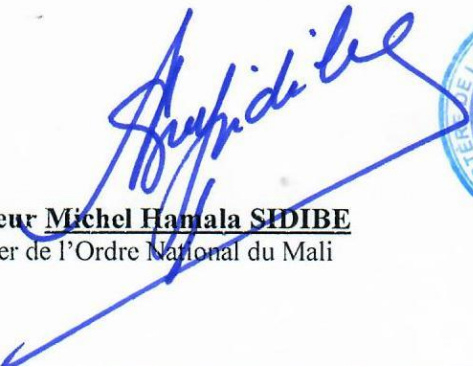
Dans la pratique, il y a un besoin continu de se mettre à jour. En effet, l'élargissement du nombre des intervenants du fait d'un engagement politique plus fort et surtout l'évolution des connaissances justifient la révision périodique des politiques, normes et procédures en matière de santé de la reproduction dans le but de garantir la qualité des prestations offertes.

De la dernière révision à nos jours, de nouvelles approches et stratégies ont été adoptées par le Mali et elles méritaient d'être intégrées dans les documents.

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, garant de la qualité des 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 DE LA SANTE ET DES AFFAIRES SOCIALES


Monsieur Michel Hamala SIDIBE
Officier de l'Ordre National du Mali



REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé et des Affaires Sociales 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 l'UNICEF et l'OMS pour leur appui financier et technique à cette nouvelle révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie l'USAID à travers IntraHealth, SSGI, PSI Mali, Measure/evaluation, HP+, KJK, HRH 2030 et d'autres partenaires : Marie Stopes Mali (MSI), ASDAP, AMPPF, et Groupe Pivot, pour leur assistance technique lors de la présente révision des documents de Politique, Normes et Procédures de Santé de la Reproduction.

Il remercie aussi toutes les coopérations bilatérales et multilatérales, pour leur 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 matières

PREFACE	i
REMERCIEMENTS	ii
ABREVIATIONS	vii
INTRODUCTION	ix
GUIDE D'UTILISATION	xii
I. PLANIFICATION FAMILIALE	1
A. COMMUNICATION	2
B. CONTRACEPTION	2
1. Définition	2
2. Counseling	2
3. Etapes d'une consultation de contraception	4
FICHE TECHNIQUE N° 1 : EXAMEN DES SEINS	5
4. Visite de contrôle/suivi	6
5. Prescription des méthodes de planification familiale	6
5.1. Les contraceptifs oraux combinés (COC)	6
ALGORITHME 1 : Spotting (petits saignements génitaux) sous COC	17
ALGORITHME 2 : Migraine sous COC	18
ALGORITHME 3 : Hypertension artérielle sous COC	19
ALGORITHME 4 : Aménorrhée sous COC	20
5.2. Contraceptifs oraux progestatifs (COP)	21
ALGORITHME 5 : Aménorrhée sous COP	29
ALGORITHME 6 : Spotting (saignement) sous COP	30
5.3. Les contraceptifs injectables	31
Aide-mémoire pour l'injection de Sayana Press	33
ALGORITHME 7 : Saignement sous injectables	36
ALGORITHME 8 : Céphalées sous injectables	37
ALGORITHME 9 : Aménorrhée sous injectables	38
5.4. Les implants	39
FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants	43
FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants (suite)	45
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait	46
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite)	47
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite)	48
FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. Autres méthodes et techniques de retrait (suite et fin)	49
GESTION DES EFFETS SECONDAIRES ET PROBLEMES LIES A L'UTILISATION DES IMPLANTS	50
ALGORITHME 10 : Saignement génital sous implants	52
ALGORITHME 11 : Maux de tête sous implants	53
ALGORITHME 12 : Aménorrhée sous implants	54
5.5. Le dispositif intra-utérin (DIU)	55
FICHE TECHNIQUE N° 4 : Counseling DIU après la période du post-partum	57

FICHE TECHNIQUE N° 5 : Insertion/Retrait du DIU.....	59
FICHE TECHNIQUE N° 6 : Insertion Post-Placentaire du DIU du Post Partum.....	63
ALGORITHME 13 : Crampes et douleurs sous DIU.....	74
ALGORITHME 14 : Saignement sous DIU.....	76
ALGORITHME 15 : Aménorrhée sous DIU.....	77
ALGORITHME 16 : Disparition des fils sous DIU.....	78
ALGORITHME 17 : Infections sous DIU.....	79
5.6. Contraception chirurgicale volontaire (CCV).....	80
FICHE TECHNIQUE N° 7 : Ligature des trompes.....	82
FICHE TECHNIQUE N° 8 : Vasectomie ou ligature/Section des canaux déférents.....	84
5.7. Méthodes naturelles ou de l'abstinence périodique.....	86
5.8. Le condom ou préservatif masculin.....	96
FICHE TECHNIQUE N° 9 : Port et retrait du condom masculin.....	98
5.9. Le préservatif féminin ou condom féminin.....	100
FICHE TECHNIQUE N° 10 : Port et retrait du condom féminin.....	102
5.10. Double protection en santé de la reproduction.....	104
5.11. Les spermicides.....	106
5.12. La contraception d'urgence.....	108
5.13. Intégration de la planification familiale aux autres services de la santé de la reproduction.....	110
C. INFECONDITE.....	112
1. Définition.....	112
2. Etapes de la consultation.....	112
3. Prise en charge des cas d'infécondité.....	114
ANNEXES.....	118
ANNEXE 1 : Liste de contrôle pour écarter une grossesse.....	119
ANNEXE 2 : Les critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives (CRM).....	120
ANNEXE 3 : Counseling de planning familial par les relais.....	125
ANNEXE 4 : Utilisation de la fiche de contrôle par le relais communautaire.....	126
ANNEXE 5 : Fiche de suivi de la cliente par l'ASC.....	127
ANNEXE 6 : Fiche de référence.....	128
ANNEXE 7 : Fiche de contre référence.....	129
ANNEXE 8 : Fiche de diagnostic client du relais.....	130
ANNEXE 9 : Fiche de suivi de la cliente par le relais.....	131
ANNEXE 10 : Carte de référence.....	132
ANNEXE 11 : Carte de retro-information.....	133
ANNEXE 12 : Counseling en PF effectué par les promoteurs et vendeurs dans le cadre du marketing social...	134
ANNEXE 13 : Courbe de température.....	135
ANNEXE 14 : Collier.....	136
ANNEXE 15 : Informations essentielles sur la PF chez une femme ayant subie une opération de fistule obstétricale.....	137
II. IST/VIH/SIDA ET PTME.....	138
A. IST/VIH ET LE SIDA.....	139
1. Généralités sur le counseling.....	139
FICHE TECHNIQUE N° 11 : Port du préservatif masculin.....	142

FICHE TECHNIQUE N° 12 : Retrait du préservatif masculin	143
FICHE TECHNIQUE N° 13 : Gestion de quelques situations qui peuvent se présenter lors du conseil/dépistage	148
FICHE TECHNIQUE N° 14 : Approches de counseling pour le dépistage du VIH.....	149
FICHE TECHNIQUE N° 15 : Approches de counseling pour le dépistage du VIH.....	150
2. Tests VIH.....	152
B. PRISE EN CHARGE	154
1. Infections sexuellement transmissibles (IST)	154
ALGORITHME 18 : Ecoulement urétral et/ou dysurie	159
ALGORITHME 19 : Bubon inguinal	161
ALGORITHME 20 : Douleur abdominale basse	163
ALGORITHME 21 : Ulcérations génitales.....	165
ALGORITHME 22 : Tuméfaction du scrotum	167
ALGORITHME 23 : Ecoulement vaginal (avec ou sans utilisation du speculum).....	169
ALGORITHME 24 : Conjonctivite du nouveau-né	171
2. Prise en charge des personnes infectées et affectées par le VIH et le sida (Protocole de traitement ARV de la femme enceinte séropositive au Mali – Option B+)	172
3. Protocole de prophylaxie ARV chez le nouveau-né	175
4. Prise en charge du VIH et du sida.....	181
ALGORITHME 25 : Manifestations respiratoires	200
ALGORITHME 26 : Candidose buccale	201
ALGORITHME 27 : Dermatoses bactériennes	202
ALGORITHME 28 : Dermatoses fongiques.....	203
III. GENRE ET SANTE.....	204
A. COMMUNICATION	205
B. SOINS LIES A L'APPROCHE " GENRE ET SANTE "	205
1. Définition " Concept Genre "	205
2. Identification et prise en charge des cas de pratiques néfastes à la santé de la reproduction	206
TECHNIQUE DE DESINFIBULATION	216
Algorithmes de prise en charge des complications liées à l'excision	219
ALGORITHME 25 : Sténose/Obstruction des voies génitales.....	219
ALGORITHME 26 : Choc	220
ALGORITHME 27 : Douleur	221
ALGORITHME 28 : Hémorragie	222
ALGORITHME 29 : Infection	223
ALGORITHME 30 : Incontinence.....	224
ALGORITHME 31 : Kyste vulvo-vaginal.....	225
IV. PATHOLOGIES GENITALES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME	226
A. COMMUNICATION	227
B. PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS GYNECOLOGIQUES ET DYSFONCTIONNEMENTS SEXUELS CHEZ LA FEMME	227
1. Définition	227
2. Conditions et principes	227
3. Etapes d'exécution	227
ALGORITHMES	237

ALGORITHME 32 : Hémorragies génitales	238
ALGORITHME 33 : Dysfonctionnement sexuel chez la femme.....	239
ALGORITHME 34 : Dysménorrhée	240
GLOSSAIRE	241
FICHE DE SUIVI DES PROCEDURES DES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION	242
LISTE DES PARTICIPANTS	244
BIBLIOGRAPHIE	248

ABREVIATIONS

AgHBS	Anticorps anti HBC
AM	Allaitement maternel
ARV	Anti retro viraux
ASC	Agent de santé communautaire
B.K	Bacille de Koch
BAAR	Bacilles acido-alcool-resistants
BCG	Bacille Calmet Guérin
BERCER	Bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication
BW	Réaction de Bordet-Wasserman
CCDV	Centre de conseil et dépistage volontaire
CCV	Contraception chirurgicale volontaire
CD4	Cluster of differentiation 4 (lymphocyte T4)
CESAC	Centre d'écoute, de soins, d'appui et de conseil
CHU	Centre hospitalier universitaire
COC	Contraceptifs oraux combinés
COP	Contraceptifs oraux progestatifs
Cp	Comprimé
CPN	Consultation prénatale
CSCOM	Centre de santé communautaire
CV	Charge virale
DGSHP	Direction générale de la santé et de l'hygiène publique
DHN	Désinfection à haut niveau
DIU	Dispositif intra utérine
DIU-PP	Dispositif intra utérine du post partum
DMPA-SC	Acétate de désoxyméthyl progestérone en sous cutané
DNS/CSLS/MSHP	Direction nationale de la santé/Cellule sectorielle de lutte contre le Sida/Ministère de la santé et de l'hygiène publique
EDSM V	Enquête démographique et de santé du Mali (Cinquième Edition).
EPH	Etablissement public hospitalier
FO	Fistule obstétricale
FSH	Hormone de stimulation des follicules
GATPA	Gestion active de la troisième partie de l'accouchement
GEU	Grossesse extra utérine
GS	Groupage sanguine
HCG	Hormone chorionique gonadotrope humaine
HCV	Virus de l'Hépatite C
HMG	Gonadotrophine urinaire humaine postménoposique ou ménotropine
HTA	Hypertension artérielle
IEC	Information, éducation et communication

IST	Infections sexuellement transmissibles
ITG	Infections du tractus génital
IVA	Inspection visuelle à l'acétique
IVL	Inspection visuelle au soluté de Lugol
LAM	Méthode de l'aménorrhée et de la lactation
LCR	Liquide céphalo-rachidien
LH	Hormone lutéinisante
MAMA	Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
MJF	Méthode des jours fixes
NFS	Numération formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORL	Oto-rhino-laryngologique
PCR	Polymérase chaîne réaction
PEC	Prise en charge
PEV	Programme élargi de vaccination
PF	Planification familiale
PFPP	Planification familiale du post-partum
PTME	Prévention de l'infection mère–enfant du VIH/Sida
PV	Prélèvement vaginal
PVVIH	Personne vivant avec le VIH
RDV	Rendez de vous
REDI	Rapport, Exploration, Décision et Implémentation
Rh	Rhésus
RPR	Rapid plasma reagin
Rx	Radiographie
SAA	Soins après avortement
SAJ	Santé des adolescents et des jeunes
SAT	Sérum antitétanique
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SR	Santé de la reproduction
TA	Tension artérielle
TARV	Traitement anti retro viraux
TB	Tuberculose bacillaire
TCA	Temps de céphaline activée
TP	Taux de prothrombine
TPHA	Treponema pallidum Hémagglutinations assay
TV	Toucher vaginal
VAT	Vaccin anti tétanique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WC	Water closet

INTRODUCTION

Au Mali, la situation sanitaire et sociale est caractérisée par des niveaux de morbidité et de mortalité élevés. Il en résulte des implications et conséquences très lourdes pour les femmes, les adolescents(es)/jeunes et les enfants à cause de leur vulnérabilité et de l'insuffisance des mesures concrètes prises à leur endroit.

Selon l'EDSM V 2012-2013, le taux de mortalité maternelle est de 368 pour 100 000 naissances vivantes ; le taux de mortalité infantile est de 56 pour 1000 naissances vivantes; le taux de mortalité néonatale est de 34 pour 1 000 naissances vivantes.

Le taux de séroprévalence du VIH est de 1,1% 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% (EDSM V 2012-2013). Le taux de prévalence chez les femmes enceintes vues en CPN au niveau des sites PTME est de 0,52% (Rapport 2017 DNS/CSLS/MSHP). La couverture sanitaire est à 76% dans un rayon de 15 km (annuaire du système local d'information sanitaire 2017).

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 et de l'Hygiène Publique 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 2012-2023.

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 :

- la Politique et les Normes de services ;
- les Procédures.

La Politique et les normes de 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 et chronologiques 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, infirmiers, sages-femmes, techniciens d'hygiène, techniciens de laboratoire, techniciens et administrateurs sociaux, 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, de l'adolescent(e)/ jeune, de l'adulte et les droits en matière de santé de la reproduction, notamment à travers les approches novatrices.

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 cing (5) volumes selon les composantes des activités menées en SR :

- **VOLUME 1 : Composantes d'appui**
 - Communication pour la promotion de la santé de la reproduction ;
 - Qualité des soins et services de la santé de la reproduction ;
 - Surveillance des décès maternels, périnataux et riposte ;
 - Prévention des infections.

- **VOLUME 2 : Composantes communes**
 - Planification familiale ;
 - IST/VIH et sida/PTME ;
 - Genre et santé ;
 - Pathologies génitales et dysfonctionnements sexuels chez la femme.

- **VOLUME 3 : Gravido-puerpéralité**
 - Soins prénatals ;
 - Soins pernatals ;
 - Soins postnatals.

- **VOLUME 4 : Survie de l'enfant de 0 - 5 ans**
 - Soins préventifs ;
 - Soins curatifs : PCIME.

- **VOLUME 5 : Santé des adolescent(e)s et des Jeunes et santé sexuelle des hommes**
 - Santé des adolescents(es) et des jeunes (SAJ) ;
 - Santé sexuelle des hommes.

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

- ✓ la technique d'administration de DMPA-SC (Sayana Press) ;
- ✓ la technique d'insertion d'Implanon ;
- ✓ la technique d'insertion Post-Placentaire du DIU du Post Partum ;
- ✓ la fiche technique du Counseling en PF effectué par les promoteurs et vendeurs dans le cadre du marketing social ;
- ✓ le REDI (Rapport, Exploration, Décision et Implémentation) ;
- ✓ l'introduction d'un registre Counseling PF au niveau des points de prestation.

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 définis par le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique.

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.

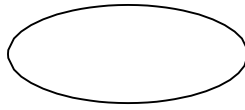
A chaque étape, un éventail d'options est proposé et les niveaux de décision sont identifiés.

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

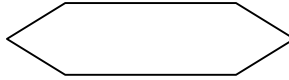
Ces figures géométriques varient selon qu'elles représentent un problème clinique identifié, des signes et symptômes, une prise de décision ou une action à adopter.

Chaque algorithme fonctionne selon les étapes suivantes :

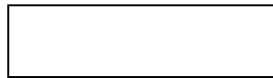
- L'**identification du problème clinique** représentée par une ELLIPSE.



- 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 (e) client(e) 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 client(e)s 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. Counseling équilibré ou balancé (REDI)

➤ Définition

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 **équilibré ou balancé** comme le BERGER. L'acronyme REDI signifie :

- R** = Rapport (établissement de rapport).
- E** = Exploration des besoins de la cliente en matière de procréation.
- D** = Décision (prise de décision).
- I** = Implémentation (mise en application de la décision).

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

Le 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 aider la cliente à acquérir les aptitudes nécessaires pour faire face à ces défis.
- **ETAPES DU REDI :**
- **RAPPORT : *Rapport cordial avec la cliente***
 - accueillir la cliente avec respect, se présenter, et lui offrir un siège ;
 - assurer la confidentialité et l'intimité tout au long de la séance de counseling ;
 - expliquer à la cliente la nécessité de poser des questions personnelles et parfois sensibles ;
 - demander le nom de la cliente, et ses coordonnées (enregistrer les renseignements et les informations ultérieures dans le dossier de la cliente, comme requis).
- **EXPLORATION : *Focalisée sur les besoins de la cliente***
 - explorer l'historique et les objectifs de la cliente en matière de reproduction (ses antécédents de grossesse et résultats, âge des enfants, si elle veut ou ne veut plus d'enfants).
 - présenter les méthodes éligibles dans la période du post-partum et selon les objectifs de la femme, y compris l'utilisation de la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée.
 - identifier la méthode choisie par la cliente.
- **DECISION : *prise de décision par la cliente***
 - confirmer la méthode choisie par la cliente ;
 - expliquer la méthode choisie (mécanisme d'action, efficacité, avantages, limites, effets secondaires).
- **IMPLEMENTATION : *mise en application de la décision par le prestataire***
 - offrir la méthode : si disponible, si non référer ;
 - dire à la cliente dans quel centre de santé elle se rendra en cas d'effets secondaires ou de complications.

N.B : Si la cliente a choisi la MAMA, lui rappeler la transition à une autre méthode si l'une des conditions n'est plus remplie.

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. Aussi, une femme ayant subi une opération de fistule obstétricale a besoin d'informations essentielles sur la PF afin d'adopter une méthode contraceptive ([cf. Annexe n° 15](#)).

N.B : Il existe actuellement un registre counseling PF dans lequel les résultats sont consignés

3. Etapes d'une consultation de contraception

3.1. Procéder à l'interrogatoire.

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 tuméfaction 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 registre et la fiche d'admission.

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 ;
- dire ensuite à la patiente de s'allonger sur le dos ;
- regarder toujours 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 le sein en quatre quadrants.

PALPATION :

- avec la main à plat, palper les seins dans le sens des aiguilles d'une montre en commençant par le bord externe du quadrant 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 masse, 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.

3.4. Offrir la méthode selon les critères d'éligibilité

- voir les recommandations sur les nouveaux critères d'éligibilité de l'OMS et le disque qui les présente ([Voir annexe n° 2](#)).

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 (de la) client(e)

- remercier ;
- raccompagner le (la) client(e) si possible ;
- lui dire au revoir.

4. Visite de contrôle/suivi

- 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. Annexes n° 3, 4 et 5](#)).

5. Prescription des méthodes de planification familiale

5.1. Les contraceptifs oraux combinés (COC)

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 d'œstrogène et de progestatif pendant toute la durée du cycle ;

Exemple : Une combinaison d'éthinyl œstradiol (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** :

- **Biphasique** ou deux dosages différents d'œstrogène et de progestatif se succèdent pendant le cycle. Adepal[®], (Lévonorgestrel 0,15 mg et Ethinylestradiol 0,03) ;
- **Triphasique** : Trois dosages différents. Trinordiol[®] (Lévonorgestrel 0,050 mg, Ethinylestradiol 0,030 mg), Triella[®]

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 ;
- prévient 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 :

- commencer toujours par un COC faiblement dosé en œstrogène (30 à 35 µg) ;
- commencer la prise du 1^{er} comprimé, entre le premier et le cinquième 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 des règles, 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 oubli ;

- 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 la plaquette finit un lundi, commencer une nouvelle plaquette le mardi prochain (8^{ème} jour) ;
- encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur les COC ;
- encourager la cliente à en discuter avec son partenaire ;
- écouter la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.

N.B : En l'absence de COC faiblement dosé (30 à 35 µg Ethynil Œstradiol : pilplan, lo-femenal) : Il est possible d'utiliser aussi le 50 µg Ethynil Œstradiol (Eugynon, Ovral, Microginon-50, etc.).

- **Dans le post-partum (après accouchement) :**
 - si la cliente allaite son enfant ([cf. Annexe 2](#)).
 - si la cliente n'allait pas : commencer la prise à partir de 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 ([cf. Annexe 1](#)).
- **Dans le post-abortum (après avortement) :**
 - commencer la pilule dans les 7 premiers jours qui suivent l'avortement.
- **Gestion des cas d'oubli des COC :**
 - **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 de barrière ou abstinence pendant 7 jours.
 - **S'il y a moins de 7 comprimés actifs restant sur la plaquette :**
 - ✓ commencer une nouvelle plaquette toujours associée à une méthode de 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 :
 - 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 ;
 - douleurs violentes à la poitrine ou aux jambes ;
 - douleurs abdominales intenses.
- dire à la cliente de revenir avant la fin de sa provision ;
- demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- dire "au revoir" ;
- donner le rendez-vous selon le besoin lors de la 2^{ème} visite et des autres ;
- préciser à la cliente de revenir à la clinique à tout moment en cas de besoin ;
- écrire le jour du rendez-vous sur la carte et le dossier de la cliente ;
- montrer lui et l'expliquer le jour du rendez-vous.

i. Faire les visites de suivi :

- vérifier la prise correcte des COC ;
- prendre la TA et le poids ;
- 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 liés à la prise des COC en tenant compte des critères d'éligibilité.

❖ Effets secondaires liés à la prise des COC

EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p>1. Prise de poids (2 kg/mois depuis le début de la prise)</p>	<p>Si prise de pilule depuis moins de 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer. <p>Si prise de pilule depuis plus de 3 mois sans augmentation de l'appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner une pilule moins dosée en œstrogène. <p>Si prise de pilule depuis plus de 3 mois avec augmentation de l'appétit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conseiller le régime + rendez-vous dans un mois <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • proposer une autre méthode.
<p>2. Nausée depuis plus de 3 mois</p>	<p>Si prise à jeun :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling. <p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale. <p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chercher une autre cause et traiter. <p>Si cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner une pilule moins dosée en œstrogène ou aider à faire le choix d'une autre méthode.
<p>3. Ballonnement abdominal</p>	<p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrêter la pilule et conseiller la consultation prénatale <p>Si cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner conseil de régime et aider à faire le choix d'une autre méthode ou référer.
<p>4. Baisse de la libido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • rechercher la cause. • faire le counseling. <p>Si cause non retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner une pilule avec plus d'œstrogène (ou à progestérone plus androgénique) ou aider à faire le choix d'une méthode non hormonale ou référer.

❖ **Pathologies et complications liés 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 membres inférieurs.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer • référer
CSCOM	<ul style="list-style-type: none"> • 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 : <p>Si TA < 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • continuer COC ; • surveiller TA. <p>Si TA > 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si la TA a augmenté chez une cliente normale avant de prendre des COC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • suivre de près (rendez-vous réguliers et mensuels), si elle veut continuer avec les COC. <p>En cas de signes avertisseurs associés ou si TA > 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrêter les COC ; • conseiller une autre méthode.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>La TA élevée imputable aux COC disparaissant généralement en l'espace de 1 à 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none">• prendre la TA mensuellement. <p>Si la TA n'est pas revenue à la normale après 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none">• référer
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i>	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, pulsatile, localisé ou généralisé avec ou sans 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 les COC ;
- donner autre méthode ;
- référer.

d. **Prise en charge par niveau** :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<p><u>Devant les signes avertisseurs</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • donner une méthode de barrière ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer et donner un antalgique (paracétamol) ; • vérifier s'il n'y a pas de tension artérielle élevée associée. • prendre les constantes. <p><u>Devant une migraine sévère ou fréquente avec nausée</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher la cause et traiter. <p><u>Avec signes neurologiques associés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • arrêter le COC ; • donner une méthode de barrière ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • vérifier s'il n'y a pas de sinusite (douleur à la région nasofrontale, 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. <p>Si les maux de tête sont mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner des antalgiques ; • rassurer la cliente ; • continuer la prise des COC ; • ré-évaluer après 1 mois.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si la TA \leq 160/100 mm Hg et qu'il n'y a pas d'autres signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuer les COC. <p>Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale) ; • référer si nécessaire ;
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district. <p>Si sinusite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter aux antibiotiques, anti-inflammatoires et anti-congestifs, sinon ; • référer dans une structure avec service d'Oto-rhino-laryngologie. <p>Si les maux de tête sont accompagnés de symptômes neurologiques focaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner un antalgique si nécessaire, arrêter les COC et aider la cliente à choisir une autre méthode (sans hormones). <p>Si les signes persistent malgré l'arrêt des COC :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer dans un centre avec services d'ophtalmologie et/ou de neurologie. <p>Si les maux de tête sont mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner des antalgiques ; • rassurer la cliente ; • continuer la prise des COC ; • ré-évaluer après 1 mois. <p>Si la TA \leq 160/100 mm Hg et qu'il n'y a pas d'autres signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuer les COC. <p>Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale).

➤ Nausées, vomissements et vertiges

Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> rassurer la cliente ; vérifier si la cliente n'est pas enceinte (cf. Annexe n° 1) ; vérifier les heures de prise. <p>Si la cliente est enceinte :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Si prise le matin à jeun :</p> <ul style="list-style-type: none"> conseiller à la cliente de prendre les COC avec le repas du soir. <p>Si prise le soir :</p> <ul style="list-style-type: none"> conseiller la prise au premier repas du matin. <ul style="list-style-type: none"> Si les malaises persistent : référer ;
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> idem village ; rassurer ; rechercher une autre cause. <p>Si une autre cause est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> traiter ou référer selon le niveau de la structure. <p>Si aucune cause n'est retrouvée, et qu'elle est au début d'utilisation des COC :</p> <ul style="list-style-type: none"> dire que cela va probablement diminuer. <p>Si les symptômes persistent au-delà de 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> donner une pilule plus faiblement dosée en œstrogène (si disponible). <p>Si le problème est intolérable :</p> <ul style="list-style-type: none"> arrêter les COC ; aider à choisir une autre méthode, sans œstrogène.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> idem CSCoM ; rassurer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> Idem hôpital de district ; Rassurer.

N.B : En cas de vomissements ou diarrhée durant plus de 24 heures, conseiller la réhydratation orale, 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 la prise de la pilule reprendre une autre pilule de la plaquette et continuer la prise habituelle.

➤ Baisse de la libido

a. Définition :

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

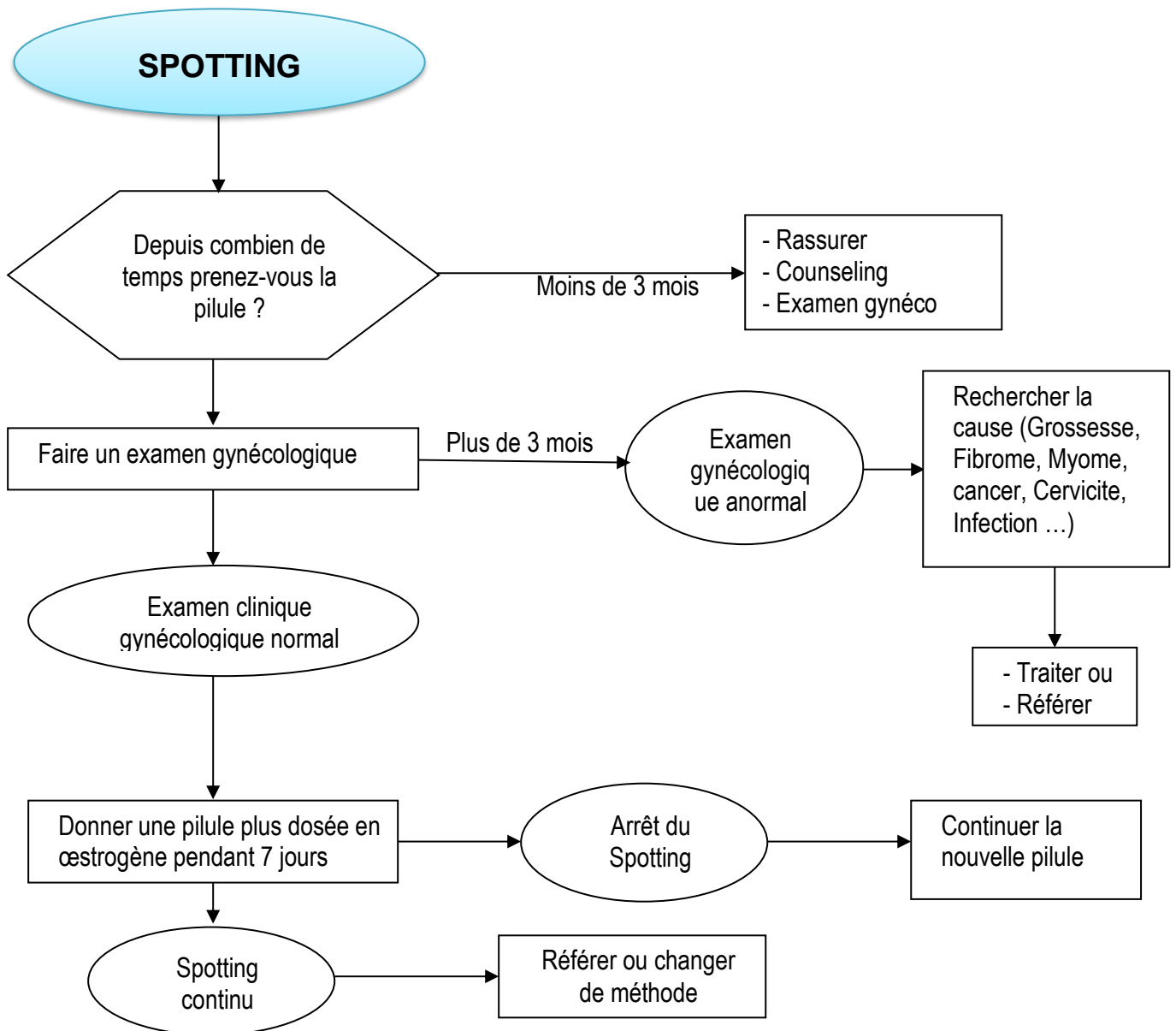
b. Éléments de diagnostic :

Interrogatoire et déclaration de la cliente.

c. Prise en charge par niveau :

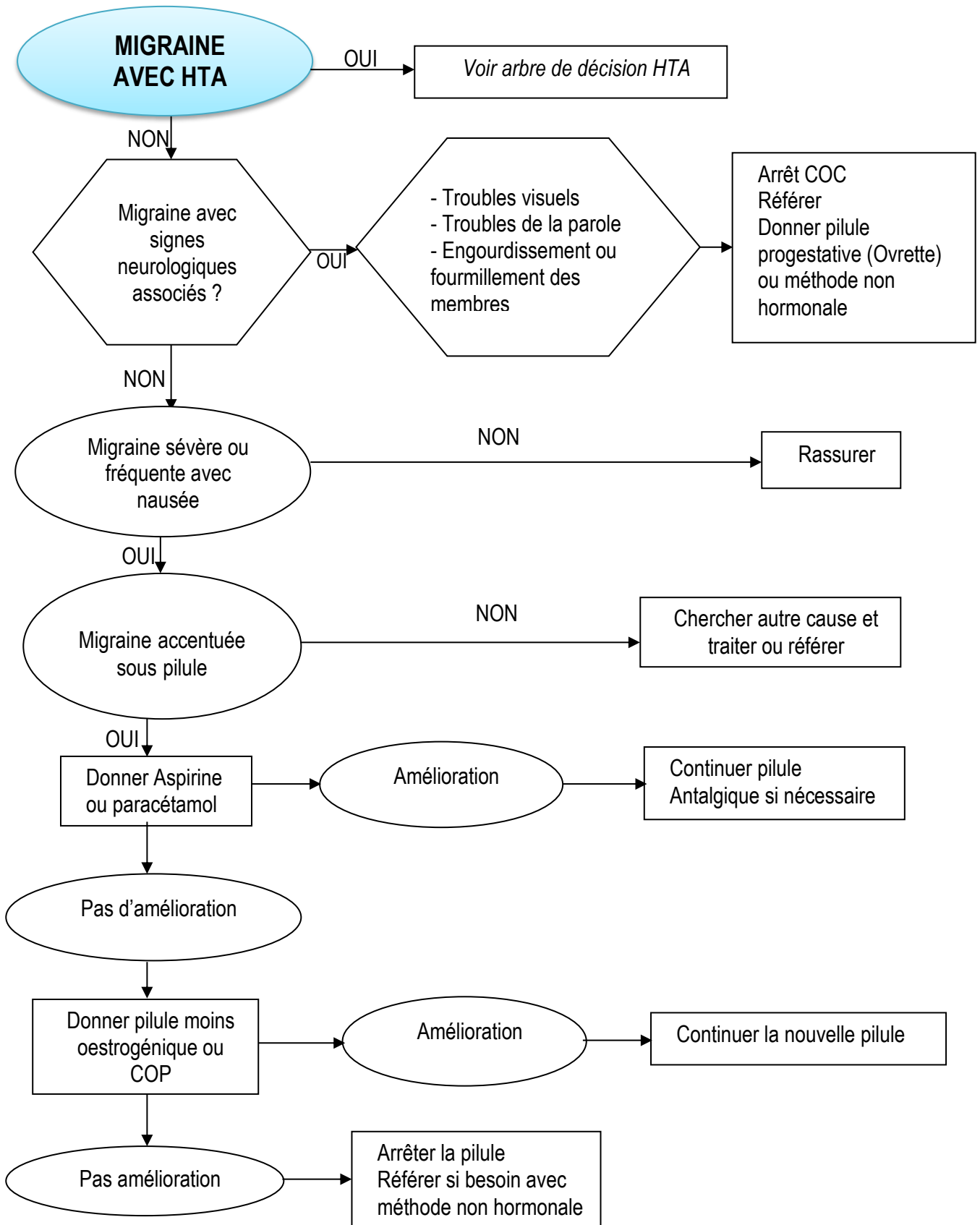
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
<i>CSCCom</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rechercher une autre cause ; • mener le counseling ; • référer.
<i>Hôpital de district</i>	<p>Si la cause est retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter. <p>Si la cause n'est pas retrouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • donner une pilule plus oestrogénique (ou progestérone plus androgénique) ou choisir une méthode non hormonale.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • orienter la cliente vers un service approprié pour des examens spécialisés, bilan complémentaire et traitement approprié.

ALGORITHME 1 : Spotting (petits saignements génitaux) sous COC

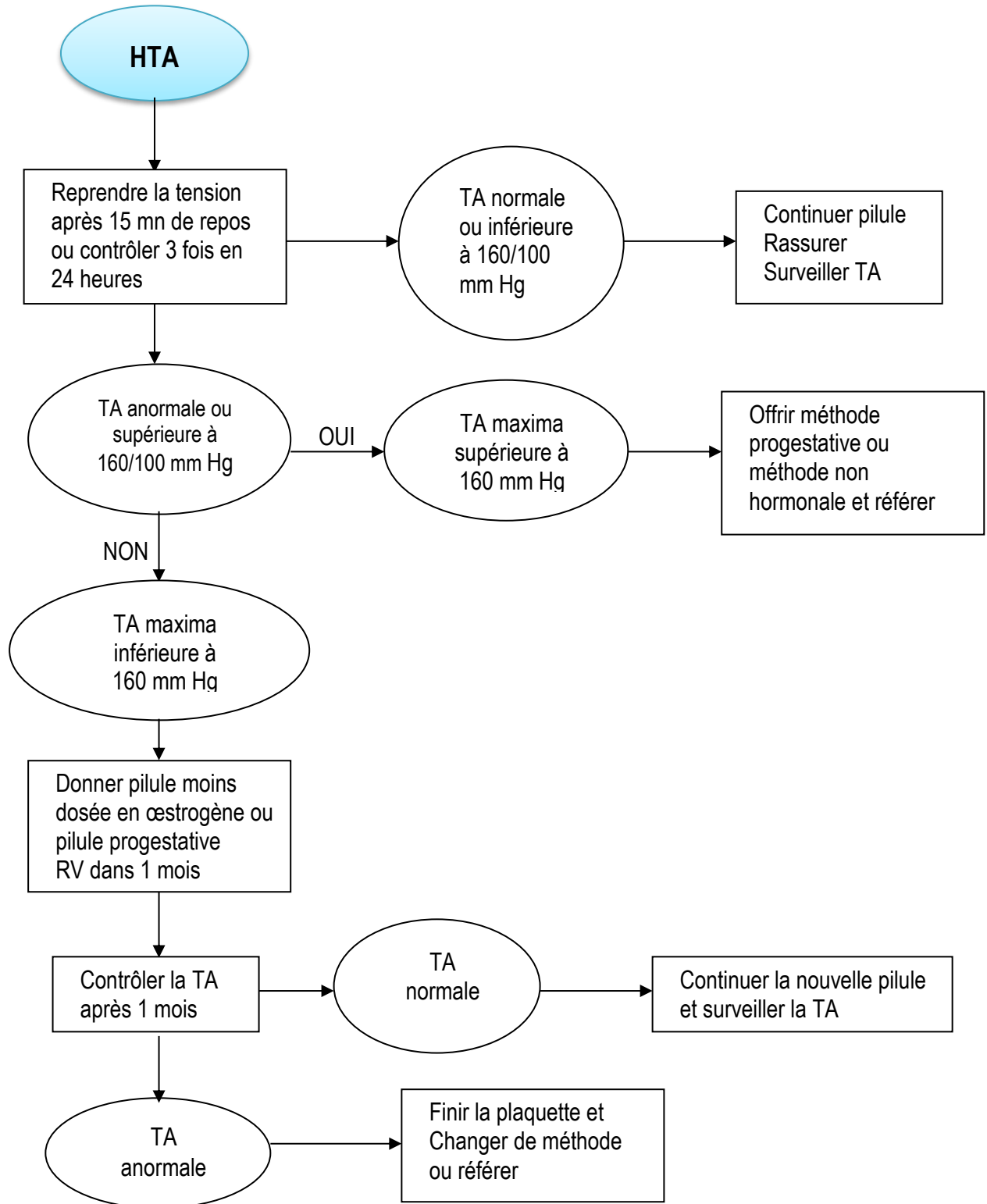


N.B : Si la cliente est déjà sous une pilule fortement dosée en œstrogène (50 µg), Donner une pilule progestative ou référer la cliente.

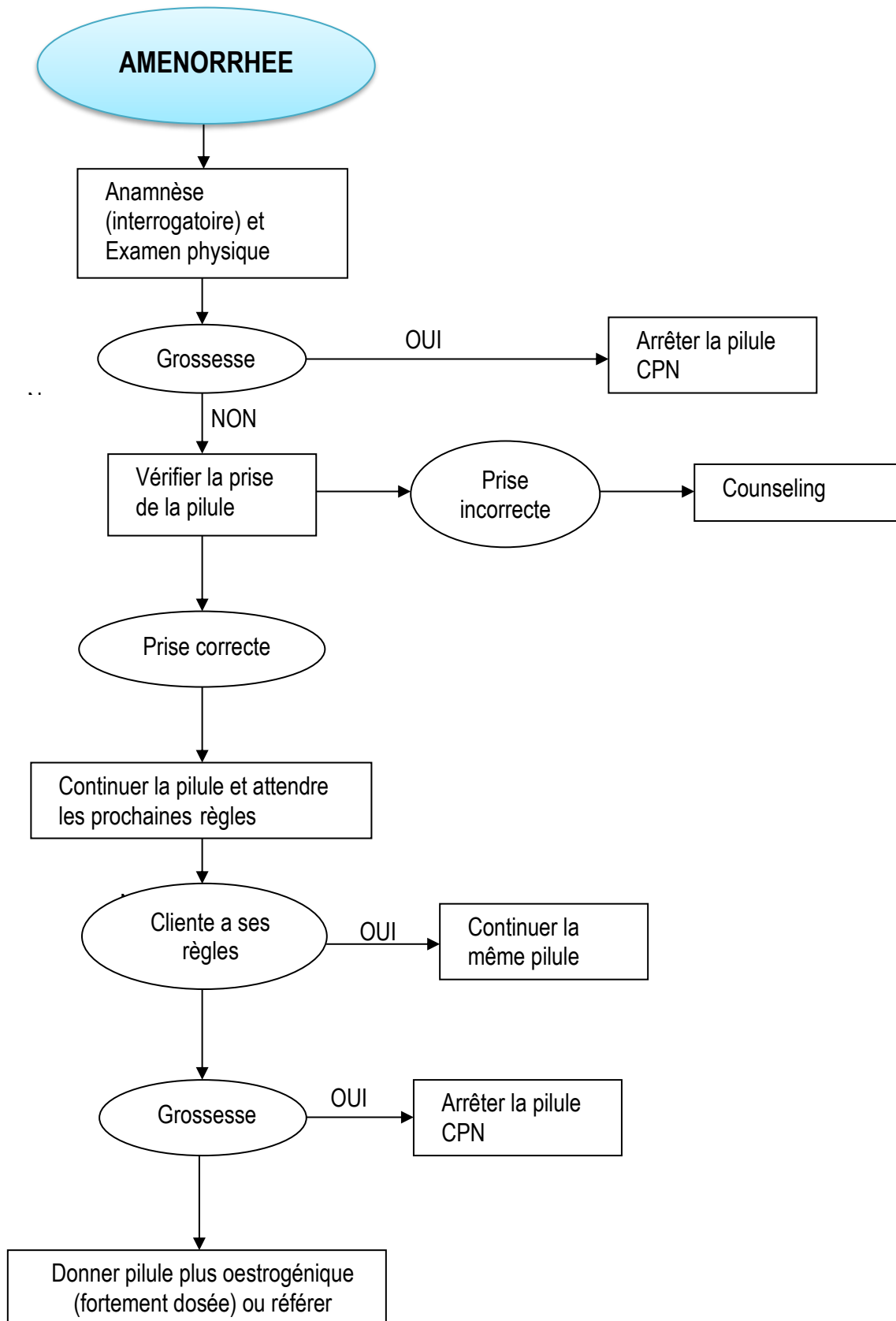
ALGORITHME 2 : Migraine sous COC



ALGORITHME 3 : Hypertension artérielle sous COC



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

ALGORITHME 4 : Aménorrhée sous COC

5.2. Contraceptifs oraux progestatifs (COP)

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 etc.

b. Présenter les COP :

- 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 :

- efficaces si la prise est correcte de 99 à 99,5% ;
- le retour à la fécondité est immédiat ;
- n'affectent pas la lactation ;
- diminuent les risques de maladie inflammatoire du pelvis ;
- donnent une protection relative contre le cancer de l'endomètre ;
- n'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

d. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions :

- contrainte de la prise journalière régulière (à la même heure) ;
- 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 COP :

- commencer la prise des COP à partir du 1^{er} au 5^{ème} jour du cycle menstruel, ou immédiatement après une fausse couche, accouchement 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 l'accouchement chez la cliente qui n'utilise pas la LAM.

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

- **Gestion des 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 ;
- écouter 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 ;
- écouter la cliente et répondre clairement à toutes ses questions.

N.B : L'oubli est à éviter avec les COP.

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 en cas d'effets secondaires, de complications et de pathologies rencontrés.

➤ Aménorrhée (sous COP)

a. Définition :

C'est l'absence de règles depuis trois mois chez une femme qui voit normalement ses règles.

b. Éléments de diagnostic :

Interrogatoire et déclaration de la cliente.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> rassurer ; référer.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> interroger la cliente : relever les dates des dernières règles et la nature du produit ; déterminer quelles sont les préoccupations de la femme : <i>inquiétude pour la grossesse ? Besoin d'avoir ses règles pour se nettoyer du « mauvais sang » ?</i> <p>1^{er} cas : pas de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> rassurer en lui disant qu'elle n'est pas enceinte ; faire un counseling : <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Si la cliente considère l'absence de menstruations comme inacceptable, malgré tout :</p> <ul style="list-style-type: none"> prescrire des COC normo dosés pendant 7 jours ; donner un rendez-vous de suivi dans 15 jours : <ul style="list-style-type: none"> faire un counseling pour la poursuite de la méthode ou un changement de méthode ; <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> référer. <p>2^{ème} cas : il y a une grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> faire le counseling : la rassurer en disant que les COP ne nuisent pas au fœtus ; arrêter la méthode et poursuivre avec la consultation prénatale.
Hôpital de district	<p>Rechercher cause ;</p> <p>Cause trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> traiter. <p>Cause non trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> rassurer ou changer de méthode.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	Idem Hôpital de district.

➤ 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 toucher vaginal.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • interroger la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ○ Début du saignement ? Nombre de garnitures ? Date des dernières règles ? ○ Quelles sont ses préoccupations ? Peur de maladie cachée ? Gêne ? Problème social entourant le saignement ? <p>Si saignement peu abondant (spotting) et pas d'anémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 400 mg un comprimé matin un comprimé le soir soit toutes les 12 h après le repas) ; • donner un rendez-vous pour le suivi dans une semaine, mais revoir à tout moment. <p>Si saignement abondant sans anémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • interroger la cliente sur les : <ul style="list-style-type: none"> ○ signes : douleurs pelviennes, fièvre, asthénie, vertiges, palpitations ; ○ prises des médicaments. • faire l'examen physique de la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ○ état général : muqueuses, téguments, pouls, tension artérielle, poids. • faire l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ s'assurer qu'il n'y a pas de pathologie du col utérin, de grossesse extra-utérine, de masse pelvienne ; ○ informer la cliente de son état. <p>S'il y a pathologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter ou référer au niveau supérieur, selon le cas.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si saignement abondant, avec anémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 5 jours (Ibuprofène 400 mg un comprimé matin un comprimé le soir soit toutes les 12 h après le repas) ; • prescrire du fer + acide folique 1 cp/jour pendant 2 à 6 mois ; • transfuser au besoin ; • donner un rendez-vous de suivi ; • référer dans un centre hospitalier si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	Idem Hôpital de district.

➤ Céphalées

a. Définition :

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

b. Éléments de diagnostic :

- caractère intense, répété, pulsatile, localisé ou généralisé avec ou sans signes 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 une autre méthode ;
- Référer.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • donner une autre méthode et référer.
<i>CSCom</i>	<p>Si céphalée sévère ou fréquente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • chercher la cause : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ donner antalgiques et continuer la méthode, ou référer si nécessaire. <p>Si céphalées avec signes neurologiques associés (vision trouble, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom. <p>Si céphalées avec signes neurologiques associés (vision trouble, fourmillements, tremblements des membres, troubles de la parole ou de la mémoire) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter selon la cause ; • si non référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si la tension artérielle est élevée :</p> <ul style="list-style-type: none"> voir hypertension (tension supérieure à 160/100 mm Hg), traiter et changer de méthode. <p>Si sinusite :</p> <ul style="list-style-type: none"> traiter aux antibiotiques, anti-inflammatoires et anti-congestifs, sinon référer dans une structure avec service d'ORL. <p>Si les maux de tête sont accompagnés de symptômes neurologiques focaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> arrêter la méthode et aider la cliente à choisir une autre méthode sans hormones. <p>Si les signes persistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> arrêter la méthode ; référer dans un centre avec service d'ophtalmologie et/ou de neurologie. <p>Si les maux de tête sont légers :</p> <ul style="list-style-type: none"> donner des analgésiques ; rassurer la cliente et continuer la méthode ; ré-évaluer 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. <p>Si les maux de tête sont violents, sans autres causes ni signes associés :</p> <ul style="list-style-type: none"> aider à choisir une autre méthode (pilule progestative ou méthode non hormonale).
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> idem Hôpital de district.

➤ Prise de poids

a. Définition :

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

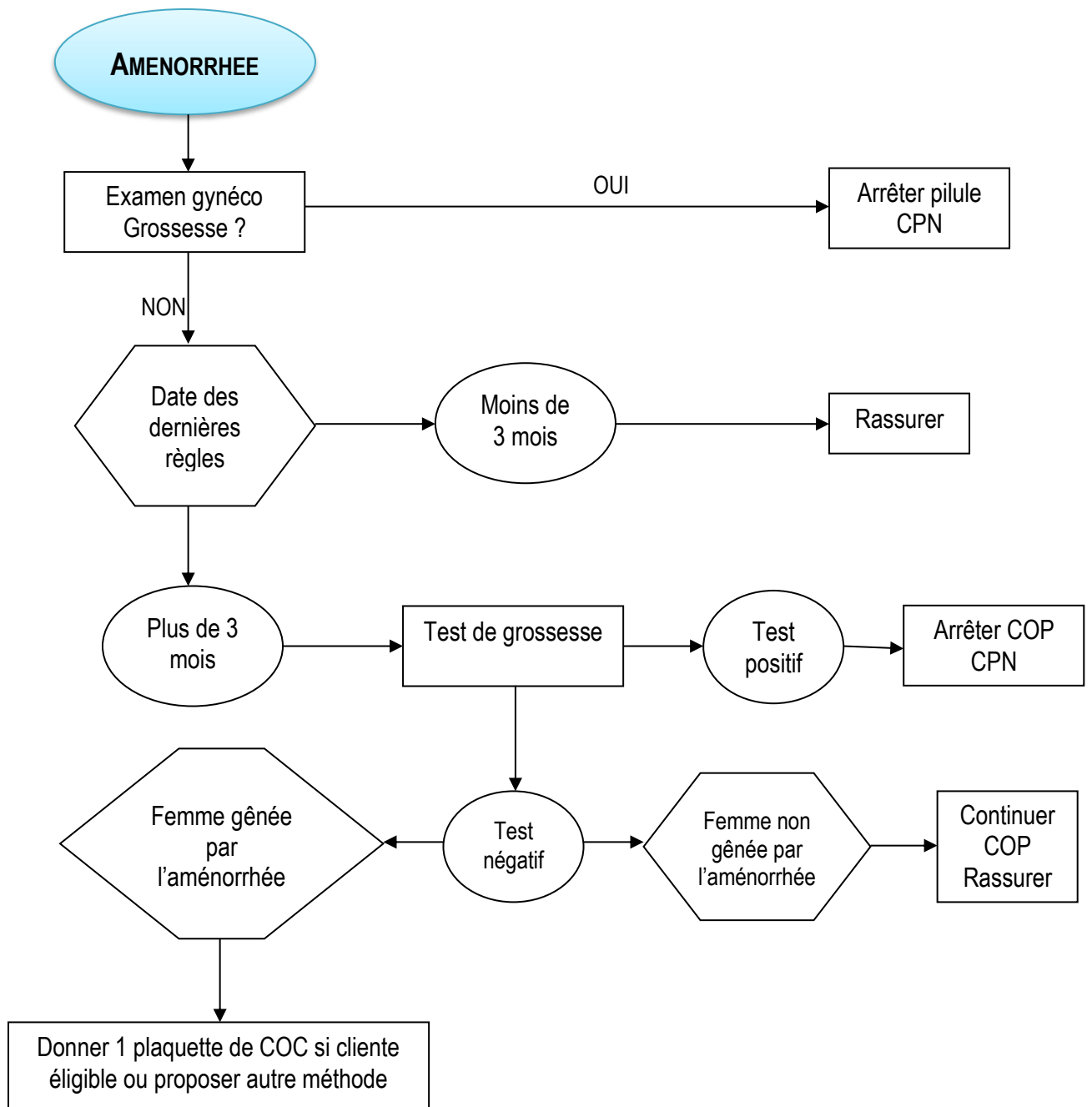
b. Éléments de diagnostic :

- augmentation du poids.

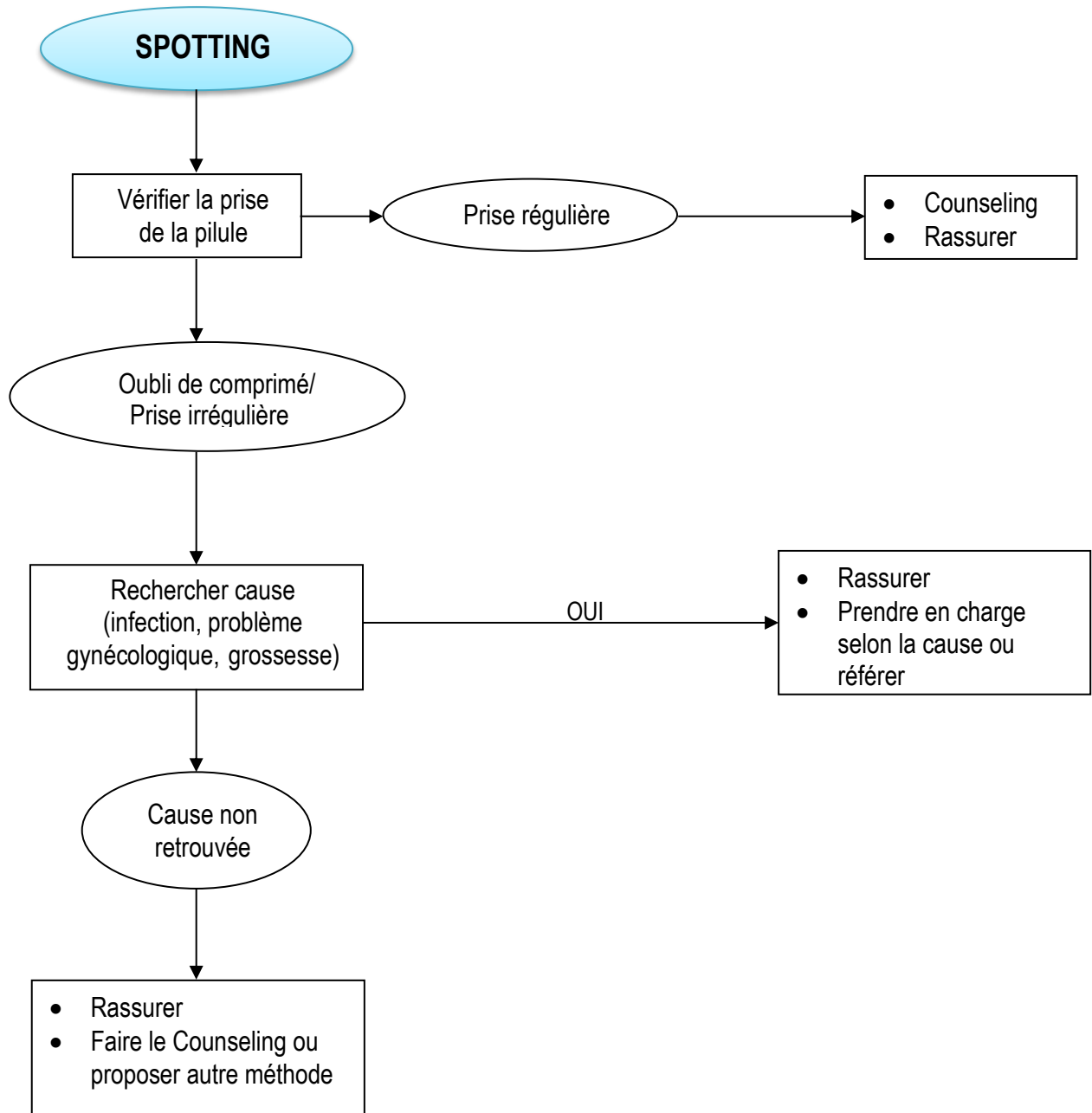
c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • donner des conseils en alimentation et/ou référer.
CSCom	<p>Si prise de COP depuis moins de 3 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer. <p>Si prise de COP depuis plus de 3 mois :</p> <p><u>Sans augmentation de l'appétit :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • donner des conseils en alimentation. <p><u>Avec augmentation de l'appétit :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • donner des conseils de régime + rendez-vous dans 1 mois. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • proposer une autre méthode ou référer au besoin.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

ALGORITHME 5 : Aménorrhée sous COP



ALGORITHME 6 : Spotting (saignement) 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 IM, DMPA-SC (Sayana Press), 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 ;
- n'affecte 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 ;
- réduit les épisodes de crises drépanocytaires ;
- diminue les risques de grossesse ectopique (GEU).

c. Expliquer les limites (inconvenients) ou précautions :

- pas de protection contre les IST/ VIH et le sida.
- 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 ;
- acné, dépression (rarement).
- diminution de la libido.

e. Expliquer le mode d'utilisation :

- le Dépo-Provera IM et SC ou Noristérat 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 de 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 :

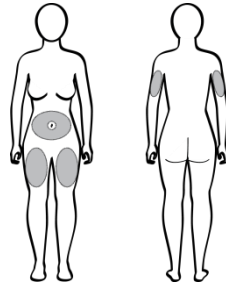
- préparer le matériel ;
 - se laver les mains ;
 - porter des gants ;
 - respecter les règles de l'asepsie.
- Si Dépo-Provera (DMPA IM) au cas où le produit est déposé dans le flacon :
- frotter délicatement le flacon dans le creux de la main ;
 - éviter de mousser le produit ;
 - essuyer le bouchon avec un antiseptique ;
 - ne pas nettoyer ou masser le site après injection et dire à la cliente de ne pas masser.
- Si Dépo-Provera (DMPA SC) :
- tenir l'uniject par le porte-aiguille ;
 - secouer vigoureusement pendant 30 secondes de droite à gauche ;
 - assurer vous que la solution est bien mélangée ;
 - orienter l'uniject vers le haut lors de l'activation afin d'éviter des écoulements
 - enfoncer fermement le capuchon de l'aiguille dans le porte-aiguille ;
 - si l'espace n'est pas complètement fermée, reprendre le même geste ;
 - enlever le capuchon de l'aiguille ;
 - pincer doucement la peau au point d'injection (soit la partie postérieure du bras, soit l'abdomen (pas au nombril) ou à la face antérieure de la cuisse) ;
 - piquer directement dans la peau par un angle orienté vers le bas pour éviter l'injection d'air. l'aiguille ne doit jamais être pointée vers le haut lors de l'injection ;
 - presser le réservoir lentement 5 à 7 secondes ;
 - ne pas nettoyer ou masser le site après injection et dire à la cliente de ne pas masser.
- 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.

Aide-mémoire pour l'injection de Sayana Press

Suspension de 104 mg/0.65 ml d'acétate de médroxyprogestérone dans le système d'injection Uniject™

ETAPE 1 : Sélectionner le site d'injection

Sayana® Press peut être injecté dans la partie postérieure du bras, dans l'abdomen (pas au nombril) ou à l'avant de la cuisse. Nettoyer le site .

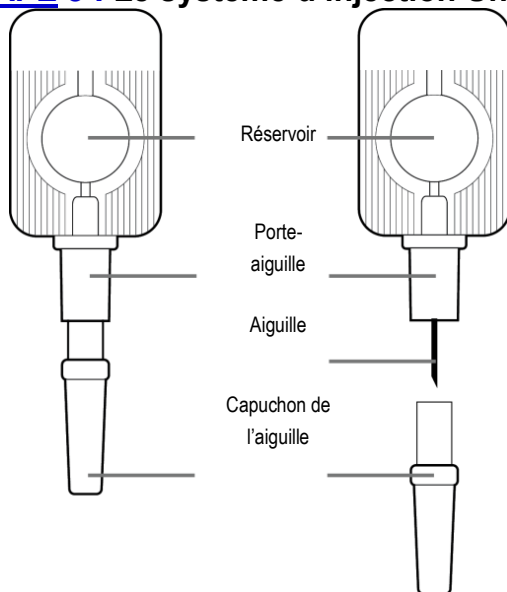


ETAPE 2 : Ouvrir le sachet en aluminium et retirer l'Uniject

Vérifiez la date d'expiration/Péremption.

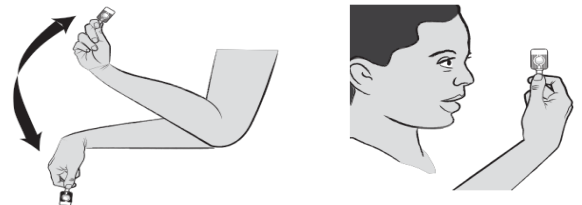


ETAPE 3 : Le système d'injection Uniject



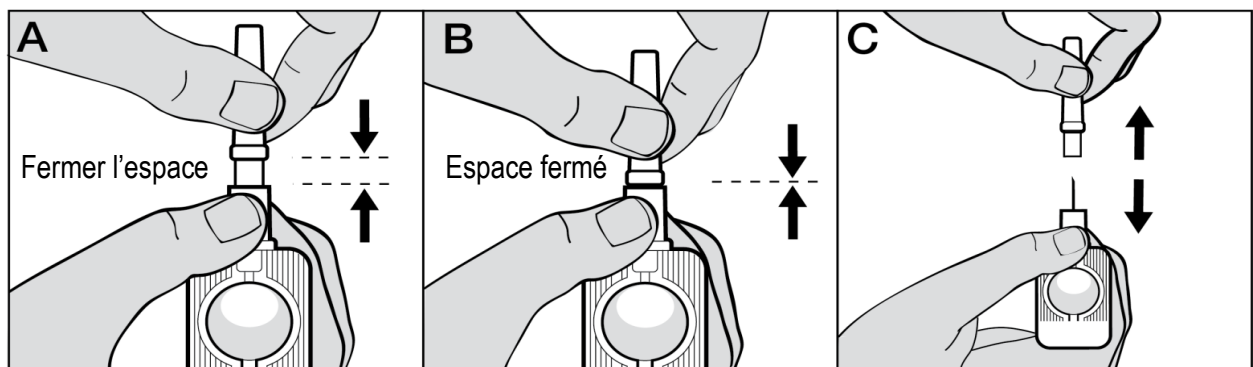
ETAPE 4 : Mélanger la solution

- Tenir l' Uniject par le porte-aiguille et agitez vigoureusement pendant environ 30 secondes.
- Ne pas plier l'Uniject.
- S'assurer que Sayana Press est homogène et qu'il n'y a pas de dommages ni de fuites.
- Mélanger à nouveau si il y a un délai avant l'injection.



x 30 secondes

ETAPE 5 : Activer l'Uniject



- Maintenir l'Uniject par le porte-aiguille.
- Orienter l'aiguille vers le haut lors de l'activation afin d'éviter des écoulements.
- Enfoncer fermement le capuchon de l'aiguille dans le porte-aiguille.
- Si l'espace n'est pas complètement fermé, vous ne pourrez pas presser le réservoir pendant l'injection.
- Enlever le capuchon de l'aiguille.

ETAPE 6 : Pincer légèrement la peau au site d'injection

Cela crée une « tente » pour insérer l'aiguille.



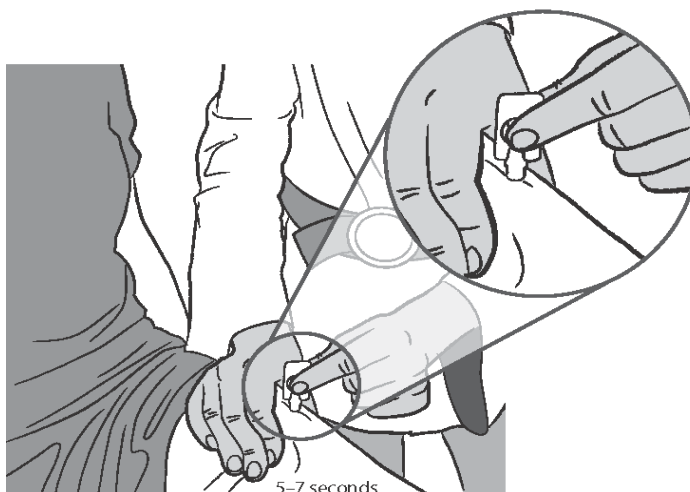
ETAPE 7 : Insérer l'aiguille par un angle droit vers le bas

- Maintenir l'Uniject par le porte-aiguille et insérer l'aiguille dans la peau avec un angle droit d'un coup sec.
- Le porte-aiguille doit être complètement en contact avec la peau pour garantir l'insertion de l'aiguille à la bonne profondeur.



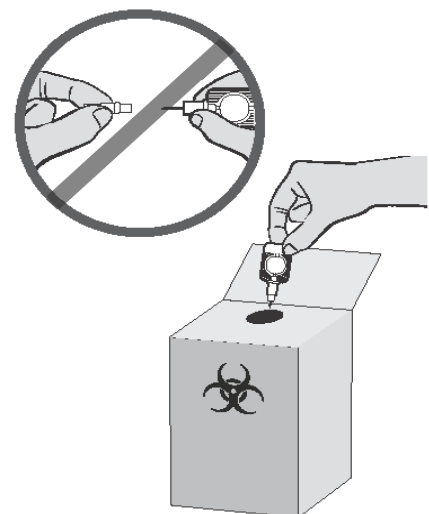
ETAPE 8 : Presser le réservoir

- Vous ne devez pas aspirer.
- Presser lentement le réservoir (pendant 5 à 7 secondes).
- Ce n'est pas grave s'il reste un peu de médicament dans le réservoir.



ETAPE 9 : Jeter l'Uniject

- Ne pas replacer le capuchon de l'aiguille.
- Jeter immédiatement l'Uniject dans une boîte de sécurité.



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 IM ou DMPA-SC (Sayana Press).
- 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".

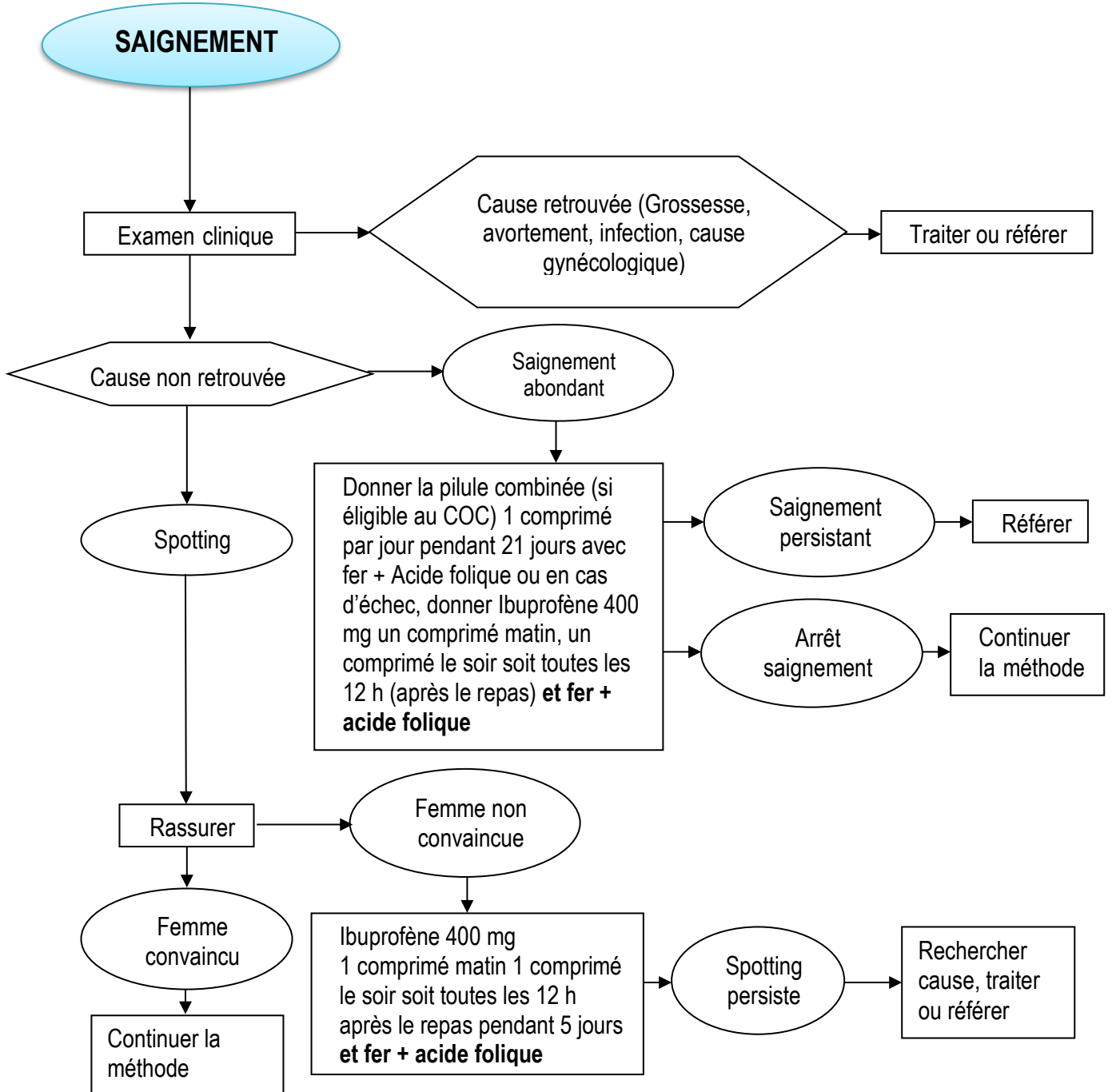
h. Faire les visites de suivi :

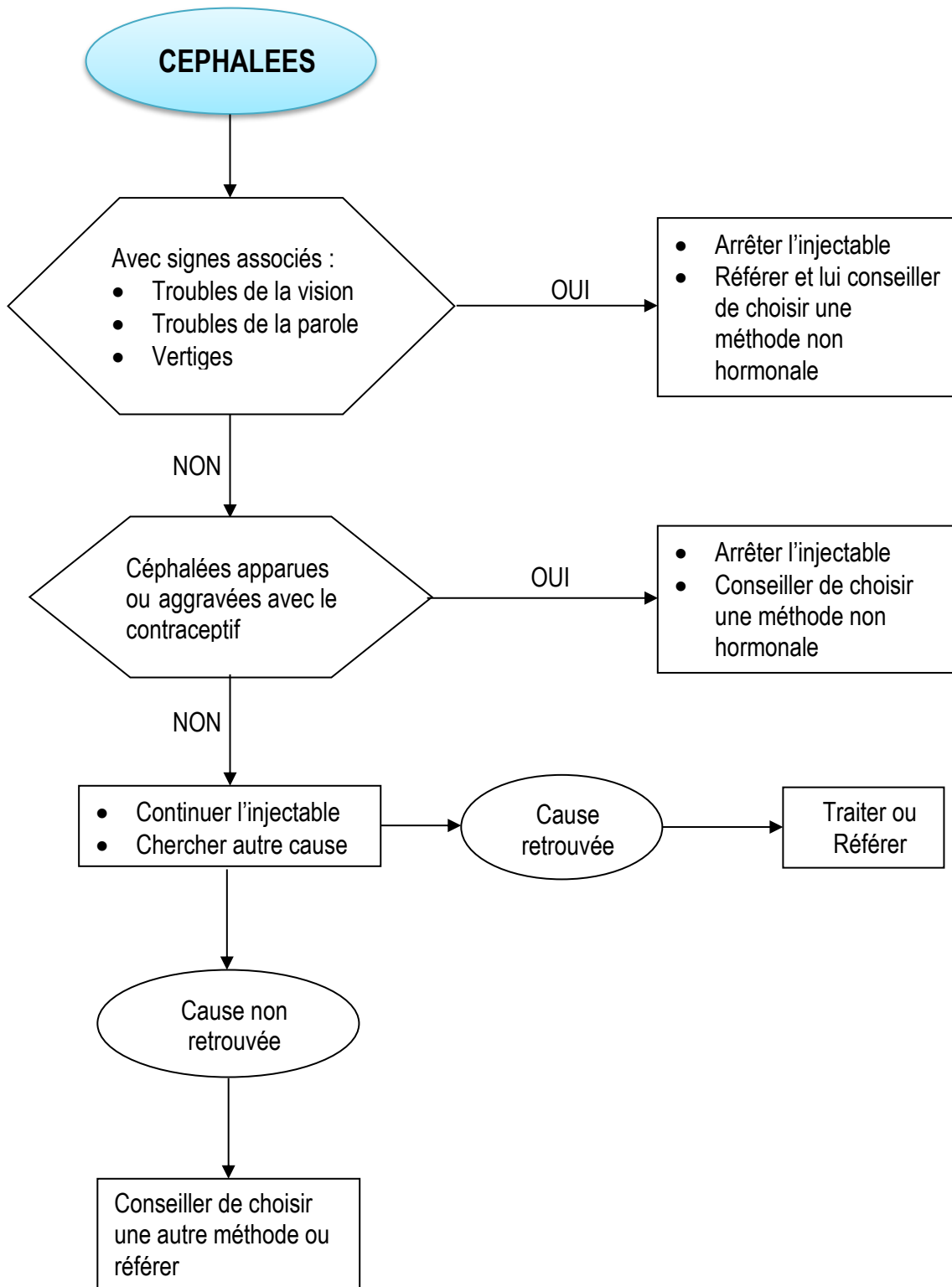
- demander à la cliente, si possible à son partenaire, s'ils sont satisfaits de la méthode ;
- demander la date des dernières règles ;
- prendre la TA et le poids ;
- suivre le même rythme d'injection s'il n'y a pas de plaintes.

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

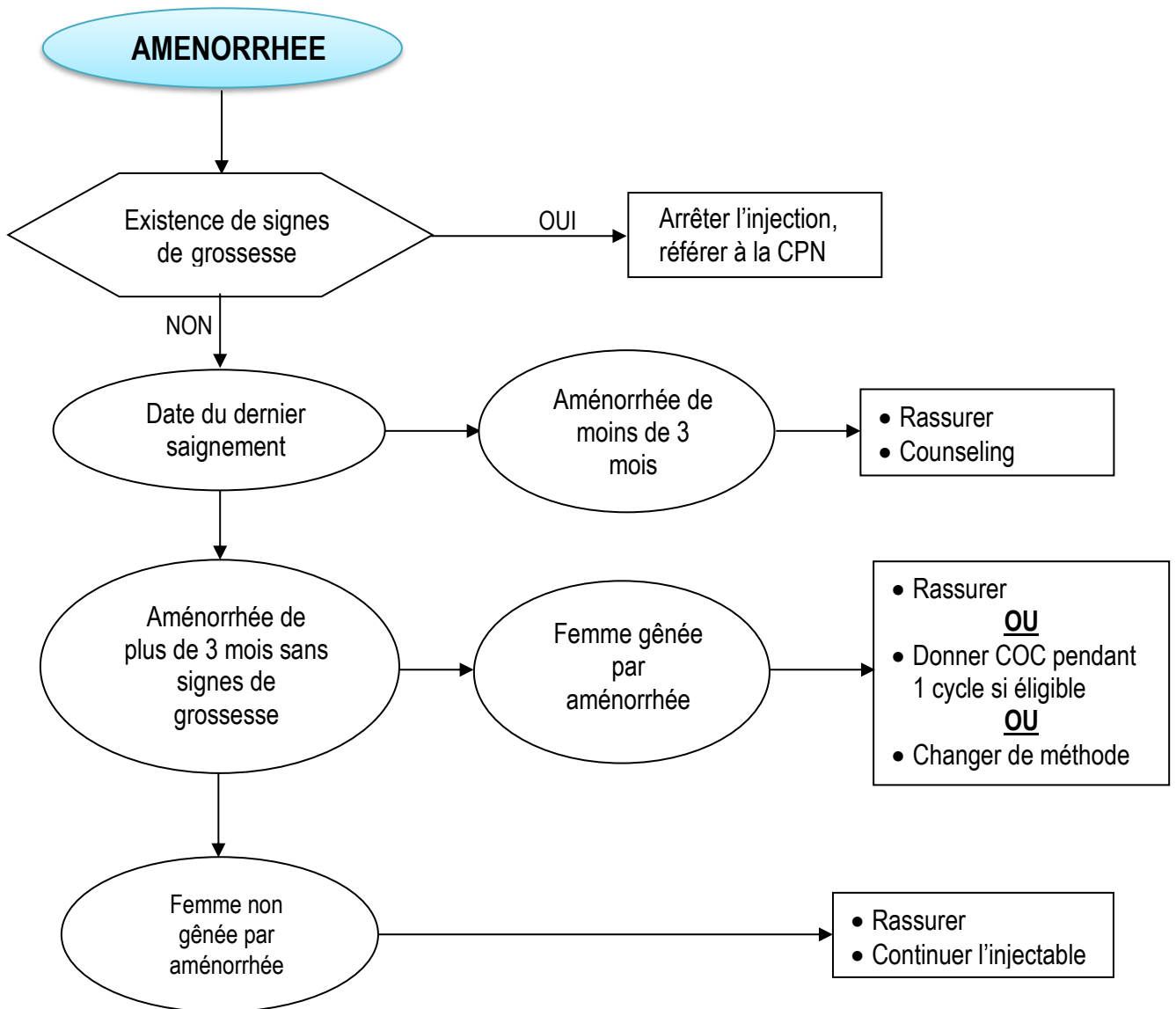
- s'assurer que la cliente a respecté ses rendez-vous et ses rythmes d'injection ;
- faire un examen clinique ;
- appliquer les "arbres de décision" devant les effets secondaires rencontrés.

ALGORITHME 7 : Saignement sous injectables



ALGORITHME 8 : Céphalées sous injectables

ALGORITHME 9 : Aménorrhée 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) ;
 - 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).
- son action est rapide (agit dès la 24^{ème} heure) ;
- 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/ VIH et le sida ;
- 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 menstruel.

✓ **Après environ 1 année :**

- saignements plus légers et moins de jours de saignements ;
- saignements irréguliers ;
- saignements peu fréquents.

Les utilisatrices d'Implanon 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 ;
- étourdissements (rare) ;
- sautes d'humeur (rare) ;
- nausées.

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'accoucher, 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 immédiatement 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 :
 - ont actuellement un caillot de sang dans les veines profondes des jambes ou des poumons ;
 - ont des saignements vaginaux inexpliqués avant le bilan pour le dépistage d'une éventuelle grave affection sous-jacente ;
 - ont eu un cancer du sein il y a plus de 5 ans mais qui n'a pas récidivé ;
 - souffrent d'une maladie grave, infection ou tumeur au foie ;
 - prennent 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 ;
 - ont une tension artérielle > 14/10.

h. Insertion et retrait des implants :

✚ Interrogatoire et examen

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

✚ Insertion : Quand insérer

- dans les 7 premiers jours du cycle ;
- immédiatement après un accouchement, une fausse couche ou un avortement ;
- à 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 n° 2](#)).

✚ Retrait

Le retrait est le même pour tous les implants. Cependant, il faut utiliser la technique classique ou la technique « U » là où la pince Untung est disponible ([cf. Fiche technique 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 d'un ou 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 5 ans d'utilisation 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 au besoin (en cas de problèmes) :
 - demander à la cliente de revenir dans cinq jours si elle ne peut pas enlever le pansement ou constate des problèmes (gonflement, douleur intense au niveau du site d'insertion etc.) ;
- demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- dire "au revoir".

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

- prendre la TA et le poids ;
- 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 de prévention de l'infection (asepsie) pendant l'insertion et le retrait des implants.

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

- 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 (désinfection à haut niveau) et la disponibilité de la ou les capsules d'implants.

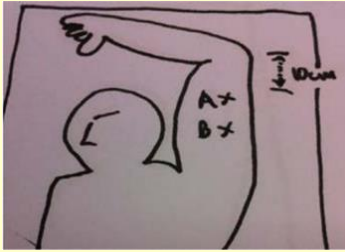
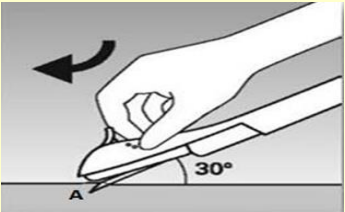
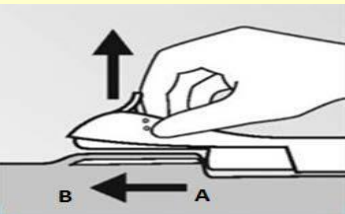
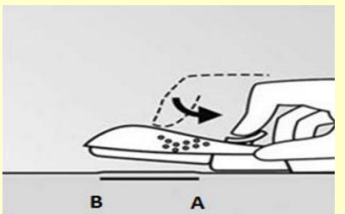
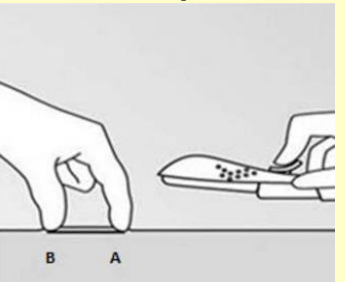
TACHES PREALABLES A L'INSERTION

- 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;
- 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 (facultatif) ;
- injecter un anesthésique (Xylocaïne 2% sans Adrénaline diluer à 50%) 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 (Jadelle, Sino-plant) et un sillon pour l'Implanon ;
- vérifier l'effet anesthésique.

INSERER LA OU LES CAPSULES D'IMPLANTS

➤ **JADELLE, SINO-IMPLANT**

- 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 et sino –implant ;
- palper l'incision pour vérifier que la ou toutes les capsules sont éloignées de l'incision.

➤ **IMPLANON****Etape 1****Etape 2****Etape 3****Etape 4****Etape 5****Etape 6**

- Marquer deux points A et B centrés sur l'intérieur du bras, à 4 cm d'écart l'un de l'autre, et à 10 cm du coude.
- Nettoyer la peau à cet endroit avec le désinfectant.
- Ne pas trop se rapprocher du coude ni de l'aisselle.

- Injecter l'anesthésique local le long de la ligne prévue pour l'implant.
- Pénétrer la peau au point A et suivre la ligne jusqu'au point B.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

- Sortir l'applicateur de son emballage.
- Pénétrer la peau au point A.
- Ne pas toucher l'aiguille avec les doigts, elle doit rester propre.

- Pousser l'applicateur sous la peau de A à B, en le gardant bien à plat.
- En poussant, soulever un peu la peau en même temps.
- Ne pas aller trop profond, rester au niveau de la peau.

- Pousser l'applicateur jusqu'à introduire l'aiguille sur toute sa longueur maintenir l'applicateur dans cette position, Déverrouiller la glissière violette en la déplaçant jusqu'à la butée.
- Ne pas retirer l'applicateur tant que la glissière violette n'est pas complètement tirée en arrière.

- Vérifier qu'on sent l'implant au toucher et que la cliente le sent aussi.
- Appliquer une compresse si la zone saigne puis mettre un pansement.
- Ne pas pousser l'implant et le forcer sous la peau.
- S'il ressort le retirer et recommencer la procédure avec un nouvel applicateur et un nouvel implant.

FICHE TECHNIQUE N° 2 : Insertion de la ou des capsules d'implants **(suite)**

TACHES APRES 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 ;
- éliminer 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 (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours, ne pas faire de gros travaux avec le bras le jour de l'insertion) 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

TACHES PREALABLES 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 ;
- porter des gants stériles ;
- 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 de produit anesthésique local (Xylocaïne 2% sans adrénaline à diluer à 50%) 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 de produit 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 tester à nouveau le site de l'incision) ;
- injecter plus de produit 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.

N.B : Ne jamais utiliser la Xylocaïne 2% sans la diluer.

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

TACHES POST-RETRAIT :

- comprimer l'incision avec de la compresse 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 avec la pince (pince mosquito courbe) de retrait 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 compresse 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 ;
- éliminer 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 (ne pas mouiller le pansement durant 5 jours) 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 (un mois) 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 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 (suite)

CAPSULES DIFFICILES A RETIRER :

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

- insérer la pince courbée à travers 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 courbée (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 compresse 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.

N.B : Au cas où on n'arrive pas à retirer le ou les capsules, refermer l'incision et demander à la cliente de revenir dans un mois.

FICHE TECHNIQUE N° 3 : Retrait de la ou des capsules d'implants. **Autres méthodes et techniques de retrait (suite et fin)**

RETRAIT : Technique par éjection (Pop-Out) :

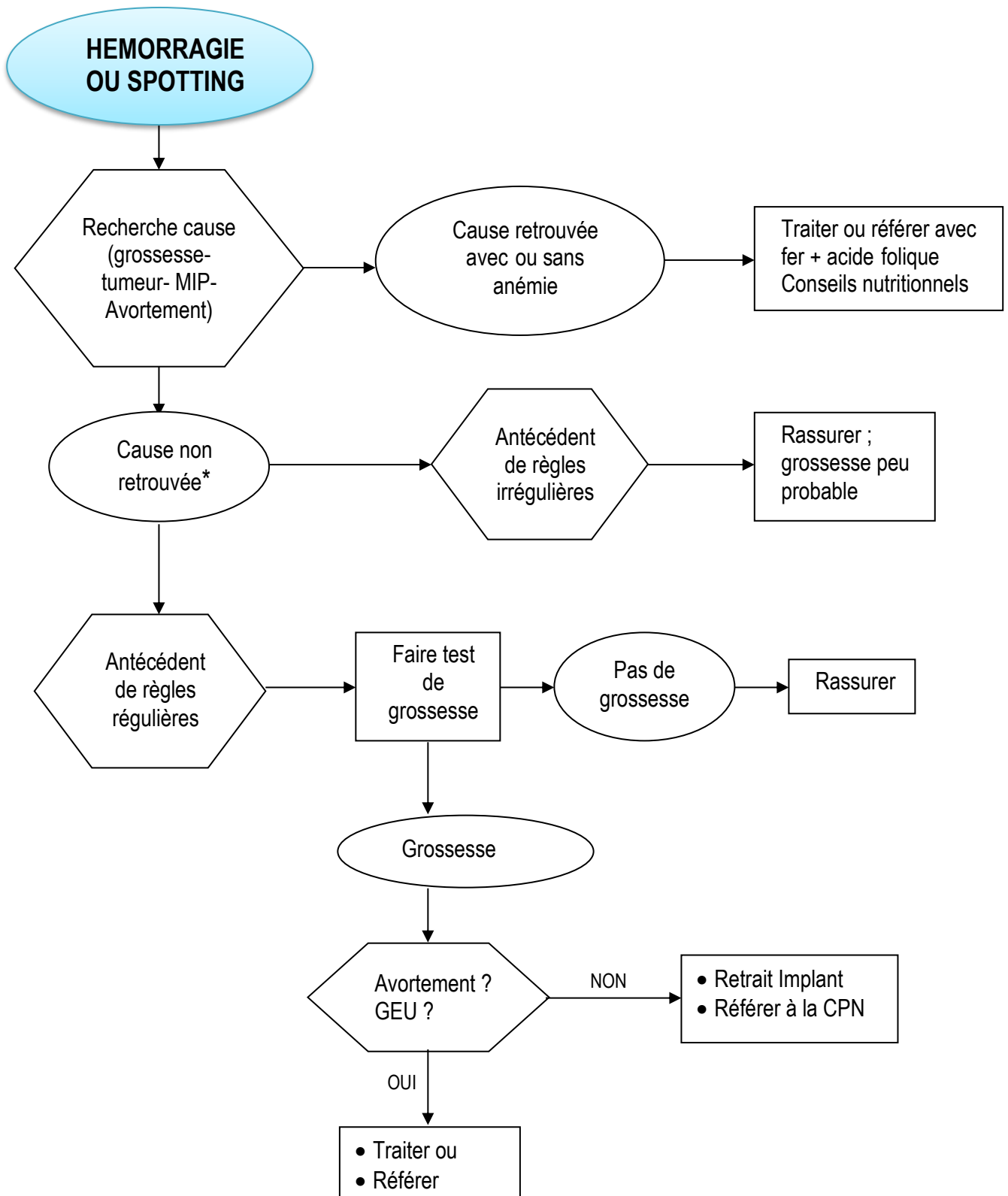
- choisir la capsule la plus facile à retirer ;
- Pousser sur le bout de la capsule la plus proche de l'épaule (bout proximal) avec un doigt ;
- Lorsque le bout de la capsule le plus proche du coude (distal) se présente sous la peau, faire une petite incision (2 à 3 mm) sur le bout avec le bistouri ;
- Presser le bout de la capsule entre le pouce et l'index 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 A TENIR
<p>AMENORRHEE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente sur : <ol style="list-style-type: none"> 1. La date des dernières règles 2. La date d'insertion des implants • Déterminer les préoccupations de la cliente 	<p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer la cliente. <p>Si grossesse confirmée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • retirer les implants et expliquer que le progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus ; • prendre en charge pour la CPN. <p>Si suspicion de GEU :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
<p>PRISE DE POIDS DE PLUS DE 5 KG</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre le poids et comparer avec le poids antérieur 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseiller à la cliente de : <ul style="list-style-type: none"> ○ revoir son régime alimentaire ; ○ faire des exercices physiques, si nécessaires.
<p>INFECTIONS AU SITE D'INSERTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspecter le site • Vérifier la gravité de l'infection 	<p>Avec suppuration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • procéder au retrait ; • faire l'antibiothérapie adéquate et les soins locaux ; • prescrire une autre méthode ou • insérer les implants dans l'autre bras. <p>Sans suppuration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • administrer les soins locaux plus une antibiothérapie. <p>Si pas d'amélioration au bout de 7 jours :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procéder au retrait ; • insérer un autre dans l'autre bras ou • donner une autre méthode.
<p>EXPULSION D'UNE CAPSULE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demander à voir la capsule expulsée. • Vérifier le site d'insertion (capsules visibles ?) 	<ul style="list-style-type: none"> • Retirer les capsules et réinsérer un nouveau jet à un autre site. <p>Si infection : retirer les capsules restantes (voir ci-dessus).</p>
<p>SAIGNEMENTS/SPOTTING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminer une cause organique (grossesse) • Interroger la cliente sur le début du saignement • Faire examen physique de la cliente 	<p>Si saignements peu abondants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer la femme. <p>Si saignements persistents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • donner 1 comprimé de COC normodosé par jour pendant 21 jours et fer + acide folique ou Ibuprofène 400 mg 1 comprimé matin et soir soit toutes les 12 heures pendant 5 jours et fer + acide folique. <p>Si saignements persistants ou abondants sous COC normo dosé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • procéder au retrait ; • conseiller une autre méthode.

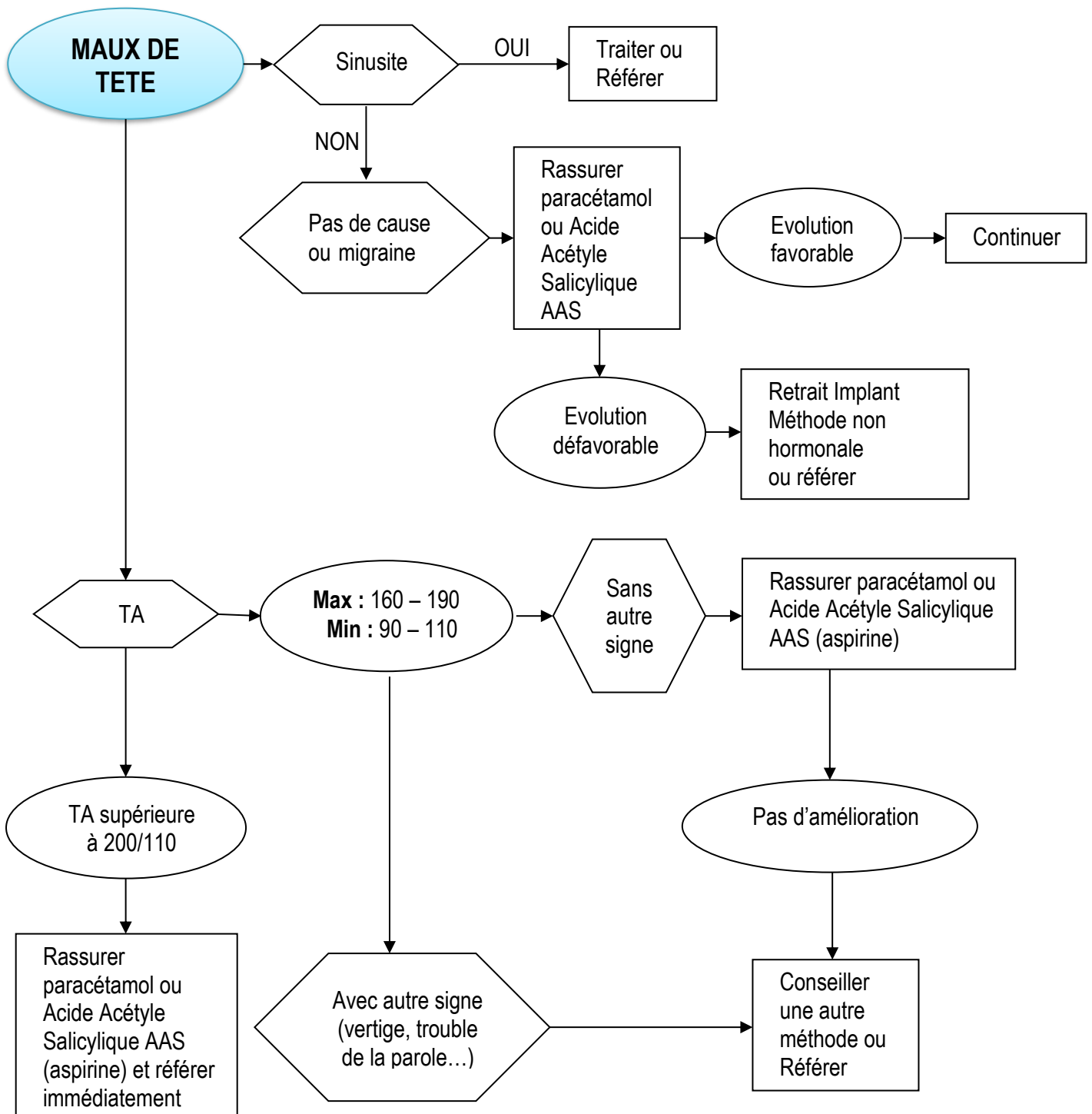
EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
<p>CEPHALEES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interroger la cliente : <ol style="list-style-type: none"> 1. Début des céphalées, leur siège 2. Signes d'accompagnement : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecoulement nasal purulent avec ou sans sensibilité 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 (Goutte Epaisse + Densité Parasitaire, Radiographie des sinus) • Conclure. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminer la sinusite. <p>S'il y a sinusite :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter. <p>Si TA inférieure à 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter au méthyldopa 250 mg 1 comprimé 3 fois par jour toutes les 8 heures (matin, midi et soir) ; <p>Si TA supérieure à 160/100 mm Hg :</p> <ul style="list-style-type: none"> • traiter ou référer ; • retirer les implants ; • conseiller une autre méthode.

ALGORITHME 10 : Saignement génital sous implants

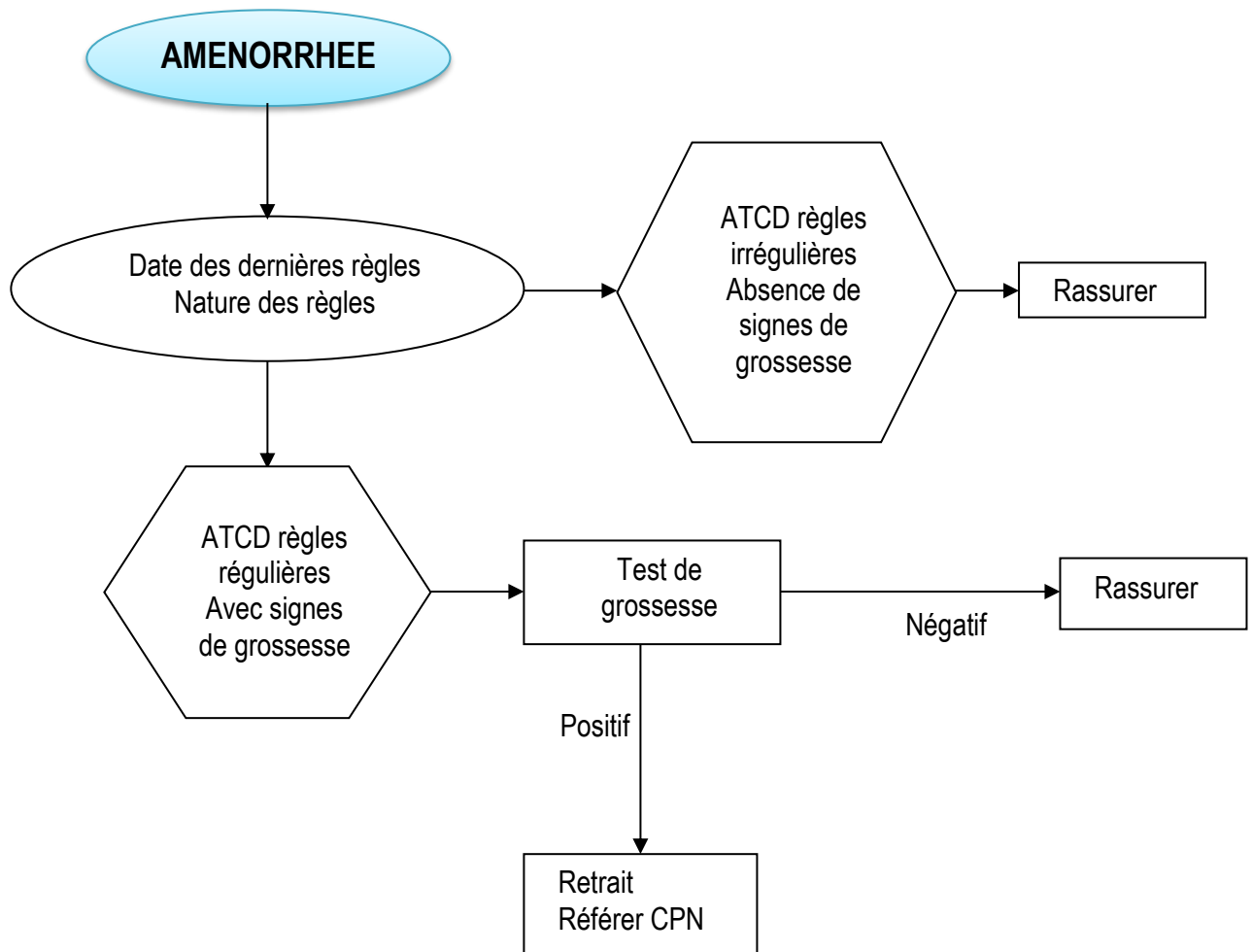


*** Si l'hémorragie est importante, donner un comprimé de COC pendant 21 jours et fer + acide folique OU Ibuprofène 400 mg un comprimé matin, un comprimé le soir soit toutes les 12 h après le repas pendant 5 jours et fer + acide folique.**

ALGORITHME 11 : Maux de tête sous implants



ALGORITHME 12 : Aménorrhée sous implants



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 libéré lentement en petites quantités ;
- le DIU médicamenteux qui libère un progestatif (lévonorgestrel) : exemple : **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 :

- 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 ;
- peut-être insérer dans les 48 heures après l'accouchement ;
- 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 ;
- la pose et le 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 :

- changements menstruels (durant les 3 premiers mois) mais ont tendance à diminuer après. Il s'agit de :
 - règles plus longues et plus abondantes ;
 - saignements ou spotting entre les règles.
- crampes et douleurs 3 à 5 jours après l'insertion.

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

- toute femme qui n'est pas enceinte (« comment être raisonnablement sûr qu'une femme est 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 :

- ***Insertion DIU intervalle*** : 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).
- ***Insertion du DIU post-partum*** :
 - **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.
 - **Per-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.

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

COUNSELING INITIAL :

- accueillir la femme avec respect et amabilité ;
- établir 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 METHODE :

- 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 (se référer aux critères de recevabilité médicale) ;
- expliquer les éventuels effets secondaires et s'assurer qu'ils sont bien compris.

COUNSELING PRE INSERTION :

- revoir les critères de recevabilité médicale 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.
- éliminer 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

TACHES 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 ;
- faire un examen bi manuel ;
- 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 ;
- 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 dosé à 10%) ;
- saisir doucement le col avec un tenaculum entre 10h et 14h (pince pozzi ou tire col) ou pince stoppes à 12 h (là où c'est disponible) ;
- 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 DIU 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 et 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 en utilisant « la technique du retrait » (**tirer le tube de l'inserteur vers vous jusqu'à ce qu'il touche la griffe pour le pouce 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 la compresse 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.

TACHES POST-INSERTION :

- placer les instruments utilisés dans une solution de décontamination pendant 10 minutes ;
- éliminer les déchets (compresse, 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 DIU :

- 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;
- 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.

TACHES POST-RETRAIT :

- placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes ;
- éliminer les déchets (compresse, 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 ;
 - fièvre ;
 - expulsion du DIU;
 - saignements très abondants ;
 - suspicion d'IST ;
- dire à la cliente que le DIU est efficace pendant 10 à 12 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 dans 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 ;
- si DIUPP, donner un rendez-vous de 6 semaines et le marquer dans le carnet ;
- demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- dire "au revoir".

✚ La contraception du post-partum (après accouchement)

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 diminuer jusqu'à 9 à 12,5% en cas d'insertion par un prestataire expérimenté.
- insertion per-césarienne : les taux d'expulsion vont de 4 à 13%.
- insertion en post-partum immédiat : les taux d'expulsion varient de 28% à 37%.

N.B : Insertion en post-partum tardif (entre 48 heures et quatre semaines qui suivent l'accouchement) 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.

FICHE TECHNIQUE N° 6 : Insertion Post-Placentaire du DIU du Post Partum

Sélection avant insertion et évaluation médicale (réalisées avant de procéder à l'accouchement par voie basse) :

- examiner le dossier de la femme afin de s'assurer que le DIU est une méthode appropriée pour elle ;
- s'assurer qu'elle a reçu un counseling approprié autour de l'insertion du DIUPP en utilisant le support de sélection pré-insertion,
- s'assurer de l'absence de circonstances liées à l'accouchement empêchant l'insertion du DIU maintenant :
 - Rupture des membranes pendant plus de 12 heures ;
 - Chorioamnionite ;
 - Hémorragie postpartum non maîtrisée ;
- si l'une de ces situations se présente, parler avec la femme, lui expliquer que ce n'est pas le moment approprié pour l'insertion du DIU, proposer de refaire une évaluation pour l'insertion du DIU à 6 semaines postpartum. Conseiller et lui offrir une autre méthode de planification familiale post partum (PFPP) ;
- confirmer la disponibilité d'instruments, de matériels bien stériles et de source de lumière pour une insertion post placentaire immédiate ;
- confirmer que des DIU sont disponibles sur la table d'accouchement ;
- saluer la femme gentiment et avec respect ;
- confirmer avec la femme si elle veut toujours qu'on lui insère le DIU ;
- expliquer que vous allez insérer le DIU après la naissance du bébé et la délivrance du placenta ;
- répondre à toutes les questions qu'elle pourrait avoir.

TACHES AVANT L'INSERTION

- porter une nouvelle paire de gants stériles (si l'insertion est réalisée par le même prestataire qui a assisté la femme pendant l'accouchement) ou respecter l'hygiène des mains et porter des gants stériles (si l'insertion est réalisée par un autre prestataire que celui qui a assisté la femme pendant son accouchement) ;
- s'assurer que la gestion active de la troisième période d'accouchement (GATPA) a été réalisée ;
- disposer les instruments et le matériel d'insertion du DIU sur un plateau stérile ou sur une surface recouverte. Conserver le DIU dans son emballage stérile et le poser sur la surface recouverte ;
- inspecter le périnée, les lèvres et les parois vaginales à la recherche de déchirures. Si les déchirures ne saignent pas beaucoup, réparer après avoir inséré le DIU, si nécessaire.



INSERTION DU DIU

- insérer soigneusement le spéculum Simms et visualiser le col de l'utérus en appuyant sur la paroi postérieure du vagin ;
- nettoyer le col de l'utérus et le vagin à l'aide d'une solution antiseptique 2 fois en utilisant 2 tampons ;
- saisir la lèvre antérieure du col de l'utérus avec la pince en cœur. (le spéculum peut être retiré à cet instant, si nécessaire) ;
- laisser la pince en cœur de côté ;
- ouvrir l'emballage stérile du DIU à un tiers environ en commençant par le bas, en renversant le paquet plastique ;
- tenir le paquet du DIU, stabilisez le DIU dans l'emballage et retirez le tube d'insertion et la carte d'emballage ;
- saisir le DIU à l'intérieur de l'emballage stérile du DIU en vous servant de la pince Kelly placentaire ou pince à cœur ;
- soulever soigneusement la lèvre antérieure du col de l'utérus en vous servant de la pince à cœur ;
- insérez la pince Kelly placentaire ou pince à cœur en tenant le DIU dans la cavité utérine jusqu'au point de sentir une petite résistance par rapport à la paroi postérieure de l'utérus. Evitez de toucher les parois du vagin ;
- retirez soigneusement la pince à cœur du col de l'utérus et mettez-la sur un champ stérile ;
- placez la main sur la partie inférieure de l'utérus (la base de la main sur la partie inférieure du corps de l'utérus et les doigts vers le fond) et poussez soigneusement l'utérus vers le haut dans l'abdomen afin de prolonger la partie inférieure de l'utérus.
- déplacez doucement le DIU vers le haut en allant vers le fond de l'utérus, dans un angle allant vers l'ombilic. La partie inférieure de la main droite (la main tenant la pince Kelly placentaire en bas, afin de permettre à la pince de traverser facilement l'angle vagin-utérus, et suivez l'axe de la cavité utérine. Maintenez la pince Kelly placentaire fermée pour que le DIU ne se déplace pas. Faites attention de ne pas perforer l'utérus ;
- continuez à faire avancer la pince soigneusement jusqu'à atteindre le fond de l'utérus. Assurez-vous que l'extrémité de la pince a atteint le fond ;
- ouvrez la pince, inclinez légèrement la pince vers la ligne du milieu, et déposez le DIU au fond ;
- stabilisez l'utérus ;
- déplacez la pince vers la paroi latérale de l'utérus ;
- retirez lentement la pince de la cavité utérine, en glissant l'instrument le long de la paroi latérale de l'utérus, et en le gardant légèrement ouvert. Faites particulièrement attention de ne pas déloger le DIU ou de ne pas attraper le fil du DIU en retirant la pince ;
- stabilisez l'utérus jusqu'à ce que la pince soit entièrement hors de l'utérus. Posez la pince à côté sur le champ stérile ;
- examinez le col de l'utérus pour voir si une partie du DIU ou si les fils sont visibles et en saillie par rapport au col de l'utérus. Si le DIU ou les fils sont saillants par rapport au col de l'utérus, retirez le DIU, remettez dans un emballage stérile et réinsérez ;
- assurez-vous qu'il n'y a pas d'hémorragie provenant du col de l'utérus ;
- retirez tous les instruments utilisés, ouvrez-les et plongez-les dans une solution de chlore de 0,5% en veillant à ce qu'ils soient bien submergés.

TACHES POST-INSERTION

Laissez la femme se reposer pendant quelques minutes. Encouragez l'initiation des soins postpartum de routine, y compris l'allaitement au sein immédiatement.

- éliminez comme il se doit les déchets ;
- plongez les gants dans une solution de chlore de 0,5%. retirez les gants en les retournant vers l'intérieur et débarrassez-vous-en après ;
- lavez-vous les mains ;
- dites à la femme que le DIU a été inséré de manière réussie. Rassurez-la et répondez à toutes les questions qu'elle peut avoir à poser. Dites-lui que vous allez lui donner des instructions détaillées avant de la libérer ;
- prévoyez une carte sur laquelle figurent des informations relatives au type de DIU utilisé et la date d'insertion ;
- assurez-vous que la femme recevra des instructions après l'insertion avant de quitter la structure sanitaire :
 - expliquez les effets secondaires du DIU et les symptômes postpartum normaux.
 - dites à la femme quand elle doit revenir pour une vérification du DIU/ une visite postnatale/ examen du nouveau-né ;
 - insistez sur le fait qu'elle doit revenir à tout moment si elle a un souci ou observe des signes d'avertissement ;
 - expliquez les signes avertisseurs concernant le DIU ;
 - échangez à propos de la manière de vérifier s'il y a une expulsion, et ce qui doit être fait en pareille situation ;
 - assurez-vous que la femme comprend les instructions post insertion ;
 - si possible, écrivez les instructions post insertions ;
- enregistrez toutes les informations sur la fiche ou dans le dossier de la femme ;
- enregistrez les informations dans le registre se trouvant dans la salle d'intervention.

RETRAIT DU DIU

- 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 ;
- 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.

TACHES POST-RETRAIT

- placer les instruments utilisés et le DIU dans une solution chlorée pendant 10 minutes;
- éliminer les déchets (compresse, 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.

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

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

✚ Crampes et douleurs pelviennes

(cf. [Algorithme 13](#))

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 A TENIR
<i>Village/communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> Rassurer et référer.
<i>CSCom</i>	<p>Si la pose de DIU date de moins de trois mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> faire un examen gynécologique pour éliminer : <ul style="list-style-type: none"> la possibilité de maladie inflammatoire du pelvis les autres causes de douleurs telles que : <ul style="list-style-type: none"> une expulsion partielle du DIU ; une perforation de l'utérus ; une grossesse ectopique. prendre en charge selon la cause ou référer ; <p>Si aucune cause n'est trouvée, si les douleurs sont tolérables :</p> <ul style="list-style-type: none"> donner un antalgique (Ibuprofène 400 mg : 1 comprimé toutes les 12 h ou paracétamol 500 mg : 2 comprimés toutes les 8 h). <p>Si les douleurs sont intenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> retirer le DIU ; <p>Si le DIU est déformé et qu'il n'y a pas d'infection évidente :</p> <ul style="list-style-type: none"> le remplacer par un nouveau DIU, mener un counseling pour le choix d'une autre méthode si elle ne veut plus du DIU. <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> informer la cliente de son état ; donnez le rendez-vous ; référer au besoin.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> Idem CSCom Rassurer et procéder à un examen gynécologique pour prendre en charge les autres causes de douleurs telles que : <ul style="list-style-type: none"> Une perforation de l'utérus ; Une grossesse ectopique.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</i>	Idem Hôpital de district.

+ Saignement

(cf. [Algorithmes 14](#))

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 A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • procéder à l'examen général de la cliente ; • procéder à l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ rechercher un cancer ; ○ rechercher une cervicite, une grossesse extra-utérine, une menace d'avortement ; • traiter ou référer selon le cas. <p>S'il n'y a pas d'anémie (saignement peu abondant : Spotting) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer la cliente ; • prescrire des comprimés de sulfate ferreux + acide folique (1 comprimé par jour pendant 3 mois) ; • donner un anti-inflammatoire non stéroïdien tel que l'ibuprofène ; • donnez un rendez-vous de suivi dans un mois ; • revoir à tout moment si aggravation du saignement. <p>Si l'anémie est cliniquement modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • prescrire les comprimés de fer + acide folique 2 à 3 comprimés par jour pendant 1 mois ; • donner un rendez-vous de suivi dans un mois ; • revoir à tout moment, si aggravation du saignement. <p>Si l'anémie est cliniquement sévère :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si la cliente ne veut pas ou ne peut pas utiliser une autre méthode efficace :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • insérer un nouveau DIU ; • donner un rendez-vous de suivi dans un mois.
EPH 2 ^{ème} et 3 ^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

Aménorrhée

(cf. [Algorithme 15](#))

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 A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Rassurer et référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> Mener l'interrogatoire. Demander : <ul style="list-style-type: none"> la date de ses dernières règles ; rechercher les signes de grossesse. Faire l'examen gynécologique : Si existence d'une grossesse : <ul style="list-style-type: none"> éliminer une GEU ; rechercher les fils : Fils visibles : <ul style="list-style-type: none"> expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait : référer. Fils non visibles : <ul style="list-style-type: none"> référer. Absence de grossesse : Fils visibles : <ul style="list-style-type: none"> rassurer ; donner un rendez-vous lors des prochaines règles, dans 1 mois. Fils non visibles (cf. Algorithme 16).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> rassurer ; idem CSCom. Fils visibles : <ul style="list-style-type: none"> expliquer à la cliente qu'un avortement spontané est très possible après le retrait ; retirer le DIU ; surveiller la cliente.
EPH 2 ^{ème} et 3 ^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> idem Hôpital de district.

+ Disparition des fils

(cf. [Algorithme 16](#))

a. Définition :

On parle de disparition des fils de DIU, lorsque le prestataire ne voit pas les fils sous spéculum et / ou ne les perçoit pas lors du toucher vaginal.

b. Éléments de diagnostic :

- fils non visibles ;
- fils non perçus par le prestataire.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> ○ Demander à la cliente : <ul style="list-style-type: none"> ○ la date de ses dernières règles ? ○ est-ce que le DIU a été expulsé ? ○ est ce qu'elle a des signes de grossesse (nausées, vomissements, augmentation du volume des seins, changements de goût) ? ○ Rechercher les fils : <ul style="list-style-type: none"> ○ poser le spéculum pour rechercher les fils dans l'endocol ou dans un cul-de-sac ; ○ prendre une pince à crocodile ou une tige munie d'un coton stérile et examiner délicatement l'intérieur du canal cervical. <p>Fils visibles courts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ rassurer. <p>Fils non visibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>Si existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ mener un counseling (expliquer à la cliente les risques d'avortement spontané avec infection si le DIU est laissé en place) ; ○ référer. <p>Si existence d'une grossesse et fils non retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ informer la cliente et la rassurer ; ○ référer.
Hôpital de district	<p>Si existence d'une grossesse et fils non retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • consultation prénatale et surveillance rigoureuse de l'évolution de la grossesse.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si existence d'une grossesse et fils dans le canal cervical :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si absence de grossesse et fils non retrouvés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • faire l'échographie pelvienne pour situer le DIU dans la cavité utérine. <p>Le DIU est dans la cavité utérine :</p> <ul style="list-style-type: none"> • procéder à l'extraction. <p>Si extraction réussie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • poser un autre DIU, ou changer de méthode après counseling. <p>Si l'extraction est difficile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer. <p>Le DIU non retrouvé : ni dans la cavité utérine, ni dans l'abdomen à l'échographie ou à la radiographie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • conclure à une expulsion du DIU ; • rassurer et faire le counseling pour le choix de la même méthode ou changer de méthode. <p>Le DIU est retrouvé dans l'abdomen : migration de DIU ou perforation au moment de la pose :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

✚ Infections pelviennes

(cf. [Algorithme 17](#))

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.

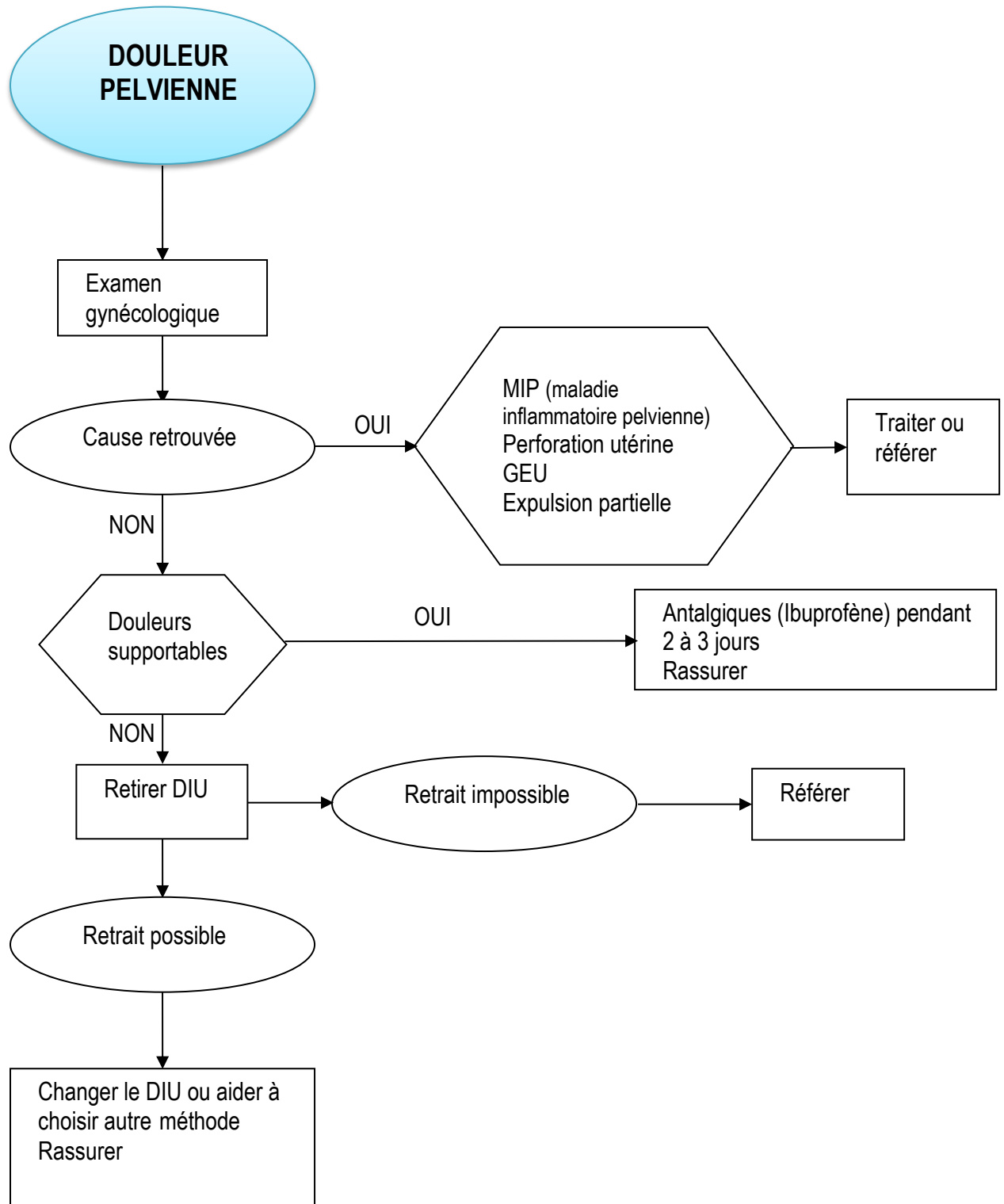
d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer et référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • mener l'interrogatoire pour préciser : <ul style="list-style-type: none"> ○ le début de l'infection ; ○ les caractéristiques des pertes : couleur, abondance, odeur et aspect ; ○ les douleurs pelviennes : début, intensité, irradiation ; ○ les caractéristiques de la fièvre : intensité, type ; ○ les signes associés : vomissements, diarrhées ; céphalées et troubles urinaires ; • procéder à l'examen physique : <ul style="list-style-type: none"> ○ apprécier l'état général : Température, Pouls, TA, Faciès. • procéder à l'examen gynécologique : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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. <p>Infection pelvienne modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Infection pelvienne grave :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la cliente de son état (counseling) ;

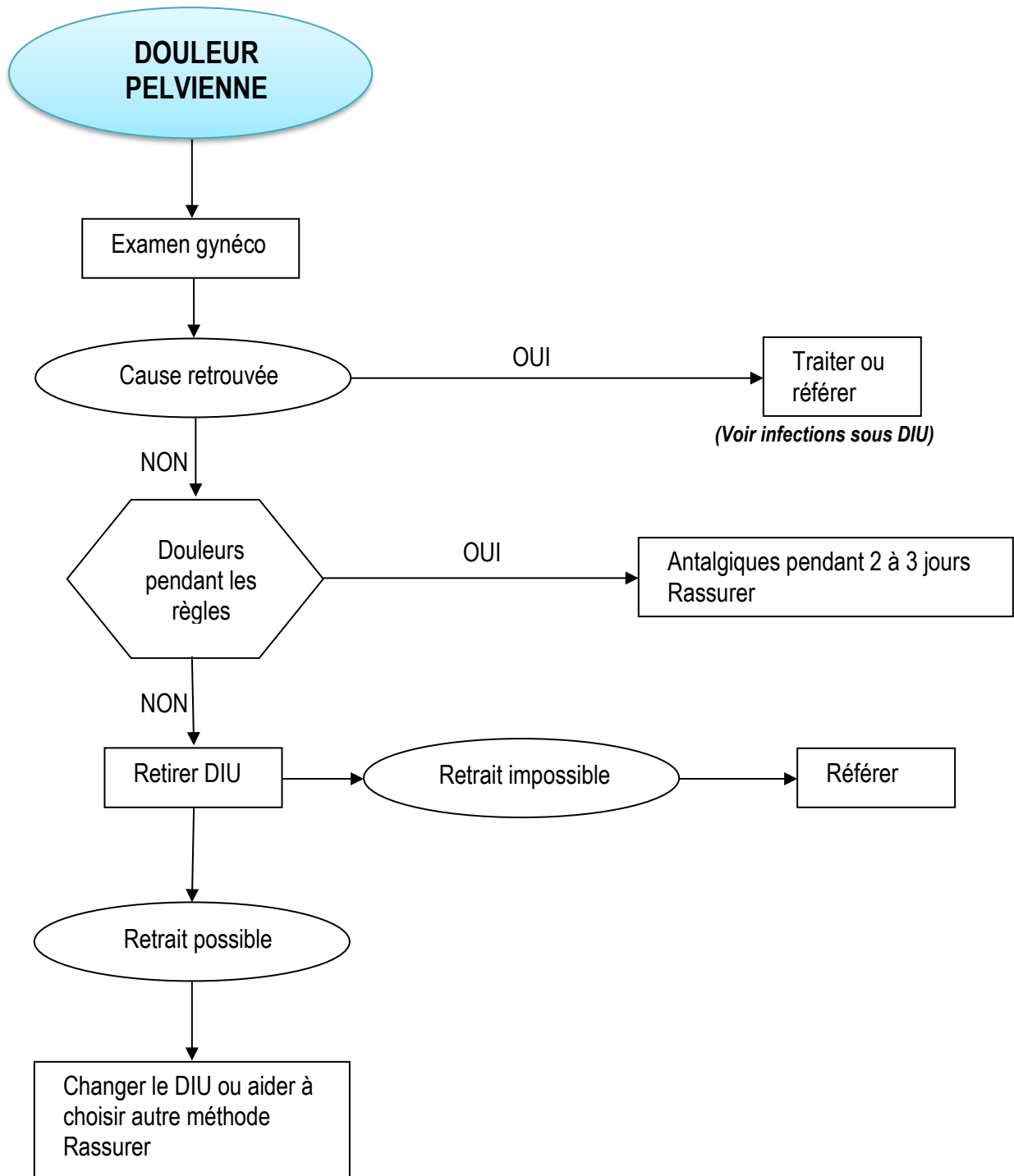
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • donner les premiers soins ; • commencer une antibiothérapie 3 jours avant le retrait du DIU ; • retirer le DIU et continuer les antibiotiques ; • conseiller l'abstinence ou utiliser les préservatifs pendant le traitement ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CScCom ; • 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.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

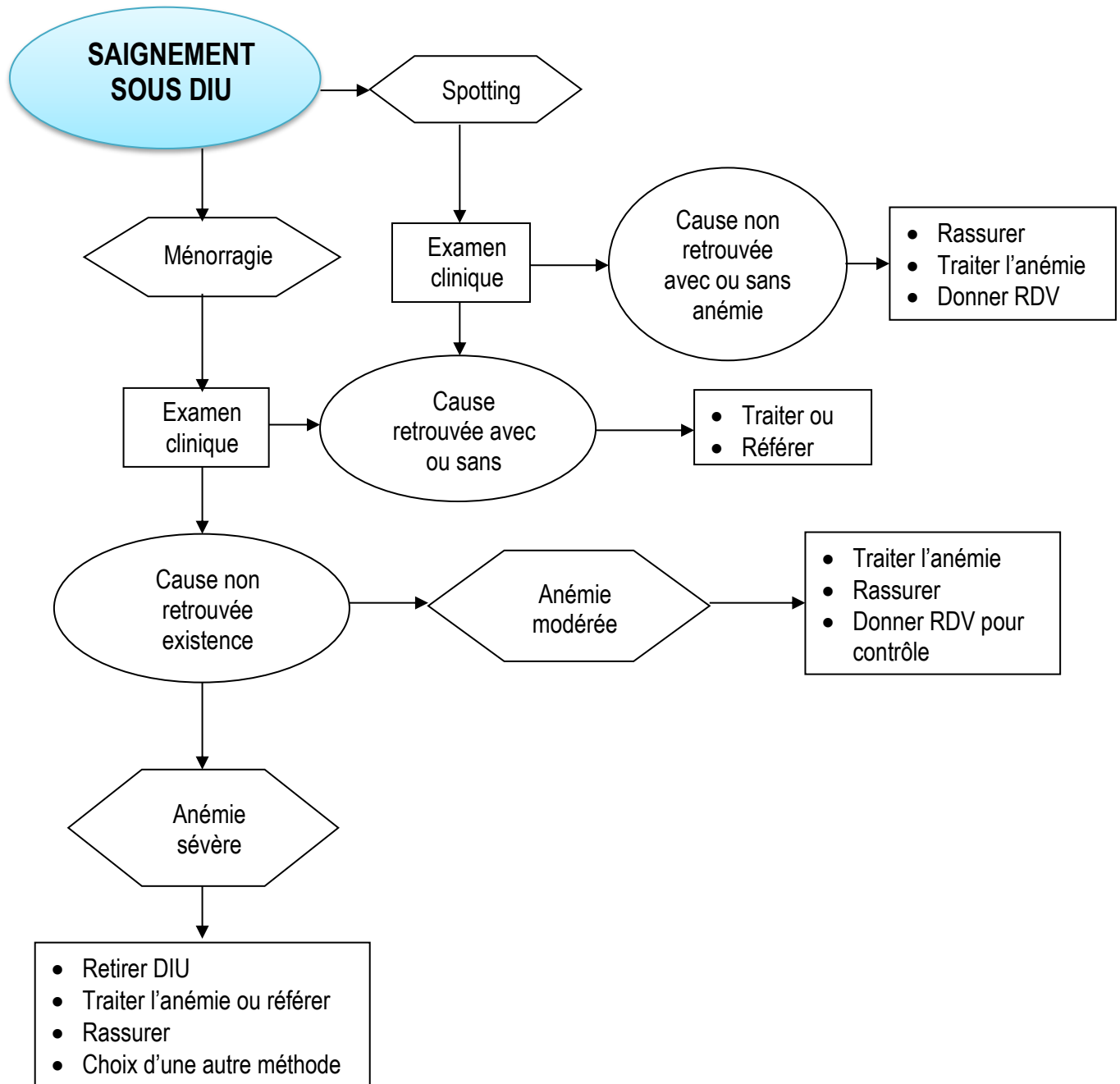
ALGORITHME 13 : Crampes et douleurs sous DIU

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



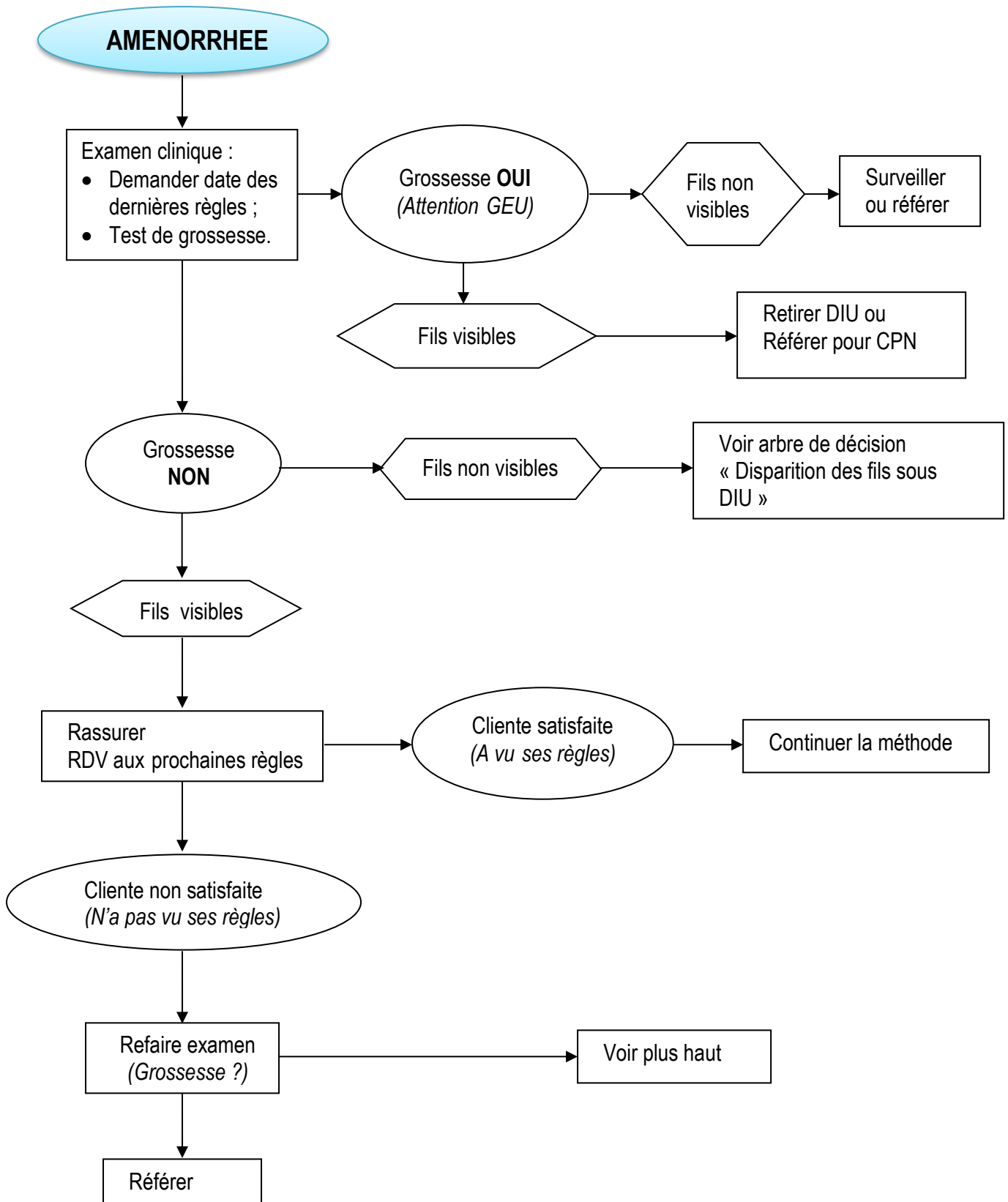
2. La pose du DIU date de plus de 3 mois



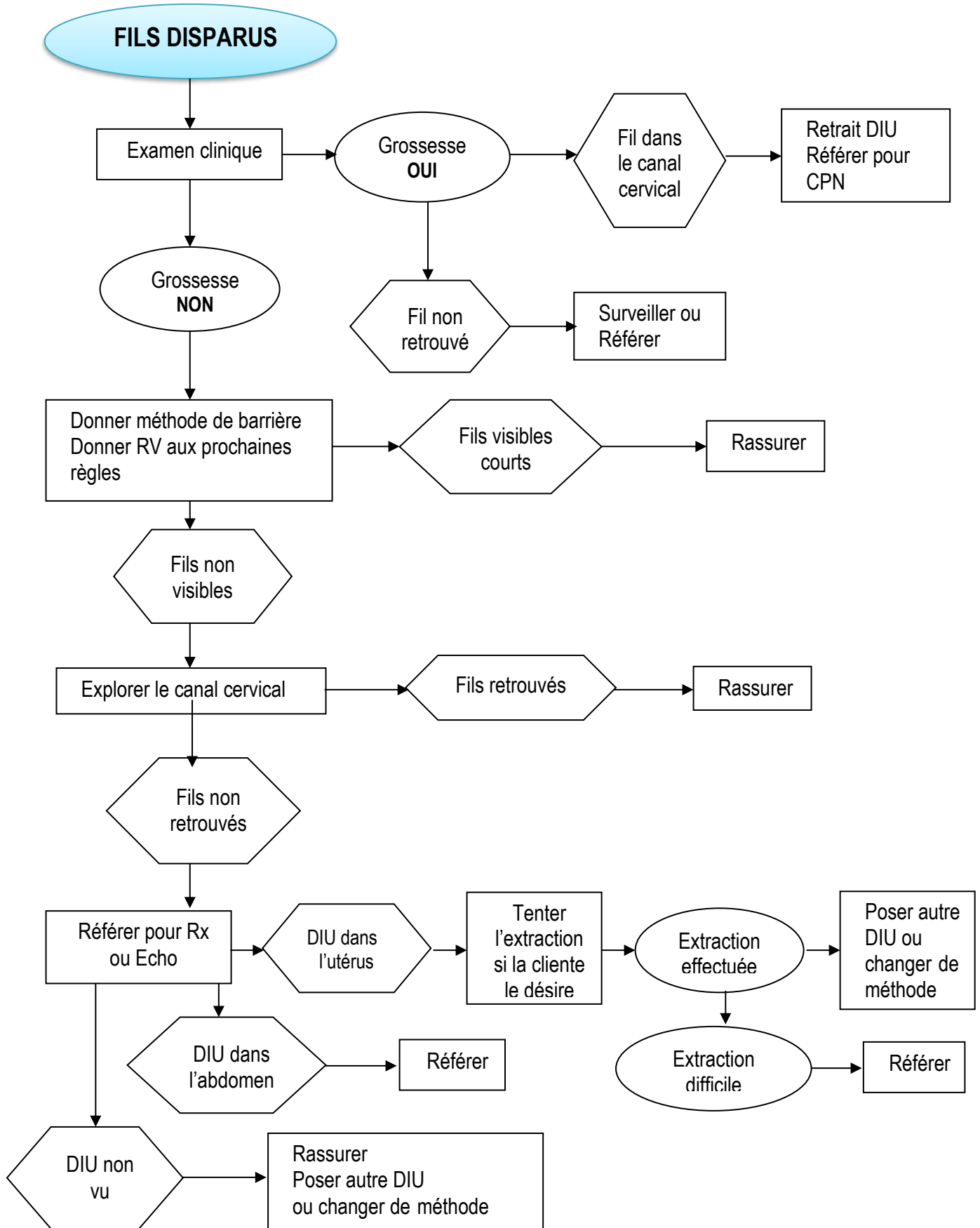
ALGORITHME 14 : Saignement sous DIU**Diagnostic différentiel entre :**

- infections ;
- expulsion partielle ;
- cancer génital ;
- polypes.

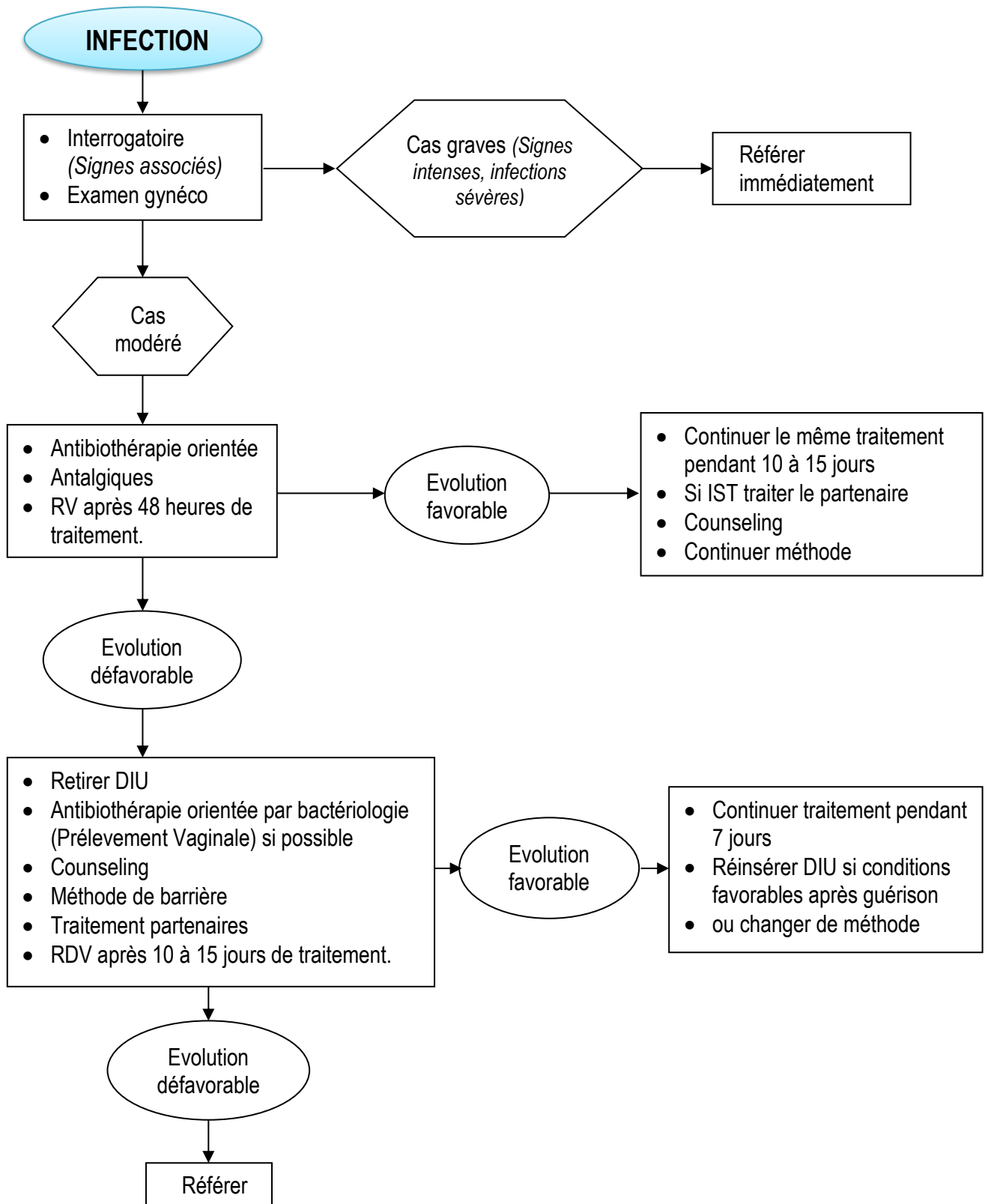
ALGORITHME 15 : Aménorrhée sous DIU



ALGORITHME 16 : Disparition des fils sous DIU



ALGORITHME 17 : Infections sous DIU



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 ;
- utiliser des mannequins si possible ou des 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 ;
- 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/client ;
- remplir le dossier ;
- remplir une fiche de consentement et la faire signer par le couple/client.

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 ;
- abcès pelvien ;
- septicémie ;
- suppuration pariétale ;
- lésions viscérales.

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/client ;
- remplir le dossier ;
- remplir une fiche de consentement et la faire signer par le couple/client obligatoirement.

g. Conduite à tenir avant l'intervention:

- faire l'interrogatoire du couple séparément, puis ensemble ;
- vérifier que la fiche de consentement a été signée par le client 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/client(e) :
 - 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 N° 7 : Ligature des trompes

PREPARATION 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 stériles ou gants d'examen ;
- 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 PROCEDURE DE MINI-LAPAROTOMIE :

- faire une injection locale d'anesthésique (lidocaïne 2 %) : 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 effet anesthésique.
- 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 Babcock 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 la 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-OPERATOIRE

- 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 durant 5 jours) ;
- 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 N° 8 : Vasectomie ou ligature/Section des canaux déférents**FAIRE LA PREPARATION AVANT LA PROCEDURE :**

- 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.
- 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 PROCEDURE DE VASECTOMIE :

- Injecter l'anesthésie locale (Lidocaïne 2 % 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 anesthésique.
- 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 et distant avec du fil résorbable.
- 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-OPERATOIRE :

- 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 durant 5 jours).
- 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.

✚ Prise en charge des Infections - Douleurs et fièvre sous CCV

Prise en charge par niveau

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • donner anti-inflammatoires/analgésiques ; • traiter aux antibiotiques. <p>En cas d'abcès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • drainer et traiter aux antibiotiques ; • rassurer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

N.B : Il existe une méthode non chirurgicale de ligature de trompe et de vasectomie.

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 ;
 - méthode du calendrier ;
 - méthode de la température ;
 - méthode de la glaire cervicale ;
 - méthode sympto-thermique ;
 - méthode des jours fixes (MJF) ou Collier du cycle.

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 utilisé ;

- 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 :

- utiliser des supports visuels adaptés culturellement ;
- utiliser un langage simple et 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 (Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée)**

a. Définition :

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

b. Présenter la MAMA :

- utiliser un langage simple, clair, précis et adapté culturellement ;
- expliquer la MAMA : 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 ;
- améliore la nutrition du bébé.

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 et 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 ; penser à la transition à une autre méthode en cas d'échec d'une condition.
 - **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 MAMA fait de la mère une cliente potentielle de PF (passage recommandé vers méthode efficace en fin de protection MAMA, renseigner cette observation dans le registre et fiche d'admission PF).

h. Prise en charge des problèmes liés à la méthode MAMA :**✚ 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. Éléments 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 A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si amélioration de la douleur ou de l'engorgement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • demander à la mère de continuer la MAMA. <p>Si persistance des douleurs et de l'engorgement après plusieurs tétées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer au CSCom.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • idem village ; • approfondir l'interrogatoire et rassurer ; • examiner les seins : <ul style="list-style-type: none"> ○ rechercher une adénopathie axillaire, une anomalie du mamelon (malformation) ; une pathologie (crevasse, gerçures...). <p>Engorgement mammaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • allaiter fréquemment, des deux seins ; • exprimer un peu de lait manuellement avant la tétée et en humidifier les mamelons. <p>Si le bébé ne tète pas ou tète insuffisamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district

➤ 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 augmente 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 et le troisième jour consécutif 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 (selon le type) pour abaisser le niveau de mercure au-dessous de 35°c le soir avant de se coucher et avant toute utilisation ;
- prendre la température 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 14](#)).

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 marronnes, 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 foncé, 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

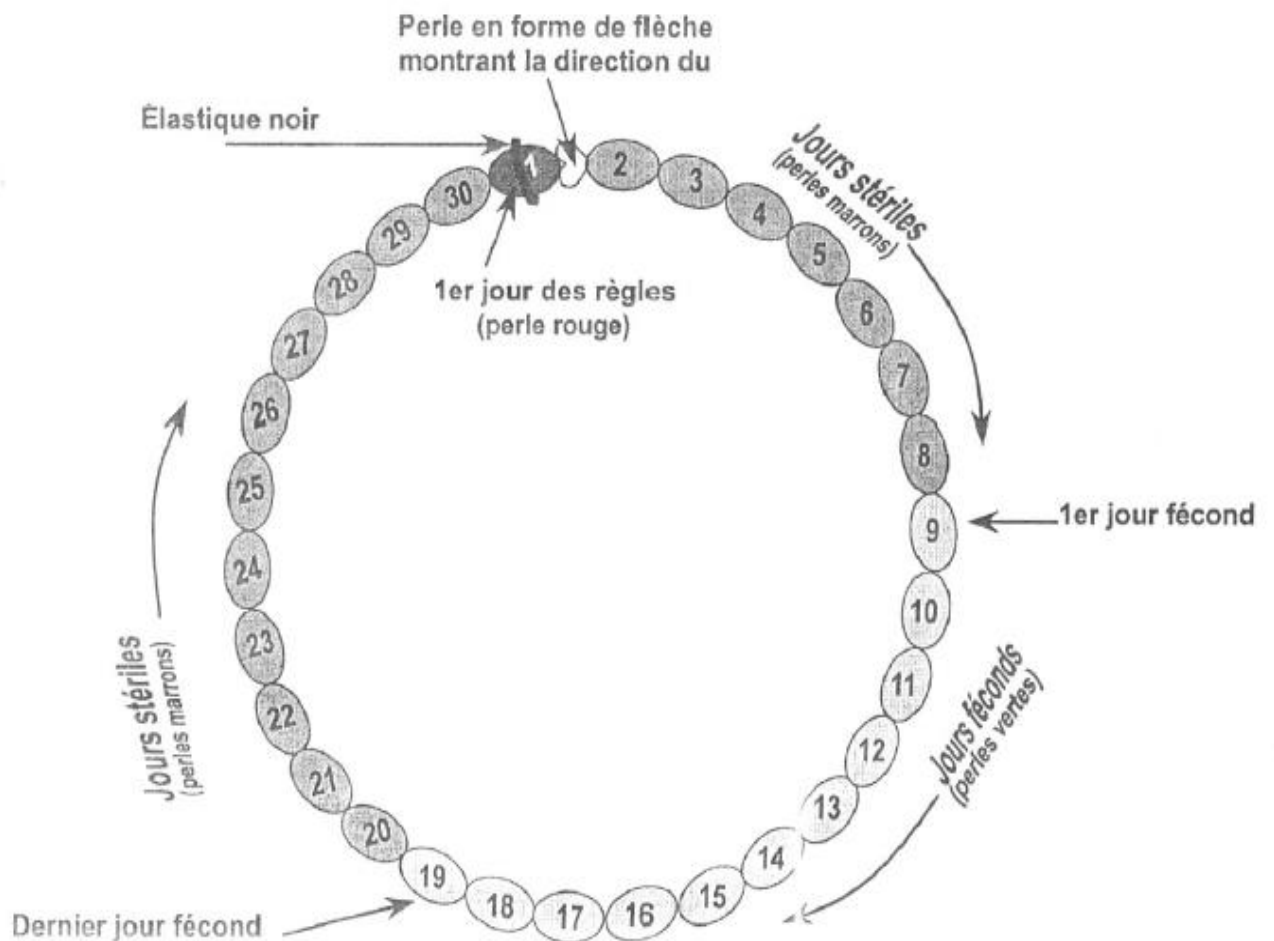
- s'assurer que la cliente/couple a compris ;
- conseiller à la cliente de revenir au centre si, après la dernière perle, les règles ne réapparaissent pas ;
- expliquer les avantages à la cliente :
 - simple, facile, sûre et efficace (95 %) si utilisée correctement ;
 - améliore la communication et la 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 ;
 - le partenaire ne respecte pas la période d'abstinence ;
 - elle désire changer de méthode ;
 - elle constate un trouble de son cycle menstruel (spotting, aménorrhée...)
- donner un rendez-vous tous les 15 jours, pour les 3 premières visites :
 - s'assurer que la cliente reconnaît la période de fécondité ;
 - demander les problèmes rencontrés et donner des explications/solutions à ces problèmes ;
 - demander si la cliente/couple est satisfait de la méthode.
- donner un rendez-vous pour les autres visites à la demande ;
- demander si elle est satisfaite du service rendu ;
- dire "au revoir".

Prendre en charge les problèmes rencontrés :

- noter les problèmes/affections qui affectent les signes nécessaires à déterminer la période de fécondité (fièvre, douleurs, insomnie, stress, vaginite, partenaire peu coopérant) ;
- conseiller l'utilisation d'une méthode de barrière en même temps ou changer de méthode.



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 (mannequin) pour démontrer comment utiliser 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 facile à utiliser.

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 (particulièrement les adolescentes).

- 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 ;
- être 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 s'il (elle) est satisfait(e) du service rendu ;
- dire "au revoir".

h. Faire les visites de suivi :

- demander au client(e) s'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° 9 : Port et retrait du condom masculin

Veillez examiner la figure ci-contre, 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.

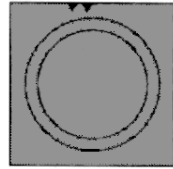
Cela signifie qu'il vous faudra une réserve de préservatifs et un modèle de pénis ou quelque chose qui en représente un, comme une banane ou un manche à balai.

Pendant la démonstration :

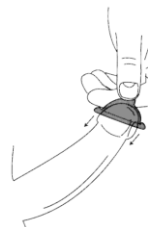
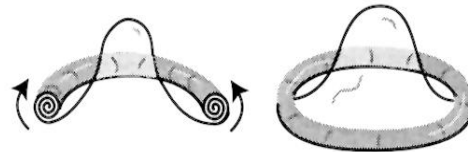
- * insister sur l'importance d'avoir des préservatifs sur soi en tout temps : les patients ne devraient jamais en manquer ;
- * montrer aux clients la date de péremption ou la date de fabrication et expliquez-leur que le préservatif ne devrait jamais être périmé, sentir mauvais, être gluant ou difficile à dérouler ;
- * expliquer aux clients comment ouvrir soigneusement l'emballage, en utilisant l'encoche prévue à cet effet (***Evitez d'utiliser les objets tranchants*) ;
- * montrer aux clients 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 ;
- * montrer aux clients comment tenir l'extrémité du préservatif afin d'en évacuer l'air, avant de le dérouler jusqu'à la base du pénis en érection ;
- * insister sur le fait qu'il faut dérouler le préservatif jusqu'à la base du pénis ;
- * expliquer aux clients 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 ;
- * expliquer aux clients 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.

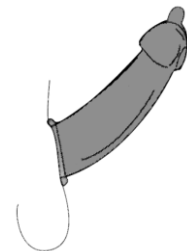


3. Tenir le préservatif ce côté-ci vers le haut, de façon à ce qu'il se déroule facilement.



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, Hôpital de district, EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence)

DIFFICULTES SIGNALEES	CONDUITE A TENIR
<i>Difficulté à garder le pénis en érection</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • éliminer une infection du gland ; • conseiller l'utilisation d'eau comme lubrifiant ; ou changer de latex • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • 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>	<ul style="list-style-type: none"> • référer pour une contraception d'urgence (<u>cf. contraception d'urgence</u>).
<i>Irritation du pénis</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 utiliser 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 dans le vagin 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 ;
- être 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 à 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° 10 : Port et retrait du condom féminin

1. Utiliser un nouveau préservatif pour chaque acte sexuel.

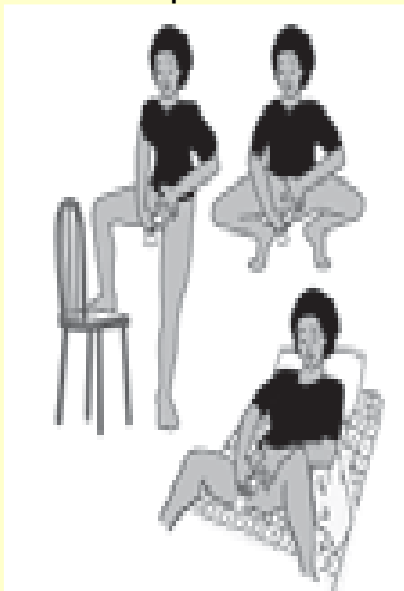
- * Contrôler le sachet. ne pas utiliser s'il est endommagé.
- * éviter d'utiliser un préservatif une fois passée sa date de péremption – ne le faire que si de nouveaux préservatifs ne sont pas disponibles.
- * si possible, se laver les mains avec de l'eau et du savon avant de poser le préservatif.

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



- * 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.

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



- * L'homme ou la femme devra 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.

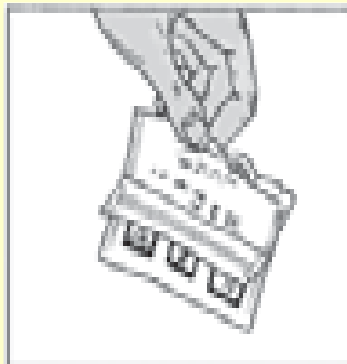
- * Le préservatif féminin n'a pas besoin d'être retiré immédiatement après les relations sexuelles.
- * retirer le préservatif avant de se relever pour éviter de répandre le sperme.



- * Si le couple a de nouveau des relations sexuelles, elle devra utiliser un nouveau préservatif.
- * On ne recommande pas de réutiliser le préservatif.

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

- * 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.



5.10. 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 le sida 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 et hépatite B et C. 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 utiliser 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 et le sida ;
- 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 et le sida.
- 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 et sida.

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 ;
- être 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 associé les condoms à la prévention des IST/VIH et sida 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 %) ;
 - associés 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, le gel 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 ;
- être 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 DIU ;
- échec 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 :

METHODES	MODE D'UTILISATION	EFFICACITE
COC : 30-35 µg Ethynil estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 4 comprimés puis 4 autres 12 h plus tard au total 8 comprimés. Exemple : Lo-femenal ou Pilplan 	98,5 %
COC : 50 µg Ethynil estradiol	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 2 comprimés puis 2 autres 12 h plus tard. Exemple : Eugynon 50, Ovral, Microgynon-50 	
COP : 0,075 mg (75 µg) de norgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 20 comprimés puis 20 autres 12 h plus tard. Exemple : Ovrette 	
COP : 0,03 mg (30 µg) de lévonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 25 comprimés puis 25 autres 12 h plus tard. Exemple : Microlut, Norgeston 	
COP: 0,75 mg (750 µg) de lévonorgestrel	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 2 comprimés en prise unique. Exemple : Nor-Levo, Postinor, Imediat, Plan-B 	
Ulipristal Acétate	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre 30 mg d'Ulipristal Acétate en une seule dose par voie orale 	
DIU : TCU-380A	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 5 jours suivant l'acte sexuel sans protection (<i>cf. Livre vert 2018 - Page 166</i>). 	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 efficace, mais ne doit pas être utilisée comme une contraception permanente, régulière.

➤ **Nausées et vomissements**

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

5.13. 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 (FO)**

La fistule obstétricale 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.

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, VIH et le sida.

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.

➤ Prise en charge des enfants malnutris

Pendant les activités de prise en charge des enfants malnutris aigue dans les Unités de Récupération Nutritionnelle (UREN) pour sensibiliser les femmes sur la planification familiale.

C. INFECONDITE

1. Définition

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

L'infécondité 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 de procréer.

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 (la) client(e) 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 ;
 - la connaissance du couple sur la physiologie du cycle menstruel ;
 - l'âge de la puberté.
- préciser le type d'infécondité ;
- 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.

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

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...).

SIGNES RETROUVES	CAUSES POSSIBLES
Cicatrices au niveau de l'abdomen	Lésions post-opératoires des organes génitaux
Anomalies des caractères sexuels (Verge infantile)	Infécondité due à des troubles hormonaux.
Troubles de l'érection ou de l'éjaculation	Troubles neurologiques ; Troubles circulatoires ; Troubles psychosociaux.

SIGNES RETROUVES	CAUSES POSSIBLES
Signes d'infection génitale (IST, Tuberculose)	Infécondité due à des séquelles inflammatoires avec anomalies de la spermatogenèse.
Anomalies anatomiques (hypospadias, ectopie testiculaire)	Infécondité due à des malformations anatomiques.

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'infécondité

3.1. Poser le diagnostic étiologique

A partir des informations collectées et des résultats des examens complémentaires.

Tableau d'interprétation étiologique des infécondités dans l'anamnèse

SIGNES RETROUVES	CAUSES POSSIBLES
Femme âgée de 40 ans ou plus	La fécondité diminue avec l'âge.
Femme avec trouble du cycle (spanioménorrhée, aménorrhée)	Infécondité due à l'anovulation ou à la dysovulation.
Femme avec antécédents infections pelviennes (IST, avortements septiques...) kystes ovariens	Infécondité due à des lésions cicatricielles de l'utérus ou des trompes (obstruction).
Homme avec antécédents d'infection (IST, orchite ourlienne)	Infécondité due à des lésions cicatricielles des testicules ou des canaux déférents (obstruction).
Homme avec facteurs favorisants (vêtements serrés, chauffeurs)	Infécondité par des troubles de la spermatogenèse (testicules exposés à la chaleur).

SIGNES RETROUVES	CAUSES POSSIBLES
Partenaires avec antécédents chirurgicaux du petit bassin (pelvipéritonite)	Infécondité due aux séquelles inflammatoires des organes génitaux.
Pathologies (diabète, thyroïdite)	Infécondité due aux troubles endocriniens.
Prise de certains médicaments	Certains médicaments (narcotiques, tranquillisants, antihypertenseurs, nicotine, alcool, antidépresseurs) entraînent asthénospermie ou impuissance sexuelle.
Polygamie ou grands voyageurs	Rapports en dehors des périodes fécondes.

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 ».

➤ Prise en charge de l'infécondité

Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer. • Informer le couple de la nécessité de : <ul style="list-style-type: none"> • Prévoir les frais pour d'éventuelles investigations. • Référer vers le CSCom
CSCom	Expliquer certaines causes d'infécondité : <ul style="list-style-type: none"> • 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.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si à la fin de l'examen, on ne peut tirer une conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Convoquer le couple après 3 ou 6 mois. • Référer le couple si absence de grossesse après 6 mois. <p><u>N.B</u> : Cette prise en charge est fonction du prestataire en place.</p>
<p><i>Hôpital de district</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • 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. <p><u>Chez la femme</u> :</p> <p>Si troubles du cycle + galactorrhée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner bromocriptine 5 mg à dose progressive. <p>Si insuffisance lutéale donner :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un progestatif en 2^{ème} phase (progestérone ou dydrogesterone 20 mg/jour) ; • Le clomifène 50 à 100 mg/jour + HCG. <p>S'il s'agit d'un cycle anovulatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer clomifène. <p>Si échec :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer au CHU ; • Monitoring de l'ovulation sous HMG puis HCG. <p>En cas de dystrophie ovarienne micro-kystique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'oestroprogestatif 50u pendant 3 mois puis clomifène ; ○ HSG anormale : chirurgie (cure de synéchies, plastie tubaire, myomectomie, plastie utérine ou cervico-isthmique). <p>Pour les autres causes <u>chez la femme</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<p>Si infections génito-urinaires (IST) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer un traitement antibiotique et anti-inflammatoire. <p><u>Chez l'homme :</u></p> <p>Si oligo-asthénospermie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité.
<p>EPH 2^{ème} et 3^{ème} référence</p>	<p>Idem Hôpital de district</p> <p><u>Chez la femme :</u></p> <p>Si prolactinémie ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p><u>Chez l'homme :</u></p> <p>Si oligo-asthénospermie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conseiller rapports sexuels plutôt au cours de la période de fertilité ; • Conseiller et faire l'insémination intra conjugale. <p>Si varicocèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traiter. <p>Si sperme insuffisant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire dosages hormonaux ; • Faire biopsie testiculaire. <p>Si biopsie anormale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Counseling, • Informer des possibilités de procréation médicalement assistée. <p>Si pas de cause évidente :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proposer une procréation médicalement assistée ou une fécondation in vitro (FIV) ; • Proposer une adoption d'enfant.

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 de 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 de 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 : Les critères d'éligibilité médicale (OMS, 2018)

Ces critères déterminent qui peut utiliser sans danger telle ou telle méthode contraceptive.

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU	Cu-DIU
Postpartum	Femmes allaitantes	< 48 heures				2	1
	Femmes qui n'allaitent pas	< 48 heures				1	1
	Toutes les femmes	≥ 48 heures à 4 semaines				3	3
		≥ 4 semaines				1	1
		Infection puerpérale				4	4
	Femmes allaitantes	< 6 semaines du post-partum	4	2	3	2	Voir plus haut : « Postpartum (femmes qui allaitent ou qui n'allaitent pas) »
		≥ 6 semaines à 6 mois du post-partum	3	1	1	1	
	6 mois ou plus du post-partum		2	1	1	1	
	Femmes qui n'allaitent pas	< 21 jours sans facteurs de risque de TVP	3	1	1	1	
		< 21 jours avec facteurs de risque de TVP	4	1	1	1	
≥21 jours à 42 jours sans facteurs de risque de TVP		2	1	1	1		
≥21 jours à 42 jours avec facteurs de risque de TVP		3	1	1	1		
≥42 jours		1	1	1	1		
Post-abortum	Immédiatement après avortement sans sepsis	1	1	1	1	1	1
	Immédiatement après avortement septique	1	1	1	1	4	4
Tabagisme	<35 ans	2	1	1	1	1	1
	≥35 ans, <15 cigarettes/jour	3	1	1	1	1	1
	≥35, ≥15 cigarettes/jour	4	1	1	1	1	1
Facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires		3/4	2	3	2	2	1
Hypertension (TA = Tension artérielle)	Antécédents (TA ne pouvant pas être mesurée)	3	2	2	2	2	1

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP		DMPA	Implants		LNG-DIU		Cu-DIU
	TA élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99)	3	1		2	1		1		1
	TA élevée (systolique ≥160 ou diastolique ≥100)	4	2		3	2		2		1
	Pathologie vasculaire	4	2		3	2		2		1
Troubles veineux superficiel	Varices	1	1		1	1		1		1
	Thrombose veineuse superficielle	2	1		1	1		1		1
Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolisme pulmonaire (EP)	Antécédents de TVP/EP	4	2		2	2		2		1
	TVP/EP aigue	4	3		3	3		3		1
	TVP/EP, et traitement par anticoagulants	4	2		2	2		2		1
	Chirurgie majeure sans immobilisation prolongée	3	1		1	1		4		1
	Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	4	2		2	2		2		1
Mutations thrombopéniques avérées		4	2		2	2		2		1
Cardiopathie ischémique (actuelle ou antécédents) ou accident vasculaire cérébral (antécédents)		4	A -2	P -3	3	A -2	P -3	A- 2	P -3	1
Dyslipidémies connu sans autres facteurs de risque cardiovasculaires connus		2	2		2	2		2		1
Valvulopathie cardiaque compliquée		4	1		1	1		2		2
Lupus érythémateux disséminé	Anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus	4	3		3	3		3		1
	Thrombocytopénie sévère	3	2		A - 3	P - 2	2		2	A -3 P -2
	Traitement immunosuppresseur	3	2		2	2		2		A -2 P -1

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC		COP		DMPA		Implants		LNG-DIU		Cu-DIU	
		A	P-	A	P			A	P	A	P	A	P
Céphalées	Non migraineuses (légères ou sévères)	A-1	P-2	A-1	P-2			1	1	1		1	
	Migraines sans aura (âge <35 ans)	A-2	P-3	A-1	P-2			2	1	2		1	
	Migraine sans aura (âge ≥35 ans)	A-3	P-4	A-1	P-2			2	1	2		1	
	Migraines avec aura (quel que soit l'âge)	4		A-2	P-3	A-2	P-3	A-2	P-3	A-2	P-3		1
Saignement vaginaux	Irrégulier sans saignements abondants	1		2		2		2		1		1	
	Abondant ou prolongé, régulier et irrégulier	1		2		2		2		A-1	P-2	1	
	Inexpliqués (avant évaluation)	2		2		3		3		A-4	P-2	A-4	P-2
Maladie trophoblastique gestationnelle	Taux de β-hcg en diminution ou indécélabes	1		1		1		1		3		3	
	Taux de β-hcg durablement élevés ou maladie maligne	1		1		1		1		4		4	
Cancers	Col utérin (en attendant le traitement)	2		1		2		2		A-4	P-2	A-4	P-2
	Endomètre	1		1		1		1		A-4	P-2	A-4	P-2
	Ovaire	1		1		1		1		A-3	P-2	A-3	P-2
Maladie du sein	Grosseur non diagnostiquée	2		2		2		2		2		1	
	Cancer en cours	4		4		4		4		4		1	
	En rémission depuis 5 ans	3		3		3		3		3		1	
Déformation utérine due aux fibromes ou anomalies anatomique		1		1		1		1		4		4	

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU		Cu-DIU	
						A	P	A	P
IST / MIP	Cervicite purulente actuelle, chlamydia, gonorrhée	1	1	1	1	A -4	P -2	A -4	P -2
	Vaginite	1	1	1	1	2		2	
	Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) actuelle	1	1	1	1	A -4	P -2	A -4	P -2
	Autres IST (VIH et hépatite exclus)	1	1	1	1	2		2	
	Risque accru d'IST	1	1	1	1	2/3		2/3	
	Risque individuel d'exposition aux IST très élevé	1	1	1	1	A -3	P -2	A -3	P -2
Tuberculose pelvienne		1	1	1	1	A -4	P -3	A -4	P -2
Diabète	Sans complication vasculaire	2	2	2	2	2		1	
	Maladie vasculaire ou de diabète de > 20 ans	3	2	3/4	2	2		1	
Affection symptomatique des voies biliaires (en cours ou traitée)		2	2	2	2	2		1	
Cholestase (antécédents)	Liée à la grossesse	2	1	1	1	1		1	
	Associés aux contraceptifs oraux	3	2	2	2	2		1	
Hépatite	Aiguë ou poussée	A -3 / 4	P- 2	1	1	1	1	1	
	Chronique ou sujet porteur	1	1	1	1	1		1	
Cirrhose	Légère	1	1	1	1	1		1	
	Grave	4	3	3	3	3		1	
Tumeurs hépatiques (adénome ou carcinome hépatocellulaires)		4	3	4	4	4		1	
VIH / SIDA	Risque élevé de VIH	1	1	1	1	2		2	
	Maladie clinique asymptomatique ou légère (stade OMS 1 ou 2)	1	1	1	1	2		2	
	Maladie clinique sévère ou avancé (stade OMS 3 ou 4)	1	1	1	1	A -3	P -2	A -3	P -2

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	COP	DMPA	Implants	LNG-DIU		Cu-DIU	
Les interactions médicamenteuses, y compris l'utilisation de	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
	Inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse	1/2	1/2	1/2	1/2	2/3	2	2/3	2
	Ritonavir, inhibiteurs de la protéase boostés par le ritonavir	2	2	1	2	2/3	2	2/3	2
	Inhibiteurs d'intégrase	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
	Rifampicine ou rifabutine	3	3	1	2	1		1	
	Traitement par anticonvulsivants	3	3	1	2	1		1	

A = Adoption

P = Poursuite :

Pour certains états de santé, la classification peut varier selon que la femme *adopte* une méthode contraceptive ou *poursuit* son utilisation. En l'absence de la mention A ou P, la catégorie indiquée s'applique à l'adoption comme à la poursuite.

Catégorie 1	Aucune restriction d'emploi.
Catégorie 2	En général, emploi possible de la méthode ; suivi nécessaire dans certains cas
Catégorie 3	En général, emploi déconseillé. Emploi possible si le prestataire possède des compétences cliniques et s'il y a accès à des services cliniques
Catégorie 4	Méthode à proscrire

ANNEXE 3 : 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 éclairé.

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 du/de la client(e) 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 le/la client(e) à poser des questions et à exprimer ses opinions
- donner des réponses appropriées en utilisant un langage compréhensible par le/la client(e) ;
- appliquer les compétences d'une communication efficace (non verbale et verbale) ;
- s'assurer de la satisfaction du/de la client(e) ;
- l'inviter à prendre une décision quant au choix d'une méthode ;
- répondre à la décision du/de la 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 ;
- évoquer 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/de la 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 4 : 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 5 : 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 6 : 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 7 : 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 8 : Fiche de diagnostic client du relais

Région : _____ Cercle : _____
 CSCCom : _____ 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 <ul style="list-style-type: none"> • De forts maux de tête • Yeux jaunes 	 	
THORAX <ul style="list-style-type: none"> • Une masse dans le sein • Douleur à la poitrine fréquente • Essoufflement, fatigue à l'effort (la marche à petite distance). 	 	
ABDOMEN <ul style="list-style-type: none"> • Retard des règles • Saignement après les rapports • Saignements en dehors des règles 	 	
JAMBES <ul style="list-style-type: none"> • Varices • Mollet enflé et douloureux 	 	
AUTRES MALADIES <ul style="list-style-type: none"> • 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}								

Exemples d'effets secondaires

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

Exemples de résolution d'effets secondaires

- Rassurer
- Référer au centre de santé communautaire

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 : 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.

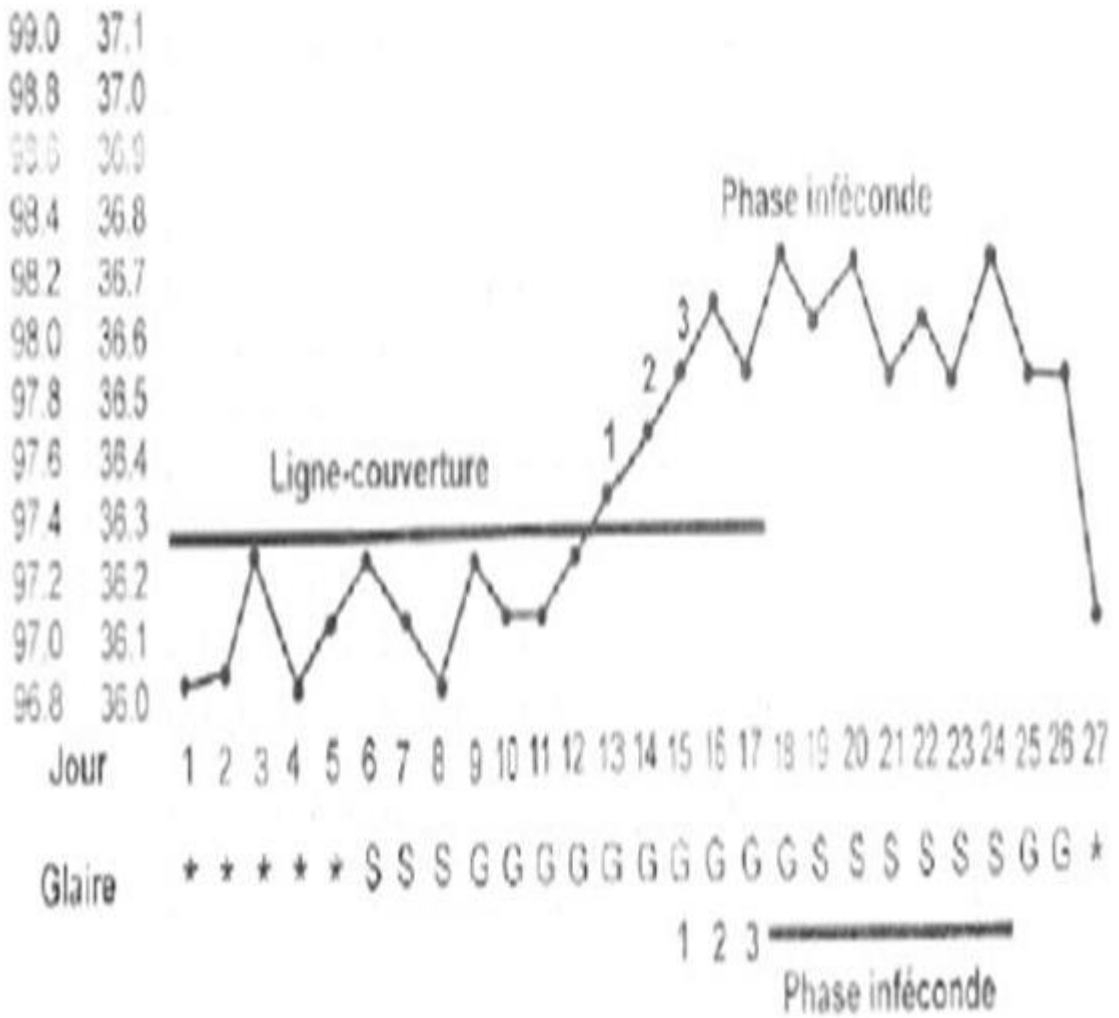
2. VENDEURS/DETAILLANTS :

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

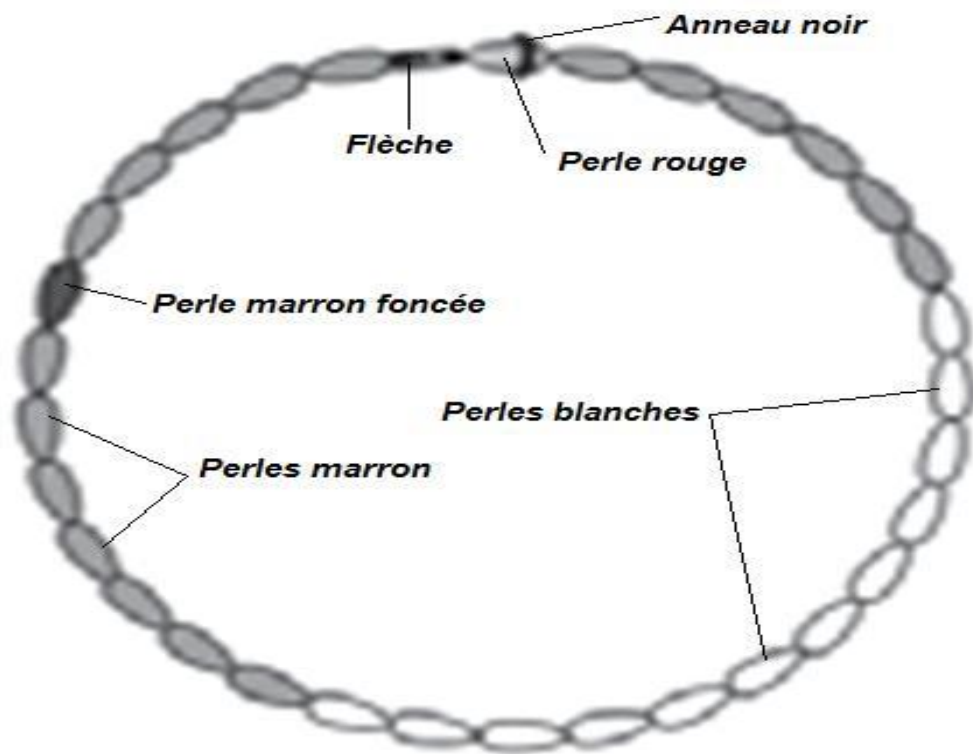
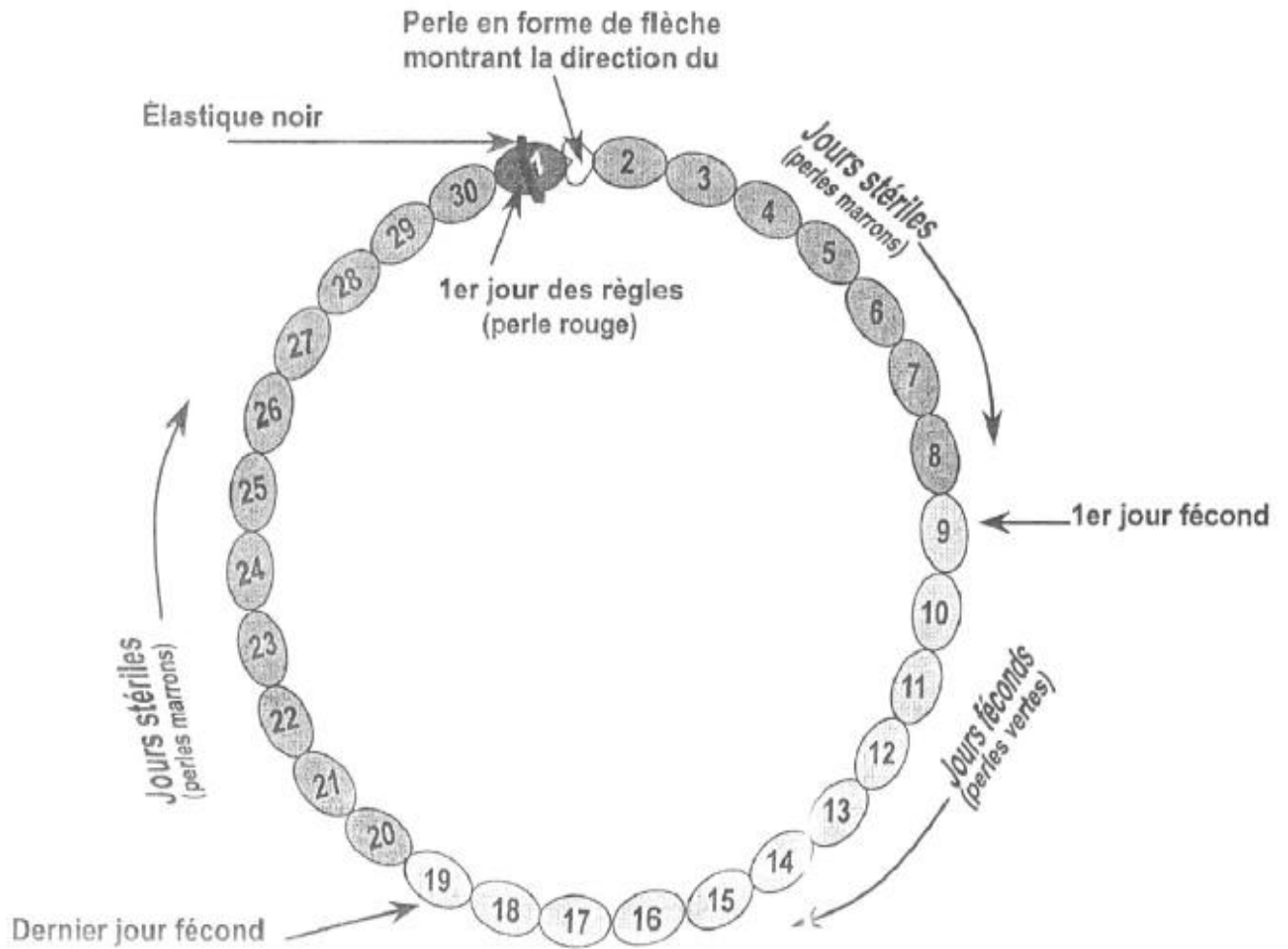
- Echanger les salutations avec les clients ;
- Demander l'objet de la visite ou interpréter les gestes des clients ;
- Expliquer les modes d'utilisation des condoms exposés ;
- Vendre les condoms ;
- Expliquer les conditions de conservation du condom ;
- Expliquer le mode de destruction après usage 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

Diagramme rempli sur la température basale du corps



ANNEXE 14 : Collier



ANNEXE 15 : Informations essentielles sur la PF chez une femme ayant subie une opération de fistule obstétricale

- Toute femme ayant subie une opération de fistule doit s'abstenir de rapports sexuels pendant **au moins 3 mois** pour ne pas endommager la zone réparée ;
- La cliente, complètement guérie, pourrait reprendre les relations sexuelles, si elle se sent capable, après les 3 mois ;
- Toute cliente en âge de procréer doit être considérée comme féconde ;
- Toute femme qui a ses règles peut tomber enceinte ;
- Toute femme ayant subie une opération de fistule ne doit pas tomber enceinte **avant 12 mois** ;
- La cliente souffrant de FO a besoin de **conseils empathiques sur sa fertilité et d'aide pour faire un choix éclairé sur la PF** ;
- Il n'y a pas de **contre-indication absolue** à l'utilisation d'une quelconque méthode de PF uniquement en raison d'une opération de fistule obstétricale ;
- Les méthodes naturelles sont **inadaptées à cause de leur inefficacité** et le DIU à **cause de la technique d'insertion** ;
- Seuls les préservatifs (masculin et féminin) et l'abstinence offrent l'avantage d'une double protection (IST et le VIH et grossesse) ;
- Les clientes doivent être informées qu'elles peuvent recourir à la contraception d'urgence, au besoin ;
- Avec le consentement de la cliente, l'implication du conjoint/mari peut favoriser l'utilisation d'une méthode contraceptive.

II. IST/VIH/SIDA ET PTME

A. IST/VIH ET LE SIDA

1. Généralités sur le counseling

1.1. Définition

Le « **Counseling** » en matière de VIH consiste en un dialogue confidentiel entre un individu et son conseiller afin d'aider cet individu à surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport au VIH.

Le conseil consiste à évaluer le risque personnel de transmission du VIH et à faciliter un comportement préventif.

1.2. Etapes du counseling

a. Souhaiter la bienvenue :

- accueillir chaleureusement le ou la client(e) ;
- saluer le ou la client(e) ;
- offrir un siège au ou à la client(e) ;
- se présenter et demander le nom du ou de la client(e) ;
- mettre le (la) client(e) en confiance et à l'aise ;
- demander ce que vous pouvez faire pour lui (elle) ;
- assurer la confidentialité ;
- rassurer le (ou la) client(e) que l'entretien sera privé et confidentiel.

b. S'entretenir avec le (la) client(e) :

- montrer sa disponibilité par une écoute attentive ;
- laisser le ou la cliente exprimer entièrement son problème ;
- évaluer les connaissances du client sur le VIH ;
- compléter les connaissances du client au besoin ;
- évaluer les risques personnels d'infection à VIH ;
- faire un résumé de l'ensemble des informations données ;
- expliquer les deux résultats possibles du test.

c. Faire un plan de réduction de risque :

- aider le (la) client(e) à prendre une décision (consentement éclairé) ;
- explorer avec le (la) client(e) les conséquences de sa décision.

d. Effectuer le test :

- rappeler les résultats possibles du test ;
- faire l'annonce du résultat ;
- gérer la réaction du client selon le résultat.

e. Donner le rendez-vous selon le cas.

1.3. Counseling 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 efficace (algorithme de prise en charge syndromique des IST) ;
- adopter de nouveaux comportements sexuels à moindre risque afin de prévenir de nouvelles IST, les récurrences et d'endiguer la propagation du VIH et le Sida.

Etapes et activités du counseling

ETAPES	ACTIVITES
<p><u>Bienvenue :</u> Accueillir le/la patient (e).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p><u>Entretien :</u> Avec le/la patient (e) pour recueillir les informations nécessaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 : <ul style="list-style-type: none"> ○ 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.
<p><u>Renseigner :</u> Le (la) patient(e) sur les IST.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • être 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
<p><u>Aider</u> : Le (la) patient(e) à comprendre son niveau de risque et à planifier des modifications de son comportement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p><u>Expliquer</u> : Le traitement et la prévention de la réinfection au (à la) patient (e)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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 en cas de besoin.
<p><u>Référer.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

FICHE TECHNIQUE N° 11 : 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° 12 : 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.

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

1.4.1. Counseling pré dépistage :

Il existe deux approches de counseling pour le dépistage du VIH dans les sites de conseil/dépistage :

- approche dite de l'acceptation - « **opt-in** »
- approche dite du refus - « **opt-out** » est recommandée pour le dépistage du VIH et le conseil dans tous les services sr et spécifiquement en CPN (cf. fiches techniques n°12).

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 au niveau national, régional ou local.

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

Les étapes sont :

- évaluer les connaissances et les facteurs psychosociaux ;
- évaluer le risque ;
- explorer les convictions socioculturelles ;
- prendre une décision.

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

- discuter avec le (la) client(e) à propos de ses connaissances concernant les modes de transmission du VIH et le sida 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 et le sida ;
- 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 et le sida ;
- 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 ;
- faire un plan de réduction des risques du ou de la client(e).

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 la pratique du sororat/lévirat dans le milieu social ;
- discuter des appréciations du (de la) client(e) par rapport aux pratiques traditionnelles à risque (scarifications, tatouages, excision et circoncision en groupe dans le milieu social) ;
- 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 connaître son statut sérologique ;
- discuter de la prise en charge gratuite du VIH et le sida (TARV, test charge virale, CD4) ;
- déterminer si le (la) client(e) est résolu(e) à faire le test ;
- remplir la fiche de sérologie en respectant la confidentialité.

Dans le cadre de la PTME en plus de toutes ces étapes :

- discuter des avantages de la PTME ;
- marquer le résultat du test sur le carnet de la femme comme convenu en respectant les codes d'identification des statuts sérologiques.

1.4.2. 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 si résultat positif (réaction du/de la client(e));
- 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 la fiche de sérologie 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 un bulletin et le remettre au ou à la client(e) ;
- 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) d'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 planification familiale (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.

N.B : Dans le cadre de la PTME Informer la femme du risque élevé de transmission du VIH au nourrisson si elle est infectée pendant la grossesse ou pendant l'allaitement.

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 (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 du traitement antirétroviral (tester et traiter) ;
- 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.

N.B : Dans le cadre de la PTME, l'informer des questions essentielles liées à la PTME :

- discuter des décisions relatives au traitement, à la prophylaxie antirétrovirale et le choix concernant l'alimentation du nourrisson ;
- discuter et encourager le partage du statut sérologique avec des tiers, notamment le partenaire ;
- encourager le dépistage du partenaire et de la fratrie ;
- encourager la femme séropositive à aller aux CPN et insister sur l'importance de l'accouchement dans une formation sanitaire pratiquant la PTME.

FICHE TECHNIQUE N° 13 : Gestion de quelques situations qui peuvent se présenter lors du conseil/dépistage

SITUATIONS	SIGNES (Comment reconnaître ?)	CONDUITE A TENIR (Que faire ?)
Patient(e) anxieux (se).	<ul style="list-style-type: none"> • il (elle) peut parler beaucoup ; • il (elle) peut être silencieux (se) ; • il (elle) peut avoir parfois des gestes incontrôlés ou être irritables. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ?). 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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 ?). 	<ul style="list-style-type: none"> • l'aider à élaborer son plan de réduction 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.

FICHE TECHNIQUE N° 14 : Approches de counseling pour le dépistage du VIH

Approche dite de l'acceptation - « Opt-in » : La femme demande explicitement de faire le test. Après qu'elle ait reçu toutes les informations sur le VIH et sur le test de dépistage, un consentement éclairé – écrit ou oral – est clairement établi. L'approche « opt-in » implique donc une décision active de la femme.

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.

N.B : L'approche « opt-out » est recommandée pour le dépistage du VIH et le conseil dans tous les services SR et spécifiquement en 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 au niveau 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).

FICHE TECHNIQUE N° 15 : 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 au niveau 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).

1.5. Counseling de couple

Les professionnels de la santé doivent encourager le couple à participer aux séances d'informations sur les tests de dépistage et le conseil.

- le fait que les deux partenaires fassent ensemble le test de dépistage peut réduire la probabilité qu'un partenaire soit « accusé » par l'autre d'avoir apporté le VIH dans la famille.
- l'identification pendant le conseil de couples de statut sérologique discordant (un partenaire est séropositif et l'autre séronégatif) donnera l'occasion de discuter de pratiques sexuelles à moindre risque.

1.5.1. Statut sérologique discordant :

Les femmes pensent souvent que les résultats de leur test reflètent le statut sérologique de leur partenaire. Elles supposent que, si elles sont séronégatives, leur partenaire l'est également, ce qui n'est pas toujours le cas. Si le partenaire est en fait séropositif et infecte la mère pendant la grossesse, le risque de transmission du VIH au nourrisson est alors très élevé.

1.5.2. Responsabilité du professionnel de santé travaillant avec les couples :

Les professionnels de santé peuvent encourager les femmes à persuader leurs partenaires de se rendre dans les services de SMNI et de faire le test de dépistage du VIH, sans tenir compte des résultats du test de dépistage de la femme. Une bonne préparation en donnant des « astuces » à la femme, en anticipant les problèmes qu'elle pourrait avoir, et en l'entraînant à l'avance peut l'aider à révéler ses résultats et à conseiller à son partenaire d'aller faire le test. De même, les partenaires masculins peuvent être orientés vers un centre de conseil et dépistage volontaire (CCDV). Il convient alors de fournir des informations précises sur les horaires, l'adresse et les services du centre. Si la patiente ou son partenaire reçoit un résultat positif, orienter vers les structures de prise en charge.

1.5.3. Recommandations pour le conseil aux couples :

- établir une relation avec chaque partenaire ;
- les assurer de la confidentialité et du soutien nécessaire ;
- évaluer la connaissance de chacun sur le VIH et sida ;
- éviter qu'une personne ne domine la conversation ;
- expliquer le processus de dépistage ;
- conseil après le test :
 - demander s'ils préfèrent recevoir les résultats séparément ou ensemble. la plupart des experts recommandent que les partenaires reçoivent les résultats ensemble, ce qui constitue pour le couple une condition préalable au conseil ;
 - évoquer la possibilité d'un statut sérologique discordant (l'un des partenaires peut être infecté et l'autre non) et les préparer à cette éventualité.

- fournir des informations sur les interventions de PTME disponibles : prophylaxie ARV, méthodes d'alimentation du nourrisson, intégration PF/VIH, etc.
- confirmer les avantages de la connaissance du statut sérologique et discuter des préoccupations ou des risques éventuels liés à la connaissance du dit statut sérologique ;
- demander qui d'autre pourrait être affecté par les résultats du test ;
- confirmer la volonté du couple de faire le test de dépistage ;
- au cas échéant, orienter le couple pour un conseil supplémentaire.

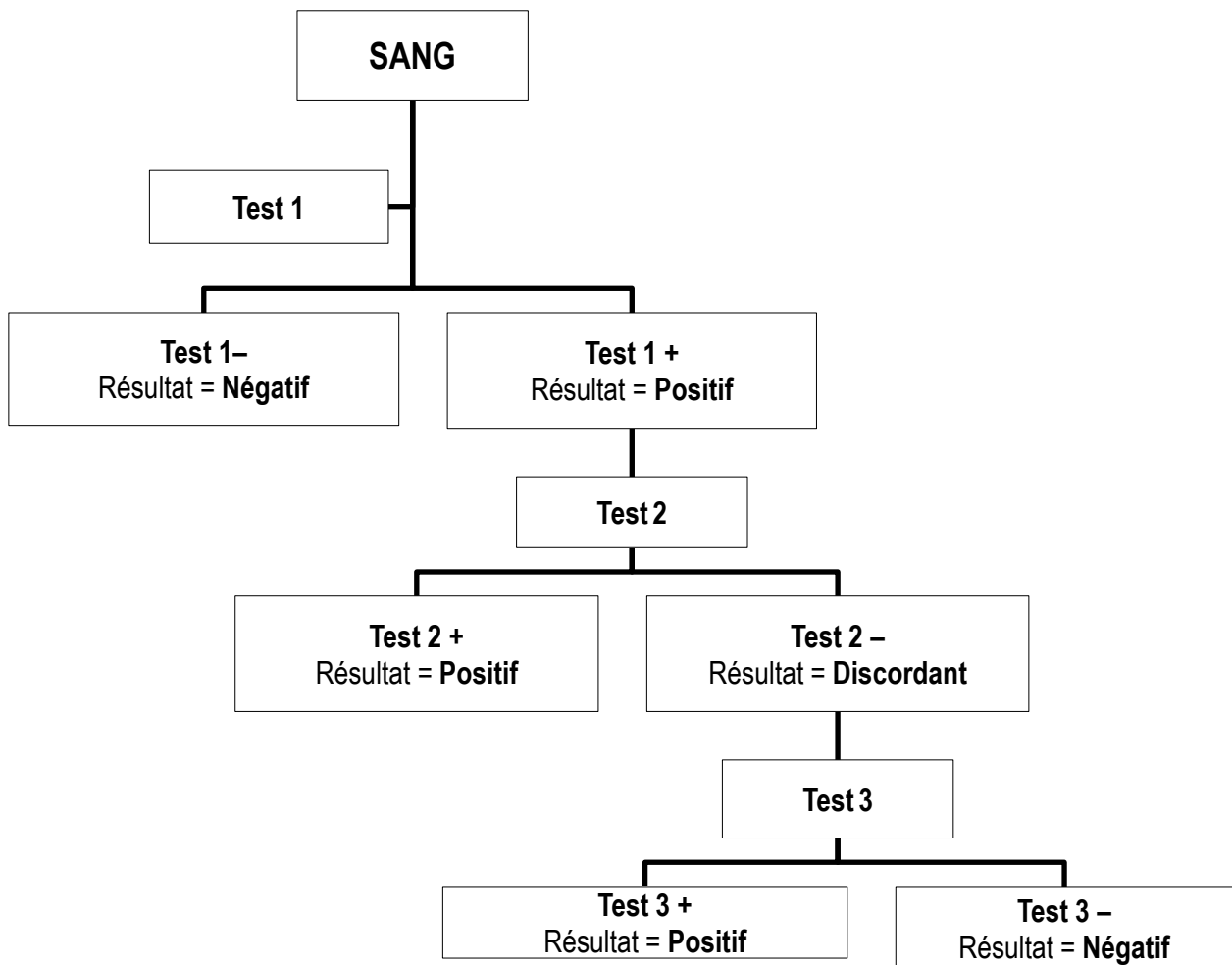
2. Tests VIH

Au Mali 3 tests d'anticorps du VIH sont retenus pour faire le dépistage :

- détermine (alere) en première intention ;
- SD bioline pour la confirmation et le typage des cas positifs ;
- first réponse pour la confirmation des cas discordants.

- 1) l'échantillon de sang est prélevé : au bout du doigt ou au pli du coude.
- 2) l'échantillon de sang est traité : soit sur place (par exemple, dans les centres de SMNI pour les tests rapides), soit au laboratoire ;
- 3) le professionnel de santé reçoit les résultats ;
- 4) le professionnel de santé donne les résultats à la patiente pendant le conseil après le test :
 - chez un adulte, un résultat de test d'anticorps positif signifie que la personne est infectée par le VIH.
 - un résultat négatif signifie que la personne n'est pas infectée par le VIH ;
 - il arrive qu'une personne séronégative soit en « fenêtre sérologique ». il s'agit de la période entre le moment où l'infection par le VIH a lieu et le moment où les anticorps contre le virus deviennent détectables par le test dans le sang. cette période d'incubation peut durer de 4 à 6 semaines, parfois jusqu'à 3 mois après l'infection par le VIH. Les personnes qui ont été testées négatives doivent faire un nouveau test trois mois après l'exposition pour confirmation des résultats.
- 5) Le professionnel de santé donne un soutien, des conseils après le test et oriente vers les services appropriés.

Algorithme de tests sérologiques en série au Mali



B. PRISE EN CHARGE

1. Infections sexuellement transmissibles (IST)

1.1. Accueil

- saluer et souhaiter la bienvenue au (à la) patient(e) ;
- offrir un siège ;
- 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 ;
- évaluer 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 (à la) patient(e) 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 d'écoulement vaginal, 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 d'écoulement, 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.
- 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 (exemples : 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)	SYMPTOMES (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 ducrey</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 ducrey</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) ;
- éduquer 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 :

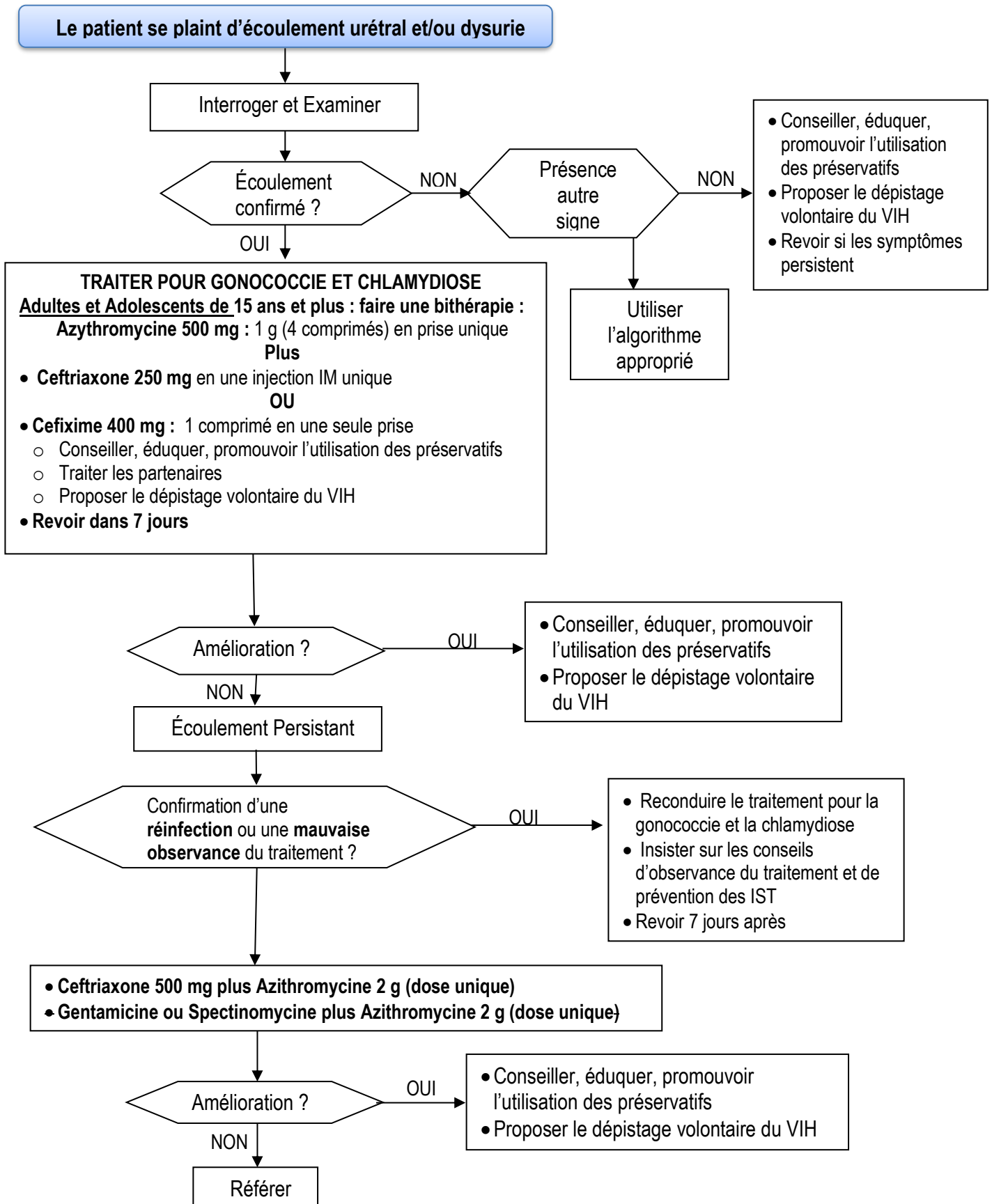
C'est une infection urogénitale se traduisant par un écoulement purulent franc ou de petites tâches sur le linge voire une croûte sur le méat urétral observé le matin lors de la première miction avec une sensation de brûlure, de douleur à la miction.

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 :

ALGORITHME 18 : Écoulement urétral et/ou dysurie



1.7.2. Bubon inguinal :**a. Définition :**

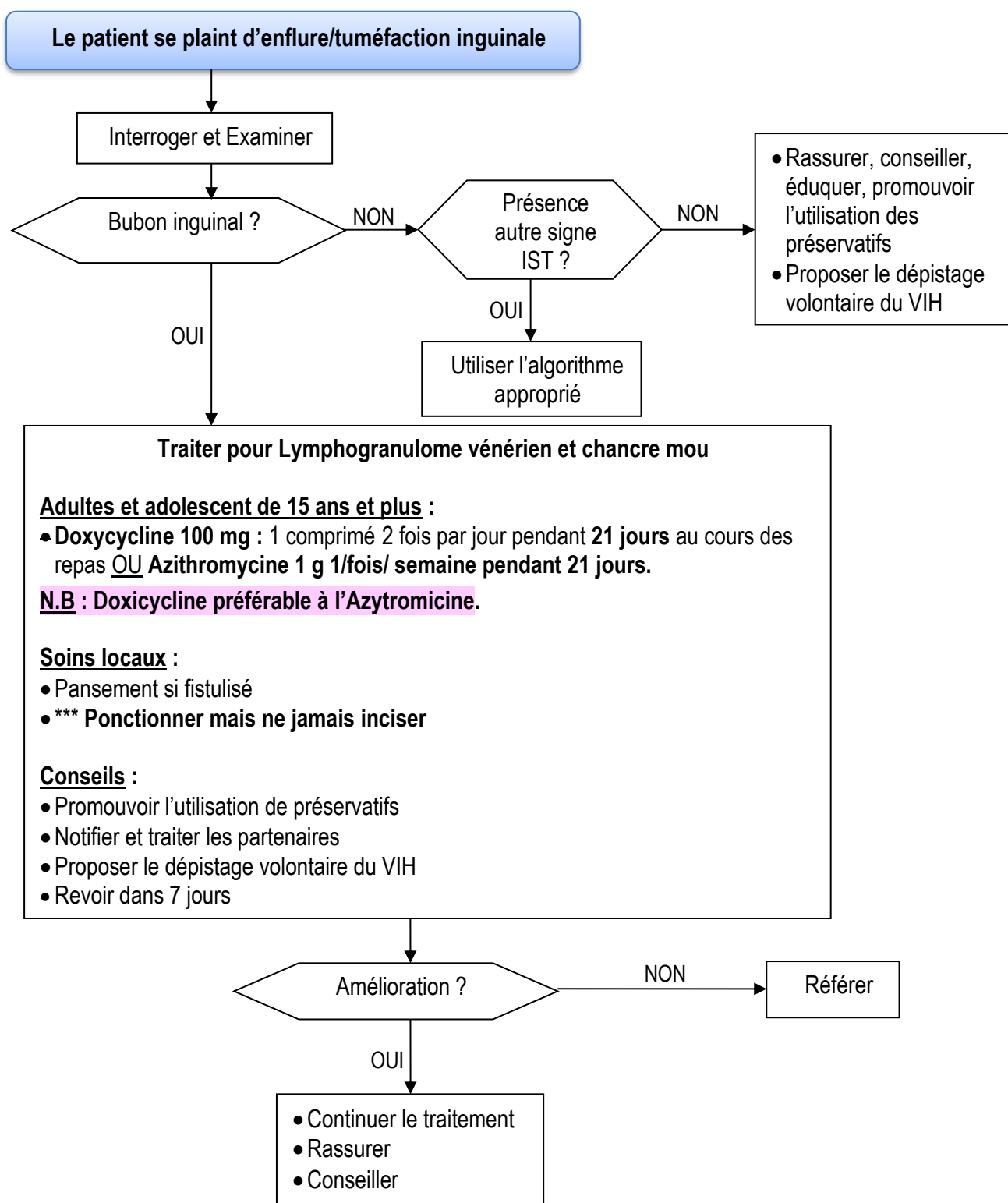
C'est une hypertrophie très douloureuse des ganglions inguinaux.

b. Signes :

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

c. Prise en charge

ALGORITHME 19 : Bubon inguinal



1.7.3. Douleur abdominale basse :

a. Définition :

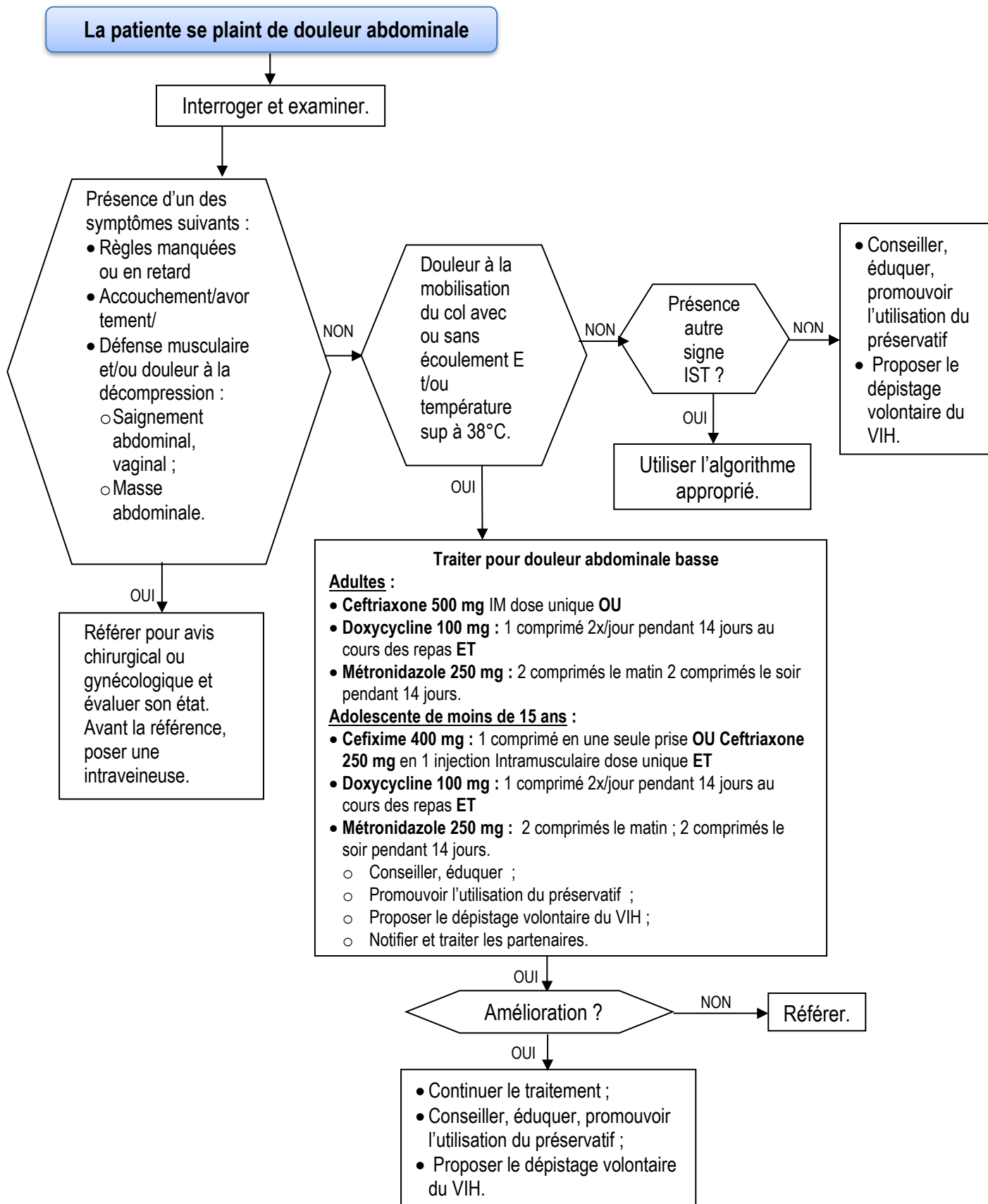
C'est une infection se traduisant par une douleur pelvienne accentuée par les rapports sexuels ou à la mobilisation du col.

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 :

ALGORITHME 20 : Douleur abdominale basse



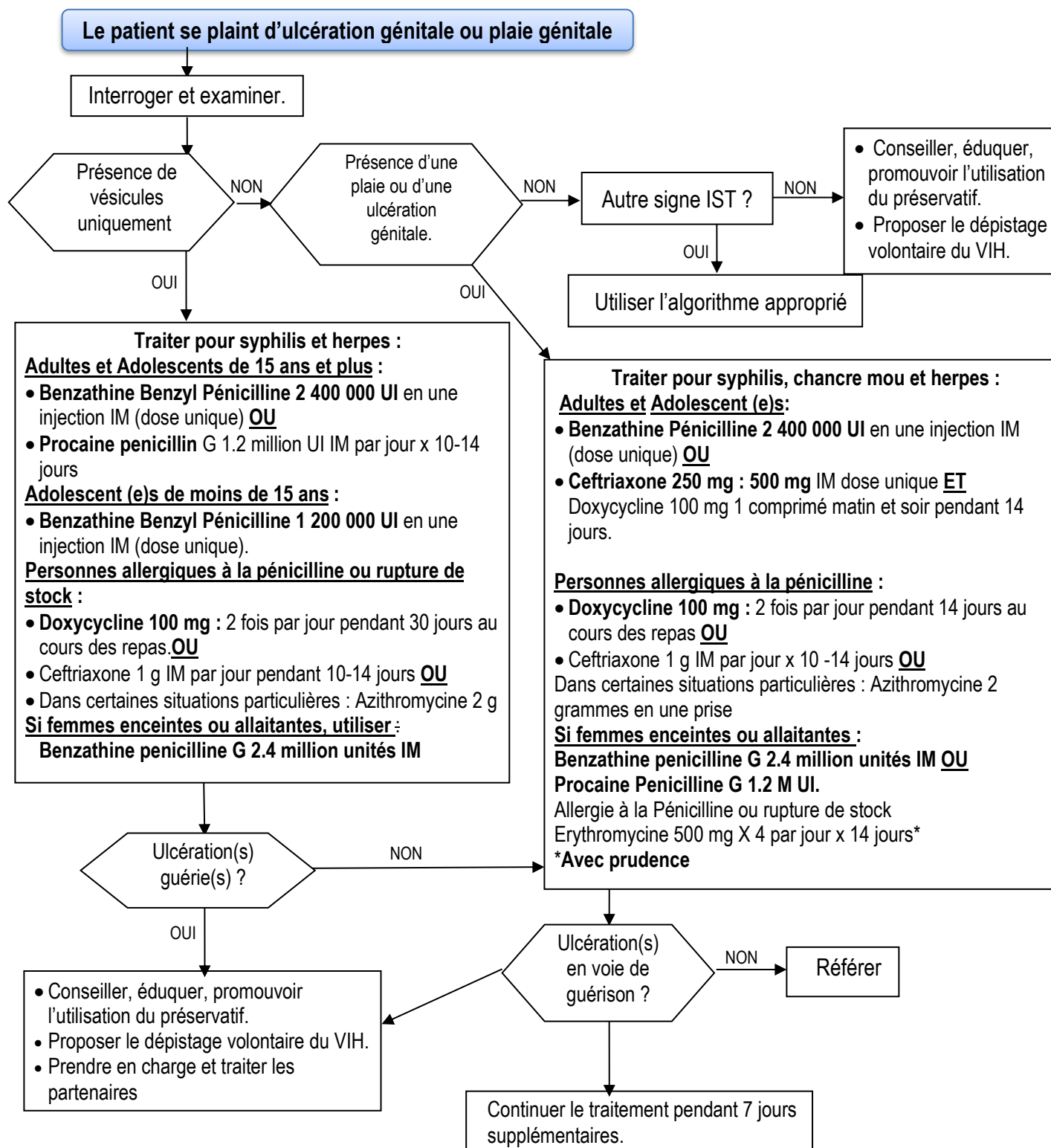
1.7.4. Ulcération génitale :**a. Définition :**

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 ;
- éruption cutanée douloureuse.

ALGORITHME 21 : Ulcérations génitales



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

1.7.5. Tuméfaction du scrotum :**a. Définition :**

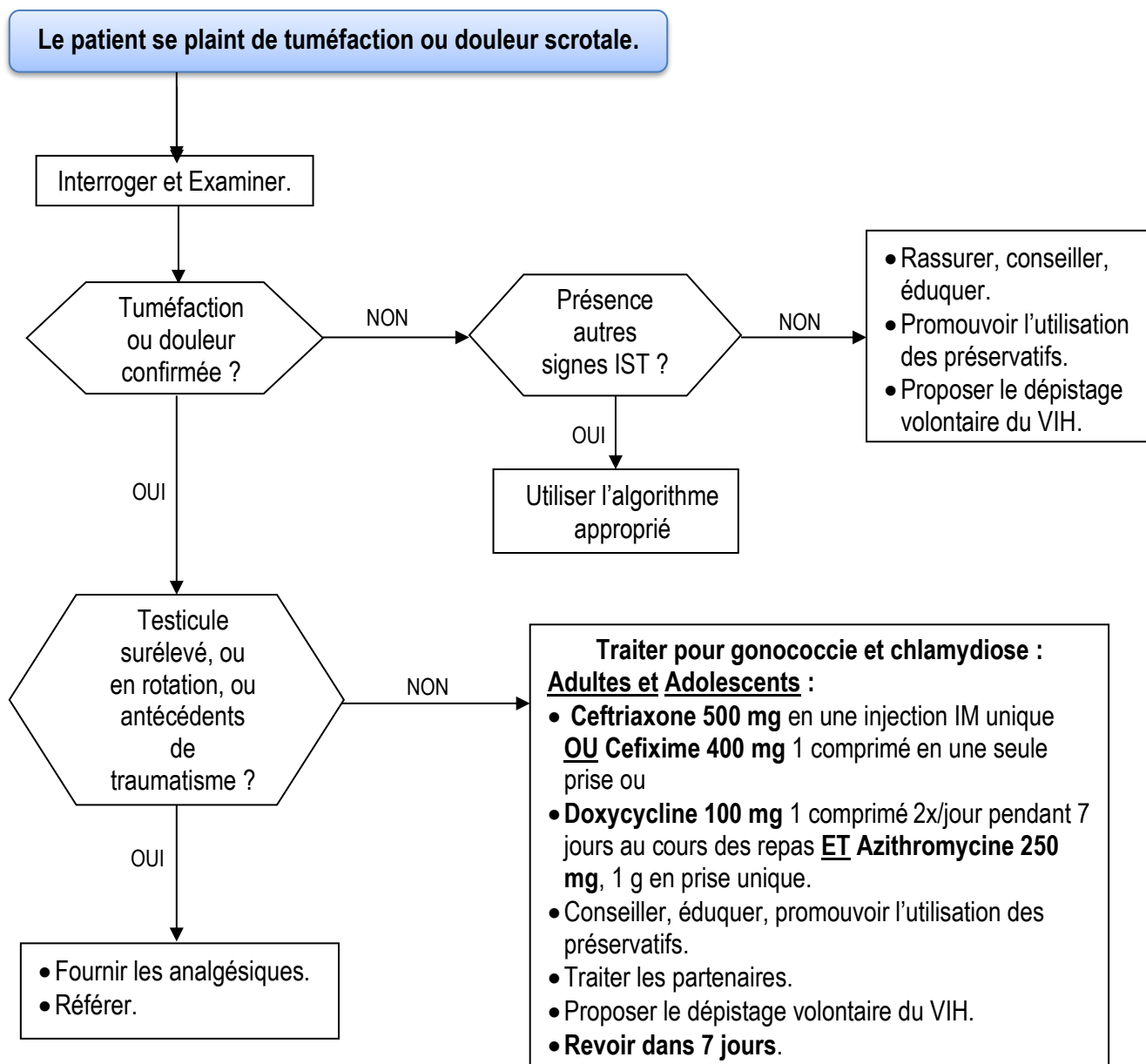
C'est une augmentation du volume de la bourse avec douleur.

b. Signes :

- douleur testiculaire très intense unilatérale ;
- enflure du scrotum
- testicule surélevé ou en rotation.

c. Prise en charge :

ALGORITHME 22 : Tuméfaction du scrotum



1.7.6. Écoulement vaginal (avec 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 :**• Signes généraux (avec ou sans spéculum) :**

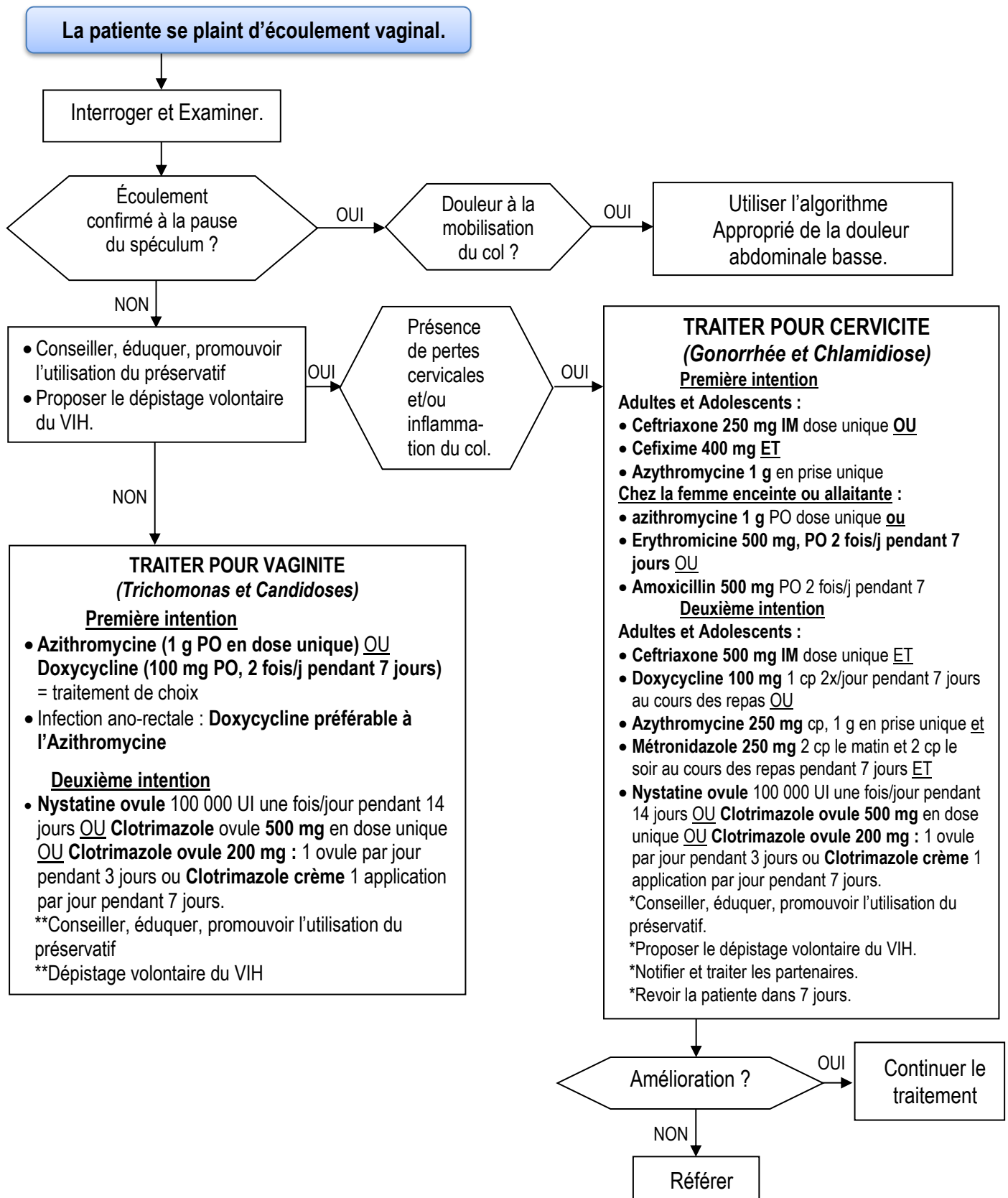
- écoulement vaginal inhabituel ;
- démangeaison vaginale ;
- dysurie (difficulté, douleur à la miction) ;
- dyspareunie (douleurs pendant les rapports sexuels).

• Signes spécifiques :

- présence de pertes cervicales et/ou inflammation du col (avec utilisation du spéculum).

c. Prise en charge :

ALGORITHME 23 : Écoulement vaginal (avec ou sans utilisation du speculum)



1.7.7. Conjonctivite du nouveau-né :

a. Définition :

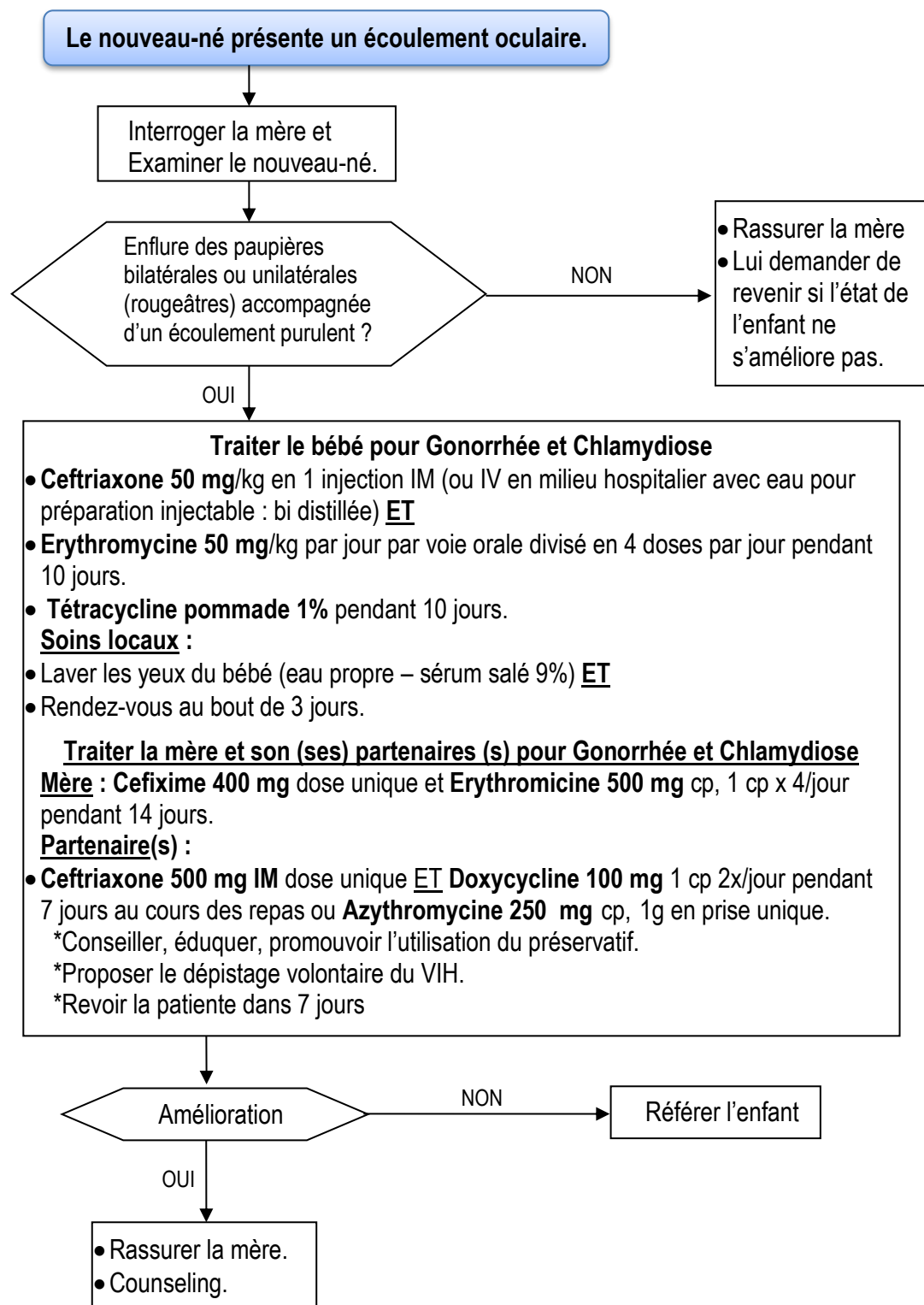
C'est une affection se traduisant par une inflammation des conjonctives avec écoulement purulent chez les bébés de moins d'un mois.

b. Signes :

- écoulement purulent uni ou bilatéral ;
- œdème des paupières uni ou bilatéral.

c. Prise en charge :

ALGORITHME 24 : Conjunctivite du nouveau-né



1.8. Visite de suivi

Etapas 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 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 (Protocole de traitement ARV de la femme enceinte séropositive au Mali – Option B+)

2.1. Pendant la grossesse

2.1.1. Femme enceinte infectée par le VIH 1 - Deux cas de figure :

- **Situation 1** : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :
 - Continuer le traitement antirétroviral déjà initié s'il est efficace et bien toléré
- **Situation 2** : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :
 - Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé. L'un des schémas suivants sera proposé :
 - ✓ Schéma préférentiel :
 - TDF + 3TC + EFV
 - ✓ Schémas optionnels :
 - TDF + 3TC + NVP
 - AZT + 3TC + EFV
 - AZT + 3TC + NVP

N.B : Une fois le TARV initié, il est poursuivi à vie (Option B+ OMS 2013).

- Initiation d'un **TARV contenant la NVP**
 - 14 premiers jours donner **Névirapine 200 mg** une fois par jour
Par exemple en cas d'**association fixe (3TC + AZT + NVP)**, il faut donner :
 - ✓ La **combinaison fixe** de **(3TC + AZT + NVP)** : 1 comprimé le matin (**3TC + AZT**) : 1 comprimé le soir.
 - 15^{ème} jour si la **NVP** bien supportée donner la **dose complète : 3TC + AZT + NVP** : 1 comprimé X 2/jour.

N.B : Les prises du matin et du soir doivent être espacées de 12h et tout arrêt non cadré de plus de 7 jours nécessite une réinitialisation de la Névirapine.

2.1.2. Femme enceinte infectée par le VIH 2 - Deux cas de figure :

- **Situation 1** : Femme ayant débuté sa grossesse sous traitement ARV :
 - Continuer le traitement antirétroviral déjà initié si efficace et bien toléré ;
- **Situation 2** : Femme débutant sa grossesse en l'absence de traitement ARV :
 - Débuter le traitement dès que le diagnostic est confirmé selon l'un des schémas suivants :
 - ✓ Schéma préférentiel :
 - TDF + 3TC + LPV/r
 - ✓ Schéma optionnel :
 - AZT + 3TC + LPV/r
 - TDF +3TC + AZT

N.B : Les INNTI (NVP/EFV) ne sont pas efficaces contre le VIH2.

2.1.3. Femme enceinte infectée par le VIH 1+2 :

- **Traiter comme un VIH2**
- **Faire le suivi et le traitement associé chez la femme enceinte**
 - Suivi de la grossesse
 - ✓ CPN faite tous les mois ;
 - ✓ Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) ;
 - ✓ supplémentation systématique en fer + acide folique jusqu'à 3 mois après l'accouchement ;
 - ✓ TPI du paludisme par la SP à partir de la quinzième semaine d'aménorrhée (13 semaines de grossesse) ;
 - ✓ vaccination anti tétanique et diphtérique (Td);
 - ✓ administration de l'Albendazole.

Ces examens nécessaires seront demandés en routine en attendant la PEC de leur gratuité :

- sérologie de routine pour la syphilis ;
- sérologie de la toxoplasmose (IgM et IgG) ;
- Hemoglobine/Hematocrite ;
- AgHBS/Anticorps anti HBC ;
- suivi de l'infection à VIH.

N.B : Faire si possible une charge virale (CV) à l'inclusion et vers la 34^{ème} semaine de grossesse.

2.2. Travail et accouchement

2.2.1. TARV des femmes enceintes VIH 1 :

- **Situation 1 :** Femme séropositive sous traitement ARV :
 - continuer le traitement ARV.
- **Situation 2 :** Femme séropositive non suivie et non traitée qui est en travail, initier une trithérapie selon l'un des schémas suivants :
 - Schéma préférentiel :
 - ✓ TDF + 3TC + EFV en une seule dose.
 - Schémas optionnels :
 - ✓ TDF + 3TC + NVP ;
 - ✓ AZT + 3TC+ EFV ;
 - ✓ AZT + 3TC + NVP.

2.2.2. TARV des femmes enceintes VIH 2 et du VIH 1+2 :

- **Situation 1 :** Femme séropositive sous traitement ARV :
 - continuer le traitement ARV.
- **Situation 2 :** Femme séropositive non traitée qui est en travail, initier le TARV selon l'un des schémas suivants :
 - Schéma préférentiel :
 - ✓ TDF + 3TC + LPV/r.
 - Schéma optionnel :
 - ✓ AZT + 3TC + LPV/r ;
 - ✓ TDF + 3TC + AZT.
- le dépistage du cancer du col de l'utérus.

N.B :

- Le Traitement ARV de la femme enceinte séropositive une fois instauré est poursuivi à vie quelque que soit le type de VIH (Option B+).
- Référer la patiente après l'accouchement dans une unité de prise en charge afin d'organiser le suivi.
- Proposer à la femme séropositive la charge virale (CV) 6 mois après initiation TARV, 12 mois après la première CV et tous les 12 mois par la suite.

2.2.3. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • dépister ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • dépister/traiter selon le protocole ; • faire le suivi médical et psychosocial ; • renforcer l'observance ; • référer au besoin.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • demander bilan complémentaire (CV).
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

3. Protocole de prophylaxie ARV chez le nouveau-né

3.1. Considérations à prendre en compte pour la prophylaxie du nouveau-né

3.1.1. Cas de Nouveau-né à risque élevé :

Est considéré comme nouveau-né à risque élevé :

- si la CV de la mère est supérieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;
- si la mère n'a pas reçu les ARV ou a reçu moins de 8 semaines d'ARV avant l'accouchement ;
- si la mère est diagnostiquée VIH+ à l'accouchement ou en postpartum.

Dans ces cas, il faut donner une BITHERAPIE.

Nouveau-né de mère VIH 1

Nouveau-nés à risque élevée	DUREE PROPHYLAXIE	BITHERAPIE	POSOLOGIES
Avec allaitement	12 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en une prise par jour jusqu'à la douzième semaine.
		AZT sirop 10 mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines. A partir de la septième semaine, ajuster la posologie en fonction du poids en deux prises par jour jusqu'à la douzième semaine.
Sans allaitement	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines.
		AZT sirop 10 mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines.

3.1.2. Cas de Nouveau-né à risque faible :

Est considéré comme nouveau-né à risque faible :

- si la CV de la mère est inférieure à 1 000 copies/ml à 4 semaines avant l'accouchement ;
- si la mère a reçu les ARV pendant plus de 8 semaines avant l'accouchement.

Dans ces cas, il faut donner une MONOTHERAPIE.

Nouveau-né de mère VIH 1

Nouveau-nés à risque élevée	Durée prophylaxie	Bithérapie	Posologies
Avec allaitement	6 semaines	NVP sirop 10 mg/ml	2 mg/kg/jour en une prise par jour pendant 6 semaines.
Sans allaitement	6 semaines	AZT sirop 10mg/ml	4 mg/kg par prise en deux prises par jour pendant 6 semaines.

3.1.3. Cas de VIH-2 ou VIH 1+2 :

- si mère est bien traitée donner AZT pendant 6 semaines
- si dépistage tardif de la mère donner AZT + 3TC pendant 12 semaines.

N.B :

- Ne pas utiliser la NVP en cas de VIH-2.
- Cependant à partir de 6 semaines, réajuster la dose à administrer en fonction du poids ;
- en cas de mère VIH 2 ne pas utiliser la NVP ;
- faire le conseil sur alimentation du nouveau-né de mère VIH+ à tout moment (avant, pendant la grossesse et après l'accouchement) ;
- choix éclairé du mode d'alimentation soit :
 - AM : exclusif pendant 6 mois, et durée maximale de 12 mois ;
 - AA : si les conditions AFADS sont réunies (acceptable, faisable, abordable, disponible sûre) est sans danger ;
- condition optimale pour AM :
 - mère sous TARV avec CV indétectable ou mère asymptomatique au moment de l'accouchement et pendant toute la durée de l'allaitement ;
 - mère optant pour AM doit poursuivre la trithérapie ARV ;
- renforcer l'aide à l'observance chez la mère optant pour l'AM ;
- 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 6 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.

3.2. Suivi et traitements associés chez le nouveau-né**3.2.1. Prophylaxie par le Cotrimoxazole :**

- 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

3.2.2. Vaccination :

- la vaccination par le BCG est réalisée chez tous les nouveau-nés de mère séropositive.
- si l'AgHBS est positive chez la mère, il est recommandé de vacciner l'enfant à la naissance.
- le calendrier PEV sera respecté.

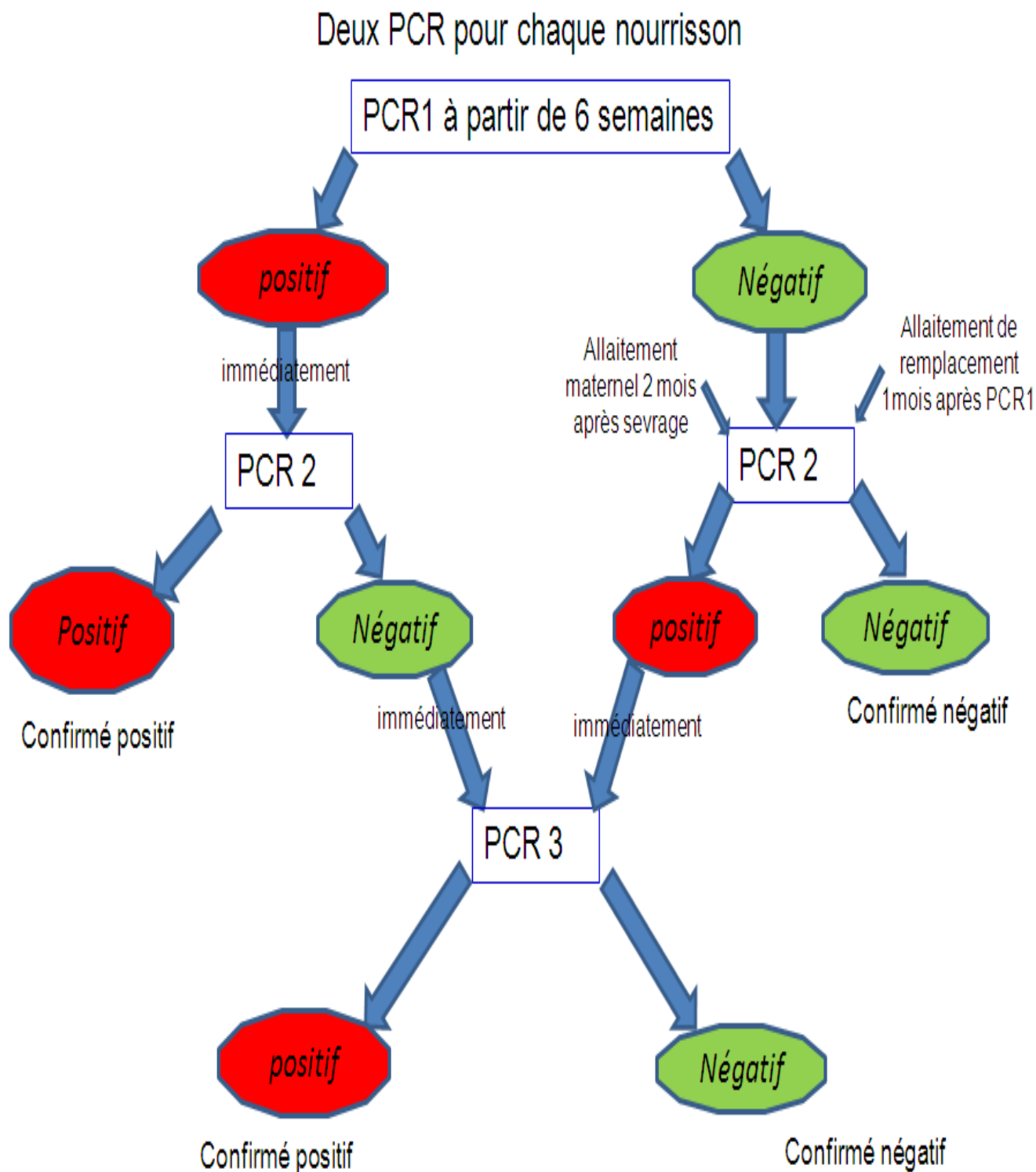
3.2.3. Dépistage :

- diagnostic précoce nourrisson à partir de 6 semaines de vie ;
- sérologie de l'enfant 9 mois de vie et confirmée à 18 mois ;
- suivi mensuel pour surveiller la croissance et le bon état général de l'enfant.

3.2.4. Prise en charge par niveau :

Niveaux	Conduite à tenir
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • dépister/traiter selon le protocole ; • faire le suivi médical et psychosocial ; • renforcer l'observance ; • référer au besoin.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

3.2.5. Algorithme du diagnostic précoce du VIH (PCR) chez les nourrissons et les jeunes enfants de moins de 18 mois par des tests viraux dans les services de santé :

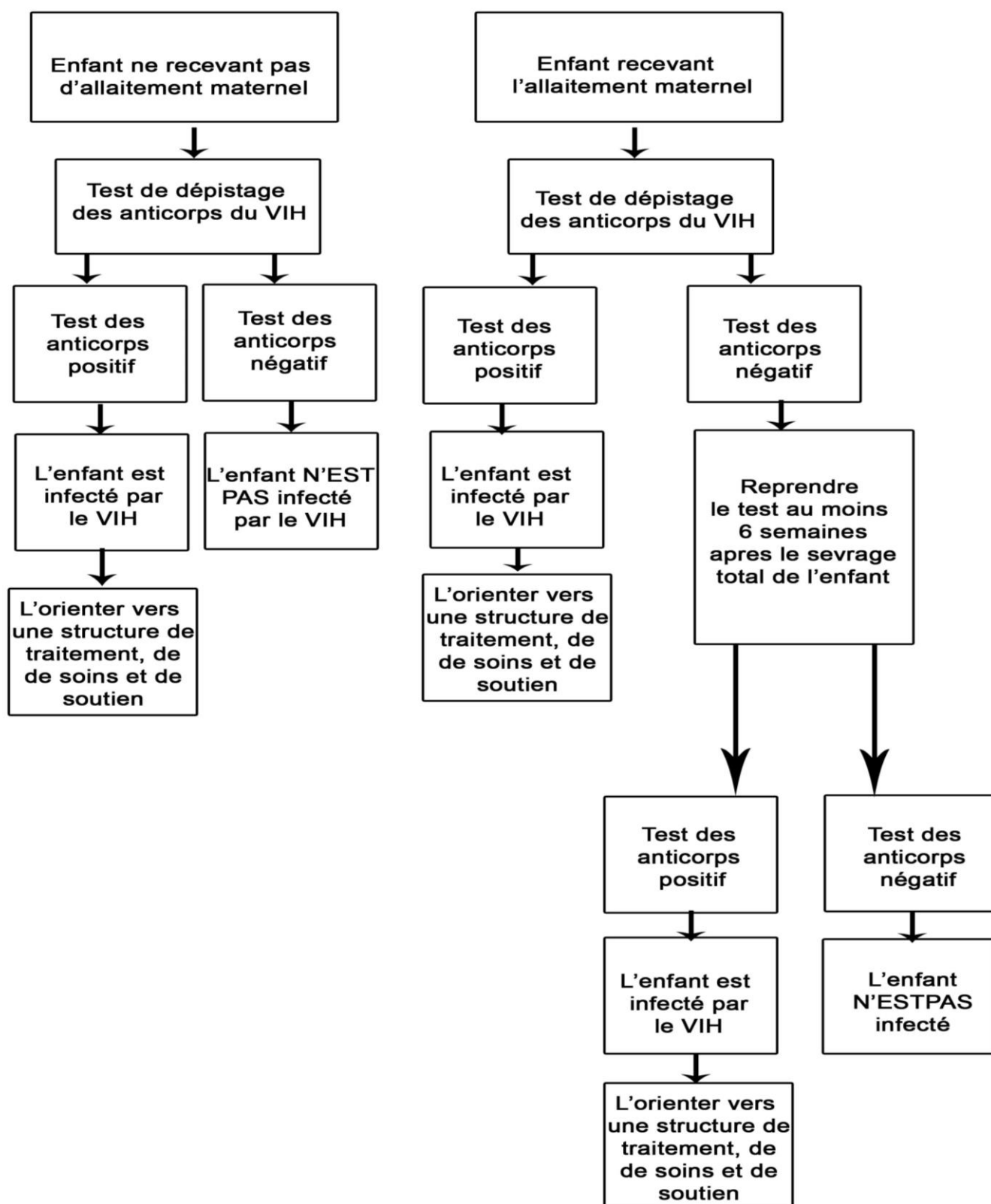


N.B : Si Alere Q (Point of Care) disponible, faire PCR 1 dès la naissance.

Tableau 1 : Stratégies recommandées par l’OMS pour le test virologique de dépistage chez les nourrissons et le suivi de la charge virale pour toutes les populations :

TEST VIROLOGIQUE DE DEPISTAGE CHEZ LE NOURRISSON		SUIVI DE LA CHARGE VIRALE	
AGE	Dépistage recommandé	REFERENCE	Pas de suivi de la charge de la charge virale
Naissance	Test virologique (recommandation conditionnelle)	6 mois après le début du traitement	Test de mesure la charge virale
4 - 6 semaines	Test Virologique	12 mois après le début du traitement	Test de mesure de la charge virale
9 mois	Test de sérologie suivi, en cas de séropositivité d’un test virologique	Tous les 12 mois par la suite	Test de mesure de la charge virale
18 mois	Test sérologique	<ul style="list-style-type: none"> • Si la charge virale est supérieure à 1000 copies/ml, il faut renforcer l’observance du régime de traitement et renouveler le test après trois mois ; • Si le virus reste détectable, il faut envisager de passer à une thérapie de 2^{ème} ou de 3^{ème} intensification conformément au protocole national. 	

3.2.6. Diagnostic du VIH chez les enfants de 18 mois et plus par les tests d'anticorps :



4. Prise en charge du VIH et du sida

4.1. 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.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

sida : Syndrome de l'immunodéficience acquise est le stade ultime de la maladie.

Personne vivant avec le VIH (PVVIH) : Désigne un individu infecté par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

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

4.2. Prise en charge thérapeutique

Le Mali a adopté en 2015 la délégation de tâches aux paramédicaux recommandé par l'OMS en 2008 suite à sa stratégie « Test and Treat » (Tester et Traiter) :

La délégation de tâches : C'est confier une tâche à une autre personne (un subordonné) la responsabilité d'un mandat de travail tout en lui fournissant les supports et les ressources nécessaires.

Elle a pour objectif d'améliorer l'accès au TARV, aux soins et au soutien des PVVIH. Aussi, elle permet de renforcer la compétence du personnel infirmier à la PEC des PVVIH dans 100% des CSCOM du Mali d'ici fin 2019, d'améliorer les indicateurs de PEC du VIH et du Sida, et de rapprocher les soins aux PVVIH.

➤ Indications du traitement antirétroviral

Le traitement antirétroviral est, indiqué dès la découverte du statut VIH+. Toutefois, la priorité sera accordée aux patients :

- symptomatiques ;
- ayant un taux de CD4 inférieur ou égal à 500 cellules par millimètre cube.

4.2.1. Schémas thérapeutiques :

Chez l'adulte et l'adolescent :

- **Schémas de première ligne pour le VIH 1** :
 - Régime préférentiel en première intention :
 - ✓ Tenofovir (TDF) + Lamuvidine (3TC) + Efavirenz (EFV) 400
 - Régimes alternatifs suivants sont possibles :
 - ✓ Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - ✓ Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)
 - ✓ Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)

Tableau 2 : Toxicité des antirétroviraux de première ligne et substitutions recommandées.

ARV 1 ^{ère} Ligne	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	CHANGEMENT
AZT	Anémie sévère ou neutropénie < 500/mm ³	TDF
	Intolérance gastro-intestinale sévère	
	Acidose lactique	
TDF	Toxicité rénale	AZT
EFV	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	NVP ou TDF
NVP	Hépatite	EFV ou TDF
	Réaction d'hypersensibilité	TDF
	Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell)	

Remarques :

- ne pas utiliser le Tenofovir (TDF) en cas d'insuffisance rénale (IR) ;
- en cas de toxicité hépatique ou dermatologique imputable à la Névirapine, cette molécule est remplacée par l'Efavirenz (surveillance régulière) ;
- en cas d'anémie imputable à la zidovudine, cette molécule est remplacée par le Tenofovir (TDF) en tenant compte de leur compatibilité ;
- la Névirapine (NVP) doit être administrée à demi-dose (200 mg/jour) pendant les 14 premiers jours de traitement puis en pleine dose (200 mg x 2/jour) par la suite ;
- en cas d'arrêt de la Névirapine pour une durée excédant 7 jours, sa réintroduction doit toujours se faire à dose progressive ;
- si un traitement contenant un INNTI (longue demi-vie) doit être arrêté, les deux INTI doivent être poursuivis pendant 15 jours.

4.2.1.1. Schéma de première ligne pour le VIH-2 ou co-infection VIH-1+VIH-2 ou VIH-1 du groupe O

- Régime préférentiel de première ligne est le suivant :
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)
- Régimes alternatives thérapeutiques en cas de toxicité, d'intolérance ou d'interaction médicamenteuse sont les suivantes :
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
 - Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Atazanavir/Ritonavir (ATV/r)

- **Prise en charge par niveau :**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • faire le counseling ; • faire le suivi médical et psychosocial ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • faire le suivi médical et psychosocial.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • faire les examens complémentaires.

4.2.1.2. Schémas de deuxième ligne pour le VIH1

Il est indiqué chez un patient en échec thérapeutique documenté. Chez un patient en échec thérapeutique, il est recommandé de renforcer l'observance avant d'envisager tout changement de ligne thérapeutique.

En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé. En cas d'échec thérapeutique confirmé VIH 1 et 2 de la 1^{ère} ligne, le schéma préférentiel de deuxième ligne suivant est recommandé. La lamivudine (3TC) doit être toujours maintenue en 2^{ème} ligne.

a. **Schémas proposés :**

Le schéma de 2^{ème} ligne doit inclure au moins 2 nouvelles molécules : Lopinavir/ritonavir (LPV/r), Atazanavir/ritonavir (ATV/r) sont préférables.

Tableau 3 : Les alternatives de seconde ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne et en cas de contre-indication ou de toxicité de l'une des molécules du schéma préférentiel.

SCHEMA 1 ^{ère} LIGNE	SCHEMA 2 ^{ème} LIGNE	
	INTI	IP
Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)	Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC)	LPV/r ou ATV/r ou DRV/r
Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)	Tenofovir (TDF) + Lami- vudine (3TC)	
Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)	Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC)	
Tenofovir (TDF) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)	Zidovudine (ZDV, AZT) + Lamivudine (3TC)	

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> faire le counseling ; référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> idem CSCom ; faire le suivi médical et psychosocial ; renforcer l'observance.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> idem Hôpital de district ; faire les examens complémentaires.

4.2.1.3. Schémas de troisième ligne

La prescription et la dispensation des ARV de 3^{ème} ligne chez les adultes et les adolescents se feront au niveau du CHU Gabriel Touré, CHU Point G et le CESAC Bamako après discussion du dossier du patient en réunion du comité scientifique.

4.2.1.4. Suivi des patients adultes et adolescents**a. Information et préparation du patient :**

- éducation thérapeutique, soutien psychologique et social au début du traitement pour renforcer l'observance au traitement ARV. Poursuivre cela tout au long du suivi ;
- dépistage intrafamilial systématiquement proposé afin de connaître le statut de l'ensemble de la famille ;
- prévention secondaire du patient à envisager avec ses partenaires sexuels.

b. Bilan initial et de suivi du patient :

- bilan clinique pré-thérapeutique : examen clinique minutieux (incluant poids, taille, IMC, pression artérielle, évaluation de la tuberculose) et recherche d'une grossesse chez les femmes en âge de procréer.
- un bilan minimum sera demandé selon l'état clinique du patient et du plateau technique avant l'initiation au traitement :
 - Numération formule sanguine (NFS) ;
 - Transaminases (ALAT, ASAT) ;
 - Glycémie ;
 - Protéinurie (quantitative ou qualitative) ;
 - Créatinémie et calcul de la clairance ;
 - Radiographie du thorax ;
 - Recherche de BAAR en cas de suspicion TB et/ou genX ;
 - Antigène HBs ;
 - Ac anti-VHC ou HCV ;
 - Groupe Rhésus ;
 - Charge virale ;
 - Numération de lymphocytes TCD4.

4.2.2. Diagnostic du VIH chez l'enfant :

a. Chez les enfants âgés de plus de 18 mois :

Le diagnostic est établi sur la base de 2 tests sérologiques positifs selon les mêmes modalités que chez les adultes.

b. Chez les enfants de moins de 18 mois :

Chez les enfants de moins de 18 mois, les tests sérologiques ne permettent pas d'affirmer l'infection à VIH mais déterminent l'exposition au VIH. La démarche diagnostique dépendra alors de la disponibilité des tests virologiques qui seront fait à partir de la naissance ou tout au plus à 45 jours de vie.

Les nourrissons ou enfants malades présentant des signes évocateurs d'une infection à VIH doivent faire une sérologie ; si elle est positive, faire un test virologique. Il est aussi recommandé de proposer systématiquement le test de dépistage aux :

- parents/fratrie de parents infectés.
- tuteurs des enfants :
 - hospitalisés aux urgences, ou atteint d'une infection grave ;
 - ayant une malnutrition aigüe sévère ;
 - atteints de tuberculose.

➤ Tests virologiques non disponibles

Lorsque les tests virologiques ne sont pas accessibles, le diagnostic présomptif d'infection à VIH sévère doit être évoqué chez un nourrisson ayant deux tests sérologiques VIH positifs associés à :

- un des signes du stade IV OMS (Pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*, cryptococcose, cachexie ou malnutrition sévère, maladie de kaposi, tuberculose extra pulmonaire)

OU

- au moins deux des signes suivants : muguet, pneumonie sévère, septicémie, mauvaise croissance staturo-pondérale ;
- le décès maternel récent lié au VIH, une infection opportuniste sévère liée au VIH chez la mère, un taux de lymphocytes T CD4 < 20 % chez le nourrisson sont aussi en faveur du diagnostic présomptif du VIH

Il est nécessaire de confirmer le diagnostic clinique présomptif d'infection à VIH le plus tôt possible (test virologique). A défaut, ce diagnostic présomptif devra être confirmé par des tests sérologiques, à partir de 18 mois d'âge.

➤ Classification du VIH

L'appréciation du stade de l'infection VIH et sida est basée sur des critères cliniques et immunologiques selon la classification OMS révisée. Elle permet de suivre l'évolution de l'infection et de poser les indications des traitements prophylactiques et antirétroviraux.

➤ Clinique

La détermination de la sévérité clinique de l'infection VIH et sida repose sur la survenue chez l'enfant d'évènements cliniques précis.

Tableau 4 : Classification OMS clinique du Sida.

SEVERITE DE L'INFECTION VIH ET SIDA	STADE OMS
<i>Asymptomatique</i>	I
<i>Modérée</i>	II
<i>Avancée</i>	III
<i>Sévère</i>	IV

➤ Immunologique

Chez l'enfant de moins de 5 ans la sévérité du déficit immunitaire induite par le VIH est appréciée sur la base du pourcentage des lymphocytes T CD4 par rapport aux lymphocytes totaux.

A partir de 5 ans la classification se fait sur la base de la valeur absolue des lymphocytes T CD4 par mm³

Tableau 5 : Classification OMS du déficit immunologique lié au VIH

DEFICIT IMMUNITAIRE ASSOCIE AU VIH	AGE DE L'ENFANT			
	≤ 11 mois	12 – 35 mois	36 – 59 mois	≥ 5 ans
<i>Non significatif</i>	> 35%	> 30%	> 25%	> 500/ mm ³
<i>Modéré</i>	30 - 35%	25 - 30%	20 - 25%	350 – 499 /mm ³
<i>Avancé</i>	25 – 30%	20 - 25%	15 - 20%	200 – 349/ mm ³
<i>Sévère</i>	< 25%	< 20%	< 15%	< 200 /mm ³ ou <15%

➤ Indications du traitement antirétroviral

Le traitement ARV doit être initié chez tout enfant/adolescent infecté quel que soit l'âge, le stade clinique et le taux ou le nombre de CD4. Pour les nouveau-nés ayant une première PCR positive, le traitement doit être initié en attendant la confirmation. Ce traitement sera arrêté en cas d'infirmité.

➤ Régimes thérapeutiques

Les principes du traitement antirétroviral de l'enfant sont identiques à ceux du traitement de l'adulte avec cependant quelques particularités :

- l'éducation thérapeutique de ceux qui ont la charge de l'enfant, garante de la bonne observance est primordiale ;
- les posologies doivent être ajustées en permanence en fonction de l'évolution pondérale des enfants ;
- certaines molécules n'ont pas de formes galéniques adaptées à l'usage pédiatrique.

4.2.3. Régimes thérapeutiques de première ligne VIH 1 chez l'enfant :

a. Enfants de moins de 3 ans :

- Régime préférentiel : 2 INTI + 1IP (INTI=inhibiteur nucléosique de la transcriptase inverse
IP= inhibiteur de la protéase).
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Kaletra (LPV/r)
- Régime alternatif : 2INTI + 1INNTI
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP).

N.B : En cas d'indélectabilité après une période sous IP, celui-ci pourra être remplacé par la Névirapine.

b. Enfants âgés de 3 ans à 10 ans et les adolescents de moins de 35 kg :

- Schéma préférentiel en première ligne :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV).
- Régimes alternatifs suivants sont possibles :
 - Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP)
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Efavirenz (EFV)

c. Le traitement des adolescents de plus de 35 kg est celui de l'adulte :

En cas de contre-indication ou de toxicité à une molécule du schéma préférentiel de première ligne, on substituera la molécule incriminée par une autre molécule.

Tableau 6 : Substitution en cas de toxicité ou de contre-indication

ARV 1 ^{ère} LIGNE	TOXICITE LA PLUS FREQUENTE	CHANGEMENT
ABC	Réaction hypersensibilité	AZT ou TDF
AZT	Anémie sévère ou neutropénie	ABC ou TDF
TDF	Tubulopathie (rein) Déméralisation osseuse	ABC ou AZT
EFV	Toxicité du système nerveux central persistante et sévère	NVP, ou IP si intolérance NVP
NVP	Hépatite	EFV
	Réaction d'hypersensibilité Rash sévère ou mettant la vie en danger (syndrome de Stevens-Johnson et Lyell)	Ne pas donner EFV, Préférer IP boosté A défaut 3 INTI
LPV/r	Troubles digestifs	NVP ou EFV

N.B : Eviter l'AZT en cas d'anémie sévère (<7.5 g/dl) et/ou de neutropénie sévère (<500/mm³).

4.2.3.1. Régimes thérapeutiques de première ligne chez l'enfant infecté au VIH 2 ou au VIH1+VIH2 ou au VIH-1 du groupe O (sous-groupe du VIH type 1)

a. Schéma préférentiel :

- Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

• Schémas alternatifs suivants sont possibles :

- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Abacavir (ABC)
- Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Tenofovir (TDF)
- Zidovudine (AZT)+ Lamivudine (3TC) + Lopinavir/Ritonavir(LPV/r)

b. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • faire le counseling ; • faire le suivi médical et psychosocial ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • faire le suivi médical et psychosocial.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • faire les examens complémentaires.

4.2.3.2. Régimes thérapeutiques de deuxième ligne chez l'enfant

Un traitement de deuxième ligne sera proposé en cas d'échec confirmé au traitement de première ligne (cf. échec thérapeutique). Rappelons que la première cause d'échec thérapeutique est l'inobservance et que l'éducation thérapeutique devra être renforcée chez la mère ou celui qui est le responsable du traitement de l'enfant avant d'envisager un traitement de 2^{ème} ligne.

a. Protocoles de deuxième ligne :

- Régime préférentiel pour les enfants de plus 3 ans est le suivant :
 - Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Lopinavir / Ritonavir (LPV/r) ou Raltégravir(RAL)
- Régime préférentiel pour les enfants de moins 3 ans est le suivant :
 - Zidovudine (AZT) ou Abacavir (ABC) + Lamivudine (3TC) + Raltégravir (RAL)

Le tableau suivant indique les régimes de deuxième ligne possibles en fonction des schémas utilisés en première ligne.

b. Différentes options thérapeutiques de deuxième ligne en fonction des régimes de première ligne :

1 ^{ère} LIGNE	ENFANTS/ ADOLESCENTS	SCHEMAS 1 ^{ère} LIGNE	SCHEMAS 2 ^{ème} LIGNE
Régimes à base de LPV/r-	Moins de 3 ans	ABC + 3TC + LPV/r	AZT ou ABC + 3TC + RAL
		AZT + 3TC + LPV/r	
	3 ans et plus	ABC + 3TC + LPV/r	AZT + 3TC + RAL
		AZT + 3TC + LPV/r	ABC + 3TC + RAL
Régimes à base de NNRTI-	A tout âge	ABC + 3TC + EFV (ou NVP)	AZT + 3TC + ATV/r ou LPV/r
		AZT + 3TC + EFV (ou NVP)	ABC + 3TC + ATV/r ou LPV/r

N.B : Les solutions buvables lopinavir/ritonavir nécessitent une chaîne de froid.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le counseling ; • Référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Faire le suivi médical et psychosocial ; • Renforcer l'observance.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • Faire les examens complémentaires.

4.2.3.3. Traitement de troisième ligne chez les enfants

La prescription et la dispensation des ARV de 3^{ème} ligne chez les enfants se feront au niveau du centre d'excellence pédiatrique du CHU Gabriel Touré après discussion du dossier de l'enfant en réunion du comité scientifique.

4.3. Prise en charge des maladies opportunistes

4.3.1. Les affections pulmonaires :

4.3.1.1. La tuberculose

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 ostéoarticulaires ;
- atteintes des séreuses : péricardite, pleurésie ;
- atteintes neuro-méningées ;
- atteintes surrénaliennes.

c. Diagnostic :

- la recherche de B.K : le résultat peut être négatif à la bacilloscopie;
- la radiographie pulmonaire : peut-être normale malgré la présence de BK dans les crachats ; radiographie osseuse 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • examen complémentaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

4.3.1.2. 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 Trimetoprime (TMP) et 75 mg/kg/jour Sulphametoxazole (SMX) pendant 21 jours relayé par une prophylaxie secondaire. En l'absence de gravité, administrer per os 6 comprimés de 960mg par jour pendant 3 semaines ;
 - Si possible utiliser la voie IV, soit 12 ampoules de cotrimoxazole injectable par jour ± 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 per os 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/mm³ par le Cotrimoxazole fort (960 mg) 1 comprimé/jour ; ou en cas d'allergie la Pentamidine en 1 aérosol mensuel (300 mg) ;
2. Secondaire : Cotrimoxazole fort 1 comprimé/jour ou 1 aérosol de pentamidine (300 mg)/mois ;
Pyriméthamine (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/mm³.

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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • examen complémentaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

4.3.2. Les manifestations neurologiques au cours du VIH et du Sida :

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

4.3.2.1. 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) ;
- étude des anticorps spécifiques sériques (IgG, IgM) ;
- étude 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 (Leucoverine®) 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) ;
 - folinate 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.
- éviter 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-triméthoprime (1 comprimé/jour si comprimé dosé 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • examen complémentaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

4.3.2.2. 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 encéphaliques (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 cryptocoque :

- 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.

- l'amphotéricine B 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'amphotéricine B 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • référer.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • traiter selon le protocole ; • examen complémentaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district.

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

4.3.3.1. 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 :
 - Œsophagoscopie ;
 - 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 (inflammation des muqueuses de la bouche) avec intolérance aux produits locaux ;
- association avec une œsophagite ou atteinte cutanée ;
- mauvaise compliance (goût) ;
- récurrence très fréquente ;
- candidose muco-cutanée chronique ;
- résistance aux topiques.

ANTIFONGIQUES SYSTEMIQUES	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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • référer.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> • donner traitement étiologique ; • faire le counseling ; • référer.

Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • faire le suivi médical et psychosocial.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • faire les examens complémentaires.

4.3.3.2. 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.

4.3.4. 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> référer.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> traiter ; référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> rechercher la cause ; traiter ; apporter un soutien psychosocial ; faire le suivi médical et psychosocial ; référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> idem Hôpital de district ; faire une consultation spécialisée.

4.3.5. **Infections néoplasiques (sarcome de KAPOSÍ) :**

a. **Définition :**

Lésion tumorale d'étiologies multiples.

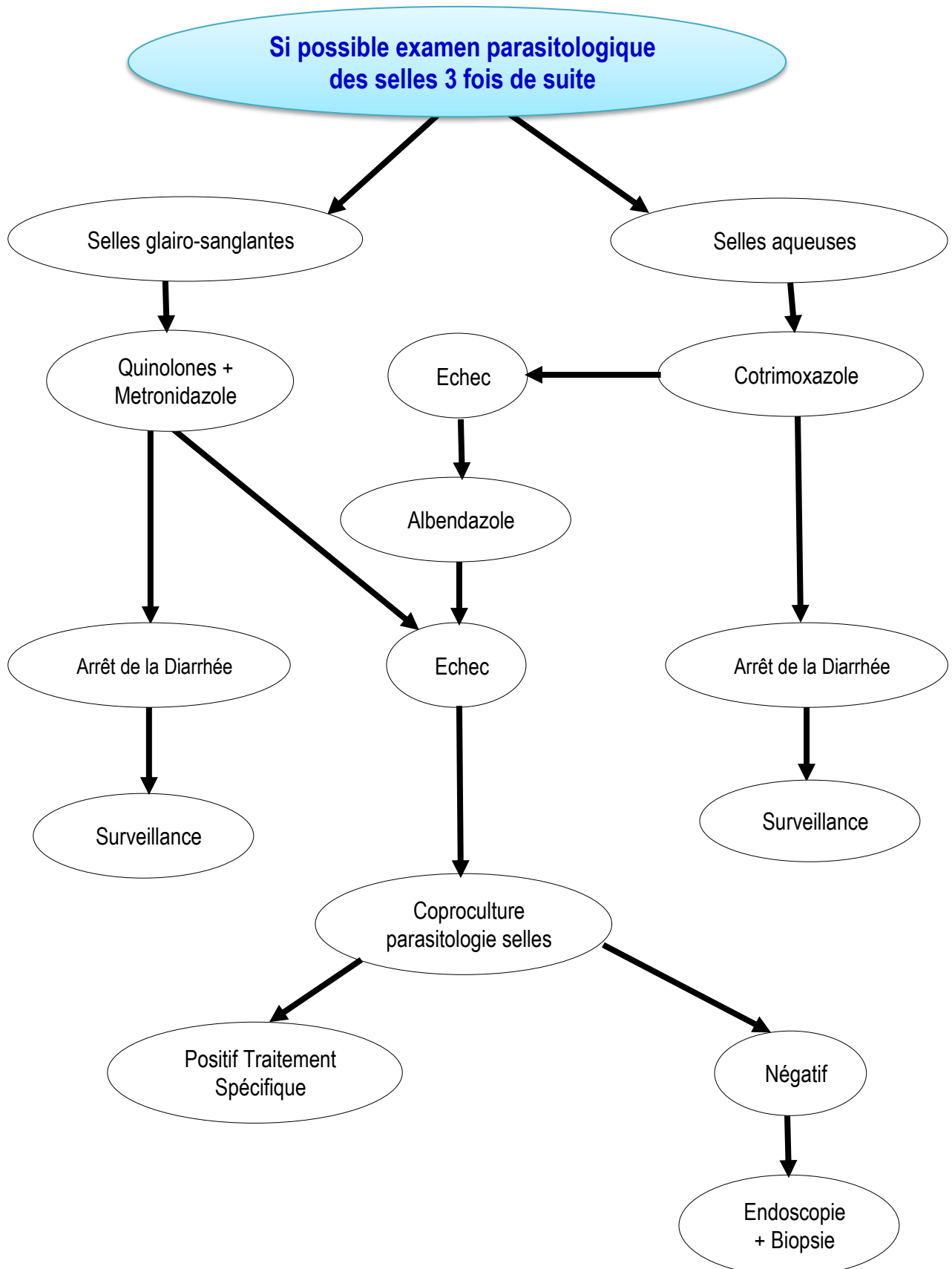
b. **Signes :**

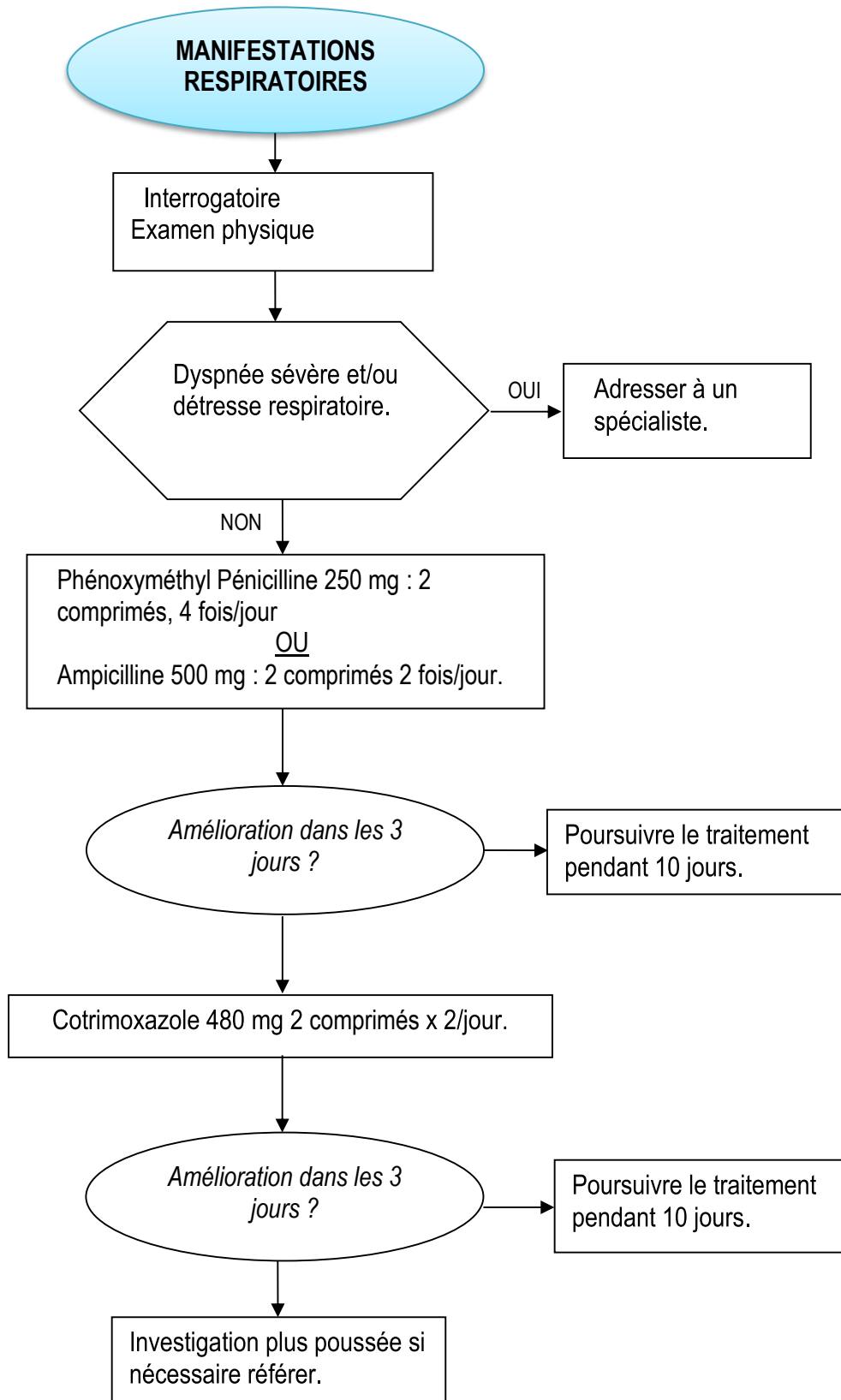
- lésions siégeant au niveau des extrémités ou disséminées sur le corps sous forme de plaque, nodules ou papilles d'aspect violacé ;
- tâches violacées au niveau du palais ;
- atteintes viscérales possibles (poumon, tube digestif).

c. **Prise en charge par niveau :**

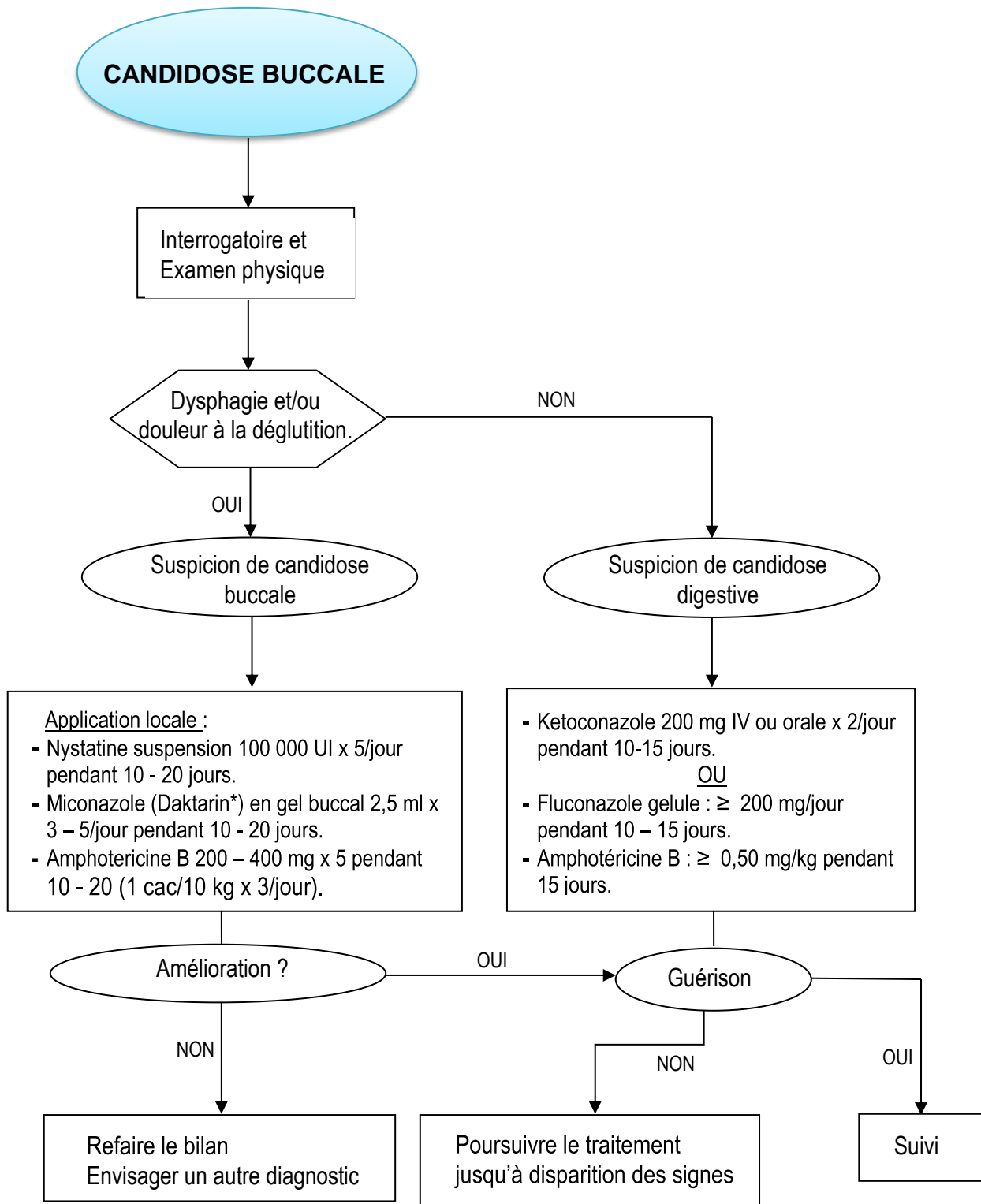
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> référer.
CSCCom	<ul style="list-style-type: none"> référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> examen complémentaire ; faire une consultation spécialisée.

4.4. Conduite à tenir devant une diarrhée au cours du sida

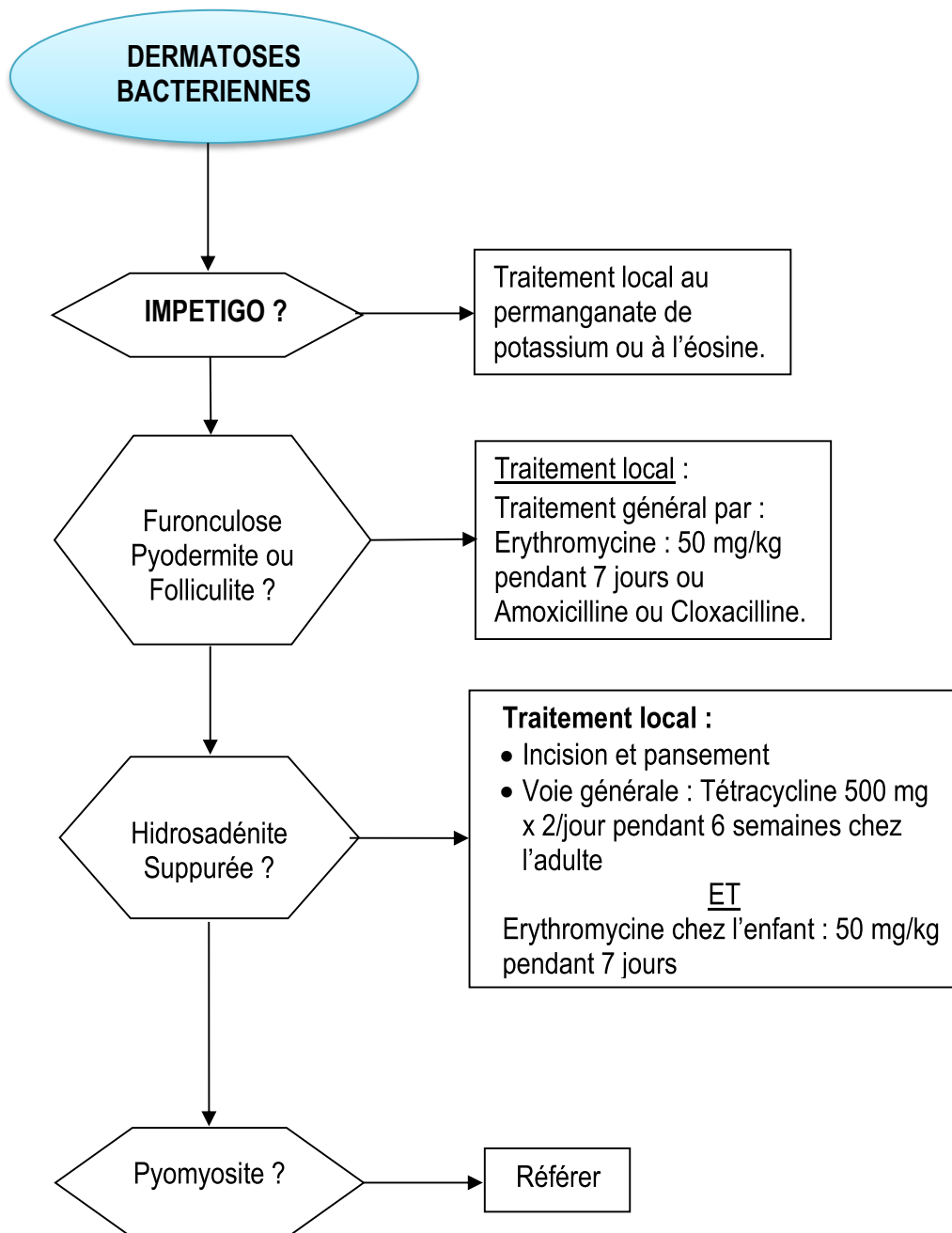


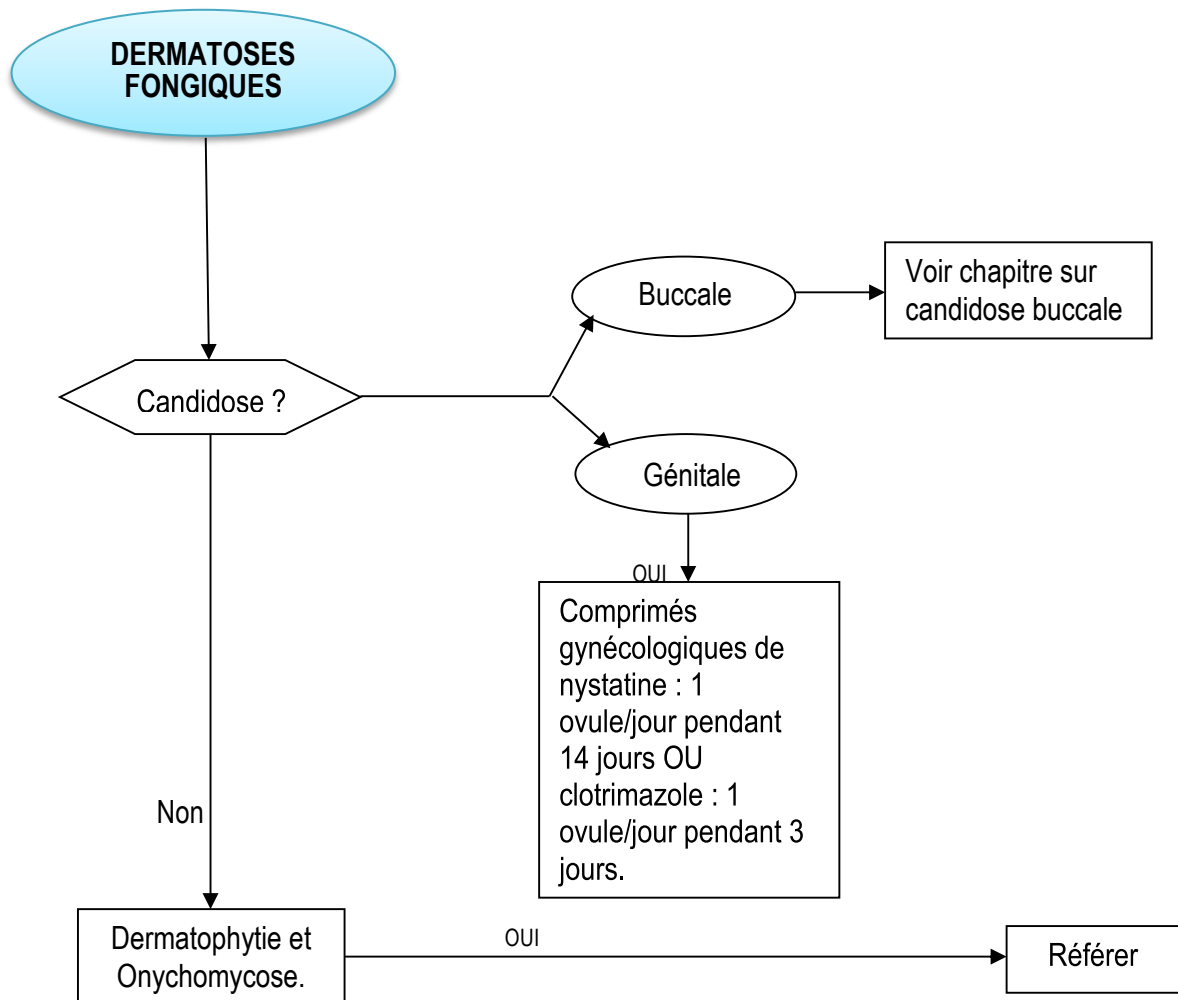
ALGORITHME 25 : Manifestations respiratoires

ALGORITHME 26 : Candidose buccale



ALGORITHME 27 : Dermatoses bactériennes



ALGORITHME 28 : Dermatoses fongiques

III. GENRE ET SANTE

A. COMMUNICATION

(cf. [Volume 1](#)).

B. SOINS LIES A L'APPROCHE " GENRE ET 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.

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 et 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, téléphone, etc....) ;
- demander le motif de la consultation ;
- noter les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux ;
- si femme, noter :
 - les antécédents gynécologiques et 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 ;
 - 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 poubelle ;
 - 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 de mutilations génitales féminines, examiner les organes génitaux pour apprécier la nature des lésions et préciser le type de mutilation.

2.2. Mutilations génitales féminines (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.

2.2.1. 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.

2.2.2. 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.

2.2.3. Complications :

- hémorragies ;
- choc hémorragique et choc vagal ;
- douleurs ;
- infections ;
- abcès de la vulve
- tétanos ;
- rétention d'urine ;
- incontinence d'urine, etc.

2.2.4. 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.

2.2.5. Séquelles :

- obstruction des voies génitales ;
- dysurie ;
- dysménorrhée (règles douloureuses) ;
- kyste, abcès de la vulve, brides vulvaires ;
- chéloïdes, neurinome clitoridien ;

- hémocolpos ;
- difficultés d'accouchement, fistule vésico-vaginale ou recto – vaginale ;
- descente d'organes (rectocèle, cystocèle) ;
- dyspareunie, frigidité et vaginisme ;
- anxiété, dépression etc.

2.2.6. Prise en charge des complications et séquelles liées à l'excision

+ 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • faire le counseling ; • orienter d'urgence.
CSCCom	<p>Sans gravité :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • continuer le traitement et le counseling. <p>Si pas d'amélioration (apparition de signes de gravité) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • avertir la structure de référence ; • remplir une fiche de référence et ; • référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

+ Choc hémorragique

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 suite à une perte importante de sang.

b. Signes :

- pouls rapide et faible (rythme supérieur ou égal à 110/mn) ;
- tension artérielle basse (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 cardiovasculaire.

d. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • orienter d'urgence ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la structure de référence ; • remplir une fiche de référence ; • référer en urgence (faire un accompagnement médicalisé).
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

+ 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ;

	<ul style="list-style-type: none"> • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • orienter ; • assurer les mesures d'hygiènes : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire un bain de siège aux antiseptiques (permanganate ou Bétadine diluée à 1/10) ; ○ placer une sonde à demeure. • faire le counseling ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • réexaminer la fillette pour confirmer l'incontinence urinaire ; • éliminer une fistule. <p>S'il n'y a pas de lésions organiques visualisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Si les mesures ci-dessus sont inefficaces et ou s'il existe des lésions organiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • demander consultation spécialisée en urologie ; • traiter selon l'étiologie : <ul style="list-style-type: none"> ○ plasties de l'urètre ; ○ sphinctéroplastie ; ○ rééducation, etc.

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 ;
- écoulement de pus, etc.

c. Prise en charge par niveau :

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ;

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • examiner ; • appliquer un traitement local avec un antiseptique doux (Bétadine gynécologique) ; • donner antibiotique oral (Amoxicilline) suivant une posologie adaptée pendant 7 jours ; • faire la sérovaccination antitétanique selon le statut vaccinal ; • faire le counseling sur le VIH, Hépatites Virales. <p>Si pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer les parents de la nécessité de la référence ; • conseiller aux parents de prévoir des frais pour d'éventuelles investigations ; • informer la structure de référence ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • traitement local au violet de gentiane/kmno4 (Permanganate de potassium), bleu de méthylène pendant 5 jours ; • examens complémentaires : antibiogramme, NFS etc. • prise en charge étiologique ; • référer si pas d'amélioration.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem niveau Hôpital de district ; • traitement spécifique

+ 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer • orienter
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCoM.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • demander des examens complémentaires ; • faire le traitement chirurgical.

+ 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. Signes/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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCoM	<ul style="list-style-type: none"> • faire le counseling ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem niveau CSCoM ; • pratiquer la désinfibulation ; • donner un antibiotique + antalgique. <p>Si difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none">• idem Hôpital de district ;• pratiquer la plastie vulvaire pour les formes compliquées.

TECHNIQUE DE DESINFIBULATION

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 résorbable.

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 compresses de tulle gras si des zones à vif persistent toujours après la désinfibulation ;
- Apporter un soutien psychologique.

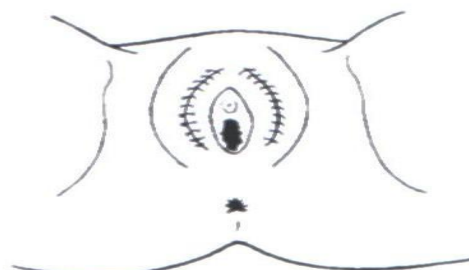
e. Complications :

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 désinfibulation



Figure 4 : Point d'hémostase après



3. Autres pratiques néfastes

3.1. Violences basées sur le genre

Ces violences peuvent concerner les deux sexes (homme et femme).

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 : cas de viols**



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) ;
 - faire un dépistage chez la jeune fille (VIH) au moment de son examen ensuite 3 mois après et un autre 6 mois après ;
 - établir un certificat médical ;
 - référer au besoin ;
 - faire un test HBS (Hépatite B et C).

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 et virus hépatite B et C chez la femme au moment de son examen, 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.

3.2. Tabous nutritionnels

Chez l'enfant

- se référer à l'éducation nutritionnelle du volet survie de l'enfant et le document Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) ;
- donner des conseils à la mère.

Chez la nouvelle mariée et la femme enceinte

- se référer sur le document « Actions Essentiels en Nutrition » (AEN) ;
- donner des conseils d'hygiène alimentaire.

3.3. Mariages d'enfant et grossesses précoces

Si grossesse, référer à la consultation prénatale pour une meilleure prise en charge.

3.4. Lévirat et sororat

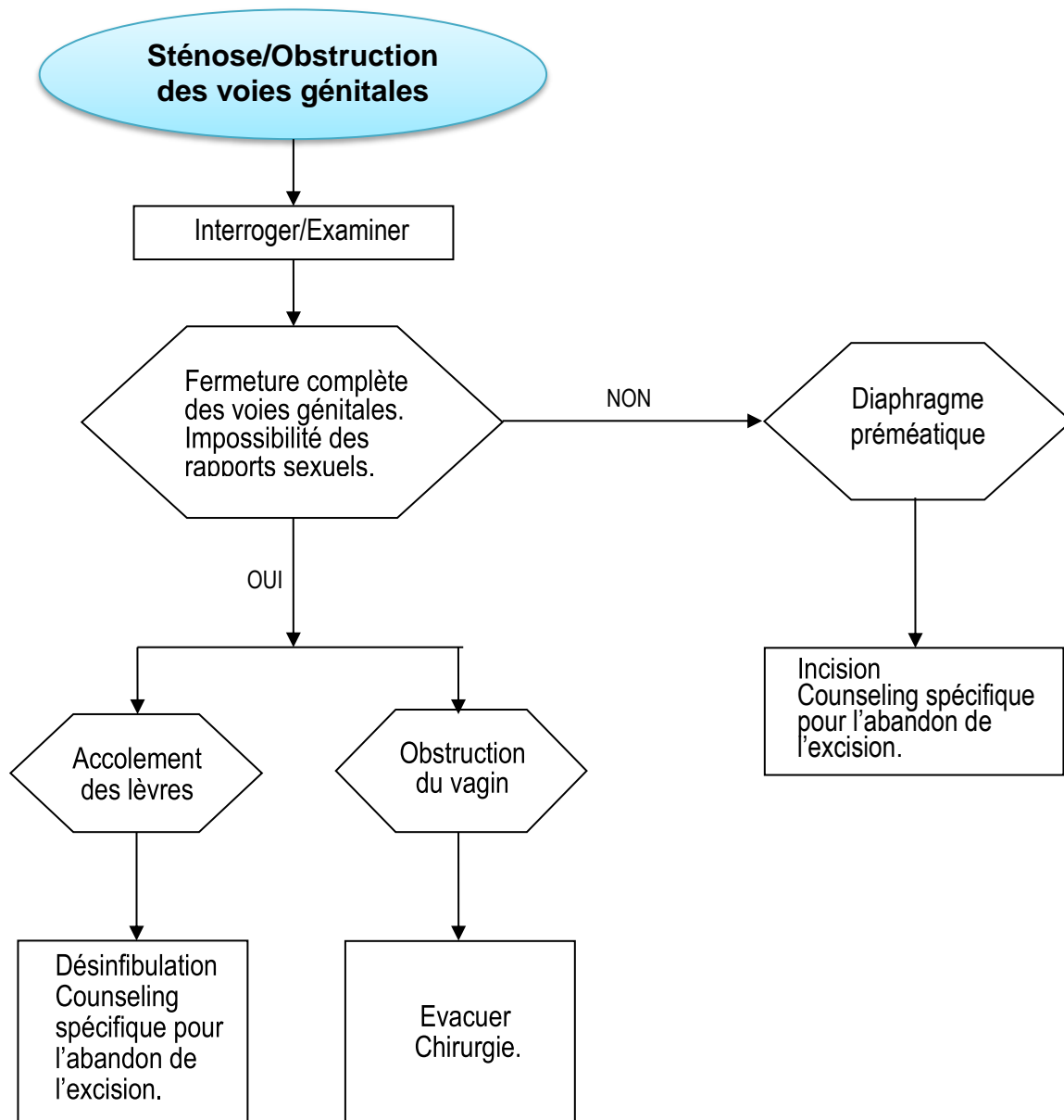
Conseil pour le dépistage volontaire du VIH et les hépatites virales avant le mariage.

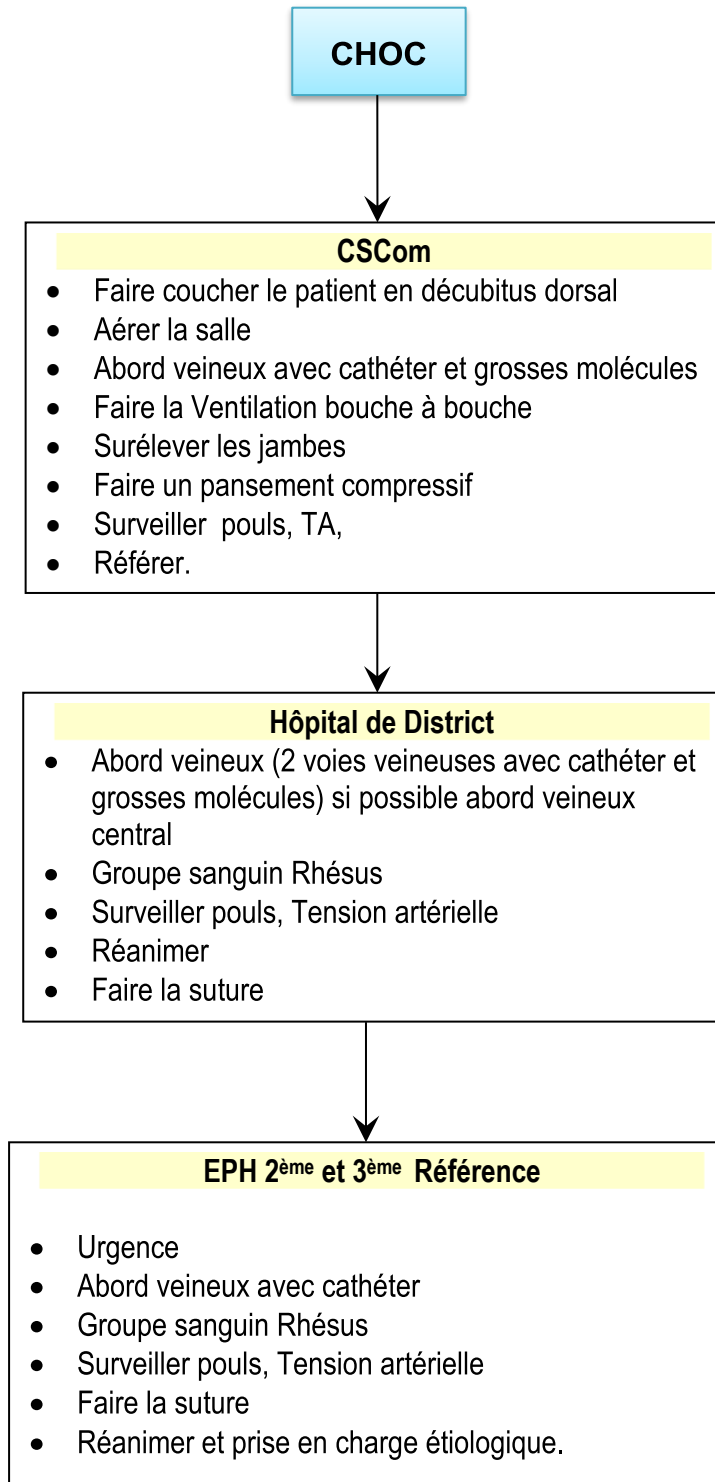
3.5. Déviations sexuelles

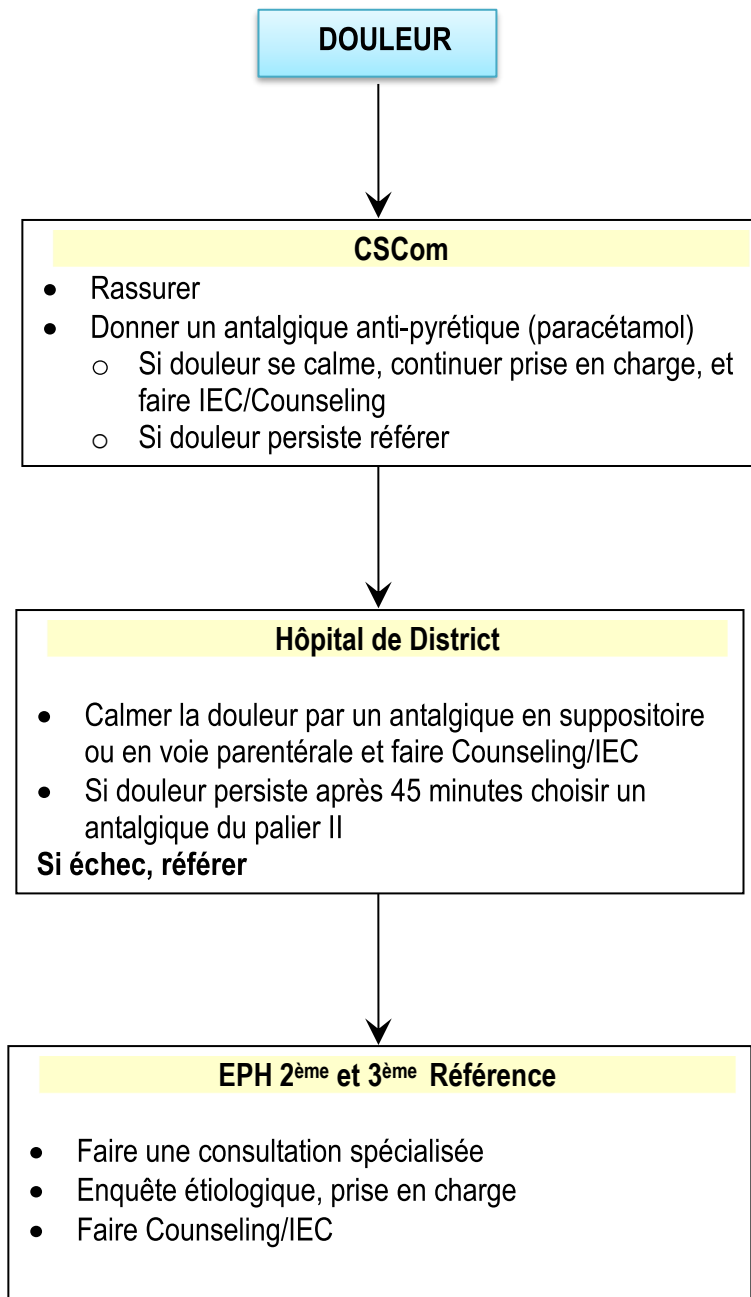
Référer en milieu spécialisé.

Algorithmes de prise en charge des complications liées à l'excision

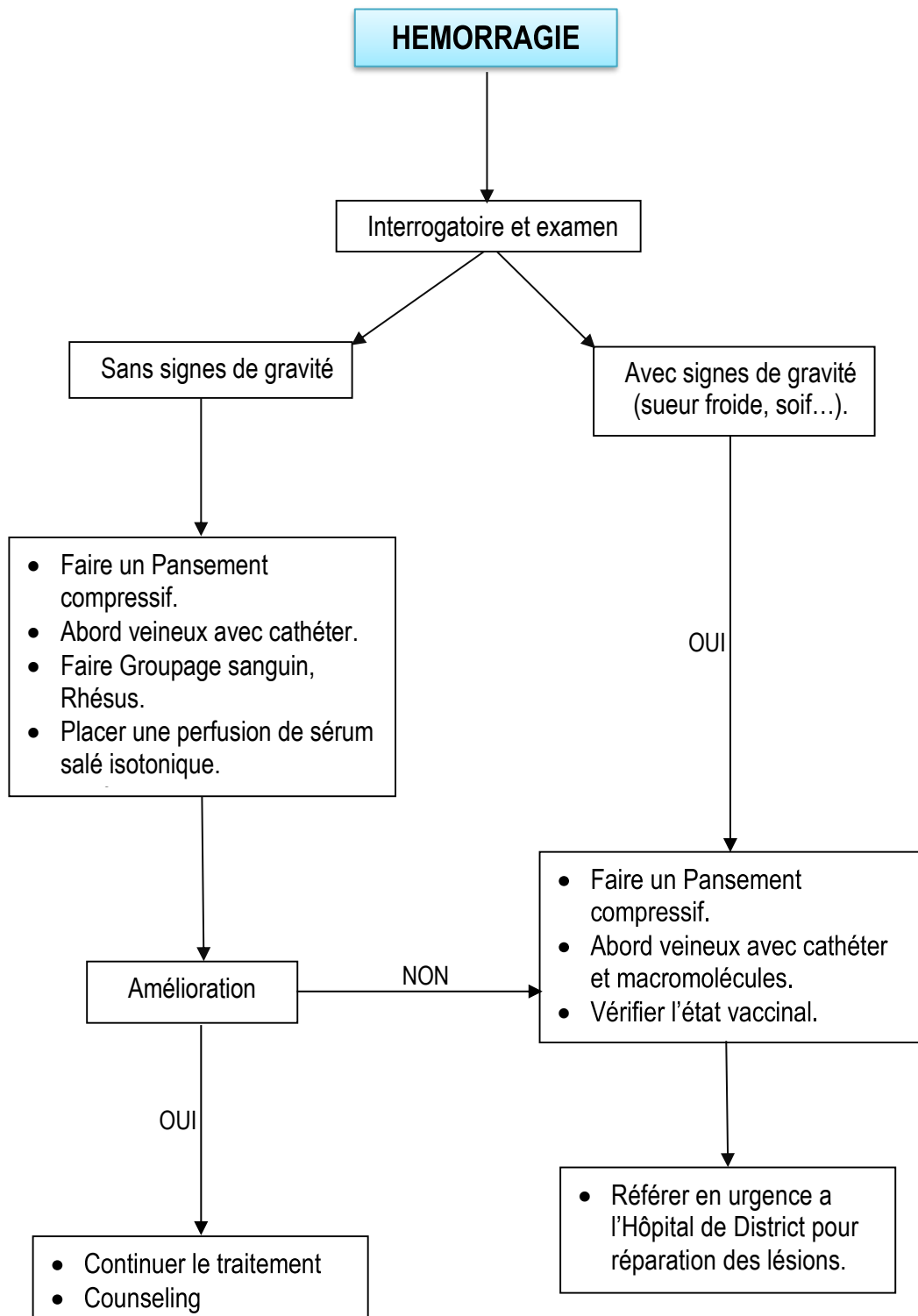
ALGORITHME 25 : Sténose/Obstruction des voies génitales



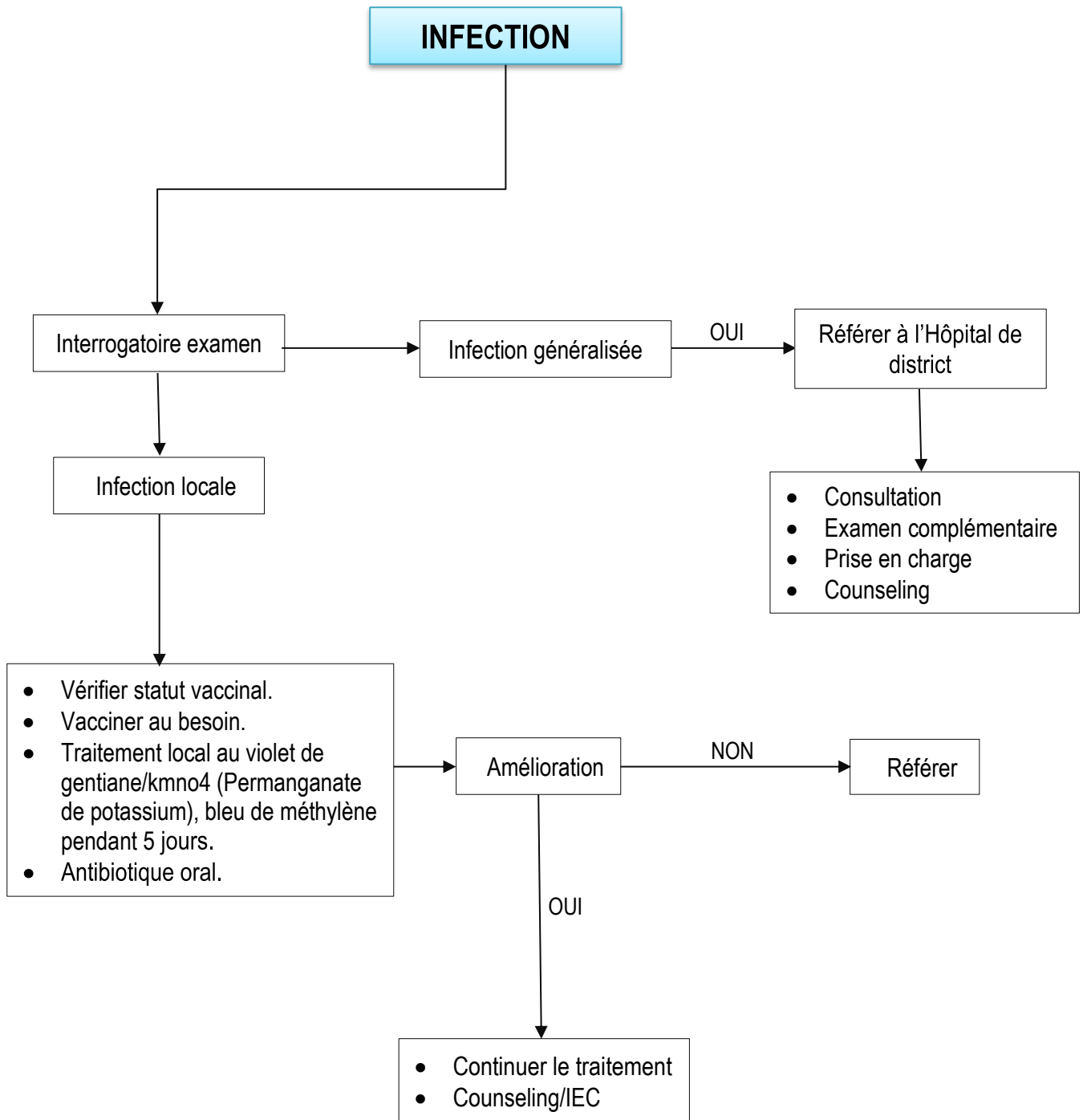
ALGORITHME 26 : Choc

ALGORITHME 27 : Douleur

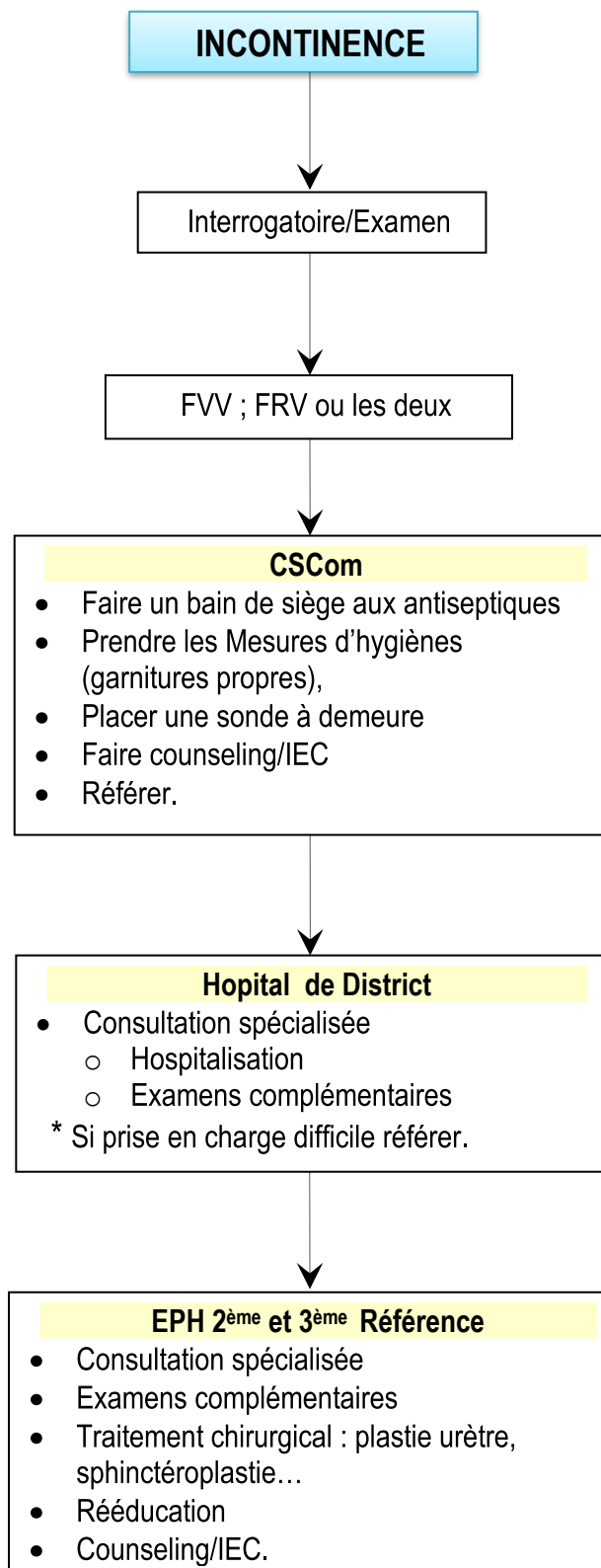
ALGORITHME 28 : Hémorragie



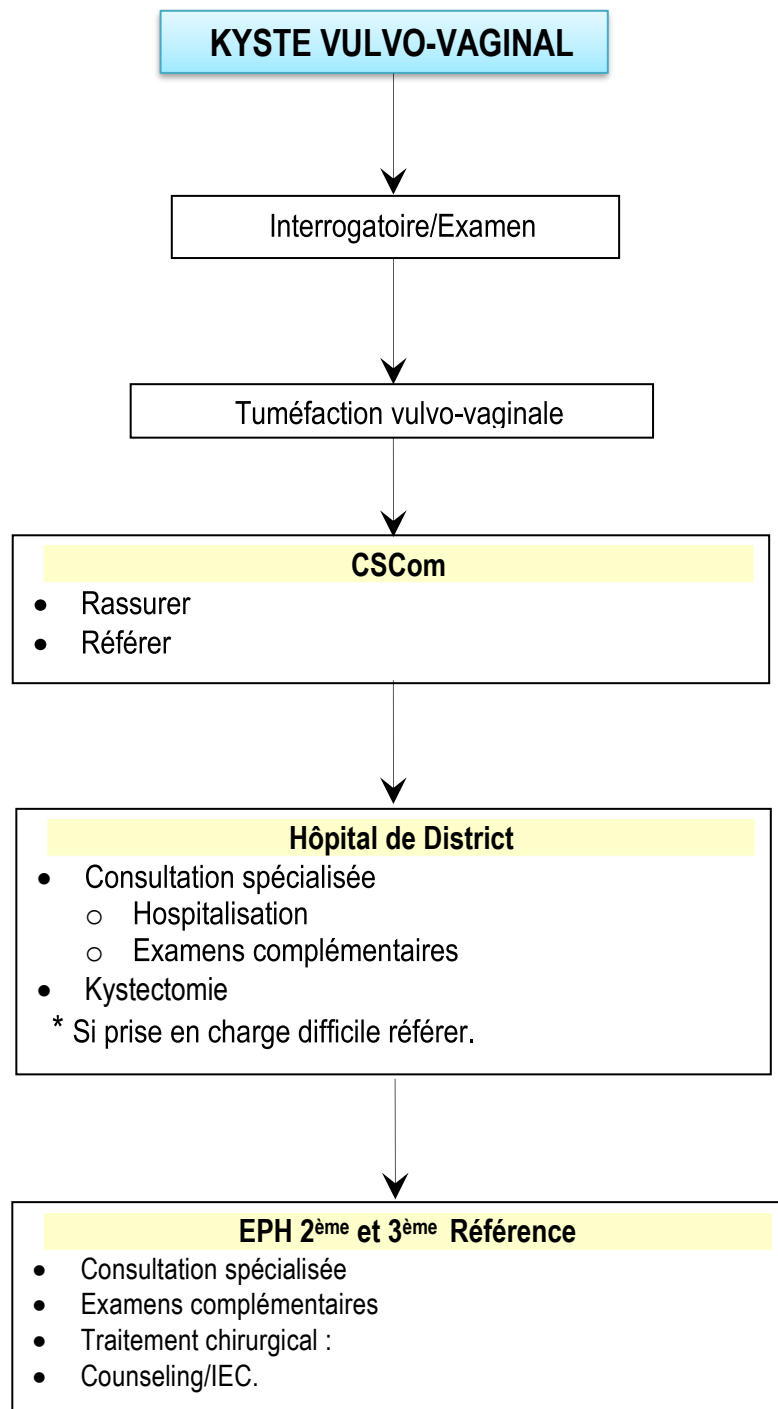
ALGORITHME 29 : Infection



ALGORITHME 30 : Incontinence



ALGORITHME 31 : Kyste vulvo-vaginal



IV. PATHOLOGIES GENITALES ET 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, gynécos 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 ;
 - 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 ;
 - enlever les gants et les mettre dans une poubelle ;
 - 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. Éléments 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 :

➤ **REGLES DOULOUREUSES**

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<p>Si dysménorrhée primaire règles douloureuses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • éliminer une malformation (imperforation de l'hymen) ; • donner anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène 200 mg un comprimé matin un comprimé le soir toutes les 12 h après le repas) ; • donner COC ; • faire le counseling ; • faire le suivi. <p>Si dysménorrhée secondaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • rechercher une infection génitale éventuelle et la traiter selon l'algorithme IST ; Donner anti-inflammatoire non stéroïdien et/ou Antispasmodique ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • échographie pelvienne ; • faire le traitement étiologique.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district.

➤ MENORRAGIES

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • donner Etamsylate 500 mg (Dicynone) 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir par jour ; • rechercher des signes d'anémie (vertiges, pâleur conjonctivale) et prendre en charge l'anémie (Cf. Algorithme : Hémorragies génitales) ; • faire le counseling. <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom. • éliminer 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. <p style="text-align: center;"><u>OU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • référer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • psychothérapie si nécessaire.

➤ METRORRAGIES

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • rechercher une éventuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ grossesse ; ○ saignements sous contraception; ○ tumeur référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • demander des examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> ○ test de grossesse ; ○ échographie ; ○ hystérographie ; ○ bilan de coagulation (TP, TS, TCA) ; • faire le traitement étiologique si possible ; • en cas de tumeur : <ul style="list-style-type: none"> ○ faire prélèvements pour examen ; ○ anatomopathologique ; • faire le counseling ; • référer.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district ; • 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.

➤ AMENORRHEES

NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
<i>Village/Communautaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
<i>CSCom</i>	<ul style="list-style-type: none"> • faire l'interrogatoire et l'examen clinique. <p>Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) absents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer. <p>Si caractères sexuels secondaires (pilosité, sein, etc.) présents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le test de grossesse. <p>Si test positif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire le suivi en CPN. <p>Si pas de grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher une aménorrhée sous contraception : Cf. protocole PF. Si non référer.
<i>Hôpital de district</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom. <p>Si test de grossesse négatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> • faire l'échographie pelvienne. <p>Si utérus absent ou anormal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • référer pour prise en charge spécialisée. <p>Si utérus normal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher un blocage de l'écoulement sanguin (imperforation de l'hymen, sténose du col, diaphragme vaginale) etc. : <ul style="list-style-type: none"> ○ référer pour prise en charge. <p>Si pas de blocage à l'écoulement sanguin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • rechercher les autres causes d'aménorrhée secondaire (syndromes des ovaires polykystiques, syndrome de SHEEHAN, hyperprolactinémie, etc.) : <ul style="list-style-type: none"> ○ traiter si possible ou référer.
<i>EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence</i>	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district. <p>N.B : Seront pris en charge ici tous les cas d'aménorrhée avec caractères sexuels secondaires absents.</p>

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. Éléments 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • 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
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom • faire le traitement approprié • référer au besoin
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem Hôpital de district • assurer la prise en charge des pathologies chirurgicales et médicales • assurer la psychothérapie si nécessaire

3.4.3. La ménopause

a. Définition :

C'est l'arrêt physiologique des menstruations (depuis un an).

b. Éléments 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • 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 (Cf. 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.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Demander : <ul style="list-style-type: none"> ○ Test de grossesse ; ○ Examens complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> √ Mammographie ; √ Echographie endovaginale ; √ Biopsie de l'endomètre ; √ Hormonothérapie substitutive si nécessaire. • Assurer le suivi ; • Faire la psychothérapie si nécessaire ; • Référer au besoin.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • 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 A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • Orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • Rassurer ; • 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 VIH ; • Référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • Idem CSCom ; • Demander l'échographie pelvienne ; • Faire le traitement médical si possible ; • Demander le bilan préopératoire ; • Faire le traitement chirurgical si possible ; • Faire la cryothérapie si indiquée • Assurer le suivi ; • Référer si nécessaire.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • Idem Hôpital de district ; • Faire la prise en charge.

➤ **TUMEURS MAMMAIRES**

a. Définition :

Nodules ou masses développées aux dépens du sein. Ils peuvent être bénins ou malins.

b. Eléments présomptifs du diagnostic :

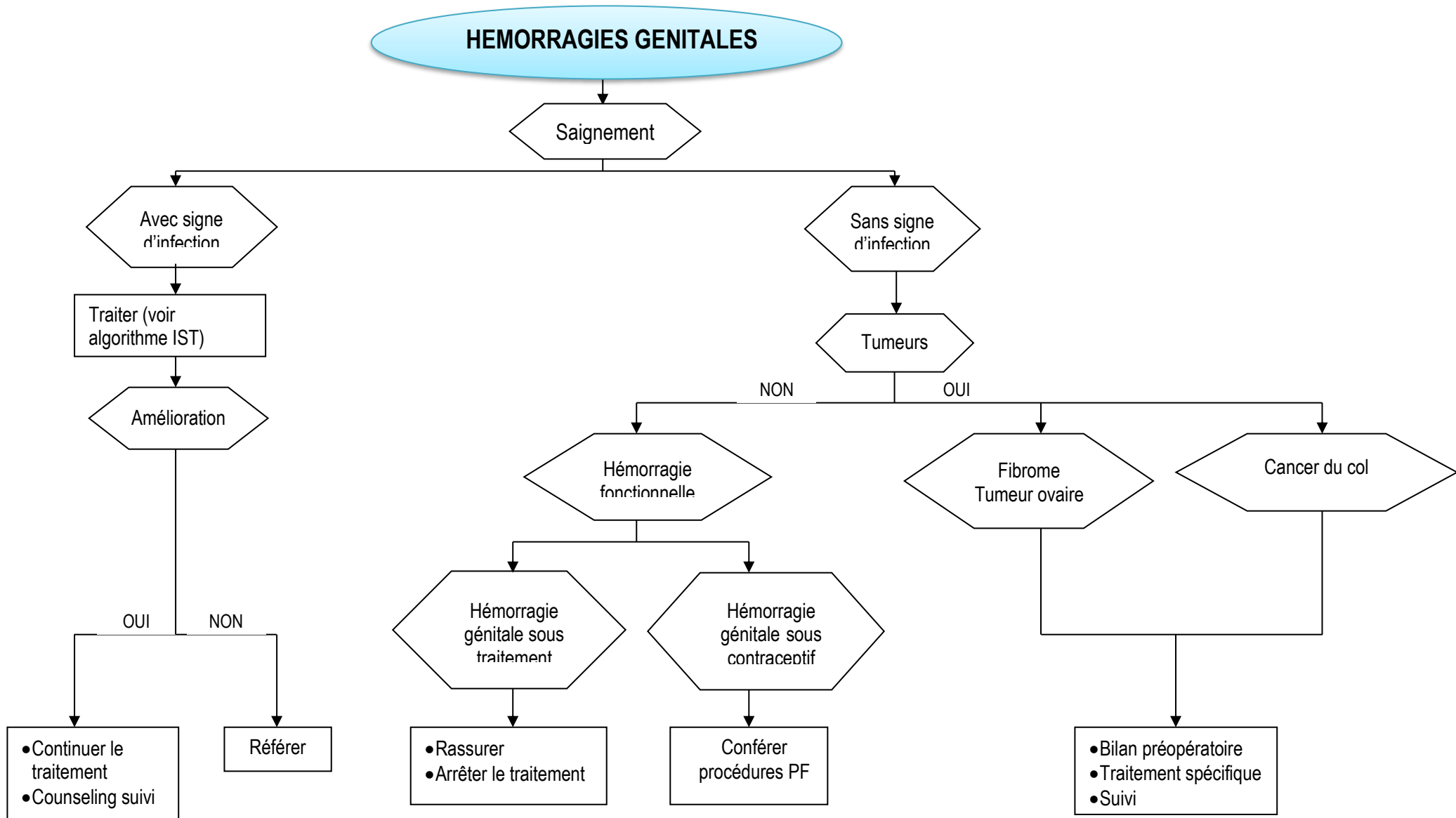
- douleurs ;
- rétraction du sein ;
- ulcération du sein ;
- modification de la coloration cutanée en l'égard de la tumeur
- masse ou nodule dans le sein ;
- écoulement mammaire.
- ganglions axillaires.

c. Prise en charge par niveaux :

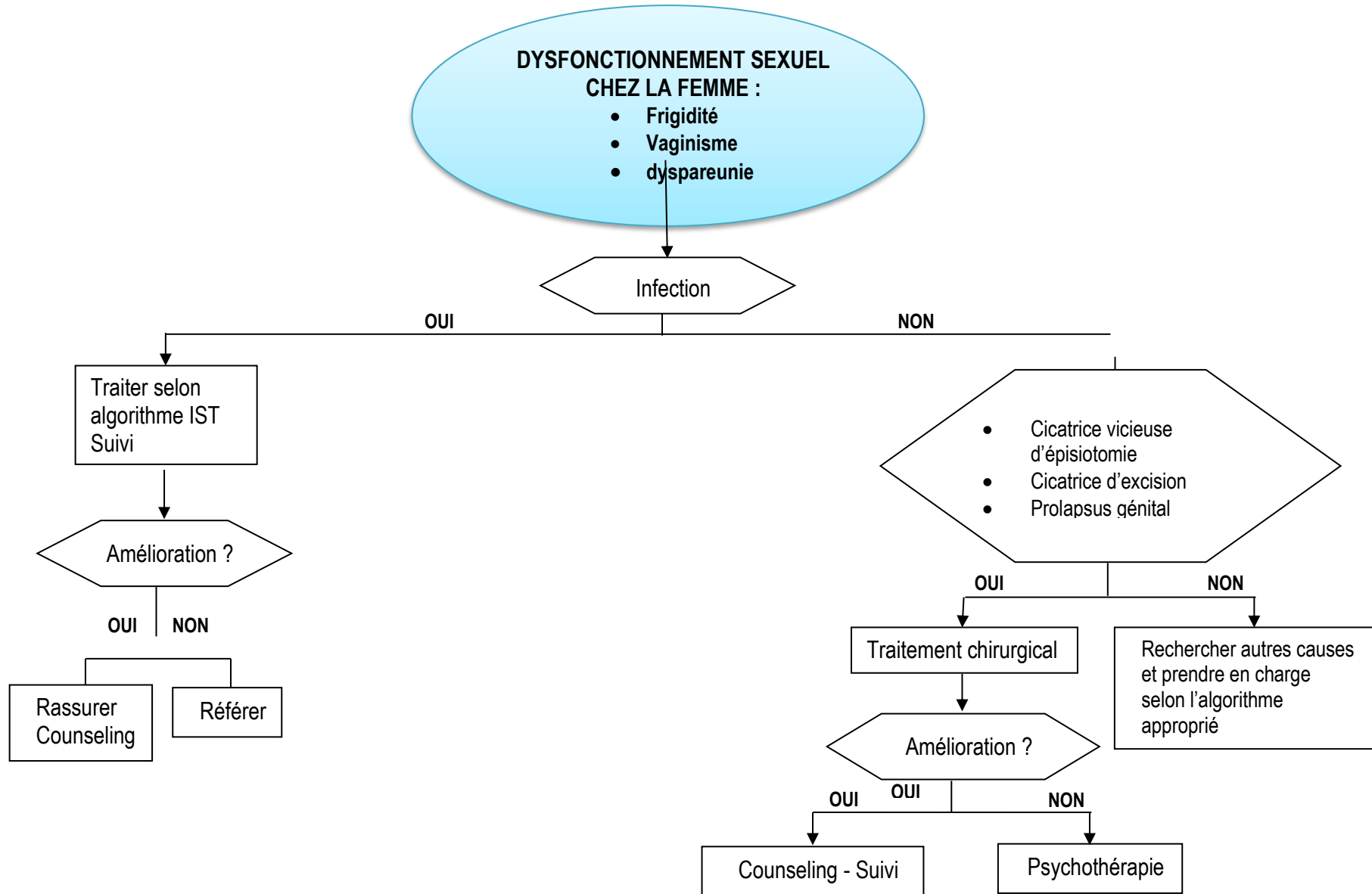
NIVEAUX	CONDUITE A TENIR
Village/Communautaire	<ul style="list-style-type: none"> • rassurer ; • orienter.
CSCom	<ul style="list-style-type: none"> • procéder à l'examen des seins (rechercher une masse avec ou sans douleur, rétraction du mamelon, recherche de peau d'orange, ulcération, écoulement, asymétrie des seins) ; • traiter la douleur si nécessaire ; • rassurer ; • référer.
Hôpital de district	<ul style="list-style-type: none"> • idem CSCom ; • demander : <ul style="list-style-type: none"> ○ échographie ; ○ 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.
EPH 2^{ème} et 3^{ème} Référence	<ul style="list-style-type: none"> • idem hôpital de district ; • faire la radiothérapie au besoin ; • faire la chimiothérapie au besoin ; • faire l'hormonothérapie au besoin.

ALGORITHMES

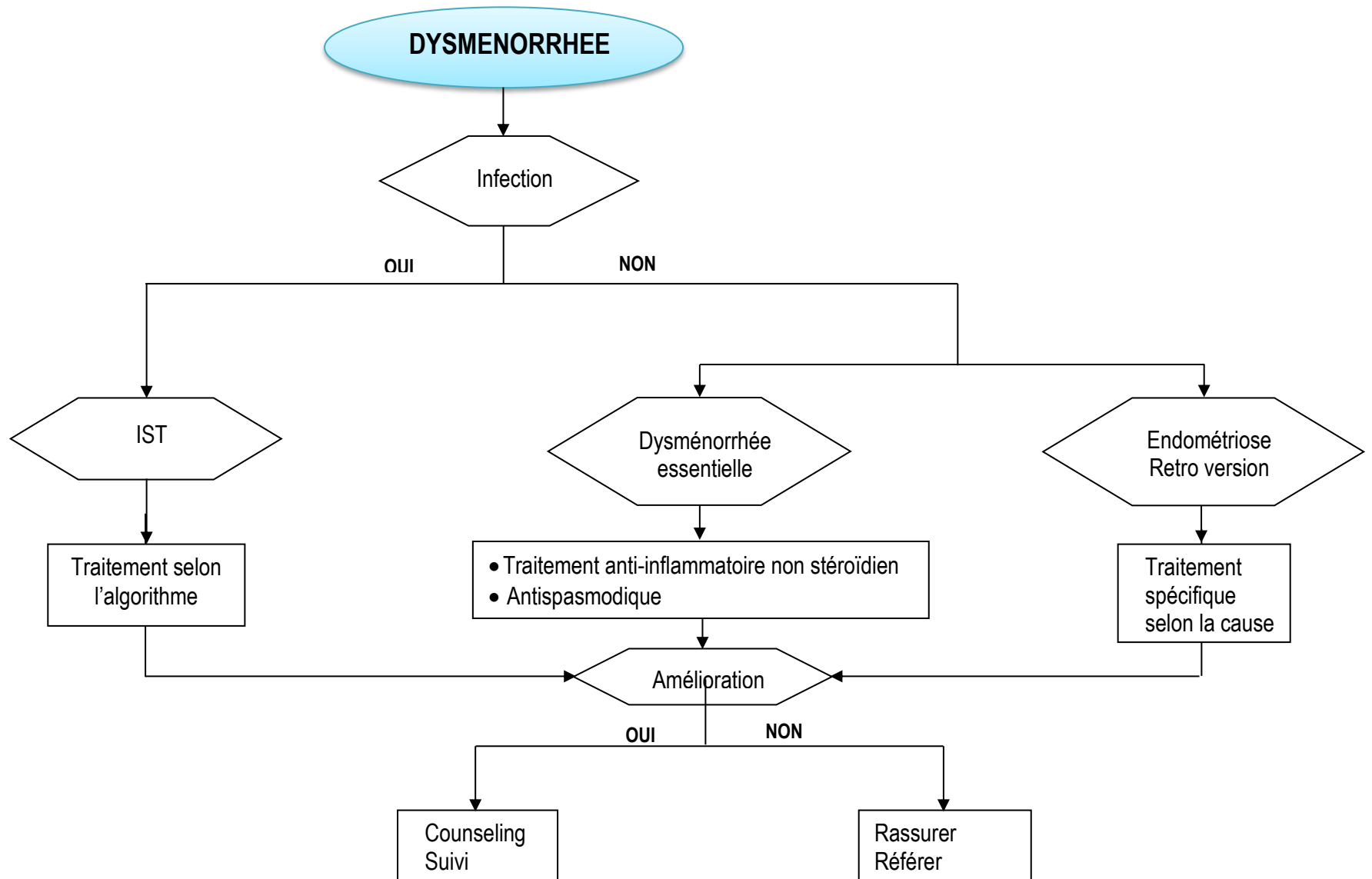
ALGORITHME 32 : Hémorragies génitales



ALGORITHME 33 : Dysfonctionnement sexuel chez la femme



ALGORITHME 34 : Dysménorrhée



GLOSSAIRE

Aménorrhée	<i>Absence de menstruations.</i>
Anémie	<i>Etat clinique dû à 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>Écoulement 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>
Spanioménorrhée	<i>Durée du cycle supérieur à 35 jours.</i>
Spotting	<i>Saignement génital de petite quantité, irrégulier qui tache 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 Sous-Direction de la Santé de la Reproduction/Direction Générale de la Santé et de l'hygiène publique/Ministère de la Santé et des Affaires Sociales- 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°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
1.	D ^r Ousmane DEMBELE	DGSHP	66 79 69 55	ousma66@yahoo.fr
2.	D ^r Abdoulaye GUINDO	DGSHP	76 48 18 71	abdouquindo@yahoo.fr
3.	D ^r Dounanké DIARRA	DGSHP	76 05 22 07	dounankediarra@yahoo.fr
4.	D ^r Saran DIAKITE	DGSHP/SDSR	76 13 91 55	sarabore66@gmail.com
5.	D ^r Bintou Tine TRAORE	DGSHP/SDSR	66 95 66 28	bintoutr2003@yahoo.fr
6.	D ^r Aminata CISSE	DGSHP/SDSR	66 71 71 82	amitra15c@yahoo.fr
7.	D ^r N'Tji KEITA	DGSHP/SDSR	76 17 65 46	keita63@yahoo.fr
8.	D ^r Aliou BAGAYOKO	DGSHP/SDSR	76 42 62 66	alioubagayoko@yahoo.fr
9.	D ^r Mariam GARANGO	DGSHP/SDSR	79 22 49 22	mkgarango2@gmail.com
10.	D ^r Mamadou BERTHE	DGSHP/SDSR	66 86 19 79	mamadouberthe60@gmail.com
11.	D ^r Mamadou BOIRE	DGSHP/SDSR	79 42 31 67	mamboire@yahoo.fr
12.	D ^r Amadou SIDIBE	DGSHP/SDSR	66 90 76 98	amadsib@yahoo.fr
13.	D ^r Aminatou Gueta DIAKITE	DGSHP/SDSR	69 52 25 25	diakiteaminataqueta@yahoo.fr
14.	M ^{me} Fatoumata KONE	DGSHP/SDSR	66 72 12 68	batatacoucou@yahoo.fr
15.	M ^{me} Kadidia DEMBELE	DGSHP/SDSR	66 79 18 72	kadidiadembele2007@yahoo.fr
16.	M ^{me} Aoua GUINDO	DGSHP/SDSR	66 98 67 62	quindoaoua@yahoo.fr
17.	M ^{me} Sirantou WAGUE	DGSHP/SDSR	66 91 31 31	sirantou2011@yahoo.fr
18.	M ^{me} Fatimata TOURE	DGSHP/SDSR	74 58 41 88	touifatimata@yahoo.fr
19.	M ^{me} Agaïcha TOURE	DGSHP/SDSR	66 86 53 84	agaïcha.toure@yahoo.fr
20.	M ^{me} Sara DOLO	DGSHP/SDSR	76 32 15 70	dolosara@yahoo.fr
21.	M ^{me} Fatoumata MAIGA	DGSHP/SDSR	76 11 70 37	alifanta95@yahoo.fr
22.	D ^r Oumou DIARRA	DGSHP/DESR	77 56 50 34	droumoukoum@yahoo.fr
23.	D ^r Tata K. DIARRA	DGSHP/DN	76 01 63 41	tatuklego@gmail.com
24.	D ^r Abdoul Karim SIDIBE	DGSHP/DPLM	76 36 72 61	sidibeak@yahoo.fr
25.	M. Soumana DAOU	DGSHP/Santé Scolaire	66 67 06 74	soumana_daou@yahoo.fr
26.	M. Aboubacar Sidiki SIDIBE	DGSHP/SI	79 01 88 13	sidibe147@yahoo.fr
27.	Mme Rolande DAOU	DGSHP/UPFS	66 89 10 45	rolandedaou@yahoo.fr
28.	D ^r M'BAYE Bambi BA	PNLP	76 24 39 65	mbayebambi@yahoo.fr
29.	D ^r Mariam TALL	PNLP	76 41 57 74	drtallmariam@hotmail.com
30.	D ^r Boubacar DOUCOURE	CPS/Santé	98 98 19 99	boubacar581@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
31.	D ^r Seydou SOGODOGO	Inspection de la Santé	77 52 25 31	sogodogo206@gmail.com
32.	D ^r Moussa TRAORE	INRSP	71 18 91 17	moussananam@yahoo.fr
33.	M ^{me} Fatoumata TRAORE	INFSS Bamako	66 76 77 25	fafatraore74@gmail.com
34.	M. Boubacar MAIGA	DNDS	75 21 17 67	maigaboubacar67@yahoo.fr
35.	M. Dieudonné DIAMA	DNP	76 11 85 20	dieudonmediama@yahoo.fr
36.	M. Lassina DIARRA	DNPEF	72 27 37 88	lassdiarra@gmail.com
37.	M ^{me} Oumou M. TIMITE	DNPEF	76 04 77 31	zoumousse@yahoo.fr
38.	M. Issa GOITA	DNPF	66 53 14 00	issacbadra1@yahoo.fr
39.	M ^{me} Rokia KONE	DNPSES	76 41 55 83	ba_woro@yahoo.fr
40.	M ^{me} Safiatou TRAORE	DRH/SSDS	66 76 38 95	safiatoutraore23@yahoo.fr
41.	D ^r Fatoumata BAGAYOKO	ANEH	76 41 12 68	drfatbagayoko@gmail.com
42.	D ^r Marguerite DEMBELE	CADD	76 44 22 29	coulmarguerite61@gmail.com
43.	M. Mahamadou TRAORE	CREDOS	76 18 47 01	mbtsofia@yahoo.fr
44.	D ^r Moussa BATHILY	CRLD	76 06 75 86	bathilymo2000@yahoo.fr
45.	M ^{me} Tieydo BA	CSLS/MSHP	76 43 18 27	loboba6@gmail.com
46.	M ^{me} Madina HAIDARA	CSLS/MSHP	66 78 11 03	madinah60@yahoo.fr
47.	D ^r Fanta NIARE	CNAM	76 45 89 79	niare63@yahoo.fr
48.	M ^{me} Jidata MAIGA	CNIECS	66 79 70 31	jidata.maiga@yahoo.fr
49.	M ^{me} Hawa KONE	CNIECS	76 02 35 37	konehawa3@gmail.com
50.	Pr Youssouf TRAORE	CHU GT - SOMAGO	66 71 01 94	drtraorey@yahoo.fr
51.	Pr Zanafon OUATTARA	CHU – HGT	66 72 35 55	zanafonouattara@yahoo.fr
52.	Pr Aly TEMBELY	CHU – Point G	66 73 74 33	batembely@yahoo.fr
53.	D ^r Tioukani THERA	CHU Point G	66 76 72 52	tioukani@gmail.com
54.	D ^r Ahmadou COULIBALY	CHU Point G - SOMAGO	76 41 20 14	coulimpewo@yahoo.fr
55.	D ^r Aminata KOUMA	CHU Kati	65 99 04 80	koumamit@yahoo.fr
56.	D ^r Madani LY	CHU Luxembourg	78 77 19 90	madanily2013@yahoo.fr
57.	D ^r Alassane TRAORE	Hôpital du Mali	76 19 13 12	alassane200@yahoo.fr
58.	D ^r Idrissa Mama DIARRA	Hôpital du Mali	76 30 28 98	diarraidrissamama@yahoo.fr
59.	D ^r Modibo MARIKO	Hôpital du Mali	76 34 78 28	marikomodibo@hotmail.com
60.	D ^r Soumaïla A. TRAORE	Hôpital du Mali	76 30 64 17	baconlamo@yahoo.fr
61.	D ^r Diarrah SOUMARE	DRS Kayes	66 72 58 55	drdiarrahdrs2007@yahoo.fr
62.	D ^r Kizito DABOU	DRS Kayes	73 19 19 86	daboukizito@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
63.	D ^r Smaïl DICKO	DRS Kidal	76 23 79 07	drdickosmail29@gmail.com
64.	M. Arafa TOURE	DRS Koulikoro	76 23 61 30	arafatoure57@gmail.com
65.	D ^r Demba DIARRA dit N'Diaye	DRS Koulikoro	66 33 80 70	dembadiarra041@gmail.com
66.	M ^{me} Diénéba DEMBELE	DRS Sikasso	66 78 26 69	dienedembele@yahoo.fr
67.	D ^r Assitan Baya SIDIBE	DRS Sikasso	78 70 55 03	assitanbsidibe@yahoo.fr
68.	D ^r Lassana DIARRA	DRS Ségou	76 24 29 10	diarralassi@yahoo.fr
69.	D ^r Magara DOUMBIA	DRS Ségou	79 28 99 32	doumbiamagara206@yahoo.fr
70.	D ^r Abdoul Salam DIARRA	DRS Mopti	76 47 74 15	abdoulsalamdiarra@gmail.com
71.	M ^{me} Clotilde KOUKPO	DRS Mopti	76 15 69 74	aichaclotildekoupko@gmail.com
72.	D ^r Souleymane SANOGO	DRS Tombouctou	76 45 93 38	ssanogo24@yahoo.fr
73.	M ^{me} Arley Atta MAIGA	DRS Tombouctou	79.49.08.79	maigatta170@gmail.com
74.	M ^{me} Sama NIANGALY	DRS Tombouctou	72.54.01.43	samaniangaly@yahoo.fr
75.	D ^r N'Tolé TRAORE	DRS Gao	77.94.17.78	ntolettraore@gmail.com
76.	M ^{me} Halimatou TRAORE	DRS Gao	79 12 22 86	halimatoutraore@yahoo.fr
77.	Dr Abouzeïdi A. MAIGA	DRS Ménaka	77 11 57 80	hamsabana@yahoo.fr
78.	D ^r Pierre KAMATE	DRS Bamako	76 39 19 01	pierrekamate99@yahoo.fr
79.	M ^{me} Madiné MANGARA	DRS Bamako	76 45 44 54	mangaramadina018@gmail.com
80.	D ^r Ballan MACALOU	Hôpital de Kayes	78 99 55 05	ballanmacalou@gmail.com
81.	D ^r Alima SIDIBE	Hôpital de Ségou	76 43 51 00	sidibealima8@gmail.com
82.	M. Pierre COULIBALY	Hôpital de Mopti	74 49 53 52	coulipierre@yahoo.fr
83.	D ^r Mamadou KAMPO	Hôpital de Tombouctou	75 06 74 42	mitikampo@gmail.com
84.	D ^r Kalifa TRAORE	Hôpital de Gao	76 32 78 01	kaltra18@gmail.com
85.	D ^r Mala SYLLA	CSRéf – Bougouni	66 69 00 42	hamasylla@yahoo.fr
86.	D ^r Sidiki KOKAÏNA	Personne ressource	66 79 16 07	skokaina@yahoo.fr
87.	D ^r Aminata O. TOURE	Personne ressource	65 84 76 37	amintus201@yahoo.fr
88.	M ^{me} Haoua DIALLO	Personne ressource	66 72 79 49	dialloms@yahoo.fr
89.	M ^{me} Rokia DIAKITE	Personne ressource	66 79 95 24	diakite_rokia@yahoo.fr
90.	M ^{me} Oumou KEITA	Personne ressource	66 79 71 82	keitaoumou05@yahoo.fr
91.	Saïdou COULIBALY	Personne ressource	72 54 01 43	coulibaly_saidou@yahoo.fr
92.	D ^r Oumar SACKO	Ordre des pharmaciens	76 71 61 51	osacko@gmail.com
93.	M ^{me} Aminata DOUMBIA	Ordre des sages-femmes	69 31 21 47	doumbaminata@gmail.com

N°	Nom et Prénom	Structure	Tél	E-mail
94.	M. Alkadri DIARRA	CNOM	66 77 72 85	dralkadri@yahoo.fr
95.	M ^{me} Haoua L. DIARRA	CNOSF	76 11 18 14	hamalamediarra@gmail.com
96.	D ^r Séga KONATE	CNTS	76 39 37 34	konatesega@yahoo.fr
97.	M. Salif DIAWARA	Comité d'éthique	76 50 04 33	salifdiawara@gmail.com
98.	D ^r Dougoufana BAGAYOKO	UNICEF	75 99 74 29	dbagayoko@unicef.org
99.	D ^r Fatoumata CISSE	OMS	79 07 05 15	tessouguef@who.int
100.	M ^{me} Rokia SISSOKO	USAID/HP+	73 06 83 69	rokoa.sissoko@thepalladiumgroup.com
101.	D ^r Lala COULIBALY	USAID/HRH2030	66 74 51 69	lcoulibaly@hrh2030program.org
102.	M ^{me} Fary DIOP KONE	USAID/KJK	76 03 55 61	fdiop@projetkjk.org
103.	D ^r Amoussou CHARLES	USAID/SSGI	78 20 34 62	amoussou.gbedon@jhpiego.org
104.	M ^{me} Aissata TANDINA	USAID/SSGI	76 30 42 06	aissata.tandina@jhpiego.org
105.	D ^r Demba TRAORE	IntraHealth	66 57 10 77	dtraore@intrahealth.org
106.	M ^{me} Ramata FOMBA	IntraHealth	66 79 55 68	rkonate@intrahealth.org
107.	D ^r Bogoba DIARRA	PSI – Mali/Expert	76 03 22 56	bogobadiarra@gmail.com
108.	D ^r Marie Léa DAKOOU	PSI/Mali	76 41 76 75	mldakouo@psimali.org
109.	M. Mamadou TRAORE	AMAPED	66 79 35 72	madoudrissa@yahoo.fr
110.	M ^{me} Assitan COULIBALY	AMPPF	66 76 47 71	assitouhadiacoul@yahoo.fr
111.	D ^r Fatalmoudou TOURE	ASDAP	66 73 17 81	fatalmoudou.toure@asdapmali.org
112.	M ^{me} Mariam TOURE	DSSA	75 21 33 69	kmariam@yahoo.fr
113.	D ^r Ba Djibril SALL	Groupe Pivot/Santé Population	65 99 56 56	badjibril@gmail.com
114.	M ^{me} Assétou DOUMBIA	MS Mali	76 30 87 18	assetou@msimali.org
115.	D ^r Marie Hortense NKOKOLO	MSFF	78 45 97 13	msff-bamako-comek@paris.msff.org
116.	D ^r Dramane SAMAKE	MSI	66 93 32 21	dramanesamake93@yahoo.fr
117.	D ^r Abdoulaye H. TRAORE	MSM	77 18 07 84	ahtraore@msimali.org
118.	D ^r Ousmane DIABATE	Projet jeunes	66 89 90 01	drodiabate@yahoo.fr
119.	M. Melama SOUMAHORO	Measure Evaluation	76 18 47 99	melama.soumahoro@icf.com

BIBLIOGRAPHIE

-  Enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-V), 2012 - 2013.
-  Copyright© 2013. Program for Appropriate Technology in Health (PATH).
-  Directives 2018 de mise sous antirétroviraux à vie des femmes enceintes infectées par le VIH/SIDA dans le cadre de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH (PTME) au Mali, *septembre 2018*.
-  Politiques et Normes des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé /Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Procédures des services de santé de la reproduction, Ministère de la Santé/Direction nationale de la santé, *juin 2013*.
-  Nouvelles directives de l’OMS – 2018.
-  Family Planning Edition 2018 : www.fphandbook.org
-  Normes et protocole de prise en charge VIH – 2016.
-  http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MECguidelinePart-2.pdf
-  Nouvelles recommandations de l’OMS – 2015.
-  Manuel à l’intention des prestataires de service du monde entier (livre vert 2011), OMS, Ecole de Santé Publique, Johns Hopkins BLOOMBERG.
-  Manuel à l’intention des prestataires du monde entier (livre vert en Anglais Avril 2018).
-  Documents de formation sites JHPIEGO : www.jhpiego.org