

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

BURKINA FASO

Unité Ë Progrès Ë Justice



PROTOCOLES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

Composantes Communes



Juillet 2009

TABLES DE MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

NORMES ET PROTOCOLE DE PLANIFICATION FAMILIALE

INTRODUCTION

Ces normes et protocoles de prestation de services sont basés sur les connaissances les plus récentes disponibles sur les méthodes de contraception utilisées au Burkina Faso.

Le but de ce document est de :

✚ **donner des informations** sur les méthodes contraceptives et pour chaque méthode, les informations suivantes sont fournies à travers le counseling:

- Présentation du produit
- Taux d'efficacité
- Coût
- Caractère réversible ou permanent de la méthode
- Mécanisme d'action
- Avantages et limites
- Précautions à prendre
- Mode et moment d'administration
- Instructions pour les clients notamment les effets secondaires et les
- Signes d'appel imposant une visite.
- Bilan des clients

✚ **harmoniser les informations** avec des directives claires ; ceci devant permettre de standardiser les pratiques cliniques pour une meilleure qualité des services de planification familiale.

Les composantes des services de PF au Burkina Faso sont :

- L'information, l'éducation et la communication
- La contraception (prescription, suivi, référence)
- La lutte contre les IST/VIH/SIDA.
- La lutte contre l'infécondité / infertilité
- Les autres services : formation, gestion recherche, supervision
- La participation communautaire notamment l'implication des hommes en Santé de la Reproduction.

Les activités de planification familiale sont :

- Counseling,
- Causerie de groupe
- Examen clinique / gynécologique
- Dépistage et la prise en charge des IST
- Prescription des méthodes contraceptives
 - Prescription des méthodes naturelles (MAMA, MJF)
 - pose ou retrait DIU
 - pose ou retrait implant
 - administration des injectables
 - prescription ou réapprovisionnement des pilules
 - prescription des méthodes barrières
 - contraception chirurgicale volontaire
 - référence / contre référence
 - gestion.
- Suivi des clients

CONSEIL(COUNSELING) EN PLANIFICATION FAMILIALE

1) Définition

Le conseil ou counseling est un entretien en tête à tête dans un endroit calme, entre un client ou un couple demandeur et un conseiller au cours duquel ce dernier aide le client ou le couple à comprendre, analyser son problème de santé reproductive et choisir une solution libre et éclairée pour le résoudre.

Il permet d'établir et de maintenir un dialogue basé sur la confiance.

2) Buts du conseil

- Donner une information claire et précise
- Arriver à un choix éclairé sur les options
- Appliquer la décision prise en toute sécurité
- Induire un changement de comportement positif et responsable des clients
- Apporter un soutien aux clients.

Le counseling doit être adapté à chaque prestation.

3) Principes de base nécessaires au conseil

Le counseling doit se concentrer sur les besoins individuels de chaque client en assurant :

- le droit au caractère privé et confidentiel de l'entretien pour préserver l'estime de soi et la confiance en soi du client en toutes circonstances
- la liberté de s'exprimer
- le consentement éclairé
- le choix volontaire
- le respect des droits du client
- le renforcement des capacités du client.

D'autres principes dont il faut tenir compte en matière de counseling concernent :

- la maîtrise du sujet
- le fait de tirer les leçons du passé mais aussi demeurer positif, constructif, optimiste, tourné vers l'avenir.

Les prestataires de services chargés de mener le counseling doivent être conscients que plusieurs facteurs importants influencent le client ; selon la méthode choisie, ces facteurs incluent :

- Les objectifs en matière de reproduction de la femme ou du couple (espacement des naissances ou choix du moment).
- Des facteurs subjectifs, tels que le temps, les coûts de déplacement, la souffrance ou l'inconfort que les clients vont subir.
- L'accès et la disponibilité de autres produits nécessaires pour l'utilisation de la méthode.
- Le besoin de protection contre les infections sexuellement transmissibles notamment les virus de l'hépatite B et C ainsi que de l'immuno-déficience humaine.

4) Les phases du conseil

On peut répartir le counseling en trois phases principales qui sont :

- Le counseling initial
 - Le counseling spécifique
 - Le counseling de suivi.
- **Le counseling initial** se mène lors de la réception du client. Pendant cette phase toutes les méthodes sont décrites et l'on aide le client à choisir celle qui est la plus appropriée pour lui
 - **Le counseling spécifique** à la méthode se fait immédiatement après le choix ; le prestataire donne au client des informations détaillées sur la méthode choisie, des instructions pour une utilisation efficace de la méthode et décrit les effets secondaires possibles.
 - **Le counseling de suivi** se fait lorsque les clients reviennent pour la deuxième ou les consultations suivantes. Le prestataire vérifie le niveau de satisfaction du client par rapport à la méthode utilisée, discute de son utilisation, recherche les effets secondaires ou autres problèmes survenus.

N.B :Le counseling doit, cependant faire partie de toutes les interactions avec le client.

I. NORMES DU COUNSELING

a) QUI FAIT LE COUNSELING ?

Tout agent de santé ou agent social formé :

Chaque prestataire de service doit offrir un counseling adéquat à chaque client.

Au niveau psychosocial, certaines associations peuvent servir de groupes relais selon le contexte.

b) QUI RECOIT LE COUNSELING ?

- La femme en âge de procréer
- L'homme
- Le jeune
- Le couple

c) OÙ SE FAIT LE COUNSELING ?

Il est fait :

- dans les structures socio-sanitaires publiques ou privées
- dans les structures associatives
- à domicile

d) LES CLEFS D'UN BON COUNSELING SONT :

- Accueillir convenablement les clients
- comprendre et respecter les droits des clients
- gagner la confiance du client
- comprendre les avantages et les limites de toutes les méthodes contraceptives
- comprendre les facteurs culturels, religieux et émotionnels qui influencent le choix du client (ou d'un couple) quant à l'utilisation d'une méthode particulière de contraception
- encourager le client à poser des questions
- montrer du respect et de l'amabilité envers le client par son approche sans jugement

- écouter activement les préoccupations du client
- présenter l'information sans parti pris qui indique le respect du sentiment du client
- comprendre l'effet de la communication non verbale
- être disponible pour le client
- poser des questions claires et précises
- donner des réponses claires et pertinentes
- respecter la confidentialité.
- référer en cas de nécessité

e) ETAPES DU COUNSELING

Bienvenue (bon accueil, mise à l'aise)

Entretien (écoute attentive et active)

Renseignements

Choix/décision claire

Explications /instructions sur la méthode choisie

Rendez-vous

II. PROTOCOLES

1) *Quand fait-on le counseling ?*

Le counseling se fait à chaque consultation. On peut distinguer deux situations :

- le client prend l'initiative et vient voir le prestataire pour une consultation
- le prestataire prend l'initiative de se rencontrer avec un client sur la base d'un constat.

2) *conduite d'une session de counseling*

a) . *Counseling initial*

Bienvenue

- *Accueillir le client :*
- saluer le client
- l'inviter à s'asseoir

- faire les présentations
- mettre le client en confiance et à l'aise
 - *informer* sur les procédures en vigueur dans la structure sanitaire (temps d'attente, consultation selon l'ordre d'arrivée) lui demander ce que vous pouvez faire pour lui.

Entretien

- montrer sa disponibilité par une écoute attentive et active
- rassurer le client sur le caractère confidentiel de l'entretien
- aider le client à exprimer ses besoins et ses buts en matière de reproduction
- expliquer les prestations offertes par le service
- expliquer ce qui va se passer durant cette visite
- recueillir les informations utiles sur le client
- faire un résumé de l'ensemble des informations reçues
- si le client n'est pas nouveau, lui demander ce qui a changé depuis sa dernière visite.

Renseignements :

- Si le problème du client est bien défini lui demander ce qu'il a déjà fait ou pense faire pour résoudre le problème
- Evaluer les connaissances du client en matière de planification familiale
- Corriger les informations erronées si nécessaire
- Fournir des informations sur toute la gamme des produits contraceptifs disponibles,
- Présentation de chaque produit :
 - forme galénique
 - mode d'action
 - Mode d'utilisation
 - durée d'action
 - avantages et limites
 - taux d'efficacité
 - Effets secondaires et signes avertisseurs

- caractère réversible ou permanent de la méthode
 - Coût
 - Sources d'approvisionnement
- assurer de la compréhension du client en lui posant des questions précises et pertinentes.

Choix/décision

- aider le client (e) à choisir la méthode qui lui plaît
- ne pas influencer le choix
- répéter les informations sur la méthode si nécessaire

b) Ê Counseling spécifique

Explications

- vérifier qu'il n'existe pas une contre indication médicale à la méthode choisie et l'en informer
- renforcer les informations sur la méthode choisie (présentation du produit) :
 - forme galénique
 - mode d'action
 - Mode d'utilisation
 - protection ou non contre les IST/VIH /SIDA
 - durée d'action
 - avantages et limites
 - taux d'efficacité
 - Effets secondaires ; signes d'appel et les précautions à prendre
 - caractère réversible ou permanent de la méthode
 - Coût
 - Sources d'approvisionnement
- demander au client de répéter les instructions
- répondre à toute question restante du client
- assurer le client de la disponibilité des prestataires en cas de besoin
- remplir le dossier du client

Rendez vous

- négocier le rendez-vous pour une visite de contrôle

c) Counseling de suivi

- Accueillir le client
- Vérifier l'utilisation de la méthode
- Vérifier le niveau de satisfaction du client
- Informer sur les éventuels problèmes et y apporter des solutions
- Demander au client de revenir en cas de besoin
- Négocier un rendez-vous précis pour le suivi.

III. BILAN DES CLIENT(E)S

1) Définition

Processus permettant au prestataire de savoir si le client ou le couple est apte à recevoir une méthode contraceptive.

2) Objectifs

Les objectifs du bilan sont :

- vérifier l'existence ou non d'une grossesse,
- vérifier l'existence ou non de précautions particulières à prendre
- vérifier l'existence de problèmes spéciaux nécessitant un dépistage supplémentaire ou un suivi régulier

A l'exception du DIU et de la stérilisation volontaire, les autres méthodes ne demandent pas qu'on fasse un examen clinique ou gynécologique.

Les examens de laboratoires ne sont pas systématiques avant la prescription d'une méthode contraceptive.

Le dépistage, le traitement et le suivi qui ne sont pas essentiels à la prescription de contraceptifs spécifiques (par exemple, l'étude du diabète et les tests routiniers d'hémoglobine) agissent comme des barrières au choix de contraceptifs et à l'accès aux services. Le bilan des clients devrait se limiter uniquement aux procédures nécessaires pour tous les clients dans tous les contextes.

A l'exception des condoms et des spermicides, aucune méthode ne protège contre les infections génitales basses ou les autres IST (par exemple VHBet C, ou le VIH/SIDA). Tous les clients doivent être avertis des risques que présente la transmission des infections génitales basses ou IST. (voir le chapitre sur les)

<p>Comment être raisonnablement sûr qu'une cliente n'est pas enceinte si le test de grossesse n'est pas réalisable?</p>
--

Vous pouvez être raisonnablement sûr qu'une cliente n'est pas enceinte si :

- Elle ne présente pas les signes sympathiques de la grossesse (somnolence, irritabilité, seins sensibles, nausées ou vomissements),
- Elle n'a pas eu de rapports sexuels depuis sa dernière menstruation ou
- Elle a utilisé correctement et régulièrement une méthode contraceptive fiable, ou
- Elle se trouve dans les 7 premiers jours après le début de sa menstruation (jour 1 à 7), ou
- Elle se trouve dans les 4 semaines post-partum (pour les femmes qui n'allaitent pas), ou
- Elle se trouve dans les 7 premiers jours après un avortement, ou
- Elle allaite exclusivement, et est à moins de 6 mois de post partum et en aménorrhée

Lorsqu'une femme est à plus de 6 mois post-partum, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte si elle allaite très fréquemment, si elle est encore aménorrhéique et si elle n'a aucun signe ou symptôme de grossesse.

L'examen gynécologique est rarement nécessaire sauf pour vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse.

Les tests de grossesse ne sont pas obligatoires, sauf lorsqu'il est difficile de confirmer une grossesse (obésité, grossesse trop jeune un utérus rétro versé ; cycle court). Dans ces cas, un test de grossesse très sensible dans les 10 jours après la supposée conception peut être utilisé s'il est facilement disponible et peu cher.

Si des tests de grossesse ne sont pas disponibles, recommander à la cliente d'utiliser l'abstinence ou une méthode de barrière jusqu'au retour de la menstruation ou jusqu'à confirmation /infirmer de la grossesse.

Récapitulatif : bilan des clients en fonction des méthodes contraceptives					
Evaluation	PFN (MAMA, MJF)	Barrières (condom ou spermicides)	Méthodes hormonales (COC, CI, COP, injectables ou implants)	DIU	Contraception chirurgicale volontaire (femmes/hommes)
Antécédents de reproduction	Non	Non	Oui (voir liste de vérification pour le bilan des clients)	Oui (voir liste de vérification pour le bilan des clients)	Oui (voir liste de vérification pour le bilan des clients)
Antécédents ITG/IST	Non	Non	Non	Oui	Oui
Examen physique					
général (y compris TA)	Non	Non	Non (c)	Non	Oui
Abdominal	Non	Non	Non (c)	Oui	Oui
Gynécologique au spéculum	Non	Non	Non (c)	Oui	Oui
Gynécologique bi-manuel	Non	Non	Non (d)	Oui	Oui
Hommes (aine, pénis, testicules, scrotum)	Non	Non	N/A	N/A	Oui

(a) PFN : Planification familial naturelle ; MAMA : méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ;

(b) COC : contraceptifs oraux combinés ; CI contraceptifs injectables ; COP : PSP pilule à seuls progestatifs

(c) Si la liste de vérification est entièrement négative (Non) l'examen n'est pas nécessaire

Uniquement nécessaire si l'on soupçonne une grossesse et si le test de grossesse n'est pas disponible.

CRITERES D'ELIGIBILITE DE LA CONTRACEPTION

Dans le souci d'améliorer la qualité de l'accès aux services de P.F., les groupes d'études scientifiques de l'OMS ont révisé les critères d'éligibilité pour les clients(es) désirant commencer ou continuer diverses méthodes contraceptives.

- * Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une contraception réversible : les quatre (4) catégories (voir tableau ci-dessous)
- * Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une stérilisation masculine et féminine volontaire (voir tableau ci-dessous)
- * Amélioration de l'accès aux contraceptifs à travers la promotion et l'assistance technique des programmes de P.F. (assurer l'information et les services de qualité) en utilisant tous les services de santé appropriés.

Il s'agit de : **Peser les risques médicaux et les avantages**

- 1) Catégorisation et Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une contraception réversible.

a) Catégorisation

Par état, on entend des caractéristiques individuelles (par exemple, âge, antécédents gestationnels) ou une pathologie préexistante connue (par ex., diabète, hypertension).

Les états qui ont une incidence sur l'acceptabilité des diverses méthodes contraceptives ont été classés dans l'une des quatre catégories suivantes :

1. Etat où l'utilisation de la méthode contraceptive n'appelle aucune restriction.
2. Etat où les avantages de la méthode contraceptive l'emportent en général sur les risques théoriques ou avérés.
3. Etat où les risques théoriques ou avérés l'emportent généralement sur les avantages procurés par l'emploi de la méthode.
4. Etat équivalent à un risque inacceptable pour la santé en cas d'utilisation de la méthode contraceptive.

b) Classification (utilisation de catégories dans la pratique)

CLASSIFICATION	AVEC EVALUATION CLINIQUE	AVEC EVALUATION CLINIQUE LIMITEE
1	Utiliser la méthode en toutes circonstances	Oui (utiliser la méthode)
2	D'une manière générale, utiliser la méthode	
3	L'emploi de la méthode n'est habituellement pas recommandé, à moins que des méthodes plus indiquées ne soient pas disponibles ou pas acceptables	Non (ne pas utiliser la méthode)
4	Méthode à proscrire	

Les catégories 1 et 4 sont explicites. La classification d'une méthode/d'un état dans la catégorie 2 indique qu'on peut en général utiliser la méthode, mais qu'un suivi attentif peut être nécessaire. Par ailleurs, la fait de fournir une méthode à une femme dont l'état est classé dans la catégorie 3 nécessite une évaluation clinique soigneuse et l'accès à des services cliniques ; dans ce cas, il faudra tenir compte de la gravité de la pathologie ainsi que de la disponibilité, des modalités pratiques d'utilisation et de l'acceptabilité d'autres méthodes. Pour une méthode/un état classé(e) dans la catégorie 3, il n'est en généralement pas recommandé d'utiliser ladite méthode sauf si d'autres méthodes plus appropriées ne sont pas disponibles ou pas acceptables. Un suivi rigoureux sera nécessaire. Là où les moyens d'évaluation clinique sont limités, dans les services communautaires par exemples, on pourra ramener le nombre des catégories de 4 à 2. Ainsi, une classification de catégorie 3 indique qu'une femme ne répond pas aux critères médicaux retenus pour l'utilisation de la méthode concernée.

2) Classification des conditions médicales déterminant l'éligibilité pour une stérilisation volontaire

Accepter :	Aucune raison médicale de refuser la stérilisation volontaire à une personne ayant cette condition
Prudence :	La procédure est normalement effectuée dans un cadre courant mais elle requiert des précautions et des préparations supplémentaires.
Différer :	La procédure devrait être différée jusqu'à ce que la condition soit évaluée et/ou corrigée D'autres méthodes devraient être fournies temporairement
Spécial :	La procédure devrait être effectuée dans un cadre pourvu de chirurgiens et d'un personnel qualifié, de équipements permettant de réaliser une anesthésie générale, ainsi que d'une équipe médicale remplaçante. D'autres méthodes de contraception devraient être utilisées temporairement.

Les critères médicaux requis pour l'utilisation de contraceptifs (voir tableaux annexes).

L'utilisation de ces critères dans les normes classés en :

- * convient à (classe 1 et 2)
- * à utiliser avec précaution (classe 3)
- * ne convient pas à (classe 4).

**NOUVEAUX CRITERES DE RECEVABILITE POUR L'ADOPTION ET
L'UTILISATION CONTINUE DE METHODES CONTRACEPTIVES**

ETAT/CARACTERISTIQUES	COC	CIC	PS	AMPR NET-EN	LNG/ETG	DIU- Cu	DIU- LNG
A = Adoption C = Continuation							
CARACTERISTIQUES PERSONNELLES ET ANTECEDENTS GENESIQUES							
OBESITE : Indice de masse corporelle (IMC) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	2	2	1	1	1	1	1
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE							
MUTATIONS THROMBO-GENIQUES AVEREES (par ex : facteur V Leiden ; mutation du Facteur II ; déficit en protéine S, en protéine C ou en antithrombine)	4	4	2	2	2	1	2
ETATS DEPRESSIFS							
ETATS DEPRESSIFS	1	1	1	1	1	1	1
INFECTIONS ET PATHOLOGIES DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR							
FIBROMES UTERINS							
a) sans déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	1	1
b) avec déformation de la cavité utérine	1	1	1	1	1	4	4
MALADIES INFLAMMATOIRES PELVIENNES (MIP)						A	C
a) antécédents de MIP (sans facteurs de risque actuels de ST)							
(i) avec grossesse utérine	1	1	1	1	1	1	1
(ii) sans grossesse utérine	1	1	1	1	1	2	2
b) MIP en cours	1	1	1	1	1	4	2
IST						A	C

METHODES CONTRACEPTIVES

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (OESTROGENES/ PROGESTATIFS)

I) NORMES

Définition

Les COC sont des comprimés composés d'oestrogènes et de progestatifs synthétiques stéroïdes efficaces pour empêcher les grossesses.

1.1) Types

Selon le dosage en hormone (teneur en oestrogène)

- É **Normo dosées** (0,05 mg d'oestrogènes) exemple (**stédiril, eugynon**)
- É **Mini dosées** (0,03 mg d'oestrogènes) exemple (**lo femenal, eugynon minidril**)

Selon les phases

- É **Monophasiques** normo dosées (0,05 mg d'oestrogènes pour tous les comprimés) : stédiril, eugynon
- É **Monophasiques** mini dosées (0,03 mg d'oestrogènes pour tous les comprimés) : lo femenal
- É **Biphasiques** (0,15 mg de levonorgestrel et 0,03 mg d'éthinyl oestradiol pour les premiers comprimés blancs et 0,20mg de levonorgestrel et 0,04mg d'éthinyl oestradiol pour les comprimés roses (Adépal)
- É **Triphasiques** (0,05 mg de levonorgestrel et 0,03 mg d'éthinyl oestradiol pour les premiers comprimés; 0,075 mg de levonorgestrel et 0,04mg d'éthinyl oestradiol pour les comprimés blancs; 0,125 mg de levonorgestrel et 0,03 mg d'éthinyl oestradiol pour les comprimés jaunes) exemple (Trinordiol, Phaeva)

1.2) Dosage des pilules

MARQUES (Noms)	Nombre de comprimés	OESTROGENE (mg)	PROGESTATIF (mg)
(Monophasique)			
A. PC Minidosées			
Lo femenal	28	EE 0,03	Norgestrel 0,3
Microgynon	21 ou 28	EE 0,03	Levonorgestrel 0,15
Minidril	21	EE 0,03	Levonorgestrel 0,15
(EE = Ethinyl Estradiol)			
Monophasique			
B. PC Normodosées			
Eugynon	21 ou 28	EE 0,05	Norgestrel 0,5
Milli-anovlar	21	EE 0,05	Noréthistérone 1,0
Stédiril		EE 0,05	Norgestrel 0,5
Biphasique			
C. PC Normodosées			
Miniphase	21	EE 0,03 EE 0,04	Noréthistérone 1,0 Noréthistérone 2,0
D. Pilule Progestative (femmes allaitantes)			
Ovrette	28	EE 0	Norgestrel

1.3) Quand commencer les COC

Du 1^{er} au 7^{ème} jour du cycle ou quand le prestataire est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

1.4) Où peut-on les fournir ?

- CHU
- CHR
- CMA
- C M
- CSPS
- Cabinets et cliniques privés
- Centres de santé des jeunes

- Pharmacies
- Structures associatives
- Autre structure de santé agréée

1.5) Qui peut fournir la COC ?

- ◆ Le personnel de santé formé en PF :
 - Médecins / pharmaciens
 - Sage femme/Maïeuticien d'état
 - Infirmier(e)
 - Accoucheuse brevetée et auxiliaire
- ◆ Les agents de santé à base communautaire formés

II) PROTOCOLES

2.1) Conseil/Counseling initial (cf protocole counseling)

2.2) Bilan de la cliente

Procéder à l'interrogatoire et faire l'examen clinique pour identifier les indications et les contre-indications.

CONDITION	Conduite à tenir
Grossesse	Classe 4 - Référer à la CPN
Age	
<40 ans	classe 1
~ 40ans	classe 2
Parité (nullipare, multipare)	classe 1
Post abortum	Classe 1
Post-partum avec allaitement	
- Inférieur à 6 semaines après l'accouchement	Classe 4
- De 6 semaines à 6 mois	Classe 3
- Supérieur à 6 mois	Classe 2
Post-partum sans allaitement	
- Inférieur ou égal à 21 jours	Classe 3
- Supérieur ou égal à 21 jours	Classe 1
Tabagisme	
Femme < 35 ans	Classe 2
Femme ~ 35 ans : < 15 cigarettes/jour	Classe 3
~ 15 cigarettes/jour	Classe 4
Pathologies cardiovasculaires	

- ATCD- HTA,	Classe 3
- TA supérieure ou égale à 140/90	Classe 3
- ATCD HTA gravidique	Classe 2
- ATCD de Thrombose veineuse ou Thrombose évolutive	Classe 4
- Embolie pulmonaire	Classe 4
- ATCD de cardiopathie ou cardiopathie évolutive	Classe 4
- AVC	Classe 4
- ATCD familiaux thrombose veineuse/embolie pulmonaire	Classe 2
Troubles endocriniens	
- diabète non compliqué	Classe 2
- Diabète compliqué ou de durée supérieur à 20 ans	Classe 3 ou 4
- ATCD de diabète gestationnelle	Classe 1
Affections neurologiques	
Céphalées sans migraines	Classe 1
Migraines	Classe 3 et 4
Epilepsie	Classe 1
Hémorragie génitale non expliquée	Classe 2
Cancer de l'ovaire	Classe 1
Cancer du col de l'utérus	Classe 2
Tumeur du sein non diagnostiquée	Classe 2
Cancer du sein en cours	Classe 3 ou 4
- ATCD cholestase liée à l'usage antérieur des COC	Classe 3
- Hépatite virale évolutive	Classe 4
- Maladie des voies biliaires évolutive	Classe 2 ou 3
Interactions médicamenteuses	
• Rifampicine	Classe 3
• Griséofulvine (Griséfuline®, Fulcine®)	Classe 2
• Barbituriques, Phénytoïne, carbamazépine	Classe 3

2.3) Conseil/Counseling spécifique

2.3.1) Mécanismes d'action de la COC

- Supprime l'ovulation
- Epaissit la glaire cervicale (empêche la pénétration des spermatozoïdes)
- Atrophie l'endomètre (rendant la nidation plus difficile)
- Diminue le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)

2.3.2) Avantages

Sur le plan contraception

- Très efficace si utilisé de manière quotidienne taux d'efficacité de 99,9%
- Efficace immédiatement si commencée avant le septième jour du cycle
- Examen gynécologique pas indispensable avant l'utilisation
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Peu d'effets secondaires
- Pratique, facile à utiliser
- L'emploi peut être arrêté facilement
- retour à la fécondité rapide

Sur le plan de la Santé

- Menstruations moins abondantes, plus courtes
- Moins de crampes menstruelles
- Diminue le risque d'anémie ferriprive.
- Cycles mensuels peuvent devenir plus réguliers
- Protection contre les cancers des ovaires et de l'endomètre
- Diminution des maladies bénignes des seins et des kystes ovariens
- Prévention des grossesses extra-utérines
- Protection contre certaines causes de maladies inflammatoires pelviennes.

2.3.3) Inconvénients

- contraintes dans la prise régulière et quotidienne
- Efficacité risque d'être moindre avec la prise de certains médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine)
- L'oubli augmente l'échec
- N'est pas recommandé pendant les 6 premières semaines du post-partum.

Relation des COC avec la double protection : Aucune protection contre les IGB et autres IST (par exemple VHB, VIH/SIDA)

L'utilisation des COC seulement ne protège pas à la fois contre la grossesse et les IST. Pour assurer cette double protection, il est préférable, d'utiliser les COC de façon simultanée avec les condoms.

2.3.4) Effets secondaires sous COC

- vertiges,
- seins sensibles ou maux de tête,
- Spotting : saignements légers ou saignotements (ces symptômes disparaissent en principe après 2 ou 3 cycles menstruels)
- Tension mammaire
- Acné
- Migraine
- Elévation de la TA
- Aménorrhée
- Aménorrhée après arrêt COC
- Nausées
- Prise de poids
- Ballonnement abdominal
- Diminution sécrétion lactée
- Baisse de la libido
- Très rares effets secondaires possibles: maladies cardiaques, attaque cérébrale, thrombose veineuse.

2.3.5) Instructions à la cliente

- a. Si vous oubliez de prendre une pilule, en prendre une dès que vous en souvenez et prendre la pilule du jour à l'heure habituelle
- b. Si vous oubliez de prendre la pilule pendant deux jours de suite, vous prendrez deux pilules par jour pendant deux jours et utiliserez une méthode de barrière en renfort pendant 7 jours.
- c. Si vous oubliez d'en prendre pendant 3 jours ou plus, utilisez des préservatifs et revenez rapidement nous voir. Si rapports sexuels non protégés les cinq derniers jours, utiliser une contraception d'urgence ;
- d. Si pendant 2 mois, vous n'avez pas vos menstruations, revenez nous voir.

- e. Si vous vomissez dans les deux heures qui suivent la prise de la pilule, prendre une autre pilule de la même plaquette dès que possible et ensuite continuer à prendre les pilules comme d'habitude ;
- f. En cas de vomissement ou de diarrhée de plus de deux jours, suivre les instructions pour une ou deux pilules oubliées.

2.3.6) Signes avertisseurs

Toutefois, si vous présentez les signes suivants, revenez nous voir aussitôt.

Il s'agit de :

- Douleurs à la poitrine avec ou sans essoufflement
- Maux de tête prononcés
- Intenses douleurs aux jambes
- Absence de saignement ou de saignotement pendant la semaine sans pilule si vous prenez les plaquettes de 21 comprimés ou après la fin de la plaquette de 28 comprimés.

2.3.7) Prise en charge des problèmes liés à l'utilisation des COC.

Les problèmes signalés comme des effets secondaires ou problèmes au niveau de l'utilisation peuvent être dus à la méthode mais pas forcément. Les problèmes au niveau des effets secondaires se répercutent sur l'emploi des COC et la satisfaction des femmes. Le prestataire de soins doit prêter attention à ces problèmes. Si la cliente signale des effets secondaires ou des problèmes, écouter ses préoccupations, lui donner des conseils et, le cas échéant, traiter les problèmes.

L'encourager à prendre une pilule chaque jour, même si elle note des effets secondaires. Des pilules oubliées posent le risque de grossesse et peuvent aggraver certains effets secondaires.

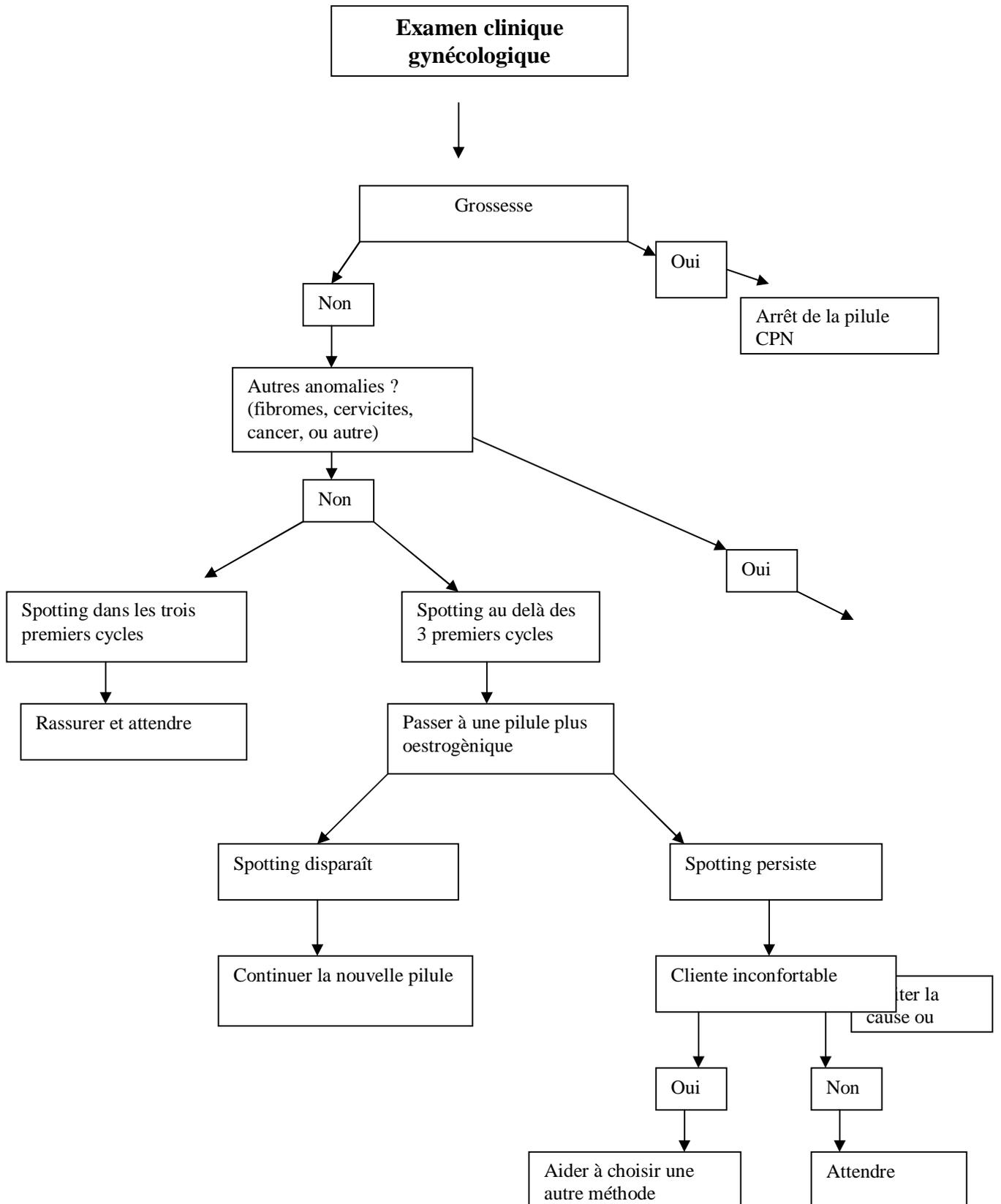
Un grand nombre d'effets secondaires finiront par disparaître après quelques mois d'utilisation. Pour une femme dont les effets secondaires persistent, lui donner une formulation différente des COC si disponible, pour 3 mois au moins. Proposer d'aider la cliente à choisir une autre méthode . maintenant si elle le souhaite ou elle ne peut pas venir à bout des problèmes.

Prise en charge des effets secondaires

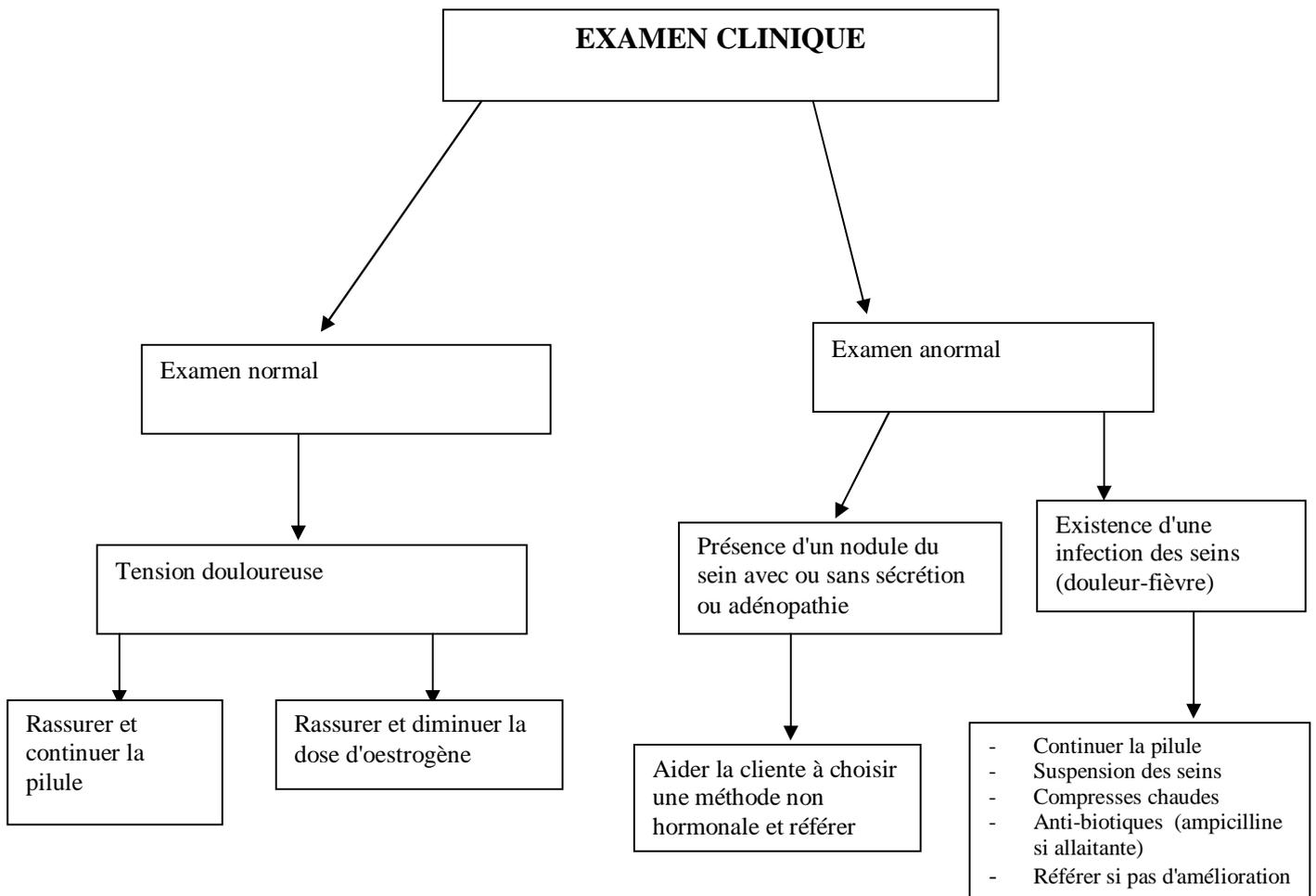
Effets secondaires	Conduite à tenir
Prise de poids (> de 2 kg par mois)	<ul style="list-style-type: none"> - Si survient dans les 3 premiers mois : rassurer - Si survient après 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Si pas augmentation de l'appétit : donner une pilule moins dosée en %strogène ✓ Si augmentation de l'appétit, conseils de régime et revoir dans un mois si pas d'amélioration ; donner une autre méthode
Nausées	<ul style="list-style-type: none"> - Si nausées dans les premiers 3 mois : rassurer - Si nausées après 3 mois : <ul style="list-style-type: none"> ✓ si la pilule est prise à jeun : prendre la pilule juste après le repas ✓ si grossesse, arrêter pilule et CPN ✓ si pas grossesse, rechercher une autre cause (trouble digestif, parasitose) et traiter ✓ si cause non-rétrouvée : donner une pilule moins dosée en %strogène ou l'aider à choisir une autre méthode
Acné	<ul style="list-style-type: none"> - Conseiller les soins de visage avec des produits antisécrétoires à usage local ou référer - Si pas d'amélioration, aider à faire le choix d'une autre méthode
Ballonnement abdominal	<ul style="list-style-type: none"> - Si grossesse : arrêter la pilule et CPN - Si pas de grossesse : rechercher la cause et traiter - Si cause non retrouvée : conseiller régime et aider à choisir une autre méthode ou référer
Diminution de la sécrétion lactée	Arrêter la pilule et aider à choisir une méthode non oestrogénique
Baisse de la libido et sautes d'humeur	<ul style="list-style-type: none"> - Rechercher autre cause. Faire counseling - Si autre cause non retrouvée : donner une pilule plus oestrogénique ou aider à choisir une méthode non hormonale

S

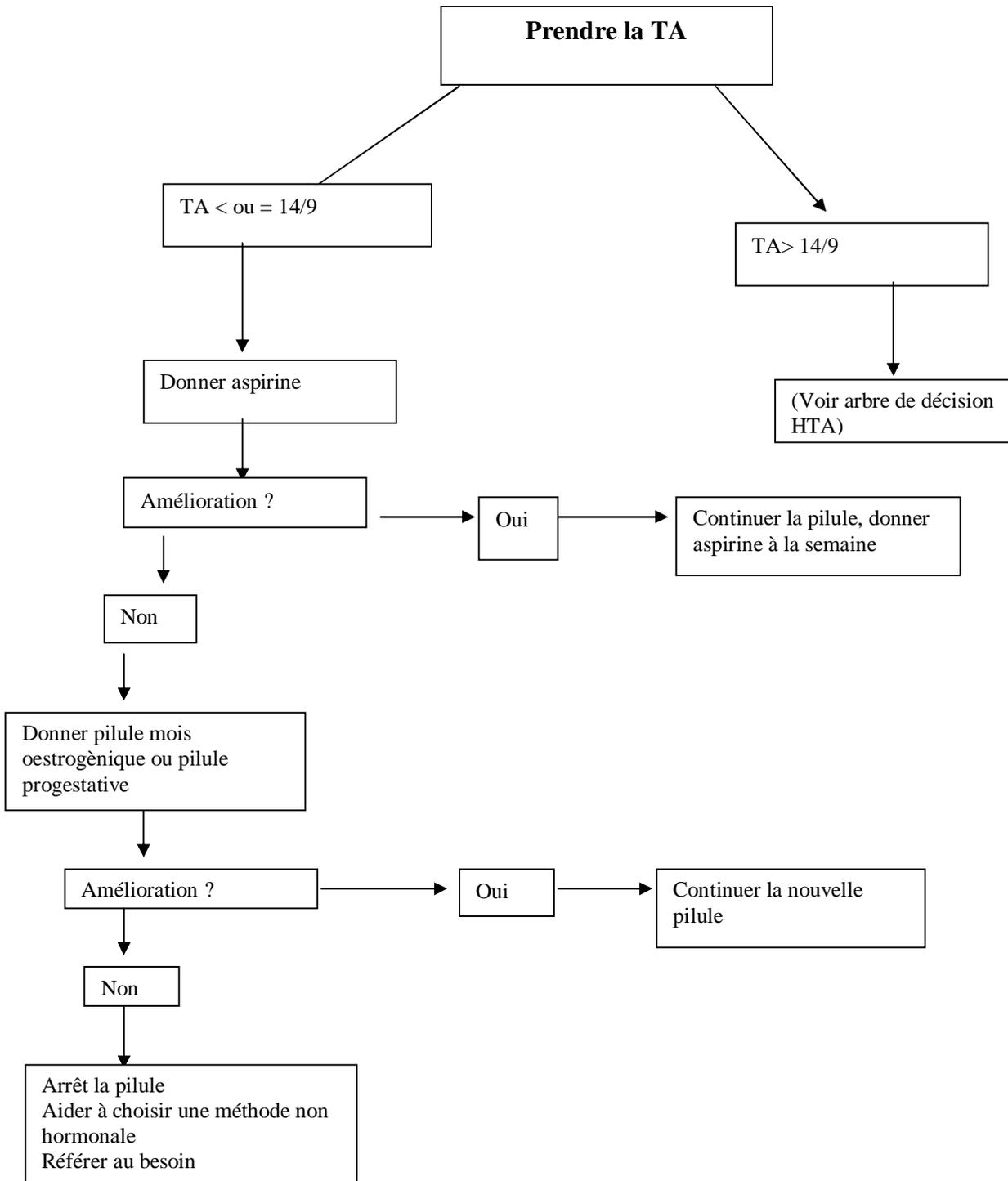
POTTING SOUS COC



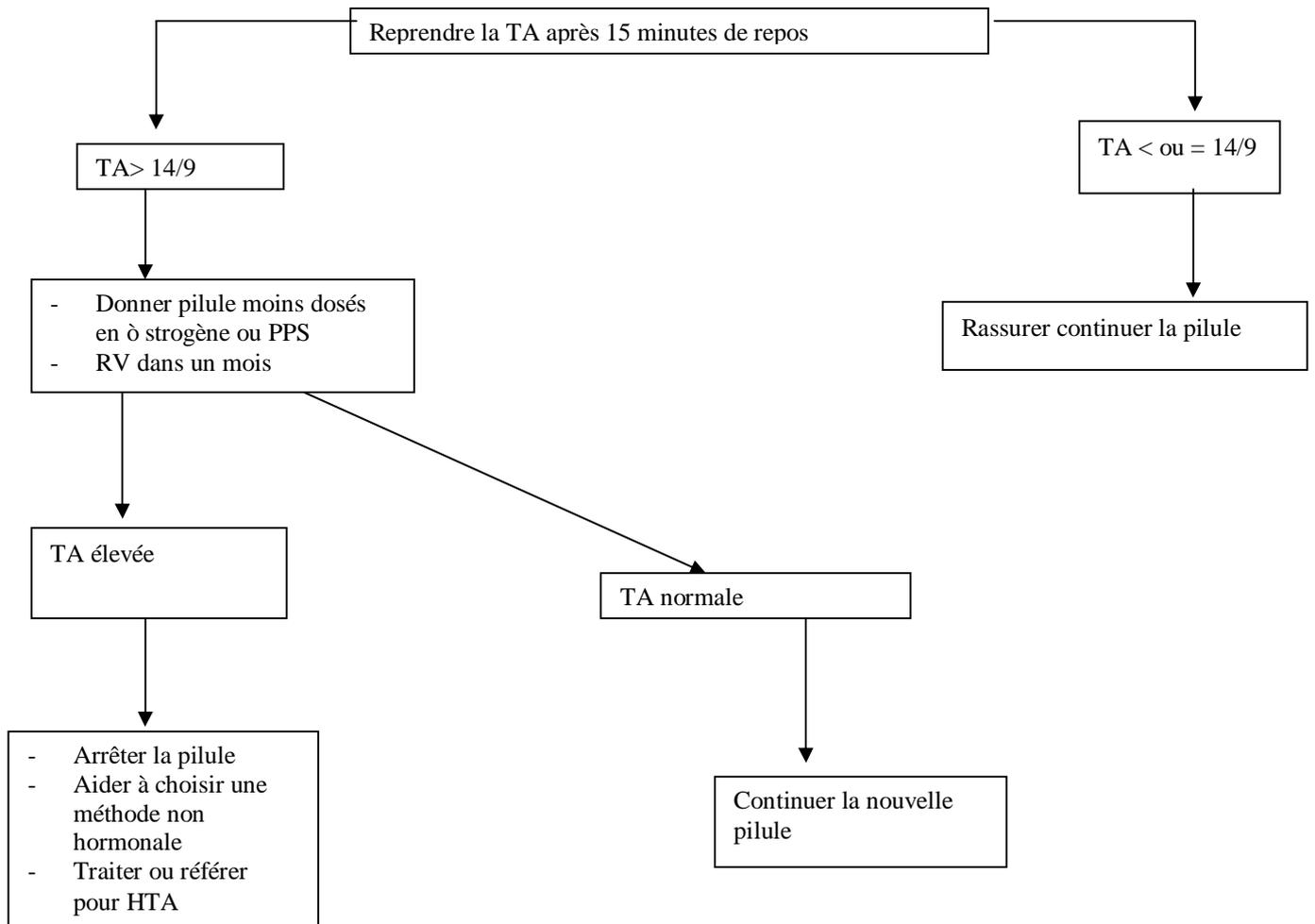
TENSION MAMAIRE SOUS COC



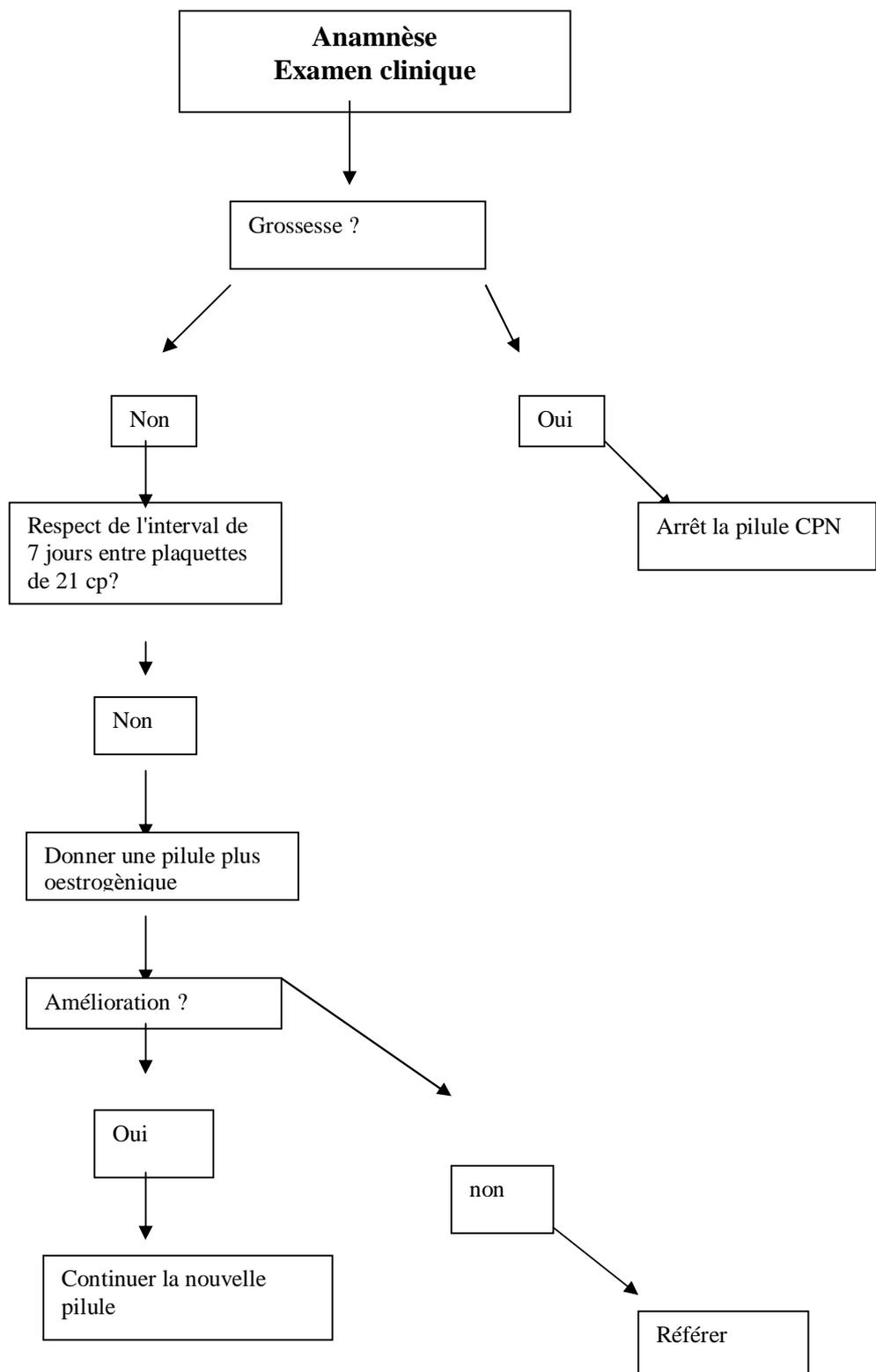
MIGRAINE SOUS COC



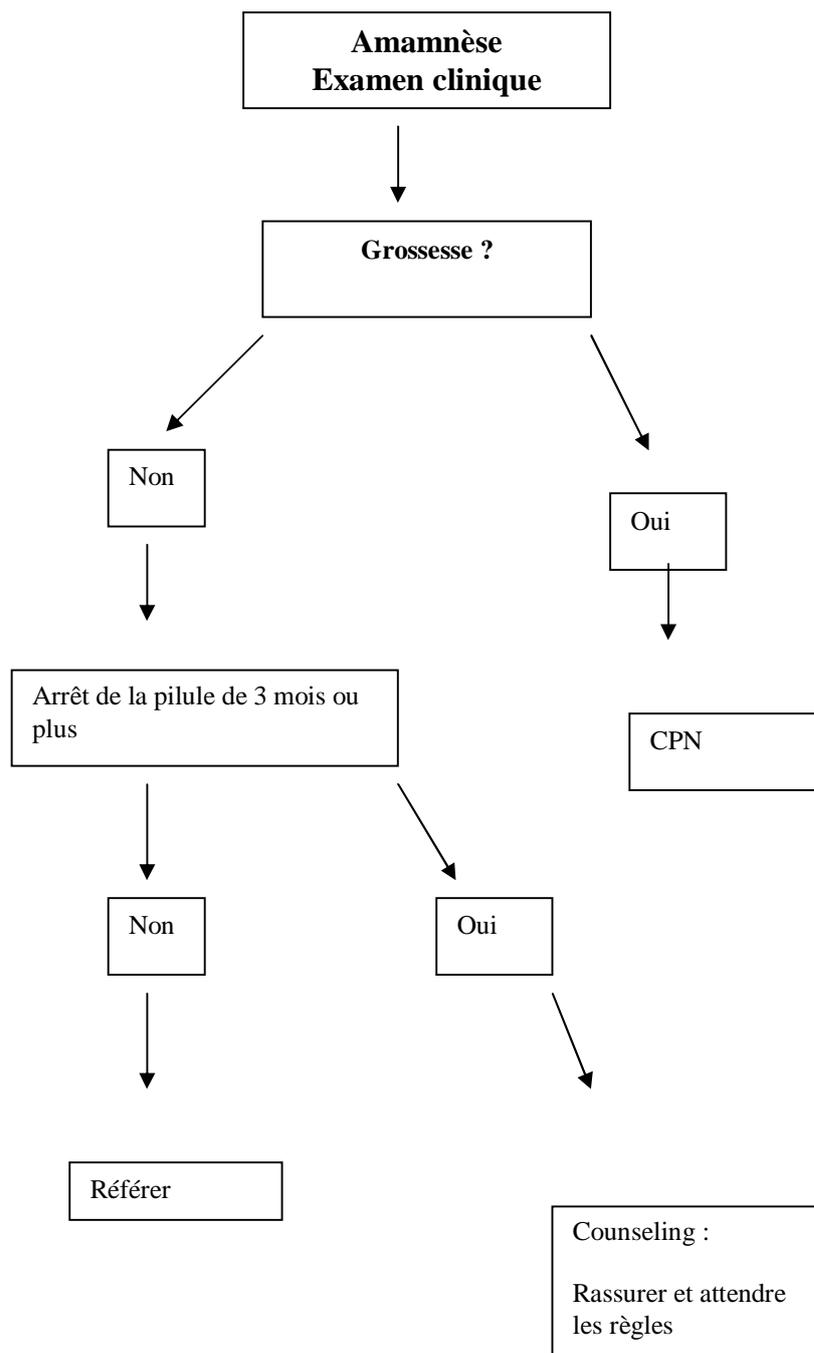
ELEVATION DE LA T.A. SOUS COC



AMENORRHEE SOUS COC



AMENORRÉE APRES ARRET DES COC



2.4) Administration de la méthode

Quand commencer ?

Une femme peut recevoir à n'importe quel moment des COC si on peut être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte.

Pour être raisonnablement certain qu'elle n'est pas enceinte, on peut utiliser la liste de vérification de la grossesse. De plus, on peut remettre les COC à une femme à n'importe quel moment et lui indiquer quand elle peut commencer à les prendre.

En général :

- La prise doit débuter entre le 1^{er} et le 5^e jour des règles,
- La prise doit être quotidienne et à la même heure, même en l'absence de rapports sexuels
- La prise ne doit pas se faire à jeun, discuter avec la femme pour le choix du moment approprié.
- Pour les plaquettes de 21 comprimés, observer un arrêt de 7 jours avant la prise de la plaquette suivante.
- Pour les plaquettes de 28 comprimés, l'arrêt n'est pas observé : la prise est continue.

Post-partum :

- A partir de 6 mois si la femme allaite et utilise la MAMA
- Après 8 -12 semaines si la cliente allaite et n'utilise pas la MAMA
- Après 3 semaines si la cliente n'allait pas.

Post-abortionum

Immédiatement ou dans les 7 premiers jours.

2.5) Calendrier de suivi

- Lors de la première consultation (initiale) :

Pour les femmes de classe 2, donner une plaquette et fixer le rendez-vous à la fin de la 3^e semaine.

- au troisième mois lors du réapprovisionnement
- Une fois par an
- Chaque fois que de besoin

2.6) Réapprovisionnement

A la visite initiale lui donner au moins trois (03) plaquettes avec rendez- vous obligatoire au troisième mois ;

Si pas de problème lors de la deuxième visite demander à la cliente de se présenter à la formation sanitaire pour réapprovisionnement et contrôle selon les besoins.

CONTRACEPTIFS ORAUX PROGESTATIFS (COP)

I. NORMES

1) Définition :

Ce sont des contraceptifs oraux qui ne renferment pas d'œstrogène, mais seulement une micro dose de progestatif ; ils sont encore appelés micropilules.

2) Types

Plaquette de 28 pilules : 0,075 mg de norgestrel Exemple : ovrette ® Microval®

Plaquettes de 35 pilules, Exemple : microlut®

3) Où peut-on les fournir ?

- CHU /CHR/CMA/CM/CSPS
- Cabinets et cliniques privés
- Centres de santé des jeunes
- Pharmacies
- Structures associatives

4) Qui peut fournir la COP ?

- ◆ Le personnel de santé formé en PF :
 - Médecins / pharmaciens
 - Sage femme/Maïeuticien d'état
 - Infirmier(e)
 - Accoucheuse brevetée et auxiliaire

- ◆ Les agents de santé à base communautaire formés

5) Quand commencer les COP ?

Du 1^{er} au 5^{ème} jour des règles ou si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

II. PROTOCOLE

1) Counseling initial (confère chapitre counseling)

2) Bilan de la cliente

CONDITIONS	CONDUITE A TENIR
Ménarches remontent à moins de 2 ans	Classe 2 (donner et faire un suivi particulier)
Ménarches remontent à 2 ans ou plus	Classe 1
Allaite et plus de 6 semaines post-partum	Classe 1
Allaite et moins de 6 semaines post-partum	Classe 3
N'allait pas	Classe 1
Antécédent de l'hypertension	Classe 2
TA supérieure ou égale à 140/90	Classe 2 ou 3
Céphalées	Classe 1
Migraines	Classe 2
Cycle menstruel irrégulier et ou saignement abondant	Classe 2
Saignement vaginal suspect	Classe 3
Masse dans le sein pas encore diagnostiqué	Classe 2
Cancer du sein (évolutif, récidivant ou antécédents)	Classe 3 ou 4
Dysplasie ou cancer du col	Classe 2
Ictère (jaunisse), maladie du foie (hépatite aiguë)	Classe 3
Drépanocytose	Classe 1
Médicaments :(rifampicine, phénytoïne,)	Classe 2 ou 3

3) Counseling spécifique

3.1. Mécanismes d'action

- Épaissit la glaire cervicale (empêche la pénétration des spermatozoïdes)
- Supprime l'ovulation dans 50 % des cas
- Atrophie l'endomètre, rendant la nidation plus difficile
- Diminue le transport des spermatozoïdes dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)

3.2. Avantages des COP

Sur le plan de la contraception

- Très efficace si on prend la pilule à la même heure chaque jour (taux d'efficacité 99,5 % pendant la première année d'utilisation) ; l'efficacité de cette méthode

dépend du moment du début de la prise, de la régularité et du respect des horaires de la prise

- Retour de la fécondité dès qu'on arrête les COP
- Examen gynécologique pas indispensable avant l'utilisation
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Pratique et facile à utiliser
- Pas d'effets liés aux oestrogènes

Sur le plan de la santé

- Menstruations moins abondantes
- Limite la survenue de l'anémie liée au saignement
- Protection contre les cancers de l'endomètre
- Diminue les maladies bénignes des seins

3.3. *Inconvénients des COP*

- Saignements, saignotements irréguliers
- Aménorrhée
- Prise ou perte de poids
- Utilisation contraignante
- Risque d'oubli
- Ne protège pas contre les IST / VIH /SIDA

4) INDICATIONS DES COP

- Femmes

- en âge de procréer
- de toutes parités et nullipares
- qui souhaitent une protection très efficace contre la grossesse
- qui allaitent et qui ont besoin de contraception
- en post - partum et qui n'allaitent pas
- en période post . avortement
- qui fument (quel que soit l'âge ou la quantité de cigarettes)
- qui ont une tension artérielle < 140/90 ou des problèmes de coagulation

- qui préfèrent ne pas utiliser d'œstrogène ou qui ne devraient pas en utiliser

N.B : Les femmes qui récupèrent d'une attaque cérébrale doivent éviter les COP lorsqu'il existe d'autres méthodes plus appropriées et disponibles.

5) CONTRE INDICATIONS DES COP

- grossesse suspectée ou confirmée
- saignements vaginaux non expliqués (jusqu'au diagnostic)
- intolérance aux changements du mode de saignement menstruel
- prise de médicaments pour l'épilepsie (phénytoïne et barbituriques) et la tuberculose (rifampicine)
- cancer du sein ou des antécédents
- Incapacité de se rappeler la prise journalière de la pilule à la même heure.

6) EFFETS SECONDAIRES

- Changement dans les modes de saignement, notamment :
 - . Pour les femmes qui allaitent, retour de couches plus tardif après l'accouchement (plus longue aménorrhée du post-partum)
 - . Saignements fréquents
 - . Saignements irréguliers (spotting)
 - . Saignements peu fréquents
 - . Saignements prolongés
 - . Pas de saignements menstruels (aménorrhée)
- Maux de tête
- Etourdissements
- Sautes d'humeur
- Seins endoloris
- Douleurs abdominales
- Nausées

7) LES INSTRUCTIONS A LA CLIENTE :

La prise doit être quotidienne ininterrompue et à la même heure :

- Dès la fin d'une plaquette, continuer avec la suivante.
- En cas de vomissements dans les 02 heures qui suivent la prise, reprendre une autre pilule.
- En cas de retard ou d'oubli de 3 heures, prendre la pilule oubliée. Si oubli de plus de 24 heures, continuer la prise et adjoindre une méthode d'attente (ex : barrière)
- En cas d'aménorrhée de 2 mois, continuer la pilule et consulter un agent de santé pour vérifier l'existence ou non d'une grossesse
- Continuer la prise même en l'absence de rapports sexuels
- Si risque de IST/VIH, encourager l'utilisation du condom
- Si désire d'arrêt, revenir au centre de santé.

N.B La cliente peut utiliser la méthode même au delà de 6 mois après accouchement.

8) ADMINISTRATION DE LA METHODE

En post-partum

- Avec l'allaitement :
 - Commencer la prise à partir du 6ème mois si la cliente utilise la MAMA
 - A partir de 6 semaines si la cliente n'utilise pas la MAMA
- Sans allaitement : la prise peut être immédiate

En post-abortum : la prise peut être immédiate

9) CALENDRIER DE SUIVI

A la visite initiale, donner au moins trois (03) plaquettes avec rendez- vous au 3^{ème} mois ;

- S'il n'y a pas de problème lors de la 2^{ème} visite, approvisionner pour 6 mois, donner rendez- vous dans 6 mois ;

Si la cliente présente des problèmes ou des effets secondaires, se référer à la prise en charge des effets secondaires

Signes d'appel

- Lors de toutes les visites, préciser à la cliente de revenir à la formation sanitaire en présence des signes d'appel suivants :
 - * aménorrhée de plus de 3 mois
 - * céphalées intenses
 - * douleurs vives au bas ventre
 - * troubles de la vision
 - * saignements très abondants

Si elle ne signale pas de problème lors de la deuxième visite, lui demander de se présenter à la formation sanitaire pour le réapprovisionnement et un contrôle selon les besoins

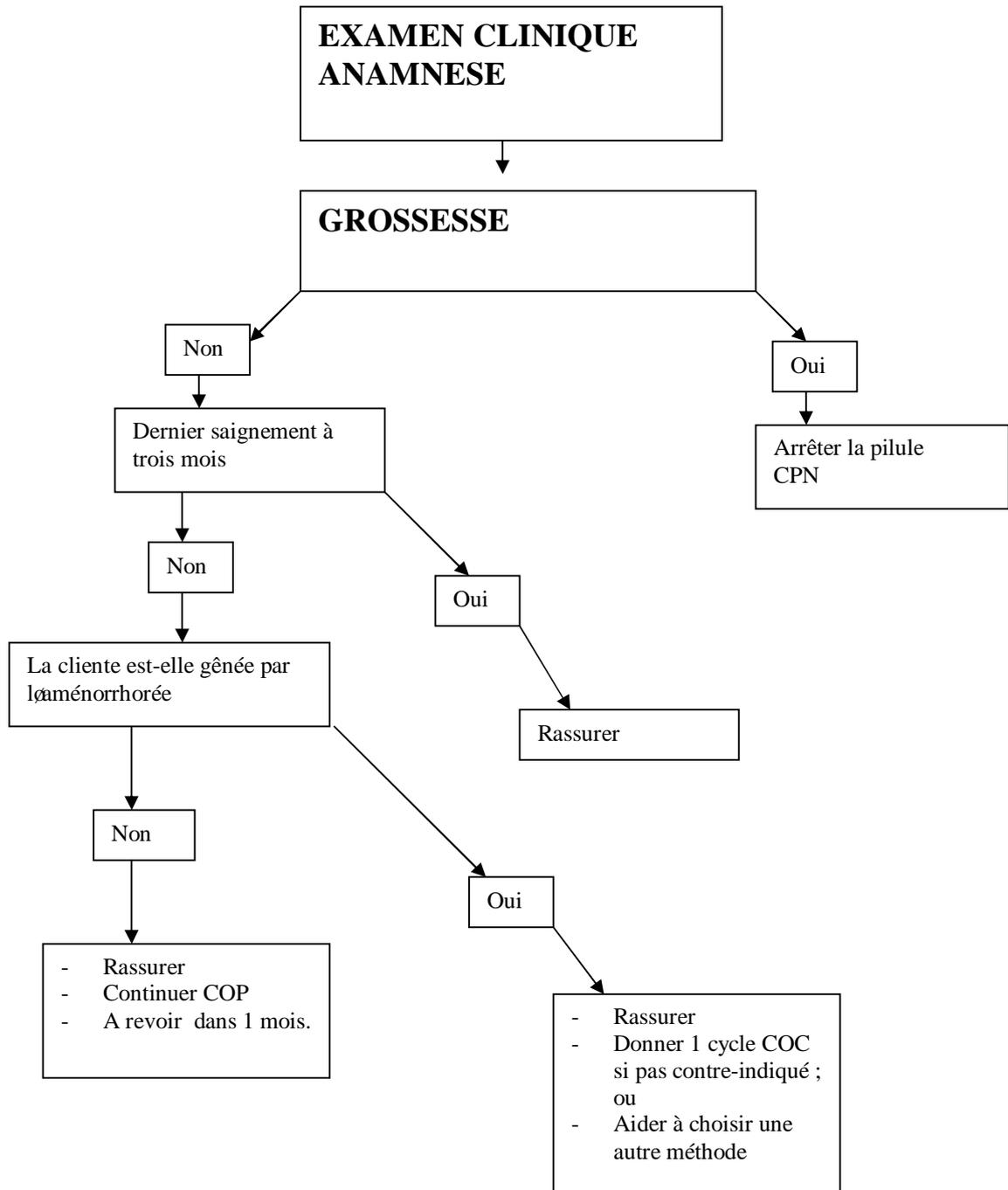
10) REAPPROVISIONNEMENT

Donner autant de plaquettes que possible à la cliente. En cas de empêchement, la cliente peut se réapprovisionner en se faisant représenter par un tiers avec sa fiche de suivi.

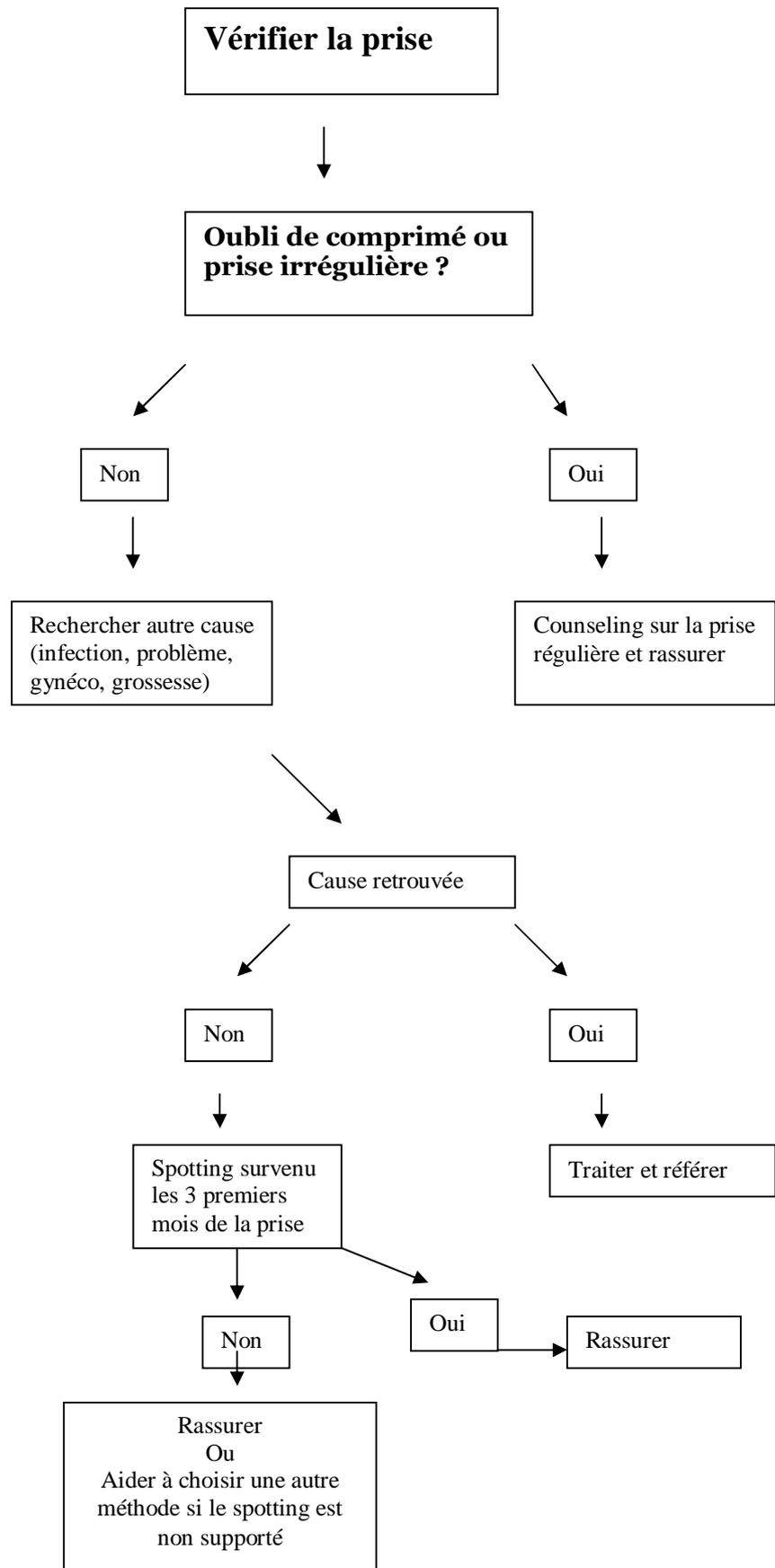
11) Conduite à tenir devant les effets secondaires des COP

(pour plus de détails voir tableau sur prise en charge des effets secondaires communs aux progestatifs)

AMENORRHEE SOUS COP



SPOTTING SOUS COP



CONTRACEPTION INJECTABLE A SEUL PROGESTATIF (CIP)

I) NORMES

1) Définition

Contraceptif retard à base de progestérone uniquement sous forme injectable.

2) Types

Dépo . Provera 150 mg d'acétate de dépo-medroxyprogestérone (DMPA) injecté tous les 3 mois (13 semaines) et peut être donné jusqu'à 2 semaines (14 jours) en avance ou 2 semaines (14 jours) en retard.

Noristerat 200 mg de nanthate de noréthindrone (NET-EN) injecté tous les 2 mois et peut être donné jusqu'à 2 semaines (14 jours) en avance ou 2 semaines (14 jours) en retard.

a) Qui peut offrir cette méthode

Le personnel de santé formé en PF :

- Médecins / pharmaciens
- Sage femme/Maïeuticien d'état
- Infirmier(e)
- Accoucheuse brevetée et auxiliaire

b) Où peut-on l'offrir ?

- CHU . CHR . CMA . CM . CSPS . - structures privées et associations, centres jeunes.

c) Quand l'offrir ?

Dès que l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

II) PROTOCOLES

2.1) Counseling initial (confère chapitre counseling)

2.2) Bilan de la cliente (confère bilan COP)

2.3) Counseling spécifique

- Communiquer avec des mots simples et accessibles pour la cliente en évitant les termes techniques
- Montrer un échantillon du contraceptif progestatif injectable disponible
- Expliquer la composition du produit (hormone similaire à celle circulant dans le corps)
- Expliquer le mécanisme d'action
- Parler des avantages (bénéfices) et les limites des injectables
- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur le produit
- Être à l'écoute de la cliente pour répondre à ses questions.

2.4) Mécanisme d'action

- Épaissit la glaire cervicale, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes
- Ralentit la motilité du spermatozoïde dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)
- Modifie le cycle menstruel, rendant la nidation plus difficile
- Supprime l'ovulation.

2.5) Avantages

a) Sur le plan de la contraception

- Taux d'efficacité à 97% pendant la première année d'utilisation et 99,7% après la première année d'utilisation
- efficace immédiatement (< 24 heures)
- protection de durée moyenne (2 mois pour le NET-EN ou 3 mois pour le DMPA par injection)
- examen gynécologique pas obligatoire avant l'utilisation
- n'interfère pas avec les rapports sexuels
- n'affecte pas l'allaitement
- peu d'effets secondaires

- la cliente n'a pas besoin de matériel
- La méthode est discrète
- Pas d'effets liés aux œstrogènes.

b) Sur le plan de la santé

- réduction éventuelle des crampes menstruelles
- menstruations éventuellement moins abondantes.
- Prévention éventuelle de l'anémie
- Protection contre les cancers de l'endomètre
- Diminution des tumeurs bénignes des seins
- Prévention des grossesses extra-utérines
- Protection contre certaines causes de maladies inflammatoires du pelvis
- Chez les femmes drépanocytaires c'est le moyen de contraception de choix car ne contient pas d'œstrogène

2.6) Inconvénients des progestatifs injectables

- Provoque des changements dans les modes de saignements menstruels chez la plupart des utilisatrices, (saignements/saignotements irréguliers/aménorrhée au début de l'utilisation, saignement vaginal excessif au début, dans de rares cas)
- la cliente doit retourner à la formation sanitaire pour une injection tous les 2 ou 3 mois
- Une prise de poids peut se produire (2kg), en particulier avec le DMPA
- **Retard dans le retour à la fécondité imputable à la méthode seule (4 à 10 mois)**
- Aucune protection contre les ITG et autres IST (par exemple, VHB/C, VIH/SIDA)

2.7) Indications

- Femmes :
 - en âge de procréer
 - de toutes parités, et aux nulligestes
 - qui souhaitent une protection très efficace contre la grossesse
 - qui allaitent (6 semaines ou plus post-partum) et ont besoin de contraception

- en période post-partum qui n'allaitent pas
- en période post avortement
- qui ont une famille de la taille souhaitée mais qui ne veulent pas une stérilisation volontaire
- qui fument (quel que soit l'âge ou la quantité de cigarettes)
- Qui ont des antécédents de tension artérielle élevée >140/90, de thrombose ou qui souffrent de drépanocyte
- qui prennent des médicaments contre l'épilepsie (phénytoïne, barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine)
- qui préfèrent ne pas utiliser de progestogène ou qui ne devraient pas en utiliser
- qui ne sont pas capables de se rappeler pour prendre une pilule chaque jour.

2.8) Précautions d'emploi

Injectables : utiliser avec précaution dans les situations suivantes	
Situation	Recommandations
Tumeur du foie hépatite virale, jaunisse	Les femmes souffrant d'une hépatite virale doivent éviter d'utiliser les contraceptifs injectables, à moins que d'autres méthodes appropriées ne soient disponibles ou acceptables
Maladie cardiaque	Les femmes souffrant de maladies cardiaques doivent éviter d'utiliser les contraceptifs injectables à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables
Attaque cérébrale (actuelle)	Des femmes qui récupèrent d'une attaque cérébrale doivent éviter d'utiliser les contraceptifs injectables à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables
Grosseurs aux seins	La majorité des masses chez les femmes en âge de reproduction sont bénignes. Une évaluation devrait être faite le plus tôt possible. Les COP peuvent être utilisés par des femmes avec une maladie bénigne des seins. (non diagnostiqué : classe 2 OMS ; masse bénigne : classe 1)

2.9) Contre indications des progestatifs injectables

- grossesse suspectée ou confirmée
- saignements vaginaux non expliqués (jusqu'à évaluation)
- cancer du sein ou des antécédents.
- femme allaitante avec bébé de moins de 6 semaines
- maladies du foie : cirrhose, tumeur, infections

- pathologies cardiovasculaires : TA⁻ 16/10, coronaropathies, ò
- diabète non équilibré

2.10) Administration de la méthode

- Tenir compte des critères d'éligibilité de l'OMS
- Montrer le produit
- Expliquer la voie d'administration dans un langage clair et précis
- Faire l'injection en IM profonde dans les 7 premiers jours du cycle menstruel ou à n'importe quel moment du cycle si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte
- respecter les règles de PI et ne pas masser le point d'injection.
- s'assurer que toute la dose a été injectée (1cc)
- Planifier la date du prochain rendez-vous.

- Post-partum

Après 6 mois si la cliente allaite et utilise la méthode MAMA

Après 6 semaines si la cliente allaite, mais n'utilise pas la méthode MAMA

- post-abortum

Administrier la méthode immédiatement ou dans les 7 premiers jours)

2.11) Instructions pour la cliente

- Revenir à la formation sanitaire pour une injection tous les 3 mois (DMPA) ou tous les 2 mois (NET-EN)

Informations générales :

- Des changements dans le cycle menstruel sont communs surtout après les 2 à 3 premières injections. Ces changements sont temporaires, et sans gravité pour la santé de la femme,
- D'autres effets secondaires mineurs : prise de poids, légers maux de tête, et seins sensibles. Ces symptômes ne sont pas graves et disparaissent progressivement
- Pour les femmes qui utilisent le DMPA, le retard de retour de fécondité est temporaire (environ 4 à 10 mois après la dernière injection). DMPA ne provoque pas la baisse de fertilité à long terme.

- La ménorrhée se présente dans 50 % des cas pour les utilisatrices de DMPA à la fin de la première année. Si n'y a aucun symptôme de grossesse, cela ne nécessite pas de traitement.
- Aucune protection contre les infections du tractus génital et d'autres IST, y compris le virus du Sida. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser des condoms en plus des injectables.

Indiquer à la cliente la date de la prochaine injection

Signes d'appel pour les contraceptifs injectables

- Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut-être un signe de grossesse)
- Vive douleur au bas ventre (peut être un symptôme de grossesse extra . utérine)
- Saignement abondant (deux fois plus abondant et plus long que d'habitude) ou saignements prolongé (plus de 8 jours)
- Plus de saignements à l'endroit de l'injection
- Migraine (maux de tête vasculaires), maux de tête très prononcés et fréquents, trouble de la vision.

Contactez le prestataire ou la formation sanitaire si vous notez un des problèmes susmentionnés.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS

EFFET SECONDAIRE	TRAITEMENT
Aménorrhée (absence de saignement ou saignotement vaginal)	<p>Vérifier qu'il n'existe pas de grossesse</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte, aucun traitement n'est nécessaire sauf le réconfort. Expliquer que le sang ne s'accumule pas à l'intérieur de l'utérus dans le cas de l'aménorrhée. L'action continue de petites quantités de progestérone retrécit l'endomètre, d'où des saignements mensuels moindres et chez certaines femmes, pas de saignement du tout. Enfin, conseiller à la cliente de revenir à la formation sanitaire si l'aménorrhée continue à être un problème.</p> <p>Si une grossesse intra-utérine est confirmée, conseiller la cliente concernant ses options. Si elle désire continuer la grossesse, arrêter les contraceptifs et bien lui dire que la petite dose de progestatif n'aura aucun effet nuisible sur le fœtus</p> <p>Si on soupçonne une grossesse extra-utérine, référer immédiatement pour un bilan complet</p> <p>Ne pas donner de traitement hormonal (COC) pour provoquer la métrorragie de retrait. Ce n'est pas nécessaire et généralement cela ne réussit pas à moins de donner 2 ou 3 cycles de COC</p>
Saignement/saignotement vaginal	<p>Si l'on ne trouve pas de problème, et que la cliente n'est pas enceinte, rassurer la cliente, lui indiquant que ce n'est pas grave et que généralement, cela ne demande pas de traitement. La plupart des femmes peuvent s'attendre à ce que le mode de saignement altéré devienne plus régulier après 6 à 12 mois.</p> <p>Si la cliente n'est pas satisfaite après le counseling et après avoir été rassurée, mais veut continuer cette méthode contraceptive, on a deux options de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un cycle de COC (30 . 35 ug EE) ou - de l'ibuprofène (jusqu'à 800 mg 3 fois par jour pendant 5 jours) ou autres anti-inflammatoires non stéroïdiens pour arrêter le saignement ? <p>Ne pas oublier de dire à la cliente de s'attendre à des saignements pendant la semaine après avoir terminé COC (plaquette de 21 pilules) ou pendant la prise des 7 dernières pilules pour la plaquette de 28 pilules.</p> <p>Pour les saignements abondants donner 2 pilules de COC par jour pour le restant du cycle (au moins 3 à 7 jours) suivi d'un cycle de COC, ou prendre des COC contenant 50 ug d'œstrogènes (EE) ou 1,25 mg d'œstrogènes conjugués pendant 14 à 21 jours ; Corriger l'anémie avec du fer en comprimés.</p>
Prise ou perte de poids (changement d'appétit)	<p>Indiquer à la cliente que des changements de 1 à 2 kg peuvent se présenter, surtout avec l'utilisation des injectables</p> <p>Revoir le régime alimentaire si le changement de poids dépasse 2 kg. Si le gain ou la perte de poids n'est pas accepté, même après le counseling, arrêter l'utilisation et aider la cliente à choisir une autre méthode.</p>

2.12) Calendrier de suivi

- Revoir la cliente 3 mois pour le DMPA et 2 mois pour NET-EN, après la visite initiale
- Lors de la visite de suivi, vérifier si la cliente est satisfaite
- Si oui, encourager la continuation de la méthode
- Si non, rechercher les raisons par un interrogatoire bien mené
- Si la cliente se plaint des effets secondaires, se référer au tableau de prise en charge
- Demander à la cliente de revenir en cas de besoin
- Il est bon de revenir pour une visite routinière de prévention en matière de la santé de la reproduction une fois par an, notamment pour se réapprovisionner en condoms si nécessaire.

N.B. Si la cliente ne respecte pas son rendez-vous, la période de tolérance peut aller à 2 semaines. Si la cliente se présente après 2 semaines de retard sur le rendez-vous, on ne peut lui faire l'injection qu'après s'être assuré qu'elle n'est pas enceinte et dans ce cas recommander une méthode supplémentaire pendant 7 jours (barrière ou abstinence) et reprogrammer le rendez-vous dans 3 mois.

LES IMPLANTS

Définition

L'implant est une méthode contraceptive composée de capsules fines et flexibles remplies de progestatif (le lévonorgestrel) insérées juste sous la peau à la partie interne du bras, sous anesthésie locale à l'aide d'un trocart spécial.

I. Normes

1.1. TYPES

Les implants se présentent sous plusieurs formes :

- Le Norplant avec six (6) capsules dosées à 36 mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule pour 5ans
- Le jadelle avec deux (2) capsules dosées à 75 mg de lévonorgestrel (LNG) par capsule pour 5 ans
- L'implanon avec une (1) capsule dosée à 68 mg de lévonorgestrel pour 3 ans
- Sonoplant avec deux (2) capsules pour 5 ans

1.2. Qui peut offrir ces services ?

Le personnel de santé formé en PF :

- Médecins / pharmaciens
- Sage femme/Maïeuticien d'état
- Infirmier(e)

1.3. Quand offrir ?

Dès que l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

1.4. Où peut-on les fournir ?

- CHU/CHR/CMA/CSPS
- Structures sanitaires privées

II - PROTOCOLES

2.1. Counseling initial (cf. page)

2.2. Bilan médical de la cliente

Rechercher les éléments suivants

Eléments	Conduite à tenir
Ictère	Classe 3
Modifications de volume et forme du foie	Classe 3
TA supérieur ou égale à 140/90	Classe 2
Maladies vasculaires	Classe 2
Céphalées non migraineuses	Classe 1
Migraines sévères	Classe 2
Seins : Masses non-diagnostiquées	Classe 1 ou 2
Seins : cancer évolutif ou récidivant	Classe 4
Médicaments :	
Rifampicine	Classe 3
Phénobarbital	Classe 3
ARV	Classe 2
Saignements vaginaux inexplicables	Classe 3
Cancer du col	Classe 2
Masses annexielles (Kyste, Abcès, Tumeurs)	classe 4 (traiter ou referer)
ATCD diabète gestationnel	classe 1
Diabète	Classe 2
Maladie vasculaire thrombotique	classe 1
Affection coronarienne ischémique	Classe 2 ou 3
maladie du sida	classe 1
infection VIH	Classe 1

2.3. Conseil/Counseling spécifique

2.3.1. Mécanismes d'action

Les capsules contiennent du lévonorgestrel à libération prolongée qui :

- Épaissit la glaire cervicale empêchant la pénétration des spermatozoïdes
- Atrophie l'endomètre, rendant la nidation plus difficile
- Diminue le transport du sperme dans le tractus génital supérieur (trompes de Fallope)
- Supprime l'ovulation

2.3.2. Avantages

a) Sur le plan contraceptif

- Très efficace (>99 % de taux de réussite)
- Efficace immédiatement (<24 heures)
- Méthode à longue durée d'action (5 ans) pour le norplant et le jadelle et 3 ans pour l'implanon.
- Examen gynécologique pas nécessaire avant l'utilisation
- Ne gêne pas les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Retour immédiat de la fécondité dès le retrait
- Peu d'effets secondaires
- Visite de retour à la formation sanitaire seulement en cas de problèmes
- Ne contient pas d'oestrogène

Le jadelle et le norplant ont les mêmes propriétés contraceptives

b) Sur le plan de la santé

- Moins de crampes menstruelles
- Menstruations moins abondantes, plus courtes
- Prévention de l'anémie chez certaines femmes (aménorrhée, diminution du flux menstruel)
- Protection contre le cancer de l'endomètre
- Diminution des maladies bénignes du sein
- Diminue les risques de maladies inflammatoires pelviennes (MIP).

Le jadelle est plus facile à insérer et à retirer et encore moins traumatisant pour la cliente

2.3.3. Inconvénients

- provoque des changements dans les modes de saignements menstruels chez la plupart des utilisatrices (saignements ou saignotements irréguliers)
- Aménorrhée
- Prise de poids ou perte de poids chez certaines utilisatrices
- L'insertion et le retrait doivent être effectués par un prestataire formé

- L'utilisatrice doit retourner voir le prestataire pour le retrait et/ou le remplacement
- L'utilisatrice doit obligatoirement passer par le prestataire pour arrêter la méthode
- Aucune protection contre les infections du tractus génital (ITGB) et autres IST/VIH/SIDA
- Le rapport coût /efficacité dépend de la durée d'utilisation
 - Infection du site
 - Expulsion de capsules

2.3.4. Effets secondaires

Chez certaines femmes

- Vertiges
- Nausées
- Tensions mammaires
- Nervosité
- Chute des cheveux
- Aménorrhée
- Saignement abondant
- Spotting
- Prise ou perte de poids

2.3.5. Indications

Référence : critères d'éligibilité de l'OMS classe 1 et 2)

Femmes en âge de procréer

- qui souhaitent une protection très efficace contre la grossesse à long terme
- qui allaitent (6 semaines ou plus en post-partum) et qui ont besoin de contraception
- qui sont en période post-partum et n'allaitent pas
- en période post-abortum
- qui ont le nombre d'enfants souhaité qui ne veulent pas une stérilisation volontaire
- qui ont des antécédents de grossesses extra-utérines

- qui ont une tension artérielle < 180/110 des problèmes de thrombose ou qui souffrent de drépanocytose
- qui fument (quel que soit l'âge ou la quantité de cigarettes qu'elles fument)
- qui ont des crampes menstruelles prononcées
- qui préfèrent ou qui ne devraient pas utiliser de progestogènes
- qui oublient de prendre une pilule chaque jour

2.4. Administration de la méthode

2.4.1. Quand commencer ?

A n'importe quel moment du cycle menstruel si vous êtes raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte :

- Jour 1 à 7 du cycle menstruel
- Post-partum :
 - après 6 mois si la cliente allaite et utilise la méthode MAMA
 - après 6 semaines si la cliente allaite mais n'utilise pas la méthode MAMA
 - immédiatement ou dans les 6 semaines si la cliente n'allait pas
- Post . abortum (immédiatement ou dans les 7 premiers jours)
- Après tout moment si la femme était jusqu'alors couverte par une autre méthode

2.4.2. Préparation

- ***préparation du matériel (matériel complet et stérile)***
- Préparation de la cliente
 - Explication de la procédure
 - Lavage du bras
 - Installation
- Préparation du prestataire
 - Tenue adéquate
 - Lavage chirurgical des mains
 - Port des gants stériles

2.4.3. Insertion

- Insertion des capsules en respectant la technique appropriée

SE PREPARER					
1. Veiller que la cliente soit soigneusement lavée le bras et la main avec du savon et de l'eau					
2. Placer le bras de la femme et mettre un linge sec et propre ou l'emballage interne du gant stérile sous le bras					
3. Marquer des points sur le bras pour l'insertion et dessiner les capsules en éventail					
4. Vérifier la présence des instruments stériles nécessaires et de la ou des capsules					
TACHES PREALABLES A L'INSERTION					
5. Se laver les mains avec de l'eau et du savon et les sécher à l'air libre ou avec un linge propre					
6. Mettre des gants stériles.					
7. Préparer le site de l'insertion avec une solution antiseptique					
8. Placer un linge ou un champ opératoire stérile sur le bras si disponible					
INSERTION DES CAPSULES D'IMPLANTS					
9. Injecter un anesthésique local juste sous la peau (intradermique) à l'endroit de l'incision pour gonfler légèrement la peau (petite boule)					
10. Avancer l'aiguille de environ 4 cm et injecter 1 ml d'anesthésique local dans 3 des sillons subdermiques					
11. Vérifier qu'il y a effet anesthésique avant de faire l'incision					
12. Faire une incision superficielle de 2 cm avec le bistouri juste sous la peau (ou alors insérer directement le trocart sous la peau)					
13. Tout en soulevant la peau, avancer le trocart et le mandrin jusqu'à la marque (1) près de la garde du trocart					
14. Retirer le mandrin et charger la première capsule dans le trocart en utilisant soit le pouce et le doigt ganté soit les pinces					
15. Réinsérer le mandrin et l'avancer jusqu'à ce qu'on sente une résistance					
16. Tenir le mandrin fermement en place avec une main et retirer le trocart de l'incision jusqu'à ce que la garde arrive au manche du mandrin					
17. 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 l'incision)					
18. Une fois chaque capsule insérée, rediriger l'insertion du trocart et du mandrin jusqu'à la marque 1					
19. ne pas retirer le trocart de l'incision tant que toutes les capsules ne sont pas insérées					
20. Palper les capsules pour vérifier qu'elles sont toutes insérées en éventail					
21. Palper l'incision pour vérifier que les capsules sont éloignées de l'incision					
TACHES POST-INSERTION					
22. Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un sparadrap ou un pansement chirurgical avec une compresse stérile					
23. Appliquer un pansement bien serré					
24. Remplir l'aiguille et la seringue avec une solution de chlore ; ensuite expulser la solution et placer tous les instruments dans une solution chlorée pour les décontaminer					
25. Traiter les déchets avec précaution selon les directives					
26. Décontaminer les gants en les immergeant dans une solution de chlore avant de les enlever					
27. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre.					

COUNSELING POST-INSERTION					
1. Dessiner l'emplacement des capsules dans le dossier de la cliente et noter tout fait inhabituel					
2. Donner à la cliente des instructions pour les soins de la plaie et lui dire quand revenir à la formation sanitaire					
3. Assurer la cliente qu'elle peut demander qu'on lui retire les capsules à n'importe quel moment					
4. Observer la cliente pendant au moins cinq minutes					

2.4.4. Instructions après l'insertion à la cliente

- Eviter toute souillure
- Ne pas mouiller le pansement
- Maintenir le bandage pendant 48 heures
- Peut reprendre ses activités, mais éviter de soulever les objets lourds avec le bras ayant les implants le premier jour
- Peut reprendre les activités sexuelles seulement après 24 H
- Rassurer la cliente que la zone d'insertion peut être enflée ou un peu douloureuse
- Le sparadrap doit rester en place jusqu'à cicatrisation
- Après cicatrisation pas de soins particulier
- Son effet contraceptif se termine avec le retrait des capsules ou si les 5 ans sont dépassés

Aux prestataires

- **Le 3^{ème} jour vérifier le site d'insertion pour identifier une éventuelle infection et refaire le pansement**
- **Demander à la cliente de retirer le pansement le 5^è jour**
- Remettre une carte qui mentionne la date de l'insertion des implants ainsi que le nom de la formation sanitaire

Informations générales

- L'effet contraceptif des implants commence dès que les capsules sont insérées, et continue jusqu'au retrait (5 ans après l'insertion).
- Des changements dans le mode de saignements menstruels sont communs à tous les types d'implants surtout durant les 6 à 12 mois qui

suivent l'insertion (aménorrhée spotting et rarement saignement plus important), Ces changements constituent rarement un risque pour la santé

- Certains médicaments (rifampicine, et la plupart des médicaments pour l'épilepsie) peuvent diminuer l'efficacité des implants. Pour cette raison, la cliente devrait informer le prestataire de services d'un éventuel traitement et toutes les fois qu'elle commence à prendre de nouveaux médicaments. Et chaque fois qu'elle doit se rendre dans une autre formation sanitaire pour des soins elle doit apporter avec elle sa carte de surveillance
- Aucune protection contre les infections du tractus génital et d'autres IST, y compris le virus du SIDA. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser en plus des condoms.
- D'autres effets secondaires mineurs peuvent apparaître : prise de poids, légers maux de tête, et seins sensibles. Ces symptômes ne sont pas dangereux et disparaissent progressivement.
- Il faut retirer les capsules 5 ans après l'insertion. Mais cela peut être fait plutôt si la cliente le souhaite.

Mise en garde : Si l'on attend au-delà de 5 ans pour retirer les capsules, la possibilité de tomber enceinte devient plus importante et le risque une grossesse extra-utérine augmente de façon significative.

2.4.5. Visite de suivi

Il n'existe aucune raison médicale pour la cliente de revenir avant 5 ans à compter de l'insertion à moins qu'il y ait un problème ou qu'elle désire qu'on lui retire les implants. Toutefois, il est bon de revenir pour une visite routinière pour des soins de santé de la reproduction, notamment pour s'approvisionner en condoms si nécessaire.

2.4.6. Signes d'appel pour les utilisatrices des implants

- Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse).
- Vive douleur au bas ventre (peut être un symptôme de grossesse extra-utérine).

- Saignement abondant (deux fois plus long ou deux fois plus que la normale) ou saignement prolongé (plus de 8 jours)
- Pus ou saignement à l'endroit de l'insertion
- Expulsion d'une capsule
- Migraine maux de tête très prononcés et fréquents ou vision trouble

Se rendre dans une formation sanitaire si vous notez un des problèmes sus-mentionnés.

2.4.7. Prise en charge des effets secondaires communs et autres problèmes

EFFET SECONDAIRE/ PROBLEME	TRAITEMENT
Aménorrhée (absence de saignement ou de saignotement vaginal)	<p>Vérifier qu'il n'existe pas de grossesse.</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte, aucun traitement n'est nécessaire sauf le réconfort. Expliquer que le sang ne s'accumule pas à l'intérieur de l'utérus ou dans le corps dans le cas de l'aménorrhée. L'action continue de petites quantités de progestérone (LNG) rétrécit l'endomètre. D'où des saignements menstruels moindres, et chez certaines femmes, pas de saignement du tout. Enfin, conseiller à la cliente de revenir à la formation sanitaire, si l'aménorrhée persiste et constitue un problème rassurer la femme,</p> <p>Si une grossesse intra-utérine est confirmée, faire un bon counseling .retirer les implants, et la rassurer que la petite dose de progestatifs (lévonorgestrel) n'aura aucun effet nuisible sur le fœtus.</p> <p>Si l'on soupçonne une grossesse extra-utérine, référer.</p> <p>Ne pas donner de traitement hormonal (COC) pour provoquer la métrorragie de retrait. Cela n'est pas nécessaire et généralement ne réussit pas à moins de donner 2 ou 3 cycles de COC.</p>
Saignement/saignotement vaginal	<p>S'il n'y a aucun problème et que la cliente n'est pas enceinte, la rassurer en lui indiquant que les saignements/saignotements ne sont pas graves, et généralement ne demandent pas de traitement. La plupart des femmes peuvent s'attendre à ce que le mode de saignement altéré devienne plus régulier après 6 à 12 mois.</p> <p>Si la cliente n'est pas satisfaite après le counseling et après avoir été rassurée, mais veut continuer à utiliser les implants, on a deux options de traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un cycle de contraceptifs oraux combinés (COC) (30-35 µg EE), ou • de l'ibuprofène (jusqu'à 800 mg 3 fois par jour pendant 5 jours) ou autre anti-inflammatoire non stéroïdien. <p>Ne pas oublier de dire à la cliente de s'attendre aux saignements pendant la semaine après avoir terminé les COC (plaquette de 21 pilules) ou pendant la prise des 7 dernières pilules pour la plaquette de 28 pilules.</p>

	<p>En cas de saignement abondant donner 2 pilules de COC par jour pour le restant du cycle (au moins 3 à 7 jours) suivi d'un cycle de COC ou prendre des COC contenant 50 µg d'œstrogène (EE) ou 1,25 mg d'œstrogène conjugués pendant 14 à 21 jours.</p>
Expulsion des capsules	<p>Retirer la/les capsule (s) partiellement expulsée (s). Vérifier pour déterminer que les capsules restantes sont en place.</p> <ul style="list-style-type: none"> • si le site de l'insertion n'est pas infecté (pas de douleur, chaleur et rougeur), remplacer la/les capsule (s). • si le site de l'insertion est infecté : <ul style="list-style-type: none"> - retirer les capsules restantes et insérer un nouveau jeu dans l'autre bras, ou - aider la cliente à choisir une autre méthode.
Infection sur le site de l'insertion	<p>En cas d'infection (pas d'abcès), nettoyer le endroit (savon et eau) et donner un antibiotique (erythromycine, doxycycline , ciprofloxacine péni M)approprié par voie buccale pendant 7 jours.</p> <p>Ne pas retirer les capsules. Demander à la cliente de revenir après une semaine. Si n'y a pas eu d'amélioration, retirer les capsules et insérer un nouveau jeu dans l'autre bras ou aider la cliente à choisir une autre méthode.</p>
Prise ou perte de poids (changement d'appétit)	<p>Indiquer à la cliente que des changements de 1 à 2 Kg (2 à 4 kg) peuvent se présenter, surtout avec l'utilisation des implants.</p> <p>Revoir le régime alimentaire si le changement de poids est excessif (+ 2kg). Si le gain ou la perte de poids n'est pas acceptable même après le counseling, arrêter l'utilisation et aider la cliente à choisir une autre méthode.</p>

4.4. RETRAIT

ETAPE/TACHE	CAS				
COUNSELING AVANT LE RETRAIT					
1. Accueillir la femme avec respect et amabilité					
2. Demander à la femme la raison pour laquelle elle désire le retrait et répondre à ses questions					
3. Revoir les projets de la cliente en matière de procréation					
4. Décrire le retrait et ce à quoi elle doit s'attendre					
RETRAIT DES CASPULES					
Se préparer					
1. Vérifier que la cliente s'est soigneusement lavée le bras et la main avec du savon et de l'eau					
2. Positionner le bras de la femme et palper les capsules pour localiser le point de l'incision du retrait					
3. Vérifier la présence des instruments stériles					
Tâches avant le retrait					
4. Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre.					
5. Porter des gants stériles					
6. Nettoyer le site du retrait avec une solution antiseptique					
7. Placer un linge ou un champ opératoire stérile sur le bras si disponible					
Retrait des capsules (méthode standard)					
8. Injecter une petite quantité d'anesthésique à l'endroit de l'incision et sous l'extrémité des capsules					
9. vérifier qu'il y a effet anesthésique avant de faire l'incision					
10. Faire une petite incision (3 . 4 mm) au bout des capsules					
11. Saisir l'extrémité de la capsule avec une pince (mosquito ou crocodile)					
12. Nettoyer et ouvrir l'enveloppe fibreuse avec de la gaze (ou le bistouri) si nécessaire					
Retraits difficiles					
13. Si les capsules ne sont pas près de l'incision, saisir la capsule Distale avec une pince courbée et tourner correctement (en tordant et/ou en retournant) la pince pour exposer les capsules					
14. Saisir le bout exposé de la capsule avec une seconde pince, retirer doucement la capsule et la placer dans un cupule contenant une solution de chlore à 0,5 %.					
15. Injecter de l'anesthésique supplémentaire si nécessaire ; retirer les capsules qui restent					
Retrait des capsules (méthode dejection)					
16. Injecter une petite quantité d'anesthésique local sous le bout des capsules					
17. Vérifier qu'il y a effet anesthésique avant de faire l'incision					
18 . Faire une petite incision (3 . 4 mm) sous le bout des capsules					
19. Pousser sur le bout proximal des capsules (le plus proche de l'épaule) pour faire sortir le bout distal (le plus proche du coude) et le permettre de se présenter dans l'incision sous la peau					
20. Ouvrir l'enveloppe fibreuse qui entoure le bout de la capsule avec de la gaze (ou le bistouri) si nécessaire					
21. Pousser doucement le bout de la capsule pour la faire «éjecter» de l'incision ; placer la capsule dans une cupule contenant une solution de chlore à 0,5 %					
Taches après le retrait					
22. Après avoir retiré toutes les capsules, les compter encore une fois pour être sûr que toutes les capsules ont été retirées et les montrer à la cliente					
23 , Resserrer les lèvres de l'incision et la refermer avec un sparadrap ou un pansement chirurgical avec une compresse stérile					
24, Remplir l'aiguille et la seringue avec une solution de chlore ; ensuite expulser la solution et placer tous les instruments dans une solution de chlore					

pour les décontaminer					
25 Traiter les déchets avec précaution selon les directives					
26 . Enlever les gants et les immerger dans une solution de chlore					
27 Se laver soigneusement les mains avec de l'eau et du savon et les essuyer avec un linge propre					
Counseling post-retrait					
28. Donner à la cliente des instructions pour les soins de la plaie et lui dire quand revenir à la formation sanitaire					

KIT IMPLANT

Composition d'une trousse d'instruments pour pose et retrait d'implants.

- Boite à instruments 1
- Tasse à solution 180 ml inox 3
- Bras anatomique 1
- Trocarts 5
- Pince de retrait en U 2
- Petites pinces à griffe 1
- Pinces moyennes à griffe 1
- Petite paire de ciseaux 1
- Lame de bistouri n° 11 qs
- Gants chirurgicaux qs
- Seringues 10 cc + aiguilles qs

DISPOSITIFS INTRA - UTERINS (DIU)

Définition

C'est un petit objet en plastique et/ou en métal flexible de trois cm environ qui s'insère dans la cavité utérine dans le but d'empêcher la survenue d'une grossesse. Un fil ou des manchons en cuivre le recouvre partiellement. Un prestataire de soins de santé spécialement formé l'insère dans l'utérus d'une femme en passant par le vagin et le col.

I - NORMES

1-1 Types

- Inerte : Boucle de Lippes
- Actif avec cuivre : -Tcu 380A (CopperT) actuellement le plus utilisé au Burkina
-NovaT(Multiload 250- Multiload 375)
- Aux hormones : -levo
- nova
. progestasert

1-2 Qui peut offrir ces services ?

Le personnel de santé formé en PF :

- Médecins / pharmaciens
- Sage femme/Maïeuticien d'état
- Infirmier(e)

1-3 Quand l'offrir ?

Dès que l'on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte.

1-4 Où peut-on les fournir ?

- CHU/CHR/CMA/CSPS
- Structures sanitaires privées

II - PROTOCOLES

2-1 Conseil/Counseling initial (confère chapitre conseil)

2-2 Bilan de la cliente

Procéder au bilan de la cliente à la recherche des éléments suivants :

ELEMENTS	CONDUITE A TENIR
Antécédent de GEU	Classe 1
Antécédent chirurgie pelvienne	Classe 1
IST /VIH/ SIDA	Classe 2
Risque IST	Classe 2 ou 3
Hystérométrie inférieure à 6 cm ou malformations utérines	Classe 4
MIP : Antécédents sans récurrence ;	Classe 1
MIP Evolutive 3 derniers mois	Classe 1
Saignements vaginaux non expliqués	Classe 4 ou 2
Allergie au cuivre	Classe 4 (TCU)
Saignements irréguliers peu abondants	Classe 1
Antécédents de Cardiopathie ischémique ou en cours	Classe 1 (TCU) Classe 2 ou 3 (DIU-LNG)
Cancer du col et de l'endomètre	Classe 4 ou 2
Post-partum < 48 heures	Classe 2 -TCU par un prestataire expérimenté Classe 3
Entre 48 h et 6 semaines	
Premières règles survenues : < 20 ans	Classe 2 (insérer et faire un suivi particulier) Classe 1
> 20 ans	
Malformations ou tumeurs utérines pouvant rendre l'insertion difficile	Classe 4
Diabète avec ou sans complications	Classe 2
VIH/SIDA	Classe 2 (insérer et faire un suivi particulier)
Drépanocytose	Classe 2 (TCU) et Classe 1(DIU-LNG)

2-3 Counseling spécifique (confère chapitre conseil)

2.3.1 Présenter la méthode

- Communiquer en évitant les termes techniques
- Montrer un échantillon de DIU
- Expliquer la composition du DIU (plastique et cuivre)
- Expliquer les mécanismes d'actions
- Parler des avantages (bénéfice) et limites des DIU

- Encourager la cliente à faire part de ses appréhensions et rumeurs sur la méthode
- Être à l'écoute de la cliente pour répondre à ses questions.

2.3.2 Mécanismes d'action

- Agit essentiellement en provoquant un changement chimique qui altèrent les spermatozoïdes et les ovules avant qu'ils ne puissent se rencontrer.
- Accélère le transfert de l'ovule dans la trompe de Fallope le rendant ainsi moins apte à être fécondé sur son parcours vers la cavité utérine.
- Les DIU contenant du cuivre immobilisent les spermatozoïdes tout en les endommageant (inhibant leur capacité de féconder l'ovule) en libérant du cuivre

2.3.3 Avantages

a) Sur le plan de la contraception

- Taux d'efficacité de 99,5% pendant la première année d'utilisation)
- Efficace immédiatement
- Méthode à long terme (jusqu'à 10 ans avec le Tcu 380A)
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- N'affecte pas l'allaitement
- Retour immédiat de la fécondité après le retrait
- Peu d'effets secondaires
- Uniquement une visite de suivi par an à moins qu'il n'y ait des problèmes
- Peu cher à long terme (10 ans)

b) Sur le plan de la santé

- Diminue le risque de grossesse extra - utérine
- Menstrues moins abondantes (si DIU avec progestatif)
- Moins de crampes menstruelles (si DIU avec progestatif)

2.3.4 Inconvénients/contraintes

- Examen gynécologique nécessaire et dépistage des infections génitales basses exigé avant l'insertion

- Demande une procédure faite par un prestataire formé pour l'insertion et le retrait
- Doit vérifier la présence des fils surtout pendant les trois premiers mois après chaque menstruation
- La femme ne peut pas arrêter la méthode seule (dépend du prestataire)
- Saignements et crampes menstruelles plus prononcés pendant les 3 premiers mois d'utilisation (DIU libérant du cuivre et non médicamenteux)
- Peut s'expulser spontanément
- Rarement, il peut y avoir perforation de l'utérus lors de l'insertion
- N'empêche pas **toutes** les grossesses extra - utérines
- Aucune protection contre les infections génitales basses et autres IST (par exemple, VHB-C, VHI / SIDA)
- Peut augmenter les risques de maladies inflammatoires du pelvis si la femme est infectée;
- Fils coupés trop courts traumatisant pour le partenaire

2.3.5 Effets secondaires

- Aménorrhée (DIU hormonal)
- Saignements abondants (DIU au Cu)
- Spotting
- Crampes
- Pertes de fils

2.3.6 Complications

- Infections génitales
- Encrage du DIU dans la paroi utérine
- Perforation suivie de migration du DIU dans l'utérus
- Choc vagal lors de l'insertion
- Grossesse extra utérine

2.4. Administration de la méthode

Quand insérer le DIU ?

- Jour 1 à 7 du cycle menstruel

- A n'importe quel moment durant le cycle menstruel, si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte
- Dans le post partum :
 - immédiatement après la délivrance
 - après une césarienne (par un médecin gynéco obstétricien).

Dans le post - abortum (immédiatement ou dans les 7 premiers jours) du moment qu'il n'y a pas d'infection du tractus génital ou de lésions traumatiques ou de chirurgie du tractus génital

Technique d'insertion du DIU Tcu 380 A

TACHES AVANT L'INSERTION
Le prestataire :
1. recherche les antécédents en santé de la reproduction
2. Demande à la cliente de vider sa vessie
3. Indique à la cliente ce qu'on va faire et l'encourage à poser des questions
4. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sèche avec un linge propre
5. Palpe l'abdomen et vérifie qu'il n'y a pas de sensibilité sus - pubienne ou pelvienne ni d'anomalies annexielles
6. Met des gants à usage unique (DHN ou stériles aux deux mains)
7. Dispose les instruments et le matériel
8. Fait un examen au spéculum
9. Retire le spéculum ; le met de côté sur un plateau à instruments ou dans un récipient DHN
10. Effectue un examen bi manuel
11. Décontamine les gants dans une solution chlorée, les retire et les jette dans une poubelle étanche
12. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sèche avec un linge propre
13. Charge le TCu 380A dans son emballage stérile
Insertion du DIU
14. Met des gants DHN
15. Insère le spéculum vaginal et examine le col
16. Désinfecte le col et le vagin avec un antiseptique
17. Saisit doucement le col avec une pince à col
18. Sonde l'utérus en utilisant la technique "sans toucher"
19. Ajuste le curseur pour obtenir la même mesure sur le tube inséreur
20. Insère le DIU Tcu-380A en utilisant la technique du retrait
21. Coupe les fils à 3 cm du col et retire doucement la pince à col
Laisse la femme sur la table en attendant de remplir le dossier
22. Place les instruments utilisés dans une solution chlorée pour les décontaminer
23. traite les déchets avec précaution selon les directives
24. trempe les gants dans une solution chlorée avant de les retirer
25. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon
26. Remplit le dossier de la cliente
Counseling post-insertion
27. Montre à la cliente quand et comment il faut rechercher la présence des fils
28. Discute ce qu'il faut faire si la cliente connaît des effets secondaires ou des problèmes
29. Assure à la cliente qu'elle peut demander qu'on lui retire le DIU à n'importe quel moment
30. Observe la cliente pendant au moins 15 minutes

- Tout le matériel doit être stérilisé ou désinfecté à haut niveau
- Préparer la patiente à la pose ou au retrait du DIU (établir des relations de confiance, donner toutes les informations sur le DIU)

Instructions à donner aux clients

- Revenir pour un contrôle après la première menstruation post-insertion (4 à 6 semaines après l'insertion)
- Vérifier la présence des fils surtout pendant les trois premiers mois après chaque menstruation

Se présenter dans une formation sanitaire si :

- * vous ne sentez pas les fils
- * crampes au bas ventre
- * vous sentez le bout en plastique du DIU
- * le DIU a été expulsé
- * la menstruation est retardée
- * des saignements entre les menstruations ou après les rapports sexuels,
- * une douleur après le rapport sexuel
- * si les fils gênent votre partenaire pendant les rapports sexuels

On peut garder le Tcu 380 A pendant au moins 10 ans, mais il peut être retiré plus tôt si vous en exprimez le besoin.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

DIU: PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES	
EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE À TENIR
Aménorrhée (absence de saignement ou de saignotement vaginal)	<p>Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte ne pas retirer le DIU, mais la rassurer. Si l'aménorrhée persiste et inquiète la cliente, la conseiller de revenir à la F.S. pour vérification des symptômes ; en l'absence de grossesse ; provoquer les règles ;</p> <p>Si la cliente est enceinte, laisser le DIU en place et référer chez le gynéco obstétricien pour un suivi</p>
Crampes	<p>Dépister les maladies inflammatoires pelviennes et autres causes de crampes. Traiter en conséquence. Si aucune cause n'est trouvée, si les crampes ne sont pas graves, donner un analgésique. Si les crampes sont prononcées, retirer le DIU, et aider la cliente à choisir une autre méthode</p>
Absence de fils	<p>Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse. Demander à la cliente si elle a remarqué une expulsion du DIU.</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte et que le DIU n'a pas été expulsé, donner des condoms. Vérifier si les fils sont dans le canal endocervical et la cavité utérine après les prochaines menstruations. Si les fils sont absents. Référer la cliente pour une radiographie de l'abdomen sans préparation ou une échographie.</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte et que le DIU est tombé insérer un nouveau DIU ou aider la cliente à choisir une autre méthode.</p> <p>Si la cliente n'est pas enceinte mais le DIU n'est pas trouvé, prescrire des condoms et référer la cliente pour une radiographie de l'abdomen sans préparation ou une échographie.</p>
Pertes vaginales	<p>Examiner pour détecter une éventuelle infection du tractus génital basse. Retirer le DIU si on est en présence de gonorrhée ou d'infection à chlamydia et traiter.</p> <p>En cas de MIP retirer et traiter.</p>
Saignement vaginal irrégulier ou abondant	<p>Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une grossesse extra utérine ou d'une infection vaginale. Traiter ou référer de manière appropriée.</p> <p>Si l'examen est normal et que le saignement est prolongé ou abondant, conseiller un bilan supplémentaire. Donner de l'ibuprofène (800 mg 3 fois par jour pendant une semaine pour diminuer le saignement et donner des comprimés de fer (1 comprimé tous les jours pendant 1 à 3 mois).</p> <p>Le DIU peut être retiré si la cliente le désire. Si la cliente a un DIU depuis plus de trois mois recommander le retrait en présence d'une anémie marquée (hémoglobine < 7 mg /dl). Et l'aider à choisir une autre méthode.</p>

2.5. Informations générales

- Le DIU est efficace immédiatement
- Le DIU peut tomber de l'utérus spontanément, en particulier pendant les premiers mois d'insertion
- Des saignements et des saignotements peuvent se produire pendant quelques jours après l'insertion
- Les saignements menstruels seront plus prolongés et plus abondants en principe (DIU libérant du cuivre)
- Si la cliente le souhaite, on peut lui retirer le DIU quand elle le veut
- Informer la cliente du genre de DIU qui est inséré, quand on devrait le retirer (10 ans TCU 380A) et lui donner une fiche qui contient cette information.
- Aucune protection contre les ITGB et autres MST y compris le virus du SIDA. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser des condoms en même temps que le DIU.

SIGNES AVERTISSEURS POUR LES UTILISATRICES DE DIU

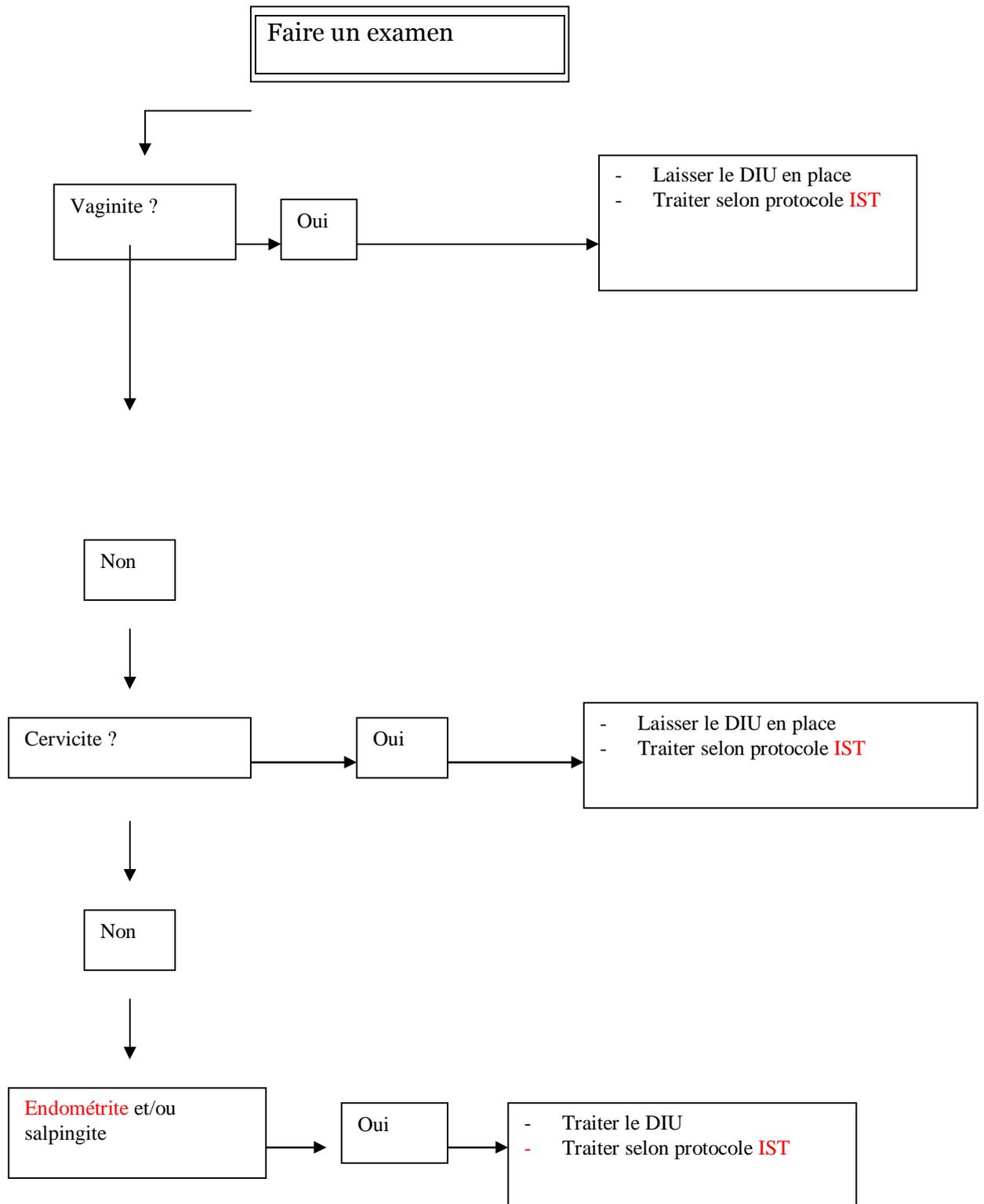
- Retard de la menstruation avec symptôme de grossesse (nausées, seins sensibles, etc.)
- Crampes ou douleurs persistantes au bas ventre, surtout si en même temps, la cliente ne se sent pas bien, a de la fièvre ou des frissons (ces symptômes suggèrent un risque d'infection pelvienne).
- Fils absents ou lorsqu'on peut sentir le bout en plastique du DIU en vérifiant la présence des fils
- Si la cliente ou son partenaire commencent à avoir des relations sexuelles avec plus d'un partenaire, les DIU ne protègent pas les femmes contre les ITGB et autres IST (par exemple VHB. VIH/ SIDA).

Contactez le prestataire ou la F.S. si vous notez un des problèmes sus - mentionnés.

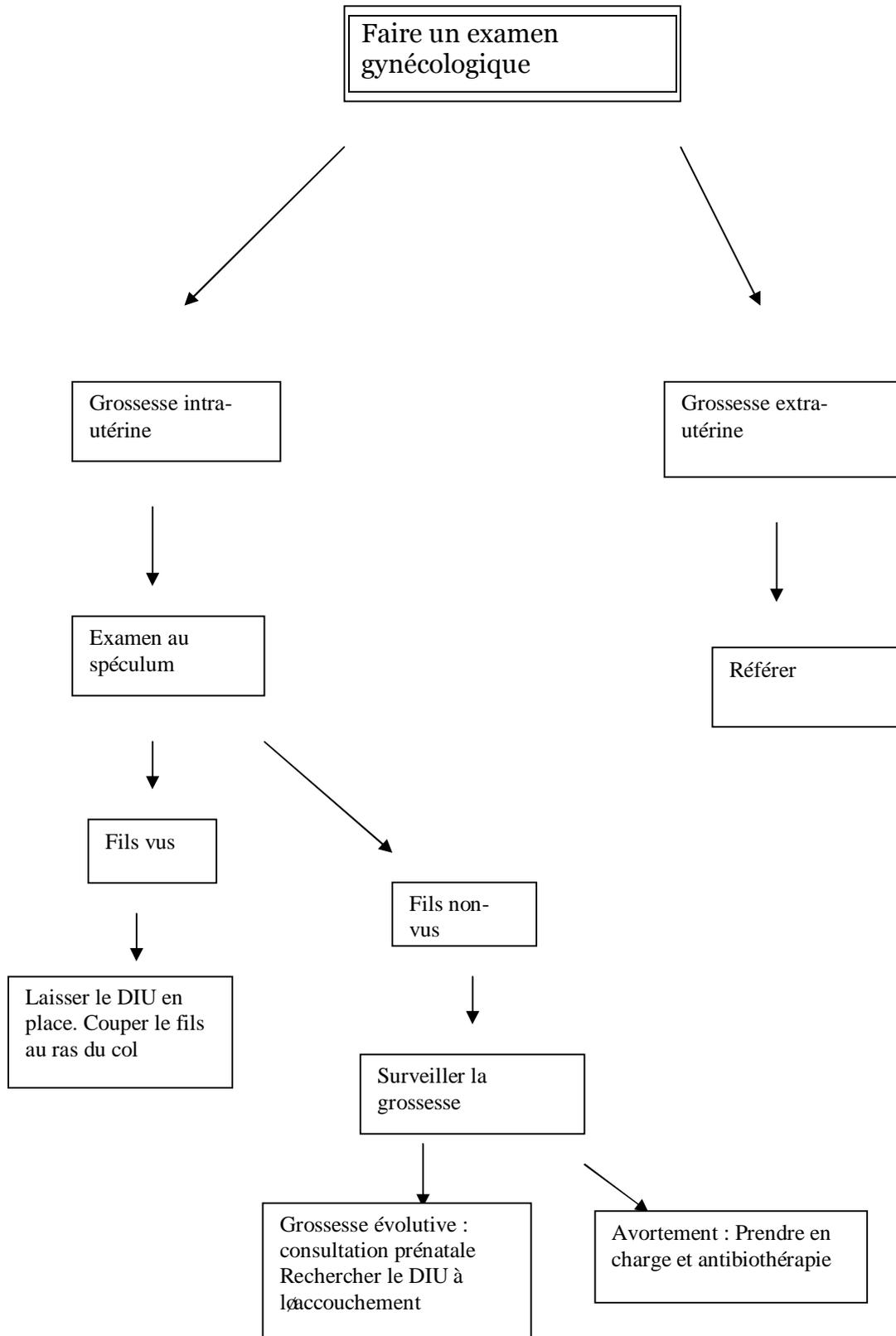
Calendrier de suivi

Il n'y a aucune raison médicale pour la cliente de revenir après la vérification post - insertion (4 à 6 semaines) à moins qu'il n'y ait un problème ou que la cliente veuille le retrait du DIU. Toutefois, il est bon de revenir pour une visite routinière de prévention en matière de la santé de la reproduction une fois par an, notamment pour s'approvisionner en condoms si nécessaire.

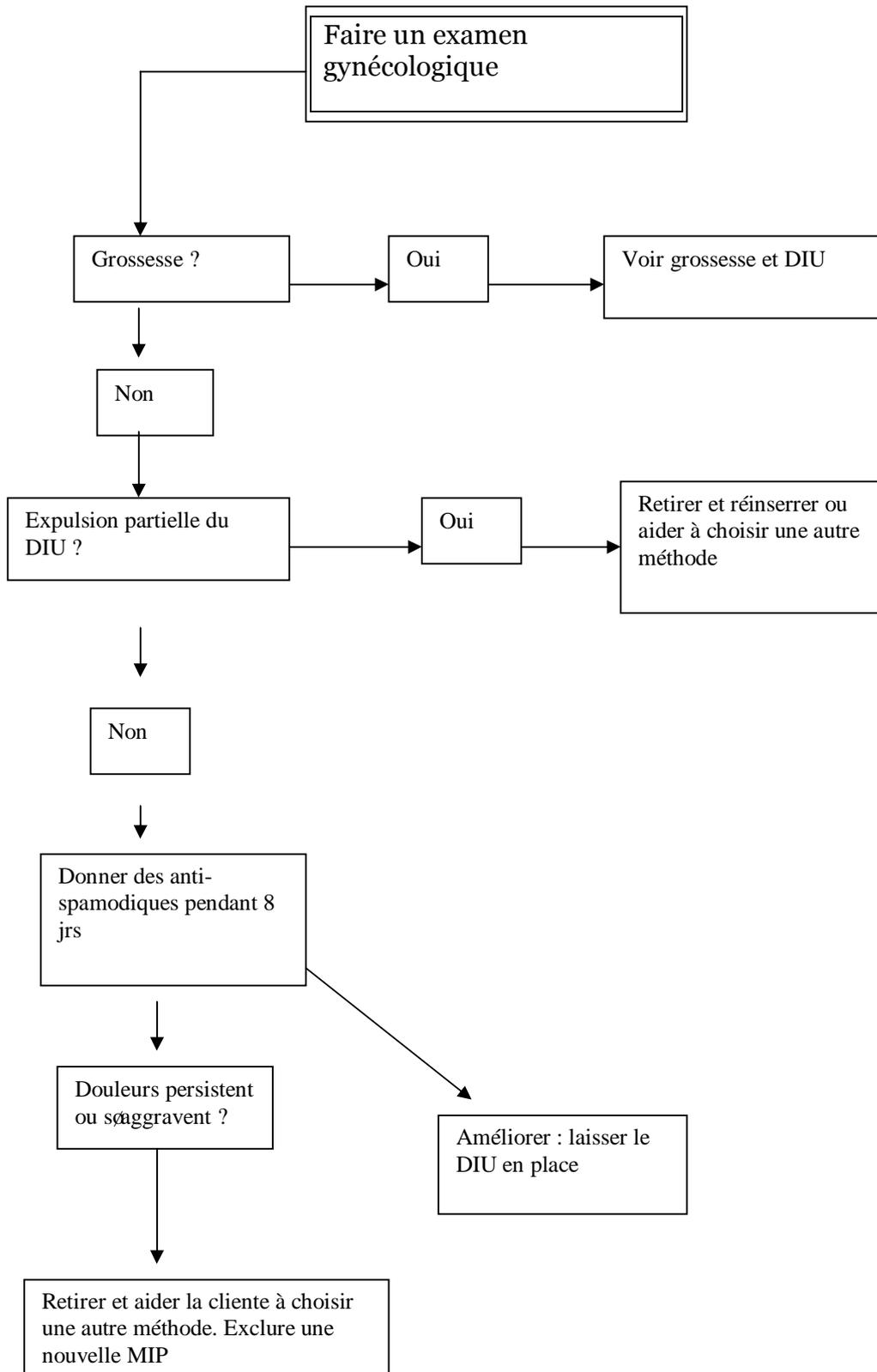
INFECTION ET DIU



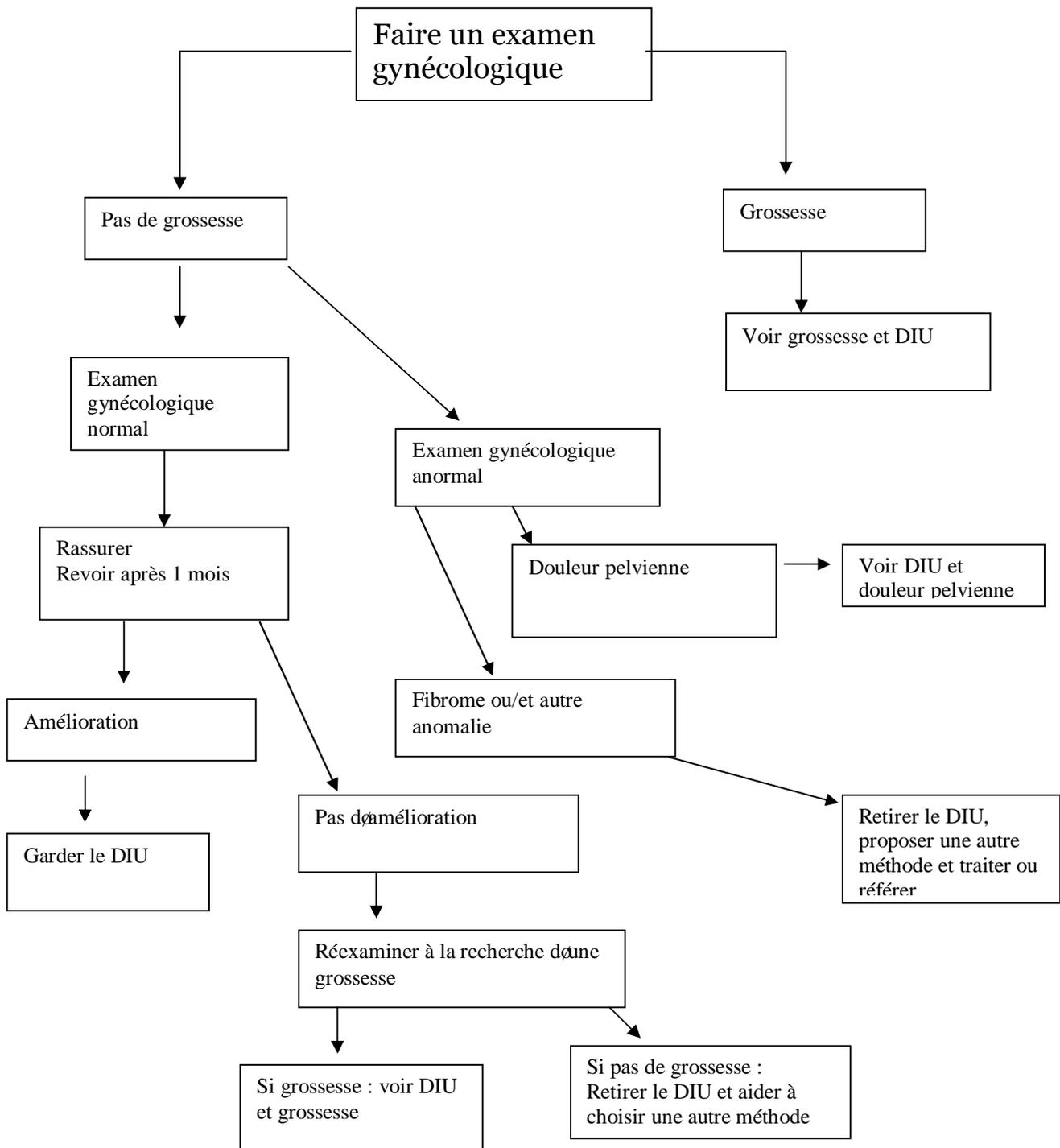
GROSSESSE SUR DIU



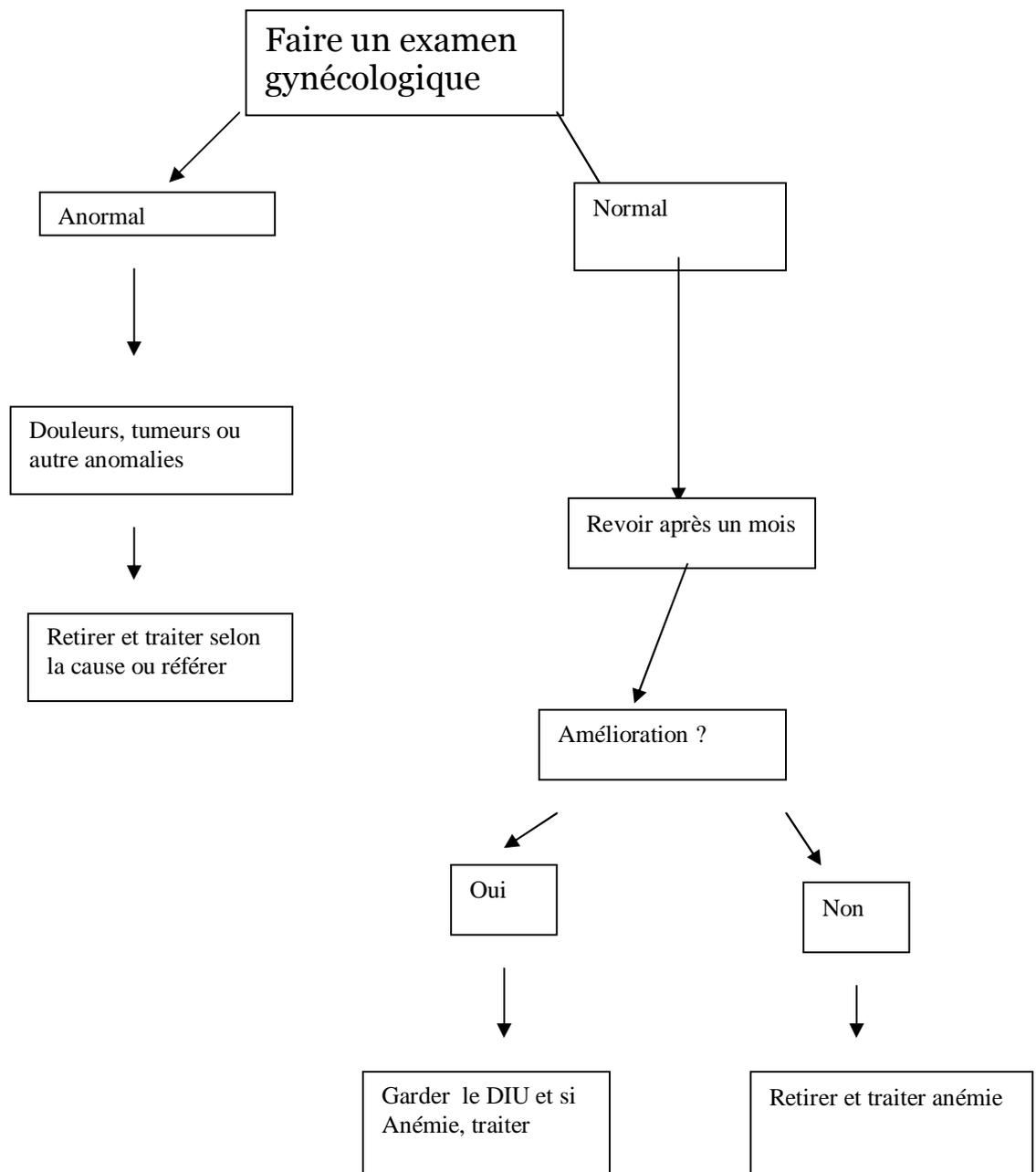
DIU ET DOULEUR PELVIENNE



DIU ET METRORRAGIE

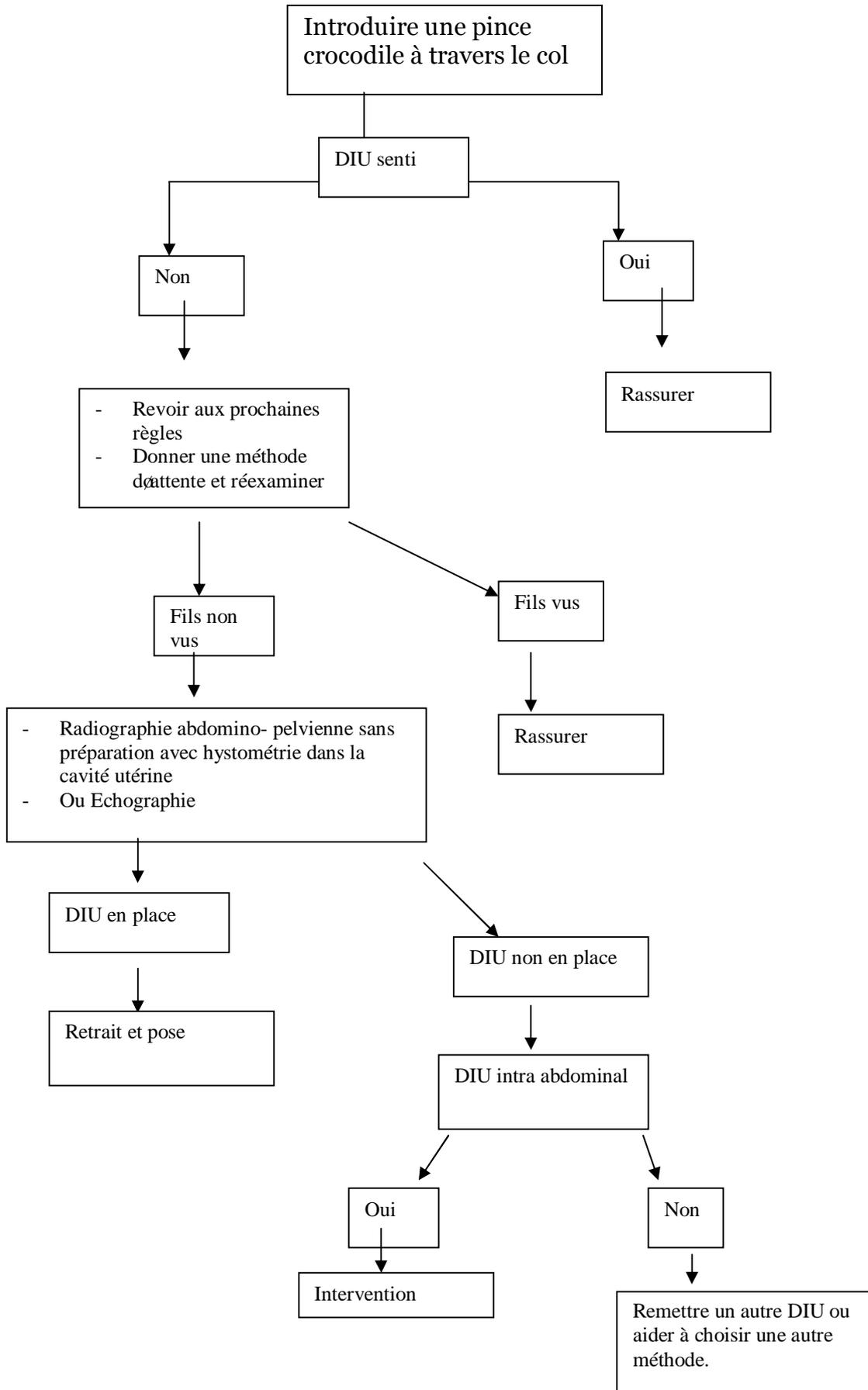


DIU ET MENORRAGIE DE PLUS DE 3 MOIS



N.B : Toujours rechercher, prévenir et traiter une anémie

DIU : FILS NON VUS ; SANS NOTION DE GROSSESSE



TECHNIQUE DU RETRAIT DU DIU
Counseling pré-retrait
1. Accueille la femme avec respect et amabilité
2. Demande à la femme la raison pour laquelle elle désire le retrait et répond à ses questions
3. Revoit les buts de la cliente en matière de reproduction
4. Décrit la procédure de retrait et ce à quoi elle doit s'attendre
Retrait du DIU Tcu 380A
5. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon et les sèche avec un linge propre
6. Met des gants neufs (à jeter) ou DHN ou stériles (réutilisable) aux deux mains
7. Fait un examen bimanuel
8. Insère le spéculum vaginal et examine le col
9. Désinfecte le col et le vagin avec un antiseptique
10. Saisit les fils près du col et tire doucement mais fermement pour retirer le DIU
11. Montre le DIU retiré à la cliente
Tâches post-retrait
12. Place les instruments utilisés et le DIU retiré dans une solution chlorée pour les décontaminer
13. Jette les déchets selon les directives
14. Retire les gants réutilisables et les place dans la solution chlorée
15. Se lave les mains soigneusement avec de l'eau et du savon
16. Note le retrait du DIU dans le dossier de la cliente
Counseling post-retrait
17. Discute ce qu'il faut faire si la cliente connaît des problèmes
18. Conseille la cliente sur une autre méthode de contraception, si elle le désire
19. Aide la cliente à obtenir une nouvelle méthode de contraception ou fournit une méthode temporaire (barrière) jusqu'à ce qu'elle puisse employer la méthode choisie

LES METHODES DE BARRIERES

Introduction

Ce sont des méthodes contraceptives qui empêchent la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Il existe différents types :

- Les méthodes mécaniques -----→ bloquent l'entrée des spermatozoïdes.
Ce sont :
 - Condom masculin
 - Condom féminin
 - Diaphragme
 - Cape cervicale
- Les méthodes chimiques ou spermicides inactivent ou détruisent les spermatozoïdes :
 - Comprimés (cônes)
 - Crèmes
 - Gelées
 - Mousses

LES PRESERVATIFS

Définition

Il existe deux types de préservatifs : le préservatif masculin et le préservatif féminin

Le préservatif masculin est une mince enveloppe en caoutchouc vinyl ou produit naturel. On le place sur le pénis en érection avant le rapport sexuel pour empêcher le sperme d'être en contact avec les voies génitales de la femme.

Le préservatif féminin est une mince membrane en polyuréthane. Il épouse la cavité vaginale et le col utérin. Il se place avant les rapports sexuels et crée une barrière qui empêche le sperme d'être en contact avec les voies génitales féminines.

I È Normes

1.1. Types

Différent selon la forme, la couleur, le lubrifiant, l'épaisseur, la texture, présence ou absence d'un spermicide (généralement le nonoxynol).

Les condoms sont faits de :

- Latex (caoutchouc)
- Plastique (vinyl)
- Produits naturels (animal).

1.2. Qui peut fournir la méthode ?

- Médecins
- Pharmaciens
- Infirmiers
- Sages-femmes/Maïeuticiens
- Accoucheuses brevetées
- Accoucheuses auxiliaires
- Agents de santé communautaire
- Volontaires communautaires
- Commerçants

1.3. Où peut-on l'offrir ?

- CHU/CHR/CM/CSPS
- Cabinets privés
- Pharmacies
- Niveau communautaire
- Boutiques/tables (approvisionnement)
- Autre structure de santé agréée

II - Protocoles

2.1. Conseil initial (cf. chapitre counseling)

2.2. Bilan du (de la) client (e) « pas nécessaire »

2.3. Counseling spécifique

2.3.1. Mécanisme d'action

- Empêche les spermatozoïdes d'accéder au tractus génital de la femme
- Empêche le passage des micro-organismes (responsables de certaines ITG et autres IST, y compris le VHB et le VIH (SIDA) d'un partenaire à l'autre.

2.3.2. Avantages

a) Sur le plan contraceptif

- Efficace immédiatement
- N'interfère pas avec l'allaitement maternel
- Peut être utilisé comme méthode deappoint avec d'autres méthodes
- Aucun risque pour la santé lié à la méthode
- Pas d'effets secondaires systémiques
- Facilement disponible (pharmacies, dépôt et boutiques)
- Ne nécessite pas d'ordonnance ni de bilan médical
- Financièrement accessible.

b) Sur le plan de la santé

- Engage l'homme dans la planification familiale
- Seule méthode de planification familiale qui protège contre les ITG et les autres IST
- Peut prolonger l'érection et retarder l'éjaculation
- Peut aider à prévenir le cancer du col

2.3.3. Inconvénients

- Echec lié à la mauvaise utilisation du préservatif

- Peut réduire la sensibilité du pénis et rendre plus difficile le maintien d'une érection
- L'élimination des condoms utilisés peut être un problème
- Il faut avoir des conditions de stockage adéquat
- S'assurer de la disponibilité avant d'entreprendre tout rapport sexuel à risque

2.3.4. Effets secondaires :

- Allergie au latex

2.3.5. Les condoms conviennent aux :

- Hommes qui souhaitent participer activement à la planification familiale
- Couples qui veulent une méthode de contraception immédiate
- Couples ayant besoin d'une méthode temporaire en attendant une autre
- Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint
- Couples qui ont des rapports sexuels occasionnels
- Couples où l'un (une) des partenaires a plus d'un partenaire sexuel, même s'ils utilisent une autre méthode (couples qui courent le risque de contracter des ITG et d'autres IST, y compris le VHB et le VIH/SIDA)
- Couples séropositifs ou discordants au VIH.

2.3.6. Les condoms ne conviennent pas aux :

- Couples chez lesquels la grossesse est un facteur de risque sanitaire
- Couples chez lesquels une allergie au condom a été constatée chez l'un ou l'autre
- Couples refusant l'utilisation du condom

2.4. Expliquer le mode d'utilisation

- Démonstration à l'aide d'un modèle anatomique et/ou de la fiche technique prévue à cet effet

2.5. Instructions pour les client(e)s

- Utiliser le condom lors de chaque rapport sexuel à risque de grossesse ou de maladies
- Utiliser un spermicide si disponible avec le condom pour assurer l'efficacité et la protection maximum
- Ne pas ouvrir l'emballage du condom avec les dents ou les objets tranchants (couteau, ciseaux, autres...)
- Le condom doit être enfilé sur le pénis en érection avant la pénétration pour éviter les spermatozoïdes actifs contenus dans le sperme pré éjaculatoire.
- Si le condom n'a pas un réservoir, laisser environ 1 à 2 cm au bout pour recevoir l'éjaculat
- Retirer le pénis avant de perdre l'érection pour éviter que le condom ne glisse et ne répande le sperme
- Un condom ne sert que pour un coït.
- Pour jeter un condom utilisé, il faut le placer soit dans un bac à déchets soit dans les toilettes ou bien le jeter
- Ne pas stocker les condoms dans un endroit chaud.
- Ne pas utiliser un condom si l'emballage est rompu ou si celui-ci paraît endommagé ou fragile
- Ne pas utiliser d'huile minérale, de cuisine, pour bébé ou de la vaseline pour lubrifier les condoms. Ces produits peuvent les endommager en l'espace de quelques secondes. Si un lubrifiant est nécessaire, utiliser de la salive ou des sécrétions vaginales.
- Pour condom féminin cf fiche d'apprentissage

PRESERVATIF FEMININ : Mode d'emploi

ETAPE 1

Bien laver ses mains

Vérifier que l'emballage est intact

Vérifier la date de péremption indiquée sur l'emballage

▪ **ETAPE 2**

Malaxer le condom pour une plus grande diffusion du lubrifiant

Pour ouvrir, déchirer l'emballage avec les doigts, à l'endroit où se trouve la flèche

▪ **ETAPE 3**

Faire sortir le condom de l'emballage et le déplier.

▪ **ETAPE 4**

Choisir une position convenable: Se tenir debout une jambe posée sur une chaise / un tabouret ou se accroupir ou se coucher sur le dos, les jambes pliées

▪ **ETAPE 5**

Introduire trois doigts (le pouce, l'index et le majeur) à l'intérieur du condom

À l'aide du pouce et de l'index de l'autre main, pincer l'anneau interne pour former un 8

Introduire le condom féminin dans le vagin, les 3 doigts maintenant toujours l'anneau interne en forme de 8 à l'intérieur du condom

▪ **ETAPE 6**

Ressortir le pouce et à l'aide des deux (2) doigts à l'intérieur du condom, pousser l'anneau interne le plus loin possible au fond du vagin pour pouvoir le fixer correctement autour du col de l'utérus. L'anneau ne doit pas se tordre.

▪ **ETAPE 7**

Retirer les doigts

L'anneau externe reste hors du vagin et recouvre les parties externes de la vulve (2 à 3 cm)

Au moment de la pénétration, tenir l'anneau externe avec une main et avec l'autre main guider le pénis au milieu du condom féminin pour éviter qu'il ne passe à côté.

Ne relâcher l'anneau externe du condom qu'après deux mouvements de va et vient

▪ **ETAPE 8**

▪ **A la fin du rapport sexuel:**

Retirer le condom en tournant le anneau externe 2 fois afin de fermer l'ouverture pour empêcher le sperme de s'écouler

Tirer le condom doucement

Emballer le condom dans un mouchoir jetable ou autre

Jeter le dans les latrines, le brûler ou le enterrer pour qu'il soit hors de portée des enfants

Se laver les mains au savon

▪ **Points importants**

1. Utiliser un condom une et une seule fois. Il faut un nouveau condom pour chaque rapport sexuel.
2. Ne pas utiliser le condom féminin en même temps que le condom masculin.
3. L'utilisation correcte et systématique du condom protège contre les IST, le VIH/sida et les grossesses non désirées.
4. Le condom féminin peut être mis en place jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel.
5. Il n'est pas nécessaire de retirer le condom féminin immédiatement après le rapport sexuel, parce qu'il s'adapte aux parois du vagin et non au pénis

Prise en charge des difficultés :

Problèmes au niveau de l'utilisation

Peuvent être dus à la méthode mais pas forcément ; les problèmes au niveau des préservatifs se répercutent sur la satisfaction de la cliente et l'utilisation de la méthode. Ils méritent l'attention du prestataire. Si la cliente signale un problème, l'écouter et lui donner les conseils nécessaires.

Proposer à la cliente de l'aider à choisir une autre méthode, immédiatement si elle le souhaite ou si le problème ne peut pas être surmonté, à moins que les préservatifs ne soient nécessaires pour la protection contre les IST, y compris le VIH.

Comment s'y prend-elle pour insérer le préservatif ? Si un modèle est disponible, lui faire une démonstration et la laisser s'exercer. Si elle n'a pas de modèle, lui démontrer en utilisant les mains. Corriger les erreurs. Lui proposer d'insérer à nouveau ou de repositionner le préservatif de sorte à ce que le anneau interne soit placé derrière les pubien où il ne peut pas gêner.

Lui proposer d'ajouter davantage de lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis. La PCU peut aider à prévenir la grossesse (voir Pilule contraceptive d'urgence).

Il n'y a pas grand-chose à faire pour réduire le risque d'une IST si un préservatif se déchire ou glisse ou encore s'il n'a pas été utilisé (voir Préservatifs masculins). Si la cliente a des signes ou symptômes d'IST après des rapports sexuels non protégés, évaluer ou aiguiller vers les services compétents.

Si la cliente signale que le préservatif a glissé, cela pourrait être dû à une pose incorrecte. Lui montre comment poser correctement le préservatif en utilisant un modèle ou les mains. Corriger toute erreur.

Discuter de la manière dont on peut discuter avec le partenaire de l'importance d'utiliser un préservatif pour se protéger contre les grossesses et les IST. (Voir préservatifs masculins, difficultés à persuader un partenaire d'utiliser le préservatif ou ne pas être en mesure de l'utiliser lors de chaque rapport sexuel).

Proposer d'ajouter du lubrifiant à l'intérieur du préservatif ou sur le pénis pour diminuer les frottements qui peuvent provoquer l'irritation.

Si les symptômes persistent, évaluer et traiter une éventuelle infection vaginale ou une IST.

. Si il n'y a pas d'infection, aider la cliente à choisir une autre méthode à moins que la cliente ne soit exposée au risque de contracter une IST, y compris le VIH.

. Si la cliente est exposée au risque de contracter des IST, y compris le VIH, proposer d'utiliser des préservatifs masculins. Si l'utilisation du préservatif masculin n'est pas possible, recommander vivement de continuer à utiliser le préservatif féminin même si c'est gênant.

. Si ni l'un ni l'autre des partenaires n'ont une infection, c'est la relation de fidélité mutuelle qui confère la meilleure protection contre une IST sans qu'il faille utiliser un préservatif. Par contre, le couple ne sera plus protégé contre la grossesse. Faire un test de grossesse. Une femme peut utiliser sans risques le préservatif féminin pendant la grossesse pour continuer à être protégée contre les IST.

2.6. PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS ET AUTRES PROBLEMES

EFFETS SECONDAIRES/PROBLEMES	PRISE EN CHARGE
Réaction allergique	Donner un anti histaminique et déconseiller l'usage du type de condom incriminé
Le condom se déchire ou glisse (pendant le rapport sexuel)	Faire faire un test de dépistage au VIH avec contrôle au troisième mois Conseiller l'utilisation d'une méthode contraceptive d'urgence

DIAPHRAGME

Définition

Le diaphragme est un capuchon en caoutchouc en forme de dôme qui est inséré dans le vagin avant le rapport sexuel et qui couvre le col de l'utérus.

I. Normes

1.1. Types

Plat, ressort à lame (bande plate en métal)

Spiralé, ressort à boudin (fil métallique spiralé)

Ressort à morceau (ressort combiné en métal)

1.2. Qui peut fournir la méthode

- Médecin
- Infirmier(e)
- Sage-femme/Maïeuticien
- Accoucheuse

1.3. Ou peut-on l'offrir

- CHU/CHR/CM/CSPPS
- Cabinets privés
- Pharmacies
- Autre structure de santé agréée

II È Protocoles

2.1. Counseling initial (Cf. chapitre counseling)

2.2. Bilan de la cliente

Eléments à rechercher	Conduite à tenir
- Anomalie vaginale	NA
- Infection génitale	Classe 1, traiter et donner la méthode
- Infection urinaire (à répétition)	Classe 2
- Infection à VIH	Classe 3
- Prolapsus génital	Classe 4, Aider à choisir autre méthode et référer
- Post-partum < 6 semaines	NA
- " 6 semaines	Classe 1
- Allergie au latex	Classe 3

2.3. Counseling spécifique

2.3.1. Mécanisme d'action

Empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur (utérus et trompes de Fallope) et sert à tenir le spermicide. Son action est renforcée par la fonction spermicide de la crème ou de la gelée.

2.3.2. Avantages

a) Sur le plan contraceptif

- Efficacité 87 à 98 %
- Efficacité immédiatement
- N'interfère pas avec le allaitement maternel
- Ne gêne pas les rapports sexuels (peut être inséré jusqu'à 6 heures avant)
- Aucun risque pour la santé lié à la méthode
- Pas d'effets secondaires systémiques
- Permet les rapports pendant les règles

b) Sur le plan de la santé

- Apporte une certaine protection contre les ITG et d'autres IST (par exemple, VHB, VIH/SIDA) surtout quand il est utilisé avec un spermicide
- Contient le écoulement menstruel si il est utilisé pendant la menstruation

2.3.3. Inconvénients

- Efficacité modérée (taux de grossesses de 6 à 18 pour 100 femmes pendant la première année lorsque le diaphragme est utilisé avec un spermicide)
- Efficacité dépend de la volonté de l'utilisatrice de suivre les instructions
- Dépend de l'utilisatrice (demande une motivation continue et l'utilisation pour chaque rapport sexuel)
- Nécessite un examen gynécologique par un prestataire formé (pas forcément un médecin) pour l'ajustement initial et pour le réajustement post-partum
- Lié à des infections des voies urinaires chez certaines utilisatrices
- Doit être gardé en place pendant 6 heures après le rapport sexuel
- Le réapprovisionnement doit être facilement disponible avant d'entreprendre un rapport sexuel
- Le réapprovisionnement doit être disponible (spermicide requis avec chaque utilisation)
- Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après rapport sexuel ;

2.3.4. Effets secondaires :

- Allergie
- Infection pelvienne

2.3.5. Le diaphragme convient aux :

- Femmes qui préfèrent ne pas utiliser de méthodes hormonales ou qui ne devraient pas les utiliser (celles qui fument et qui ont plus de 35 ans)
- Femmes qui préfèrent ne pas utiliser un DIU ou qui ne devraient pas l'utiliser
- Femmes qui allaitent et qui ont besoin d'un contraceptif
- Femmes cherchant une protection contre les ITG et d'autres IST et dont le partenaire refuse d'utiliser un condom
- Couple ayant besoin d'une méthode temporaire en attendant une autre méthode
- Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint
- Couples qui n'ont pas de rapports sexuels fréquents
- Couples où l'un des partenaires a plus d'un partenaire sexuel, même s'ils utilisent une autre méthode (qui courent le risque de contracter des ITG et d'autres IST)

2.3.6. Le diaphragme ne convient pas aux :

- Femmes dont l'âge, la parité ou des problèmes de santé font qu'une grossesse serait à haut risque
- Femmes avec des antécédents du syndrome de choc toxique
- Femmes qui ont eu des infections des voies urinaires répétées
- Femmes avec un prolapsus utérin (descente de la matrice dans le vagin)
- Femmes avec une sténose vaginale (rétrécissement du canal vaginal)
- Femmes avec des anomalies génitales
- Femmes avec un handicap physique ou qui trouvent peu agréable de devoir toucher leurs parties génitales (vulve et vagin)
- Couples qui ont besoin d'une méthode contraceptive hautement efficace
- Couples qui ne sont pas prêts à utiliser le diaphragme correctement lors de chaque rapport sexuel
- Femmes présentant une allergie au latex

2.3.7. Instructions pour la cliente

- Utilisez le diaphragme lors de chaque rapport sexuel
- Videz votre vessie d'abord et lavez-vous les mains
- Appuyez sur le caoutchouc et tenez le diaphragme devant la lumière ou remplissez-le d'eau pour vérifier qu'il n'y a pas de trous.
- Déposez une petite quantité de crème ou de gelée spermicide dans le capuchon du diaphragme. (Pour faciliter l'insertion, on peut mettre une petite quantité de crème ou de gelée sur le bord du diaphragme ou dans l'ouverture du vagin.) Pressez ensemble le rebord.
 - debout avec un pied soulevé sur le rebord de la toilette ou sur une chaise
 - Couchée
 - Accroupie
- Ecartez les lèvres du vagin
- Insérez le diaphragme et la crème ou la gelée au fond du vagin et poussez le rebord frontal derrière la symphyse pubienne.
- Mettez votre doigt dans le vagin et sentez le col (même sensation que votre nez) à travers le caoutchouc pour être sûr qu'il est recouvert

- Le diaphragme peut être placé dans le vagin jusqu'à 6 heures avant les rapports sexuels. Si les rapports sexuels ont lieu plus de 6 heures par la suite, il faut mettre une autre application de spermicide dans le vagin. Une autre application de crème ou de gelée est nécessaire pour chaque rapport sexuel
- Laissez le diaphragme en place pendant au moins 6 heures après les derniers rapports sexuels. Ne le laissez pas en place pendant plus de 24 heures avant de le retirer. (Les douches vaginales ne sont pas recommandées mais si on les utilise, il faut attendre 6 heures après les rapports sexuels).
- Retirez le diaphragme en accrochant avec le doigt le bord frontal et en tirant. Si c'est nécessaire, on peut mettre le doigt entre le diaphragme et la symphyse pubienne pour rompre l'effet de succion avant de le retirer.
- Lavez le diaphragme avec de l'eau et un savon doux et essuyez-le soigneusement avant de le remettre dans la boîte.

2.3.8. Prise en charge des effets secondaires communs

EFFET SECONDAIRE	PRISE EN CHARGE
Infections des voies urinaires (IVU)	Traiter avec l'antibiotique approprié. Si la cliente a fréquemment des infections des voies urinaires et que le diaphragme est toujours sa méthode contraceptive préférée, lui conseiller de vider sa vessie immédiatement après un rapport sexuel. Lui offrir un antibiotique prophylactique post-coït (une seule dose). Autrement, l'encourager à choisir une autre méthode.
Réaction allergique (au diaphragme) soupçonnée	Les réactions allergiques, bien que rares, peuvent être gênantes et risquent d'être dangereuses. En présence de symptômes d'irritation vaginale, surtout après le coït, et d'aucune évidence d'une ITG, aider la cliente à choisir une autre méthode.
Réaction allergique (au spermicide) soupçonné	Les réactions allergiques, bien que rares, peuvent être gênantes et risquent d'être dangereuses. En présence de symptômes d'irritation vaginale, surtout après le coït, et d'aucune évidence d'une ITG, fournir un autre spermicide ou aider la cliente à choisir une autre méthode.
Douleur liée à la pression sur la vessie/le rectum	Voir si le diaphragme est bien ajusté. Si le dispositif est trop grand, prendre un dispositif plus petit. Faire le suivi pour s'assurer que le problème est résolu.
Pertes vaginales et odeur si le dispositif reste en place pendant plus de 24 heures	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une ITG ou qu'il n'y a pas de corps étranger dans le vagin (tampon, éponge, etc) ; s'il n'y a pas d'ITG ni de corps étranger, conseiller à la cliente de retirer le diaphragme dès que possible après le rapport mais pas moins de 6 heures après le dernier épisode. (Le diaphragme devrait être nettoyé en douceur avec du savon doux et de l'eau après le retrait. Il ne faut pas utiliser de poudre ou de talc en rangeant le diaphragme). En présence d'une ITG, fournir les soins appropriés.

SPERMICIDES

Définition

Les spermicides sont les produits chimiques (généralement le Nonoxynol . 9) qui sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel et qui inactivent ou tuent les spermatozoïdes.

I . Normes

1.1. Les types disponibles sont :

- Aérosols (mousses)
- Tablettes ou suppositoires vaginaux ou films qui se dissolvent
- Crèmes ou gelées

1.2. Qui peut les offrir ?

- Médecins
- Infirmiers
- Sages-femmes/Maïeuticiens
- Accoucheuses auxiliaires
- Agents de santé communautaires

1.3. Où peut-on les offrir ?

- CHU/CHR/CM/CSPS
- Cabinets privés
- Pharmacies
- Niveau communautaire
- Autre structure de santé agréée

II . Protocoles

2.1. Counseling initial (cf. chapitre counseling)

2.2. Bilan des clients

Rechercher une allergie aux spermicides

2.3. Counseling spécifique

2.3.1. Mécanisme d'action

Désagrège la membrane cellulaire des spermatozoïdes, affectant ainsi le mouvement des spermatozoïdes (mobilité) et la capacité à fertiliser l'ovule.

ATTENTION

- Aérosols (mousses) efficaces immédiatement après l'insertion
- Les aérosols sont recommandés si le spermicide est utilisé comme la seule méthode de contraception
- Les tablettes et suppositoires mousseux sont faciles à transporter et à stocker mais ils demandent une attente de 10 à 15 minutes après l'insertion précédant un rapport sexuel
- Les suppositoires vaginaux qui fondent demandent également une attente de 10 à 15 minutes après l'insertion avant un rapport sexuel
- Les gelées spermicides sont généralement utilisées avec les diaphragmes

2.3.2. Avantages

a) Sur le plan contraceptif

- Efficaces immédiatement (mousses et crème)
- Ne interfèrent pas avec l'allaitement maternel
- Peuvent être utilisés comme méthode deappoint avec d'autres méthodes
- Aucun effet secondaire lié à la méthode
- Pas d'effets secondaires systémiques
- Facile à utiliser
- Augmente l'humidité (lubrification) pendant les rapports sexuels
- Disponible sans ordonnance médicale et sans bilan médical

b) Sur le plan de la santé

Fournissent une certaine protection contre les ITG et autres IST (par exemple, le VHB, le VIH/SIDA).

2.3.3. Inconvénients

- Efficacité modérée (taux de grossesses de 3 à 21 pour 100 femmes pendant la première année).
- Efficacité dépend de la volonté de l'utilisateur de suivre les instructions
- Dépend de l'utilisatrice (demandent une motivation continue et l'utilisation chaque rapport sexuel)
- Période d'attente de 10 à 15 minutes après l'application avant le rapport sexuel (les tablettes mousseuses vaginales, les suppositoires et les films)
- Chaque application n'est efficace que pendant une à 2 heures
- Un approvisionnement facile doit être disponible avant les rapports sexuels

2.3.4. Effets secondaires :

- Allergie

2.3.5. Les spermicides conviennent aux femmes:

- qui préfèrent ne pas utiliser des méthodes hormonales ou qui ne devraient pas les utiliser (par exemple, celles qui fument, femmes âgées de plus de 35 ans)
- qui préfèrent ne pas utiliser un DIU ou qui ne devraient pas en utiliser
- qui allaitent et qui ont besoin d'une méthode de contraception
- qui désirent une protection contre les ITG et les MST et dont le partenaire refuse d'utiliser un condom
- aux couples ayant besoin d'une méthode temporaire en attendant une autre méthode
- aux couples ayant besoin d'une méthode d'appoint
- Couples qui n'ont pas de rapports sexuels fréquents

2.3.6. Les spermicides ne conviennent pas aux femmes:

- dont l'âge, la parité ou des problèmes de santé font qu'une grossesse serait à haut risque
- avec un handicap physique ou qui trouvent peu agréable de devoir toucher leurs parties génitales (vulve et vagin)
- avec des anomalies génitales ou d'autres anomalies

- qui sont allergiques aux spermicides
- aux couples qui désirent une protection plus efficace contre la grossesse
- aux couples cherchant une méthode qui n'est pas liée au coût
- aux couples qui ne sont pas prêts à utiliser les spermicides correctement pour chaque rapport sexuel

2.3.7. Administration de la méthode

Mode d'utilisation

- **Mousses et aérosols**
 - Bien agiter le flacon avant usage
 - Remplir l'applicateur
 - Introduire l'applicateur profondément dans le vagin, la femme étant couchée sur le dos, ou debout
 - Vider le contenu de l'applicateur et le retirer
 - Pas besoin d'attendre que la mousse agisse
- **Comprimés, ovules**
 - Humecter les comprimés et les ovules secs
 - Insérer profondément dans le vagin de la femme, en position couchée
 - Attendre 10 . 15 mn avant d'avoir le rapport sexuel
- **Crème ou gelée**
 - Remplir l'applicateur
 - Introduire profondément dans le vagin, la femme étant couchée sur le dos ou debout
 - Vider le contenu de l'applicateur dans le vagin
 - Le rapport sexuel peut se faire immédiatement après.

2.3.8. Instructions pour les clientes

- Il importe d'utiliser du spermicide supplémentaire avant chaque rapport sexuel.

- Il n'y a pas de période d'attente de environ 10 à 15 minutes après l'insertion des tablettes, des suppositoires vaginaux ou de films. Il n'y a pas de période d'attente pour les aérosols (mousses).
- Il importe de suivre les recommandations du fabricant quant à l'utilisation et le stockage de chaque produit individuel. (Par exemple, secouer les aérosols (mousses) avant de remplir l'applicateur).
- Appliquer un supplément de spermicide si le rapport sexuel n'a pas lieu dans une heure ou deux après la première application
- Il faut une autre application de spermicide pour chaque rapport répété
- Il importe de placer le spermicide haut dans le vagin pour que le col soit bien couvert

Aérosol, mousse

- Secouez le flacon 20 à 30 fois avant de l'utiliser
- Placez le conteneur en position verticale et mettez l'applicateur sur la valve. Poussez l'applicateur de côté pour qu'il se remplisse de mousse
- En position couchée, insérer l'applicateur dans le vagin jusqu'à ce que le bout soit sur le col ou près du col et libérer la mousse. Pas besoin d'attendre que la mousse agisse
- L'applicateur de mousse devrait être lavé avec de l'eau chaude et du savon, rincé et séché. On peut le mettre en pièces pour faciliter le nettoyage. Ne pas partager ces applicateurs avec d'autres
- Gardez un approvisionnement supplémentaire de mousse, surtout si vous ne pouvez pas voir quand le flacon est vide.

Tablettes, suppositoires ou films vaginaux

- Sortez la tablette vaginale, le suppositoire ou le film du paquet
- En position couchée, insérez la tablette, le suppositoire ou le film haut dans le vagin (s'il y a un applicateur, insérez-le dans le vagin jusqu'à ce que le bout soit sur le col ou près du col).
- Attendre 10 à 15 minutes avant d'avoir le rapport sexuel

- L'apporteur devrait être lavé avec de l'eau chaude et du savon, rincé et séché. On peut le mettre en pièces pour faciliter le nettoyage. Ne pas partager cet applicateur avec d'autres
- Gardez un approvisionnement supplémentaire de tablettes, de suppositoires ou de films

N.B. Certaines tablettes moussantes peuvent causer une sensation de chaleur dans le vagin. Cette sensation est normale.

Crème

- Pour insérer une crème contraceptive, pressez-la dans l'apporteur jusqu'à ce qu'il soit rempli. Insérer l'apporteur dans le vagin jusqu'à ce que le bout soit sur le col ou près du col. Poussez le piston et libérez la crème. Pas besoin d'attendre que la crème agisse.
- L'apporteur de crème ou de gelée devrait être lavé avec de l'eau chaude et du savon, rincé et séché. On peut le mettre en pièces pour faciliter le nettoyage. Ne pas partager cet applicateur avec d'autres.
- Gardez un approvisionnement supplémentaire de crème, surtout si vous ne pouvez pas voir si le flacon est vide.

2.3.9. PRISE EN CHARGE, DES EFFETS SECONDAIRES ET AUTRES PROBLEMES

EFFETS SECONDAIRES/ PROBLEMES	PRISE EN CHARGE
Irritation vaginale et (ou gêne au pénis)	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une vaginite ou des ITG. Si l'irritation est causée par un spermicide en choisir un autre avec une composante chimique différente ou aider le client/la cliente à choisir une autre méthode.
Sensation de chaleur dans le vagin qui est gênante	Vérifier qu'on n'est pas en présence d'une réaction allergique ou inflammatoire. Rassurer la cliente en lui disant qu'une sensation de chaleur est normale. Si y a encore de la gêne, choisir un autre spermicide avec une composante chimique différente ou aider la cliente à choisir une autre méthode.
Les tablettes ne fondent pas	Choisir un spermicide avec une autre composante chimique ou aider la cliente à choisir une autre méthode.

PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE (PFN)

Définition des méthodes naturelles :

Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel et à s'abstenir durant cette période.

I È NORMES

1.1. Les différentes méthodes naturelles :

- Les méthodes d'auto-observation (M.A.O) :
 - Méthode de la glaire cervicale ou Billings
 - Méthode de la température
 - Méthode sympto-thermique
- La méthode du calendrier ou du rythme ou OGINO
- La méthode de l'allaitement maternel et de la ménorrhée (MAMA)

1.2. Qui peut faire la PFN ?

Toute personne ou couple qui le désire

1.3. Où la pratiquer ?

Dans toutes les formations sanitaires .

1.4. Qui peut offrir la PFN ?

- Personnel de santé (médical et paramédical)
- APL (Accoucheuses auxiliaires)

1.5. Quand commencer la méthode ?

- cette phase est spécifique à chaque méthode

II . PROTOCOLES

2.1. **counseling initial**

2.2. **counseling spécifique**

2.2.1. **Décrire le mécanisme d'action de la PFN**

Il repose sur le principe suivant :

- La durée de vie de l'ovule est de 24 heures
- La durée de vie des spermatozoïdes est de 48 heures
- La seconde phase du cycle menstruel est toujours égale à 14 jours

Pour la contraception

Les rapports sexuels sont évités pendant la phase du cycle menstruel où la conception est la plus probable.

Pour la conception

Les rapports sexuels sont prévus aux alentours du mi-cycle (généralement du 10^e à au 15^e jour) lorsque la conception est la plus probable.

2.2.2. **Expliquer les avantages des M.A.O. :**

- Accepter par l'Islam et l'Église.
- Servent dans le traitement de l'infertilité.
- Pas d'effets secondaires locaux et systémiques.
- Retour à la fécondité immédiat.
- Coût financier presque nul.
- Demandent la participation de l'homme.

- Permettent la connaissance du système reproducteur féminin par le couple.
- Peuvent rapprocher le couple dans sa relation.
- Une fois que la méthode est maîtrisée, il n'y a plus nécessité d'une assistance des prestataires.

2.2.3. Expliquer les inconvénients des M.A.O :

- Leur efficacité est moindre.
- Nécessitent une période d'apprentissage, une observation et un enregistrement quotidien des signes.
- Entraînent une période d'abstinence parfois longue.
- Nécessitent un engagement et une motivation soutenus du couple.
- La glaire ovulatoire est difficile à discerner en présence d'infections.
- Certaines pathologies peuvent modifier la courbe thermique.
- Pas de protection contre les infections du tractus génital (ITG).
- Difficiles à utiliser chez les femmes qui ont des cycles irréguliers.

2.2.4. Précautions à prendre

Existent-il les éléments suivants ?	Conduite à tenir
Impossibilité pour la partenaire de s'abstenir durant la période de fécondité.	- Aider le couple à choisir une autre méthode
Existence d'irrégularité du cycle menstruel. Existence de troubles du cycle menstruel	- Expliquer à la cliente les contraintes liées à l'utilisation de cette méthode. - Diagnostiquer, traiter ou référer Aider à choisir une autre méthode
Pertes vaginales fréquentes (leucorrhées)	- Traiter la cliente après prélèvement si besoin. - Conseiller la cliente en lui indiquant qu'il sera difficile de prévoir la période féconde en utilisant la méthode Billings (glairé). - Si la cliente le souhaite, l'aider à choisir une autre méthode.
Certaines pathologies (paludisme, infections).	- Expliquer à la femme la difficulté d'utiliser la courbe thermique comme méthode de contraception. - Traiter l'affection ou référer - L'aider à choisir une autre méthode.
Ménarches et pré-ménopause	- Expliquer à la femme la difficulté d'utiliser la méthode - L'aider à choisir une autre méthode
Femmes chez qui la grossesse est contre-indiquée	- Expliquer à la femme les dangers encourus en utilisant cette méthode. - L'aider à choisir une autre méthode et la référer au besoin.
Femmes en post partum ou en post abortum immédiat	- Expliquer à la femme la difficulté d'utiliser la méthode. - Aider la femme à choisir une autre méthode jusqu'à la régularisation du cycle.

BILAN

IV. Administrer les méthodes MAO :

A. Méthode de la glaire (Billings)

1. Décrire la méthode Billings :

Elle se base sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones.

2. Expliquer à la cliente les périodes sèches et humides de son cycle à l'aide de la fiche « ASPF ».

- **Période sèche** : Après les règles, la plupart des femmes ont un ou plusieurs jours sans glaire et il y a une sécheresse vaginale . ceci correspond aux jours inféconds.
- **Période humide** : Dès que la femme éprouve une sensation de humidité vaginale quelque soit l'aspect, elle doit se abstenir : il se agit là de la période féconde. Cette glaire deviendra de plus en plus abondante, filante, translucide, élastique, ressemblant au blanc d'œuf.

Le dernier jour, au cours duquel les caractères de la glaire sont plus importantes, est appelé **jour pic**. Il indique que l'ovulation est proche ou vient de se faire. Après le jour pic éviter les rapports sexuels pendant les 3 prochains jours car ils ne sont pas sûrs.

Dès Le 4 è jour on peut avoir des rapports sexuels jusqu'aux prochaines règles.

- Eviter les rapports sexuels pendant la menstruation. Ces jours ne sont pas sûrs dans les cycles courts ;
- Pendant les jours secs qui suivent les règles, il est recommandé de avoir un rapport un jour sur deux pour éviter de confondre le sperme avec la glaire.

3. Donner les instructions suivantes :

- elle doit se toucher deux fois par jour matin et soir et se laver les mains avant et après
- noter les caractéristiques de la glaire chaque soir sur la fiche
- elle ne peut commencer les rapports qu'à partir du 4 è jour après le pic de glaire.

A tout moment si il existe un doute sur l'évaluation de la glaire (ex : Leucorrhée, saignement), se abstenir des rapports sexuels.

B. Méthode de la température

1. Décrire la méthode

Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation

2. Expliquer le mode d'utilisation de la méthode (Expliquer à la cliente le principe de la méthode en sachant d'une feuille de température)

La température est inférieure à 36° pendant la première phase du cycle et augmente de 0,2 à 0,4 après l'ovulation.

3. Instructions :

- Montrer comment prendre la température chaque jour
 - Montrer à la cliente : un thermomètre (thermomètre spéciale) et lui apprendre à lire les chiffres.
 - Prendre la température par voie buccale, rectale ou vaginale doit être prise chaque matin à la même heure avant de se lever. Toujours utiliser la même voie et le même thermomètre.
 - Noter la température sur la fiche chaque matin
 - Après utilisation, nettoyer et ranger le thermomètre
 - S'abstenir de rapports sexuels à compter du 1er jour des règles jusqu'au soir du 3^e jour consécutif ou la température reste élevée. Les rapports sont alors autorisés jusqu'à l'apparition des prochaines règles.

- Expliquer à la femme les facteurs affectant la courbe thermique :
 - Prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées
 - Toute maladie pouvant occasionner une fièvre
 - Changement d'environnement
 - Mauvaise nuit, stress, insomnie, prise d'alcool

C. La méthode sympto-thermique

La méthode de la courbe thermique n'est pas très utilisée seule. Pour plus d'efficacité, elle est associée à la méthode Billings (c'est ce qu'on appelle la méthode sympto-thermique).

D. Méthode du calendrier

C'est une méthode contraceptive, permettant de déterminer les périodes fertiles à partir de calcul fait sur les cycles menstruels précédents.

1. Instructions :

Informez la cliente sur la nécessité d'enregistrer au moins 6 cycles consécutifs pour pouvoir déterminer la période de fécondité. Le premier jour du cycle correspond au premier jour des règles

- Expliquer à la cliente la nécessité d'utiliser une autre méthode durant cette période et l'aider à choisir une autre méthode ;

- Apprendre à la cliente à déterminer sa période de fécondité :
 - 1^{er} jour fertile : cycle le plus court . 20
 - Dernier jour fertile : cycle le plus long . 10

Exemple : si les 6 derniers cycles durent 28, 26, 29, 27.

- 1^{er} jour fertile : $26 - 20 = 6$
- Dernier jour fertile $29 - 10 = 19$
- Dire à la femme d'éviter les rapports sexuels du 6^e au 19^e jour inclus du cycle.

V. Suivi :

1^{ère} visite de contrôle : 15 jours après puis une visite par mois pendant 3 mois.

Demander à l'occasion des visites si le couple est satisfait de la méthode

- Vérifier la maîtrise de la méthode par le couple à partir de la 4^e visite, demander au couple de se présenter au besoin.

METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (MAMA)

Définition

Méthode de contraception qui repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du post-partum. Elle se base sur l'effet physiologique de l'allaitement pour supprimer l'ovulation.

I . NORMES

- Qui peut faire la méthode MAMA ?

Toute femme allaitante

- Où la faire ?

A tous les niveaux

- Quand commencer ?

Idéal : avant la délivrance ou dans les 24 heures qui suivent l'accouchement

II È PROTOCOLES

Counseling . Initial

Bilan de la cliente.

Rechercher les maladies pour lesquelles l'allaitement maternel est contre-indiqué

counseling spécifique

a) mécanisme d'action

Préciser à la femme que la succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit de la prolactine entraînant ainsi un blocage de l'ovulation.

Préciser les conditions indispensables pour une efficacité maximum de 98 %

- Femme doit être en aménorrhée
- Femmes dans les 6 premiers mois du post partum
- Allaitement fréquent, à la demande (minimum 12 tétées par jour).
- Pas de rapports de aliments complémentaires.

b) Avantages de la MAMA

- Sur le plan de la contraception :

- pas d'effets secondaires
- ne coûte rien
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Pas de visite de suivi

- Sur le plan de la santé :

Pour l'enfant :

- Disponibilité à tout moment
- Immunisation jusqu'à 6 mois
- Renforce l'affection mère/enfant
- Risque infectieux réduit
- Assure un meilleur développement psycho-moteur

Pour la mère :

- Economie
- Diminue le saignement post-partum
- Le risque de dépression est réduit

INCONVENIENTS

- dépend de l'utilisatrice (demande qu'elle suive les instructions concernant les pratiques de l'allaitement)
- Les circonstances sociales peuvent rendre l'allaitement difficile
- Très efficace seulement jusqu'au retour des menstruations ou jusqu'à 6 mois
- Ne protège pas contre les ITG et autres MST (par exemple, VHB, VIH/SIDA)
- Contraignant pour la mère.

INSTRUCTIONS

- Tétées fréquentes à la demande
- Donner les deux seins à chaque tétée

- Vider complètement un sein, donner l'autre à la prochaine tétée, prendre soin de commencer par ce dernier
- Intervalle maximum : le jour 4 heures, la nuit 6 heures
- Technique de l'allaitement (voir fiche technique)
- En cas d'absence, exprimer le lait (à donner à l'enfant à la cuillère.

Conservation du lait maternel :

Huit (8) heures (température ambiante) 72 heures (réfrigérateur) 3 mois (congélateur) dans un récipient propre, avec couvercle.

- Insister sur les mesures hygiéno-diététiques :
 - * Propreté des mains
 - * Alimentation équilibrée et beaucoup de boissons pour la mère. En cas de menstruations ou si l'enfant commence à prendre d'autres aliments, conseiller à la mère de choisir immédiatement une autre méthode contraceptive.

Utiliser avec précautions

- Ci-dessous se trouve une liste de contrôle de l'interrogatoire
- Adopter la CAT indiquée si la réponse est Oui à l'une de ces questions, même si la réponse est Non pour les autres.

INSTRUCTIONS DONNEES AU PRESTATAIRE	NON	OUI	CAT
- Survenue du retour des règles ? Ou		Oui	- Expliquer à la cliente que l'allaitement maternel n'est plus une méthode efficace. - Encourager la cliente à continuer l'allaitement et l'aider à faire le choix d'une autre méthode contraceptive
- Bébé âgé de + de 6 mois ? Ou		Oui	
- Intervalle entre les tétées supérieur à 6 heures ? Ou		Oui	
- Nombre de tétées inférieur à 10 par jour ? Ou		Oui	
- Apport d'aliment complémentaire ?		Oui	

QUAND FAUT-IL COMMENCER A DONNER LES ALIMENTS SOLIDES ?

Prise en charge des problèmes

Tant que le bébé grandit et prend du poids et tant que vous **avez un régime alimentaire** équilibré et que vous vous reposez pour avoir assez de lait, le bébé n'a pas besoin d'autres aliments jusqu'à l'âge de 6 mois.

Lorsque vous commencez à substituer d'autres aliments solides ou liquides aux tétées, le bébé tétera moins et le allaitement maternel **ne sera plus** une méthode contraceptive efficace.

Instructions à la cliente

Lorsque la menstruation revient, il est fort possible que vous soyez à nouveau féconde et vous devez commencer à utiliser immédiatement une méthode contraceptive.

Pour la contraception et la santé :

- Vous aurez besoin d'une méthode contraceptive lorsque vous aurez à nouveau votre menstruation, lorsque vous n'allaitez plus complètement et/ou lorsque votre bébé à 6 mois.
- Consultez votre partenaire ou la formation sanitaire avant de commencer une autre méthode contraceptive.
- Si vous ou votre partenaire êtes à risque pour les IGB et autres IST, y compris le virus du SIDA, vous devrez utiliser des condoms et la méthode MAMA.

Que faut-il faire lorsque vous n'allaitez plus complètement ou lorsque vous arrêtez d'allaiter

- Vous avez besoin d'un approvisionnement temporaire de condoms lubrifiants ou d'autres méthodes de contraception à domicile que vous pouvez utiliser lorsque vous arrêtez l'allaitement complet de votre bébé
- Retournez au centre de planification familiale pour qu'on vous aide à trouver une méthode de contraception qui vous convienne

Prise en charge des problèmes liés à l'allaitement maternel

- S'assurer de la survenue des règles
 - Si oui, discuter avec la cliente de la continuation de la méthode adoptée ou du choix d'une autre méthode
 - Donner un calendrier du suivi pour la méthode suivie
 - Si non, confirmer la présence d'une grossesse et assurer la prise en charge en CPN

2.4. CALENDRIER DE SUIVI

- * **Après la visite initiale**, la cliente doit se présenter à la clinique lors des pesées du bébé
- * **Pour chaque visite**, le prestataire doit vérifier si les trois conditions nécessaires pour l'efficacité de l'allaitement maternel sont toujours respectées. Si pas respectées, elle est à risque d'une grossesse. Donc, conseiller une autre méthode.

- * **Au sixième mois**, la cliente doit se présenter à la clinique :
 - Vérifier alors la liste de contrôle par l'interrogatoire
 - Expliquer à la cliente que l'allaitement n'est plus une méthode contraceptive efficace
 - Encourager la cliente à continuer l'allaitement et à commencer un sevrage progressif
 - L'aider à faire le choix d'une autre méthode.

- * **A tout moment**, la cliente doit se présenter à la clinique si :
 - Une des conditions nécessaires déjà énumérées n'est plus respectée
 - Il survient des problèmes liés à l'allaitement (engorgement mammaire, lait insuffisant...)
 - Elle désire des conseils particuliers (sevrage, régime alimentaire...)
 - Elle désire une autre méthode de contraception.

La Méthode des Jours Fixes et le Collier du Cycle

Est utilisée avec le collier du cycle, avec des perles multi colorées qui aident la femme à connaître le jour de son cycle, à connaître le jour de sa fécondité et à suivre la durée de son cycle. Elle identifie les jours 8 au 19 du cycle comme féconds. Elle est utilisée pour les femmes avec des cycles entre 26 et 32 jours. Elle aide le couple à éviter les grossesses non désirées en sachant quand s'abstenir de rapports sexuels non protégés.

Utilise un collier de perles colorées pour aider la femme à identifier sa période féconde.

Caractéristique de la Méthode de Jours Fixes (MJF)

- Naturel - aucun effet secondaire physique
- Efficace à 95% - utilisée correctement, elle réduit nettement la probabilité d'une grossesse non planifiée
- Simple - facile à enseigner, à apprendre et à utiliser
- Très économique

La MJF est fondée sur la connaissance de la fécondité ; une femme apprend à définir la période féconde de son cycle menstruel ; fort de cette connaissance, un couple planifie quand concevoir. C'est une méthode qui exige une étroite coopération entre les partenaires sexuels

counseling sur la méthode

- Evaluer en aidant la cliente à déterminer si la MJF est approprié pour elle. Calendrier et Liste de Vérification
- Informer les clientes sur l'emploi correct de la MJF et leur fournir les outils dont elles ont besoin pour utiliser efficacement la méthode (calendrier et carte aide-mémoire du Collier du Cycle).
- Soutenir l'utilisation de la méthode au sein du couple en aidant les clientes à prendre en charge leurs jours féconds avec leur partenaire. Liste de Vérification

Critères d'éligibilité de la MJF

- Les femmes avec des cycles menstruels qui durent entre 26 et 32 jours.
- Les couples qui peuvent éviter des rapports sexuels non protégés les jours où la femme peut tomber enceinte.

Quand les couples peuvent ils utiliser la MJF? (Critères comportementaux)

- Quand les deux partenaires sont d'accord d'utiliser la méthode
- Quand le couple est prêt et en mesure d'éviter les rapports sexuels non protégés lors des jours féconds
- Quand aucun des deux partenaires ne court le risque de contracter une infection sexuellement transmissible
- Quand les deux partenaires peuvent discuter et prendre des décisions concernant les jours où ils peuvent avoir des rapports sexuels

Quand les couples ne peuvent-ils pas utiliser la MJF? (Critères comportementaux)

- Quand un partenaire n'est pas prêt à utiliser la planification familiale
- Quand le couple n'est pas en mesure d'éviter les rapports sexuels non protégés lors des jours féconds
- Quand un ou les deux partenaires ne sont pas fidèles
- Quand un ou les deux partenaires ne savent pas discuter ou prendre des décisions concernant les moments où ils peuvent avoir des relations sexuelles

Quand les femmes peuvent-elles commencer à utiliser la MJF?

Les femmes qui se rappellent de la date de leurs dernières règles:

- Peuvent commencer immédiatement
- Informer qu'elle peut déjà être enceinte si elle est au-delà du 7e jour du cycle
- Insister sur le fait qu'elle doit revenir si elle n'a pas ses règles le jour après avoir déplacé l'anneau sur la dernière perle

Les femmes qui ne se rappellent PAS la date de leurs dernières règles:

- Commencer la méthode le premier jour des règles suivantes
- Utiliser une autre méthode jusqu'à ce qu'elle soit en mesure de démarrer la MJF

Les femmes qui utilisent des méthodes hormonales ou le DIU:

- Démarrer la MJF le premier jour des règles suivantes après avoir arrêté d'utiliser une autre méthode

Les femmes qui ont eu une fausse couche/avortement ou qui ont utilisé la CU:

- Démarrer la méthode le premier jour des règles suivantes
- Eviter les rapports sexuels non protégés jusqu'à ce que commencent les règles suivantes

Critères d'Évaluation de la Visite de Suivi

Lors de la visite de suivi qui est mensuel il s'agira de s'assurer que :

- Les cycles menstruels de la femme durent entre 26 et 32 jours.
- Le couple peut éviter les rapports sexuels non protégés les jours des perles blanches.
- Le couple ne court pas les risques de contracter les IST.
- Le couple est en mesure de se parler et décider
- La femme et son partenaire sont satisfaits par la méthode.
- La femme et son partenaire savent comment utiliser correctement le Collier du Cycle.

NB : Le cycle menstruel commence à partir du premier jour des règles et finit un jour avant les prochaines règles.

CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)

La Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV) regroupe des méthodes chirurgicales irréversibles de la prévention de la grossesse. Ces méthodes sont appelées vasectomie chez l'homme et ligature des trompes chez la femme.

A - LIGATURE DES TROMPES

Définition :

La ligature des trompes est une intervention chirurgicale qui met fin de façon définitive et irréversible à toute possibilité de reproduction de la femme, sans toutefois perturber la sexualité ou la fonction hormonale.

I) Normes

Types

Contraception chirurgicale volontaire (CCV) par minilaparotomie ou laparoscopie

Qui peut faire la ligature des trompes

- Médecins formés
- Attachés de santé formés

Où faire la ligature des trompes ?

- CHN
- CHR
- CMA

Qui peut bénéficier d'une ligature des trompes

- Femme âgée de plus de 35 ans
- Nombre d'enfants minimum = 3

- Stabilité psychique de la femme
- Tenir compte des facteurs sociaux, éthiques et religieux

NB : Il n'existe aucune indication médicale de la CCV.

Quand intervenir ?

- en post partum immédiat
- après 42 jours de post partum
- immédiatement ou dans les sept (7) premiers jours du cycle
- en post abortum, en l'absence d'infection
- à tout moment si on est sûr que la femme n'est pas enceinte.

II - PROTOCOLES

2.1: Counseling initial

2.2 : Bilan de la cliente pour une ligature tubaire

ELEMENTS	CONDUITE A TENIR
Femme entre 7 et 42 jours post - partum	D
Pré - éclampsie sévère /éclampsie	D
Rupture prolongée des membranes 24 H ou plus	D
Infection du post - partum ou post . abortum	D
Hémorragie sévère (> 500 ml) avant ou après l'accouchement ou l'avortement	D
Traumatisme sévère du tractus génital lors de l'accouchement ou de l'avortement	D
TA > 160 / 100 mmhg	P S
Infection cutanée sur l'abdomen	P - référer - Antibiothérapie recommandée
Cardiopathie non - compliquée	D
Cardiopathie compliquée	D
Saignement vaginal non diagnostiqué normal ou abondant	D
Maladie inflammatoire pelvienne évolutive ou dans les 3 derniers mois	D
MST y compris une cervicite purulente	D
Poids corporel > 80 kg	S
Hémoglobine < 9g/al	D
Hépatite virale aiguë	D
Maladie trophoblastique maligne	D

NB : A : Accepter (Pas de restriction)

P : Prudence (Faire avec plus de précautions)

D : Différer (Ajourner la procédure jusqu'à ce que la condition soit diagnostiquée et traitée)

S : Spéciale (Faire dans un centre avec un équipement adéquat pour administrer l'anesthésie générale et un personnel bien entraîné).

2.3) Counseling spécifique à la méthode

Insister sur les éléments suivants :

- Décision doit être réfléchie et volontaire
- Un minimum de 2 visites est requis
- La cliente doit signer une fiche de consentement volontaire avant la procédure
- Le consentement du mari est souhaité et doit être recherché mais pas indispensable
- Le prestataire ne doit pas influencer le choix
- Bilan pré - opératoire : GSRH, hémogramme cf. fiche technique

NB : La cliente a le droit de changer d'avis n'importe quel moment, même sur la table d'opération

Mécanismes d'action

Empêche la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule par le biais d'une occlusion des trompes section, cautérisation, anneaux, clip).

Avantages de la Ligature des Trompes

- 99, 8 % d'efficacité
- Méthode irréversible
- N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels
- Pas d'effets secondaires à long terme
- N'interfère pas avec la physiologie gynécologique (cycle menstruel)
- Ne nécessite pas d'approvisionnement et de suivi particulier
- Peut se faire sous anesthésie locale (minilaparotomie)

- Protège contre les inflammations pelviennes.
- Protège contre les cancers des ovaires.

Inconvénients de la Ligature des Trompes

- Possibilité de regret, méthode irréversible
- Nécessité d'un acte chirurgical
- Pas de protection contre les ITG et les IST / SIDA
- Peut nécessiter une anesthésie générale (laparoscopie, laparotomie)

2.4) Instructions après l'intervention

- Veiller à ne pas mouiller la plaie pendant 2 jours
- S'abstenir de rapports sexuels jusqu'à la cicatrisation de la plaie
- Eviter de soulever les charges lourdes pendant une semaine
- Donner un rendez- vous entre J5 et J7
- Demander à la cliente de revenir en cas de signes d'alarme :
 - Fièvre
 - Vertiges
 - Douleurs abdominales persistantes
 - Douleurs abdomino-thoraciques
 - Saignement ou liquide s'écoulant de la plaie
 - Hématurie.

Suivi

Demander à la cliente de revenir à tout moment quand elle le désire. Il est recommandé de revoir le 5^{ème} jour pour le premier pansement.

2.5) Autres complications possibles

- Lésions des viscères intra abdominaux et pelviens (vessie - anses)
- Infection de la plaie opératoire ou rarement de l'abdomen

B - LA VASECTOMIE

Définition :

La vasectomie est une méthode chirurgicale irréversible et volontaire qui met fin à la fécondité de l'homme. Cette intervention n'interfère pas avec la fonction sexuelle.

1 - NORMES

Types

Contraception chirurgicale volontaire masculine (CCVM) par la méthode standard (une ou deux petites incisions) ou la méthode de scalpel qui reste la meilleure.

Qui peut fournir ces services?

- Médecins gynécologues
- Médecins généralistes formés

Où peut- on la fournir ?

La vasectomie peut être effectuée dans les centres qui disposent d'un bloc opératoire et qui observent les pratiques recommandées de la prévention de l'infection. Ces centres doivent disposer d'un matériel nécessaire et des médicaments en cas d'urgence :

- CHU/CHN
- CHR
- CMA
- Cliniques Privées équipées

2 - PROTOCOLES

Qui peut bénéficier d'une vasectomie

Tout homme qui reçoit les conseils indiqués et peut ainsi donner son consentement en toute connaissance de cause y compris les hommes :

- qui n'ont pas de enfants ou peu de enfants
- qui ne sont pas mariés

- qui n'ont pas l'autorisation de leur épouse
- qui sont jeunes
- qui souffrent de drépanocytose
- qui sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH ou une autre IST
- qui sont affectés par le VIH, qu'ils suivent ou non un traitement anti-rétroviral

Dans certaines situations, il faudra conseiller et orienter de manière particulièrement attentive pour éviter qu'un homme ne regrette par la suite sa décision parce que la stérilisation est permanente.

Les hommes peuvent avoir une vasectomie :

- sans tests sanguins ou tests ordinaires de laboratoire
- sans examen de tension artérielle
- sans test de l'hémoglobine
- sans examen de cholestérol ou de fonction du foie
- même si le sperme ne peut pas être examiné au microscope par la suite pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes.

2.1. Counseling Initial

2.2. Bilan du client

Insister sur les éléments suivants : bilan paraclinique ; bilan pré-opératoire : (GSTRH, NFS, TS, TC, RX pulmonaire)

BILAN : VASECTOMIE

Eléments à rechercher	Conduite à tenir
Antécédents ou diabète courant	P
Troubles de la coagulation	S
Cardiopathie et/ou symptômes pulmonaires	S
Manifestations évoquant une atteinte rénale	P
TA > 160/100 mm hg	S
Taux de l'hémoglobine < 9g/dl	D
Infection de la zone scrotale ou inguinale	D
IST courante, balanite, épидидymite ou orchite	D
Antécédents de chirurgie ou traumatisme scrotal	P
Infection systémique ou gastro-entérite	D
Varicocèle énorme	D
Filariose énorme	P
Filariose si inguino-scrotale	D
Tumeur intra scrotale	D
Hernie inguinale	S
Testicules ectopiques	S
Drépanocytose	A

2.3. Counseling spécifique

2.3.1) mécanismes d'action

En sectionnant le canal déférent (conduit éjaculatoire), les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé.

2.3.2) Avantages

Sur le plan contraceptif

- Très efficace (taux de grossesse de 0,1 à 0,15 % sur 100 femmes pendant la première année d'utilisation)
- Permanent
- Bonne méthode pour les couples si la grossesse pose un risque significatif pour la femme
- Intervention chirurgicale simple faite sous anesthésie locale
- Aucun effet secondaire à long terme
- N'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle (aucun effet sur les hormones ou la production de spermatozoïdes dans les testicules)

2.3.3) Inconvénients

- Doit être considérée permanente (non réversible)
- Peut être regretté par la suite
- Efficacité retardée (demande du temps et jusqu'à 20 éjaculations)
- Risques et effets secondaires de la petite chirurgie, en particulier, si effectué sous anesthésie générale
- Demande l'assistance d'un médecin formé
- Aucune protection contre les IGB et autres IST (par exemple, VHB, VIH / SIDA)

Cependant :

- Le client a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment avant la procédure
- On ne doit pas inciter les clients à accepter la stérilisation volontaire

- Le client doit signer un formulaire de consentement informé pour la procédure
- Le consentement de l'épouse n'est pas obligatoire.

2.3.4) Effets secondaires et prise en charge

EFFETS SECONDAIRES	TRAITEMENT
Infection de la plaie	En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques. En cas d'abcès, drainer et traiter tel qu'indiqué
gonflement excessif	Si gonflement du scrotum est important et douloureux, peut demander une intervention chirurgicale. Fournir un soutien scrotal si nécessaire
Hématome (scrotal)	Appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un soutien scrotal. Observer - Disparaît tout seul.

2.3.5) Indications

La vasectomie convient aux hommes :

- en âge de procréer
- qui souhaitent une méthode contraceptive très efficace et permanente
- dont les femmes ont des problèmes d'âge ou de santé qui pourraient causer une grossesse à haut risque
- qui comprennent et donnent volontairement leur consentement informé pour la procédure
- aux couples qui sont certains qu'ils ne désirent pas d'autres enfants.

2.3.6) Contre indications

- tout client qui n'est pas sûr de sa décision en ce qui concerne sa fertilité
- tout client qui ne donne pas volontairement son consentement informé

2.3.7) Précautions à prendre

CCV MASCULINE : UTILISER AVEC PRECAUTIONS DANS LES SITUATIONS SUIVANTES	
CONDITION	RECOMMANDATIONS
Célibataire et / ou sans enfants en vie	Conseiller très attentivement et laisser du temps pour prendre une décision informée
Maladies cardiaques ou troubles de coagulation, diabète sucré, anémie grave	Les clients avec des problèmes médicaux significatifs ont besoin d'une prise en charge au moment de l'intervention chirurgicale et lors du suivi. Par exemple, on devra effectuer la procédure dans un site de haut niveau et non dans un site ambulatoire (fixe ou mobile). Quand c'est possible, les problèmes médicaux significatifs devraient être traités avant l'opération.
IGB / Orchi . épididymite	Traiter avant la procédure
Infection cutanée ou scrotale	Ajourner la procédure jusqu'à guérison de l'infection.
Autres problèmes : large varicocèle, hernie inguinale, filariose, tissus cicatriciels, chirurgie scrotale précédente, masse intra - crotale, cryptorchidie et fertilité prouvée, cryptorchidisme (si bilatéral et fertilité prouvée), maladie se rapportant au SIDA	En présence de l'une de ces conditions, la procédure doit être exécutée par un prestataire ayant une vaste expérience et étant très compétent pour exécuter la vasectomie.

2.3.8) Administration de la méthode (confère fiche technique)

Instructions après l'intervention

- Porter un soutien scrotal (slip serré)
- Ne pas mouiller la plaie
- Nécessite une méthode d'attente au moins pour les 20 premières éjaculations
- Eviter de soulever les charges lourdes, les travaux ou exercices pénibles pendant 3 jours
- En cas de douleurs du scrotum, prendre 1 à 2 cachets d'analgésique toutes les 46 heures
- Revenir après 1 semaine pour enlever les points de suture
- Revenir pour un test de sperme après les 20 premières éjaculations ou après 3 mois
- Revenir en cas de :
 - infection de la plaie
 - tuméfaction et douleur persistante
 - fièvre
 - saignement ou liquide s'écoulant du site de l'incision.

Informations générales

- La méthode ne protège pas contre la grossesse jusqu'à 20 éjaculations ou qu'après examen au microscope du spécimen sperme on ne détecte plus de spermatozoïdes
- La méthode ne protège pas contre les IGB et autres MST, y compris le virus du SIDA. Si l'un des partenaires est à risque, le couple doit utiliser des condoms, même après la vasectomie.

SIGNES AVERTISSEURS POUR LES CLIENTS EN VASECTOMIE

- Fièvre (supérieure à 38 ° C
- Saignement ou liquide s'écoulant de l'endroit de l'incision
- Scrotum très douloureux ou enflé
- Absence de règles chez la partenaire pendant un mois

NB : Contacter le prestataire de service ou la clinique où vous avez effectué l'intervention.

2.3.9) Suivi

Demander au client de revenir à tout moment s'il le désire

2.3.10) Prise en charge des effets secondaires communs

Effets secondaires	Traitement
Infection de la plaie	En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques. En cas d'abcès, drainer et traiter tel qu'indiqué
Hématome (scrotal)	Appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un soutien scrotal. Observer . il disparaît tout seul.
Enflément excessif	Si enflément du scrotum est important et douloureux, peut demander une intervention chirurgicale. Fournir un soutien scrotal si nécessaire

Avantages

Sur le plan contraceptif

- Très efficace (taux de grossesse de 0,1 à 0,15 % sur 100 femmes pendant la première année d'utilisation)
- Permanent
- N'interfère pas avec les rapports sexuels
- Bonne méthode pour les couples si la grossesse pose un risque significatif pour la femme
- Intervention chirurgicale simple faite sous anesthésie locale
- Aucun effet secondaire à long terme
- N'interfère pas avec les rapports sexuels ou la fonction sexuelle (aucun effet sur les hormones ou la production de spermatozoïdes dans les testicules)

Inconvénients

- Doit être considérée comme permanente (non réversible)
- Peut être regrettée par la suite
- Efficacité retardée (demande du temps et jusqu'à 20 éjaculations)
- Risques et effets secondaires de la petite chirurgie, en particulier, si effectué sous anesthésie générale
- Demande l'assistance d'un médecin formé
- Aucune protection contre les IGB et autres IST (par exemples, VHB, VIH / SIDA)

Cependant :

- Le client a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment avant la procédure
- On ne doit pas inciter les clients à accepter la stérilisation volontaire
- Le client doit signer un formulaire de consentement informé pour la procédure
- Le consentement de l'épouse n'est pas obligatoire.

2.8 Instructions aux clients

- Garder le pansement 3 jours
- Ne pas tirer ni gratter la plaie pendant qu'elle guérit
- Prendre un bain après 24 heures mais ne pas mouiller la plaie. Après 3 jours laver la plaie avec de l'eau et du savon
- Portez un soutien scrotal, veillez à ne pas mouiller le champ opératoire et garder le repos pendant 2 jours
- Si sensation de malaises, reprendre les relations sexuelles en l'espace de 2 ou 3 jours
- Se rappeler qu'il faut utiliser des condoms ou une autre méthode de planification familiale pour les premières 20 éjaculations.
- Eviter de soulever des choses lourdes et de travailler dur pendant 3 jours
- Pour la douleur, prendre 1 ou 2 cachets d'analgésiques (acétaminophène, ibuprofène ou paracétamol) toutes les 4 à 6 heures et appliquer de la glace
- La vasectomie sans scalpel ne nécessite généralement pas de sutures. S'il faut enlever des sutures, revenir après 1 semaine pour les faire enlever (Si pas de points de suture ou si ce sont des points de suture absorbables qui ont été utilisés pour refermer la peau, inutile de revenir à moins qu'il n' est un problème).
- Revenir pour un test de sperme dans les 3 mois suivant l'opération pour avoir la preuve que la vasectomie est tout à fait efficace.

Informations générales

- La méthode ne protège pas contre la grossesse jusqu'à 20 éjaculations ou qu'après examen au microscope du spécimen spermatozoïde on ne détecte plus de spermatozoïdes
- La méthode ne protège pas contre les IGB et autres MST, y compris le virus du Sida. Si l'un des partenaires est à risque, le couple doit utiliser des condoms, même après la vasectomie.

Signes avertisseurs pour les clients en vasectomie

- fièvre (supérieure à 38°C)
- Saignement ou liquide sécrétant de la plaie de l'incision
- Scrotum très douloureux ou enflé
- Absence de règles chez la partenaire pendant un mois

Contactez le prestataire de service ou la clinique où vous avez effectué l'intervention.

CONTRACEPTION POST PARTUM

Définition et Bases

C'est l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées pour éviter la grossesse dans le post partum

Bases de la Contraception Post Partum

- Décision de la femme en matière de procréation
- Toute femme en post partum devrait recevoir son option en matière de PF
- Période d'infécondité post partum :
 - moins de six (6) semaines en l'absence d'allaitement (la 1ère ovulation survient à J45 post partum)
 - en cas d'allaitement exclusif, la période est plus longue. On ne peut prédire le retour de la fécondité
 - MAMA : 98 % d'efficacité si :
 - . Allaitement maternel exclusif
 - . Aménorrhée

NORMES

Types de méthodes

Dépend de la situation en ce qui concerne l'allaitement. Toutes les méthodes peuvent être prescrites (confère tableaux)

Qui peut offrir cette méthode ?

- Médecins
- Infirmiers
- Sages-femmes et maïeuticiens
- Accoucheuses auxiliaires (MAMA et P.P.)
- Agent de santé Communautaire (MAMA)

Où peut-on les fournir ?

- CHN
- CHR
- CMA
- CSPS
- Communaut

Quand administrer la méthode ?

- immédiatement après l'accouchement
- dans les suites de couches
- après la 6^e semaine de l'accouchement
- après 6 mois d'allaitement.

II) PROTOCOLES

Counseling initial

Directives :

- Encourager l'allaitement exclusif
- Ne pas arrêter de allaiter si on commence une méthode contraceptive
- La méthode utilisée doit être sans effets sur l'allaitement et la santé du bébé.
- Protocoles des méthodes confère : chapitre en fonction du choix.

Les méthodes seront prescrites en fonction de la pratique ou non de l'allaitement maternel.

Méthodes	Quand commencer
MAMA	Immédiatement après l'accouchement
PFN	Non recommandé si pas de retour de couches
Retrait abstinence	A n'importe quel moment
DIU cuivre	<ul style="list-style-type: none"> - immédiatement après accouchement ou 48 heures après - 4 à 6 semaines post partum - si allaite et retour de couches
Contraceptifs à seul progestatif	<ul style="list-style-type: none"> - Si MAMA ajourner ⇒ 6 mois post partum - Si pas allaitement débuter immédiatement - Si pas allaitement et à plus de 6 semaines avec retour de couches ⇒ Eliminer avant tout grossesse - Eviter avant 6 semaines post partum si allaitement
- COC	<ul style="list-style-type: none"> - Eviter si allaitement ⇒ 6 semaines post partum - Débuter si MAMA après début sevrage - Si pas allaitement ⇒ post partum 3 semaines
- Barrières	- A n'importe quel moment
- CCV	- Immédiatement post partum ou 48 heures suivant 6 semaines post partum

PF POST ÉABORTUM

I - Introduction

Le post abortum constitue un moment privilégié pour fournir des informations et des services de contraception au couple.

La planification familiale post-abortum devrait comprendre toutes les composantes de soins de santé de qualité. Il s'agit :

- du conseil pour un choix éclairé
- L'information sur toutes les méthodes disponibles, leurs caractéristiques, les avantages et limites , leur efficacité ; leur mode d'utilisation et leurs effets secondaires
- Le choix des méthodes (par exemple, méthodes à long terme ou court terme, méthodes hormonales et non hormonales)
- L'assurance sur la disponibilité des contraceptifs
- Information et conseil concernant le besoin de protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST)
- L'accès aux soins de suivi

II – Normes

Qui reçoit la PF post abortum ?

Toute femme ayant fait un avortement et qui l'accepte.

La planification familiale post-abortum devrait tenir compte de l'évaluation individuelle de la situation de chaque femme :

- ses caractéristiques personnelles (âge ; antécédents ; parité ; etc),
- son état clinique (anémie ; HTA ; état général) ,
- les capacités de prestations de services dans la localité où elle réside (pour le suivi)

Où fournir la PF post abortum ?

CHN/CHU . CHR . CMA . CSPS

Qui peut fournir la PF post abortum ?

Médecins . sage-femmes/ maïeuticiens - Infirmiers . Accoucheuses auxiliaires

Quels types de méthodes ?

Toutes les méthodes contraceptives

Quand commencer la planification familiale ?

Les services de planification familiale doivent être offerts **immédiatement** puisque l'ovulation peut se produire dès le 11^{ème} jour après l'avortement. Les femmes peuvent être enceintes de nouveau avant leur prochaine menstruation.

Quelles méthodes contraceptives peuvent être utilisées ?

On peut utiliser toutes les méthodes de contraception moderne après un avortement.

Le prestataire doit :

- faire un bilan de la femme pour les précautions standard de utilisation d'une méthode particulière et,
- donner un conseil approprié.

Directives pour l'utilisation de la contraception post avortement

Etat clinique	Contre-indication	Recommandations
Présomption ou diagnostic d'infection	DIU	Suivi ⇒ guérison puis insertion 3 mois après COC PSP CIP Barrières physiques
Blessure du tractus génital Perforation utérine Lésions cervicales et/ou vaginales graves	DIU	Suivi +++ COC CIP PSP Barrières physiques
Saignements graves Anémie aiguë HB < 7 g/dl HT < 20	- implants - CIP - DIU - PSP	Suivi ++ Si anémie COC CIP DIU (progestatif) Barrières spermicides

Liens avec les autres services de santé de la reproduction

Il est important d'identifier tous les autres services de santé de la reproduction dont une femme aurait besoin à la suite d'un avortement et lui offrir des informations exhaustives en matière de services. En effet, certaines femmes aimeraient être enceintes peu de temps après un avortement.

- En ce qui concerne les femmes de 30 à 35 ans, le dépistage du cancer du col au moment du traitement ou la référence est souhaité dans un centre équipé
- Certaines femmes pourraient nécessiter un traitement pour les IGB et autres IST.

CONTRACEPTION D'URGENCE

Définition :

La contraception d'urgence peut être utilisée après un rapport sexuel non protégé probablement fécondant s'il n'existe pas de désir de grossesse.

La pilule contraceptive d'urgence aide à prévenir la grossesse si elle est prise dans les 5 jours qui suivent des rapports sexuels non protégés. Plus vite elle est prise, plus elle est efficace. Ne nuit pas à une grossesse existante.

Sans risques pour toutes les femmes . même les femmes qui ne peuvent pas utiliser des méthodes contraceptives hormonales continues. Elle est l'occasion pour les femmes de commencer à utiliser une méthode continue de planification familiale.

Il existe de nombreuses options qui peuvent être utilisées comme pilule contraceptive d'urgence. Certains produits spéciaux, la pilule progestative et les contraceptifs oraux combinés, agissent tous comme contraceptifs d'urgence.

C'est une pilule qui contient uniquement un progestatif, ou alors un progestatif et un oestrogène ensemble . hormones analogues aux hormones naturelles que contient le corps d'une femme : la progestérone et l'oestrogène.

La pilule contraceptive d'urgence (PCU) est parfois appelée la « pilule du lendemain » ou contraceptif après le coït. Elle agit essentiellement en prévenant ou en retardant l'ovulation (libération d'ovocytes des ovaires). Elle ne fonctionne pas si une femme est déjà enceinte.

I . Normes

Types

COC, COP, Antiprogestatifs (mifépristone) et DIU (libérant du cuivre)

Qui peut offrir ces services.

- Médecins
- Infirmiers, sages-femmes/ Maïeuticien, Accoucheuse Brevetée, Accoucheuses auxiliaires.

Où peut-on l'offrir

- CHU/CHR/CM/CSPS
- Cabinets privés
- Pharmacies

II . Protocoles

2.1. Counseling initial (Cf. Page)

2.2. Bilan de la cliente (cf. Bilan pour COC et DIU)

2.3. Counseling spécifique

2.3.1. Mécanisme d'action (Cf. COC et DIU)

2.3.2. Avantages

- Toutes sont très efficaces (moins de 3 % des femmes sont enceintes pendant un cycle)
- Le DIU fournit une contraception à long terme
- Les COC sont très efficaces s'ils sont pris dans les 72 heures qui suivent les rapports sexuels non protégés

2.3.3. Inconvénients

- Les COC provoquent la nausée et des vomissements
- Les COC doivent être pris dans les 48 heures suivant les rapports sexuels non protégés, mais la nausée est temporaire
- Les antiprogestatifs sont efficaces s'ils sont pris dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés ; ils sont chers et pas encore disponibles au Burkina Faso.
- Le DIU est efficace seulement s'il est inséré dans les 5 jours suivant les rapports sexuels non protégés

La contraception d'urgence convient aux :

- Clients qui nécessitent une protection d'urgence (par exemple, rapports sexuels non protégés, non planifiés, condom se déchire ou on soupçonne qu'il fuit en période féconde, les cas de viols).

La contraception d'urgence ne convient pas : En cas de grossesse confirmée ou suspectée.

2.3.4. Effets secondaires

- Nausées
- Vomissements
- Céphalées
- Vertiges

2.3.5. Administrer la méthode

a) la COC

- Utiliser un langage clair, simple et précis
- Montrer un échantillon de la pilule choisie
- Expliquer à la cliente le mode d'emploi.

Préférentiellement : prendre 4 COC contenant 0,03 mg de déthinyl estradiol par voie orale dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés en période de fécondité. Reprendre 4 comprimés 12 heures plus tard. (Total = 8 comprimés)

Alternative : prendre 2 COC contenant 0,05 mg de déthinyl estradiol par voie orale dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés en période de fécondité.

Reprendre deux comprimés de plus COC de 12 heures plus tard. (Total = 04 comprimés)

En cas de rupture de stock de COC utiliser le COP posologie :

Prendre 20 comprimés d'ovrette par voie orale et 20 autres comprimés 12 h plus tard. Prendre 10 comprimés contenant 0,75 mg de levonorgestrel ou 1, 5 mg norgestrel par voie orale dans les 48 heures suivant les rapports sexuels non protégés en période de fécondité. Reprendre 10 comprimés de plus de 12 heures plus tard. (Total : 20 comprimés)

Norlevo : prendre deux comprimés de 0,75 mg de lévonorogestrel chacun

DIU :

- Montrer et faire toucher un échantillon du DIU pendant explication
- Expliquer où se place le DIU avec une aide visuelle
- Utiliser un langage clair, simple et précis
- Insérer le DIU dans un délai maximum de 5 jours après des rapports sexuels non protégés en période de fécondité
- Poser le DIU selon la technique d'insertion décrite dans la procédure du DIU

CONTRACEPTION D'URGENCE : PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS	
EFFETS SECONDAIRES	CONDUITE A TENIR
Nausées, vomissements avec COC	Conseiller la cliente sur cet effet secondaire. Si les vomissements ont lieu dans l'heure qui suit la première ou la seconde dose de COC, la cliente devra probablement reprendre le COC.
Saignements/Saignements	Environ 8 % des femmes qui utilisent les COC comme contraception d'urgence auront des saignements durant le cycle de traitement. Environ 50 % auront leur menstruation comme prévu et la plupart des autres auront leur menstruation plutôt que prévu.
DIU (saignements, crampes).	Même que pour l'insertion d'un intervalle : voir section DIU

2.3.6. Calendrier de suivi

La contraception d'urgence ou pilule du lendemain ou contraception post coïtale ne devrait pas être utilisée à répétition ; elle devrait être une porte d'entrée pour le choix d'une méthode contraceptive efficace

Donner rendez-vous à la cliente 21 jours après l'administration de la méthode

- Menstrues
 - discuter du choix d'une méthode
 - ou suivre la méthode de choix de la cliente
- Si pas menstrues
 - s'assurer de la présence d'une grossesse ou non
 - et discuter du suivi de la grossesse

CONTRACEPTION CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES

1) Introduction

Les adolescents et les jeunes sexuellement actifs ont besoin d'une contraception sûre et efficace. Ils ont généralement des relations occasionnelles et peuvent avoir souvent de multiples partenaires sexuels. Ce qui les expose à un risque considérable de contracter les ITGB et autres IST/SIDA les grossesses précoces et ou non désirées.

Les adolescents et jeunes quel que soit leur âge , leur statut matrimonial doivent avoir accès à toutes les méthodes contraceptives. Les procédures cliniques inutiles pouvant décourager les adolescents et jeunes à venir consulter devraient être évitées.

2) Types de contraception chez les adolescents et jeunes (10-24 ans)

- Abstinence
- Méthodes de barrière (condoms masculins et féminins ,les spermicides)
- Contraceptifs oraux combinés
- Contraceptifs oraux progestatifs
- Méthodes naturelles (collier, MAO)
- injectables
- implants
- DIU

3) Avantages sanitaires

- Protection contre la grossesse précoce ou non désirée
- Protection contre IGB et IST/SIDA (méthodes de barrière)

4) Inconvénients

Les mêmes que chez les adultes

- Risques élevés d'échec (oubli très fréquent chez les adolescents)
- Saignements et saignotements, accrues et prise de poids peuvent être problématique pour les adolescents

5) Procédures

Confère : procédures des différentes méthodes contraceptives.

IST ET PLANIFICATION FAMILIALE

Introduction

Depuis la description des infections sexuellement transmissibles (IST), le spectre des maladies comprises dans cette catégorie s'est beaucoup élargi. Plus de vingt micro-organismes sont actuellement reconnus comme transmissibles par le biais des rapports sexuels. Les complications de ces IST, la maladie inflammatoire pelvienne (MIP) en particulier, constituent un énorme problème sur le plan de la santé publique. En outre, la transmission de l'hépatite B et du SIDA est facilitée par les ulcérations génitales et, éventuellement par la vaginite et la cervicite.

Pour venir à bout de ces problèmes de santé publique et aider le plus grand nombre de clients possible, il faut des programmes de diagnostic et de traitement des IST pratiques et peu chers. Vu qu'il existe un chevauchement entre les services cliniques de planification familiale et de prise en charge des IST, il est important de faire un dépistage des IST chez les clients de la planification familiale. En effet, on rencontre souvent des IST chez des clients de planification familiale, surtout ceux qui appartiennent à certains groupes à haut risque ou noyaux de transmissions des IST qui ont souvent plus d'un partenaire sexuel.

Les liens principaux entre les services de prise en charge des IST et de planification familiale se trouvent au niveau des activités suivantes :

- la prévention, et
- le bilan des clients.

Prévention

Il est important d'éduquer tous les clients sur les sujets suivants :

- les comportements favorables à leur santé sexuelle et reproductive et
- les avantages protecteurs de l'utilisation des condoms (masculins et féminins) pour une double protection

De plus, la détection d'une IST chez un client, recommande l'identification et le traitement de son/ses partenaire (s).

Faire le bilan des clients

Comme il n'est généralement pas possible de faire un examen clinique complet et encore moins des examens complémentaires pour tous les clients de planification familiale, il est admis que tous les clients courent un risque d'IST.

Un dépistage efficace ne requiert pas l'utilisation de protocoles compliqués ou de tests de laboratoire coûteux.

Pour assurer un dépistage adéquat, les prestataires des soins de santé devraient :

- Être au courant des pratiques sexuelles à hauts risques
- Être averti de l'existence des signes et symptômes communs de IST,
- Faire un bilan des clients chez lesquels on soupçonne des IST, en utilisant l'approche syndromique

L'anamnèse pour le dépistage des IST devrait comprendre les questions suivantes :

- **Avez-vous des pertes vaginales ?**
- **Avez-vous des écoulements urétraux ?**
- Avez-vous eu cette année, un problème au niveau du tractus génital tel que pertes vaginales/urétrales, ulcères ou lésions cutanées dans la région génitale ?
- Votre partenaire sexuel a-t-il reçu un traitement pour un problème du tractus génital, tel que pertes urétrales ou enflure des glandes de la prostate, ces trois derniers mois ?
- Votre partenaire sexuel a-t-il d'autres partenaires sexuels connus ?
- Votre travail ou celui de votre partenaire vous place-t-il à haut risque de contracter une IST (par exemple, prostitution, travail de chauffeur de camion, service militaire) ?
- Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ces deux derniers mois ?
- Pensez-vous que vous pourriez avoir une IST ?

Qu'appelle-t-on ITG ?

- Les ITG (**infections du tractus génital**) sont provoquées par un petit nombre de micro-organismes (bactéries, virus et levures) et sont le plus souvent transmises sexuellement. La plupart des IST sont des ITG, bien que certaines, telles que l'hépatite B et le VIH/SIDA soient généralement mais pas forcément sexuellement transmissibles. Certaines d'entre elles sont causes d'infertilité chez les femmes et les hommes.

La gravité des ITG

Fréquence à rechercher

Ce sont des infections très fréquentes surtout dans les milieux jeunes :

Les femmes sont beaucoup plus atteintes que les hommes.

Les conséquences des ITG non ou mal traitées sont dévastatrices, et comprennent :

- Grossesse extra-utérine (risque accru de 7 à 10 fois chez les femmes avec des antécédents de MIP)
- Risque accru de cancer du col de l'utérus
- Algies pelviennes chroniques secondaires aux adhérences (chez 18 % des femmes avec des antécédents de MIP)
- Conjonctivites purulentes du nouveau né de mère infecté
- Retrecissement urétral chez l'homme
- Prostatites
- Orchi épидидymites
- Infertilité :
 - 20 à 40 % chez les hommes avec chlamydia et gonorrhée non traitées
 - 55 à 85 % chez les femmes avec MIP non traitées
 - 8 à 20 % des femmes non traitées pour la gonorrhée développent une MIP
- Risque accru de la transmission du VHB et du VIH/SIDA

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Dans les structures de soins de santé primaires, le diagnostic des IST repose généralement sur les résultats cliniques (signes/symptômes) avec l'approche syndromique ou sur l'évaluation des risques.

Dans les structures de soins de santé de référence, la possibilité de faire un examen gynécologique et un examen au microscope, permettent une prise en charge plus adéquate des ITG

Tableau des méthodes de planification familiale et leur protection contre les IST

Les effets des contraceptifs sur les infections sexuellement transmissibles bactériennes et virales (IST) sont comparés à travers ce tableau :

Méthode contraceptive	IST bactériennes	IST virales (dont le VIH)
Condoms (masculin et féminin)	Protègent	Protègent
Spermicides contenant du nonoxynol . 9	Protègent dans une certaine mesure contre la gonorrhée et l'infection chlamydienne cervicale	Pas de preuve de protection in vivo ; preuve in vitro d'effet antiviral
Méthodes contraceptives hormonales	Peuvent accroître le risque d'infection cervicale à chlamydia Protègent contre les maladies inflammatoires (MIP) ; risque accru possible de péndométrite reconnue	Ne protègent pas
Dispositifs intra-utérins (DIU)	Liés au risque accru de MIP pour les femmes courant un risque accru de contracter des IST, surtout au cours du premier mois après l'insertion (le DIU LNG pourrait protéger contre les MIP,)	Ne protège pas
Planification familiale naturelle (PFN)	Ne protège pas	Ne protège pas
Méthode MAMA	Ne protège pas	Ne protège pas
Stérilisation féminine et vasectomie	Ne protègent pas	Ne protègent pas

INFORMATIQUE, EDUCATION, COMMUNICATION (IEC)

INTRODUCTION

L'IEC se définit comme « un processus systématique et planifié ayant pour but de sensibiliser les gens, de promouvoir le changement volontaire de comportement considéré comme néfaste pour la santé grâce à la transmission d'informations nécessaires à la compréhension réciproque et à la motivation ». (OMS)

Pour l'UNICEF, l'IEC est « le processus d'apprentissage par lequel des individus et des communautés adoptent volontairement et maintiennent des comportements bénéfiques à leur santé. »

En matière de La SR, l'IEC/CCC a pour but d'amener les individus, la famille et la communauté à adopter des comportements individuels et collectifs qui concourent à leur bien-être.

L'IEC /CCC repose sur plusieurs stratégies et activités.

Les stratégies les plus couramment utilisées sont le conseil et la causerie.

LE CONSEIL

Qu'est-ce que le conseil ?

Le conseil est une technique qui consiste en un entretien entre deux personnes dont l'une aide l'autre à cerner ses besoins en matière de santé et à prendre les décisions les plus judicieuses.

Le counseling est un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses problèmes, ses besoins, à identifier des solutions possibles ainsi que les conséquences de sa décision.

Le **conseil** a pour objectif d'établir puis de maintenir un dialogue basé sur la confiance et le but vise à aider les client(e)s à :

- arriver à un choix éclairé concernant leurs options en matière de santé de la reproduction.
- choisir un moyen qui lui convient et l'utiliser en toute sécurité et de manière efficace.

Qui fait le conseil ?

Les agents de santé,

Les agents sociaux,

Les communicateurs,

Les agents de santé communautaire

Toute personne formée en communication de la SR

Quand se fait le conseil ?

Le **conseil** se fait à chaque consultation.

On peut distinguer deux situations :

- le (la) client(e) prend l'initiative : il (elle) vient voir le prestataire pour une consultation
- le prestataire prend l'initiative de s'entretenir avec une cliente sur la base d'un constat (par exemple de parler de la contraception avec une femme qui a été hospitalisée pour les conséquences d'un avortement provoqué).

II- PROTOCOLE

2.1- Les clés d'un bon conseil

Les clés d'un bon **conseil** en Santé de la Reproduction sont :

- comprendre et respecter les droits du (de la) client(e)
- gagner la confiance du (de la) client(e)
- comprendre les facteurs culturels et émotionnels qui influencent (le)la client(e)
- encourager la cliente à poser des questions
- montrer du respect et de l'adaptabilité à la cliente par une approche sans jugement
- présenter l'information sans parti-pris, qui indique le respect des sentiments de la cliente
- écouter activement les préoccupations de la cliente
- comprendre l'effet de la communication non verbale
- reconnaître des cas où on n'est pas capable d'aider la cliente suffisamment et le référer vers quelqu'un qui peut le faire.

D'autres préalables sont :

- l'entretien doit être non interrompu et de longueur suffisante

- l'entretien doit être privé et confidentiel
- le conseiller doit être capable de parler ouvertement de questions de sexualité
- l'agent doit maîtriser et appliquer les techniques suivantes d'écoute attentive :

2.2- Techniques d'écoute

L'écoute active

- É Maintenir le contact visuel
- É Encourager à parler
- É Paraphraser
- É Résumer

L'écoute attentive

- É Poser clairement le problème
- É Ecouter sans interrompre l'interlocuteur
- É Demander des précisions par moment
- É Reformuler par moment pour être sur de comprendre les choses de la même manière
- É Hocher la tête pour montrer que l'on suit ce qu'il dit
- É Poser des questions ouvertes
- É Montrer de l'empathie à son interlocuteur
- É Faire preuve de patience pendant l'écoute

TYPE	BUT	EXEMPLES
Clarification	Obtenir des données additionnelles Aider la cliente à explorer tous les côtés d'un problème	Pourriez vous clarifier. ? Est-ce que vous voulez dire :... ? Est-ce que le problème se pose comme suite...
Répétition	Contrôler si votre interprétation correspond avec celle de la cliente Monter à la cliente que vous l'écoutez attentivement et que vous comprenez ce qu'elle a dit	Si je vous comprends bien...
Neutralité sans jugement	Confirmer que vous êtes intéressé et à l'écoute Encourager la personne de continuer à parler	Je vois ! Je comprends ! C'est vrai ! Ne rien dire pendant 5 secondes et regarder la personne. Ceci encourage la personne de continuer à parler.
Réflexion	Montrer que vous comprenez les sentiments exprimés par la cliente	Vous avez senti que ...?

	Aider la personne à évaluer et contrôler ses émotions	
Résumé	Mettre la discussion au claire en résumant Etablir un point de départ pour des aspects additionnels du problème	Les éléments clefs de ce que vous dites sont...

NB : C'est cette combinaison de questions ouvertes et d'écoute attentive qui permet de mettre en confiance le (la) client(e). Cela demande beaucoup de patience et de tolérance.

Quelles sont les étapes d'une séance de conseil ?

1. Accueil

Un bon **conseil** commence par un bon accueil :

- la cliente est informée d'une façon agréable et correcte sur les procédures en vigueur dans le Centre de Santé
- le temps d'attente ne doit pas être trop long
- les consultations doivent être faites selon l'ordre d'arrivée

2. Bienvenue

- consacrer toute votre attention à la cliente (saluer, se présenter)
- l'inviter à s'asseoir
- lui demander ce que vous pouvez faire pour lui/elle
- rassurer que vous n'allez pas rejeter ce qu'elle/il va vous dire

3. Entretien

- expliquer ce qui va se passer durant la visite, décrire les examens physiques et les examens de laboratoire si nécessaire
- faciliter à la cliente est nouvelle, s'enquérir de ses antécédents
- si la cliente est nouvelle, s'enquérir de ses antécédents
- expliquer que vous demandez ces informations afin de l'aider à trouver la meilleure solution
- si la cliente n'est pas nouvelle, demander ce qui a changé depuis la dernière visite.

4. Renseignements

- si le problème de la cliente est bien défini demander à la cliente ce qu'elle a déjà fait ou pense faire pour résoudre le problème
- compléter les informations incomplètes si nécessaire et informer la cliente de toutes les options possibles pour elle avec les avantages et les inconvénients
- s'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions

5. Choix/Décision

- expliquer en détail les instructions pour la cliente
- faciliter à la cliente de prendre une décision claire sur ce qu'elle va faire

6. Explications

- expliquer en détail les instructions pour la cliente
- décrire les effets secondaires ainsi que les signes avertisseurs, dire ce qu'il faut faire s'ils se produisent
- s'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions
- si possible donner à la cliente une documentation au sujet de la méthode à emporter chez soi.

7. Retour

- fixer le rendez-vous pour une visite de contrôle
- lui dire de revenir s'il y a des effets secondaires ou signes avertisseurs ou quand il le souhaite
- donner un rendez-vous précis pour le suivi.

De façon classique les étapes du counseling sont regroupées sous l'acronyme **BERCER**.

B : Bienvenue : Accueil, c'est-à-dire l'ensemble des salutations d'usage et de courtoisie requise.

E : Entretien : Consiste à obtenir des informations sur le client.

R : Renseignement : Consiste à renseigner le client sur son problème et les alternatives de solutions.

C : Choix : Le client fait son choix par rapport aux renseignements donnés par le conseiller.

E : Explication : Il faut expliquer au client sur son choix, les conséquences et la conduite à tenir et l'orienter si nécessaire.

R : Rendez-vous : Prendre rendez-vous pour le suivi, le contrôle afin d'encourager le client.

LA CAUSERIE

1) NORMES

Qu'est-ce que c'est la causerie ?

- La causerie est une technique d'animation de groupe qui consiste en un entretien interactif entre un animateur et un groupe de personnes visant à sensibiliser ce groupe de personnes sur un problème qui le concerne pour un changement ou un renforcement de comportement.

Pour être efficace, la causerie éducative doit être bien planifiée et non improvisée.

Qui fait la causerie ?

Les agents de santé,

Les agents sociaux,

Les communicateurs,

Les agents de santé communautaire

Tous formés en communication de la SR

Le prestataire de service a un rôle de facilitateur.

Quand se fait la causerie ?

Le moment et le lieu devront être fixés de commun accord avec le groupe cible

Les causeries peuvent se faire pendant que les clients attendent leur consultation, pendant les stratégies avancées ou sur rendez-vous avec des groupes spécifiques.

Comment se fait une causerie ?

Le choix de la technique à utiliser pour la causerie dépend :

- des objectifs : voulez-vous aboutir à une augmentation de connaissance ou bien voulez vous stimuler et faciliter un processus d'auto-analyse des préoccupations

du groupe cible ? En d'autres mots : voulez-vous vous adresser aux personnes qui se trouvent aux paliers les plus bas de l'échelle de résistance au changement ou bien à ceux qui se trouvent sur les paliers plus élevés

- du lieu : est-ce que le lieu est tranquille, est-ce qu'il y a beaucoup de gens qui passent à travers la salle,
- Du nombre de participants : le nombre de participants dans le groupe ne doit pas dépasser 15.

De la durée de la causerie : pour être efficace la causerie ne devrait pas excéder trente (30) minutes maximum.

Cependant les méthodes participatives se sont avérées toujours les plus efficaces même si l'on veut seulement passer de l'information.

Où se fait une causerie ?

- dans les formations sanitaires ;
- sur le lieu de travail ;
- dans les secteurs ou villages;
- dans les établissements scolaires et centres ou écoles de formation ;
- dans les lieux de culte ;

LES ETAPES DE LA CAUSERIE EDUCATIVE

La causerie comprend les étapes suivantes :

- la préparation ;
- l'exécution (déroulement) ;
- l'évaluation ;
- la clôture.

LA PREPARATION

Une bonne préparation d'une causerie doit prendre en compte les éléments suivants :

- choix et élaboration du thème (faire une revue de littérature si possible sur le thème afin de le maîtriser) ;
- identification de l'auditoire ;
- formulation des objectifs spécifiques ;

- identification des supports de messages (l'animateur doit maîtriser l'utilisation de ces supports) ;
- détermination de la méthode d'évaluation (toujours en fonction des objectifs) ;
- établissement d'une fiche guide des idées maîtresses et des questions à poser ;
- identification avec la population des ressources locales pouvant contribuer au bon déroulement de la causerie (bancs, nattes etc.) ;
- détermination de l'heure et du lieu avec le groupe cible.

NB : *Le jour de la causerie, l'animateur doit être sur les lieux avant son auditoire pour l'accueillir et l'installer convenablement, afin de favoriser les inter-actions et les inter-relations entre les participants d'une part et entre les participants et l'animateur d'autre part ; la disposition en demi cercle ou en U est généralement recommandée.*

L'EXECUTION OU DEROULEMENT DE LA CAUSERIE

La causerie éducative est une technique dynamique. L'animateur chargé de la conduire doit respecter la procédure suivante :

- faire les salutations d'usage suivies de la prise en compte des préoccupations du moment de l'auditoire (sécheresse, épidémie, deuil, mariage ou baptême etc.) ;
- se présenter : l'animateur doit se présenter : nom, prénom (s), fonction et lieu de service ;
- introduire le thème ;
 - dans son contexte général ;
 - dans son contexte spécifique ;
- développer le thème :
 - par des questions (privilégier les questions ouvertes) ;
 - par des reformulations : (quand une question n'est pas comprise, il faut la reprendre sous d'autres termes) ;
 - par des synthèses partielles ;
 - par l'observation des postures, des gestes, des grimaces ou sourires ;

- amener les participants à voir comment les points abordés touchent leur vie quotidienne ;
- encourager et féliciter les participants pour leur apport ;
- utiliser des supports visuels dans la mesure du possible ;
- amener tous les participants à s'exprimer;
- faire une synthèse générale après avoir abordé tous les points.

NB : *Le rôle premier d'un animateur n'est pas de dire aux participants ce qu'il faut faire et ce qu'il ne faut pas faire, mais d'encourager les participants à s'exprimer par rapport à un problème, de savoir les écouter et avec eux rechercher les solutions pratiques.*

EVALUATION

L'évaluation consiste à vérifier si les objectifs fixés pour la séance sont atteints; elle doit donc se faire objectif par objectif. La méthode la plus utilisée pour évaluer les causeries est « la question- réponse ».

LA CLOTURE

A la fin de la causerie, il faut :

- remercier les participants pour leur participation ;
- discuter du prochain thème et fixer le prochain rendez-vous ou rappeler le programme si il est déjà établi ;
- ranger le matériel ;
- rechercher le feed-back auprès des collègues pour améliorer les prochaines prestations .

AVANTAGES DE LA CAUSERIE EDUCATIVE

La causerie éducative en tant que technique d'animation de groupe permet :

- un échange direct entre l'animateur et les groupes cibles ;
- un apprentissage dynamique provenant de plusieurs sources ;
- une adaptation des informations échangées en fonction des réactions suscitées ;
- un feed-back direct et permanent ;

- une prise de décision par consensus (tous les participants ayant eu l'occasion de s'exprimer).

DISCUSSION DE GROUPE DIRIGEE

DEFINITION

Une discussion de groupe est un entretien structuré autour d'un sujet précis, mettant face à face un animateur et un groupe ayant plus ou moins les mêmes caractéristiques socio-démographiques ou socio-professionnelles.

OBJECTIFS

- D'une manière générale, l'objectif de la discussion de groupe est de recueillir auprès d'un groupe homogène, des informations en vue de :
 - évaluer ou faire le test préliminaire des messages ;
 - faire un choix entre plusieurs alternatives de solutions par rapport à un problème ;
 - identifier les problèmes et leurs causes, etc.
- De façon spécifique, il peut s'agir de recueillir des informations sur les connaissances, attitudes et pratiques autour d'un sujet précis afin de mener ultérieurement des actions d'éducation adaptées à ce groupe.

Qui fait la DGD ?

Les agents de santé,

Les agents sociaux,

Les chercheurs (enquêteurs)

Les communicateurs,

Les agents de santé communautaire

Tous formés en communication de la SR

Où se fait la DGD ?

- Dans les secteurs ou villages
- Sur le lieu de travail
- Dans les formations sanitaires ;
- Dans les établissements scolaires et centres ou écoles de formation ;
- Dans les lieux de culte ;

- Les personnes à interviewer

Ce sont des personnes issues de la population cible, censées être représentatives de cette population. Le groupe doit être le plus homogène possible (caractéristiques communes).

Pour une meilleure efficacité, il est recommandé de limiter le nombre à au plus 10 personnes (06 à 10 maximum).

- Rôle de l'animateur

- Il joue le rôle de facilitateur ;
- Il anime la discussion ;
- Il maintient le groupe focalisé sur le thème ;
- Il évite de donner ses opinions ou de prendre partie au cours de la discussion.

- Les observateurs

Généralement au nombre de deux (02):

- leur rôle consiste à enregistrer les réponses verbales ainsi que les réactions non verbales ;
- ils ne doivent pas influencer les réponses des personnes interviewées par des rires, des gestes, etc ;
- ils sont assis en général derrière les personnes interviewées.

Le guide d'entretien :

- est le fil conducteur de l'animateur ;
- permet à l'animateur de maintenir la discussion focalisée sur le sujet ;
- est un aide mémoire qui permet de s'assurer que tous les points pertinents ont été abordés au cours de la discussion ;
- est généralement flexible. L'animateur n'est pas tenu de respecter l'ordre des questions. Il doit s'adapter au fur et à mesure à la dynamique du groupe.

Organisation pratique de la discussion

- disposer d'un local convenable ;
- éviter les interférences extérieures ;
- les participants doivent être confortablement installés ;
- installer les participants de manière à ce que tous se voient.

- vérifier la fonctionnalité du matériel de enregistrement avant la séance.

Lieu et durée de la discussion

Le lieu et le moment sont fixés de commun accord avec le groupe. La durée de la discussion est fonction de l'importance et/ou de l'étendue du sujet à aborder. Dans certaines situations, on peut être amené à organiser plusieurs petites séances. En général, la durée d'une discussion de groupe dirigée ne devrait pas dépasser 1 heure de temps.

DEROULEMENT DE LA DISCUSSION

a) La mise en confiance

- la première des choses à faire, c'est de mettre les participants en confiance ;
- faire une présentation des participants et des observateurs;
- expliquer au départ si il ya lieu que les discussions seront enregistrées et à quelle fin.
- Préciser le caractère confidentiel et anonyme de la discussion.
- expliquer aux participants le but visé à travers la discussion de groupe et que toutes les réponses sont acceptées quelque soit le niveau de leur pertinence.

b) Exploitation pratique du guide d'entretien (questions)

- L'animateur doit poser la première question de façon à susciter spontanément une réaction de la part de chacun des participants ;
- il est souhaitable que les premières questions suscitent beaucoup de réactions sinon les personnes timides peuvent se rétracter, ce qui peut rendre la discussion laborieuse.

c) Encourager la participation

- L'animateur doit encourager tout le monde à participer ;
- L'animateur doit amener les personnes timides à intervenir en les interpellant par des expressions comme: « *Et vous, qu'en savez-vous?, je vous ai vu hocher ou remuer la tête, pouvez-vous nous livrer vos pensées? »*.

d) Au besoin décourager le monopole de la parole

- il est souhaitable de recueillir auprès de chacun des participants, autant d'informations possibles par rapport au sujet abordé ;
- éviter tout au long de la discussion le dialogue avec une ou deux personnes ;
- l'animateur doit, de façon habile, arrêter les plus bavards et redistribuer la parole pour permettre à chacun de s'exprimer.

APRES LA DISCUSSION

- remercier les participants ;
- répondre à certaines questions posées qui n'intéressent pas le sujet abordé.

EXPLOITATION DES INFORMATIONS RECUEILLIES

L'analyse des données recueillies au cours de la discussion permet :

- de situer le niveau de connaissance de la cible par rapport au sujet abordé ; les bonnes connaissances sont à renforcer ;
- de relever les méconnaissances ou lacunes. Ce sont celles qui traduisent les besoins d'information et d'éducation ;
- de comprendre le milieu. Ce sont les informations que l'animateur découvre du groupe par rapport à sa culture (croyances, habitudes...) vis-à-vis du problème et qui nécessitent souvent une réorientation des stratégies d'intervention.

AVANTAGES DE LA DISCUSSION DE GROUPE

La discussion de groupe permet de :

- recueillir les réactions réelles et immédiates d'un groupe cible par rapport à un problème ou à une situation donnée ;
- découvrir des ressources ignorées au sein d'un groupe ;
- responsabiliser la communauté face à ses propres problèmes.

LIMITES

La discussion de groupe comporte certaines limites :

- l'analyse des données n'est pas facile ;
- elle nécessite de rencontrer plusieurs groupes de personnes ou groupes socio-professionnels différents pour avoir des données beaucoup plus fiables.

PREVENTION DES INFECTIONS

Introduction

Ce chapitre présente les informations sur la propagation des infections et leur prévention dans les formations sanitaires. Ces généralités permettent d'aider les prestataires des services et les responsables des soins de santé à comprendre les principes fondamentaux de la PI et la transmission des maladies.

Principes

- **Considérer tout le monde** (client ou personnel) comme étant potentiellement infectieux.
- **Se laver les mains** . c'est la procédure la plus pratique pour prévenir la contamination croisée (d'une personne à une autre).
- **Porter des gants** avant de toucher quoi que ce soit de mouillé : La peau lésée, les muqueuses, du sang ou d'autres liquides organiques (sécrétions ou excréctions) ; également avant de toucher des instruments souillés et autres objets.
- **Utiliser des barrières** physiques (lunettes protectrices, masque et tablier) si l'on craint des éclaboussures ou des écoulements de n'importe quel liquide organique (sécrétion ou excrétion).
- **Utiliser des pratiques de travail sûres**, par exemple, ne pas recapoter ou plier les aiguilles, présenter les instruments en toute sécurité en les posant correctement et évacuer des déchets médicaux selon les pratiques recommandées.
- **Isoler les patients** seulement si les sécrétions (aéroportées) ou les excréctions (les urines ou les selles) ne peuvent pas être contrôlées.
- **Traiter les instruments** ou objets (décontaminer, nettoyer, désinfecter à haut niveau ou stériliser selon les pratiques de prévention des infections recommandées.

Définition des termes

- **Microorganisme** :

Germe responsable de l'infection.

Différentes catégories

- **Bactéries :**

- Végétatives : staphylococcies

- Mycobactérie : BK

- Endospores = Gangrène
Tétanos

- **Virus :** VIH

- Virus de l'hépatite B

- **Champignons**

- **Parasites**

- **Infection nosocomiale**

Infection contractée à l'hôpital ou dans un centre de santé.

- **Séroprophylaxie**

Prévention des maladies par l'administration d'un sérum

- **Chimioprophylaxie**

Prévention des maladies par l'administration de médicament

- **Antiseptie :**

Ensemble d'actes visant à prévenir l'infection en détruisant ou en inhibant la croissance des micro-organismes qui se trouvent sur la peau ou sur tout autre tissu.

- **Asepsie :**

Ensemble d'actes visant à empêcher le contact entre un micro-organisme et un tissu vivant ou un objet inerte

- **Antiseptique**

Produit chimique qui détruit ou inhibe la croissance du micro-organisme sur un tissu vivant (ex : alcool iodé).

- **Désinfectant**

Produit chimique qui détruit ou inhibe la croissance du micro-organisme sur le matériel (ex : eau de javel)

- **Décontamination**

Acte utilisé avant le nettoyage des objets pour diminuer le nombre de micro organismes sur ces objets (ex : tremper le matériel dans de l'eau de javel).

- **Désinfection de haut niveau**

Acte qui détruit tous les micro-organismes sauf les endospores sur les objets inertes (ex : bouillir un matériel)

- **Stérilisation**

Acte qui détruit tous les micro-organismes sur des objets inertes. (ex : stériliser une pince).

III-Cycle de transmission

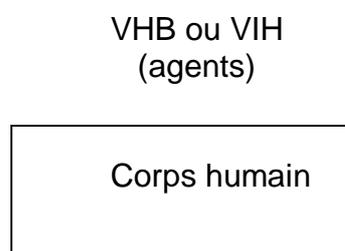
Les micro-organismes vivent partout dans notre environnement (eau, air, plantes, animaux, objets). Ceux que nous portons généralement sur notre corps sont appelés flore normale. Certains sont plus pathogènes que d'autres. Tous les micro-organismes peuvent être source d'infection.

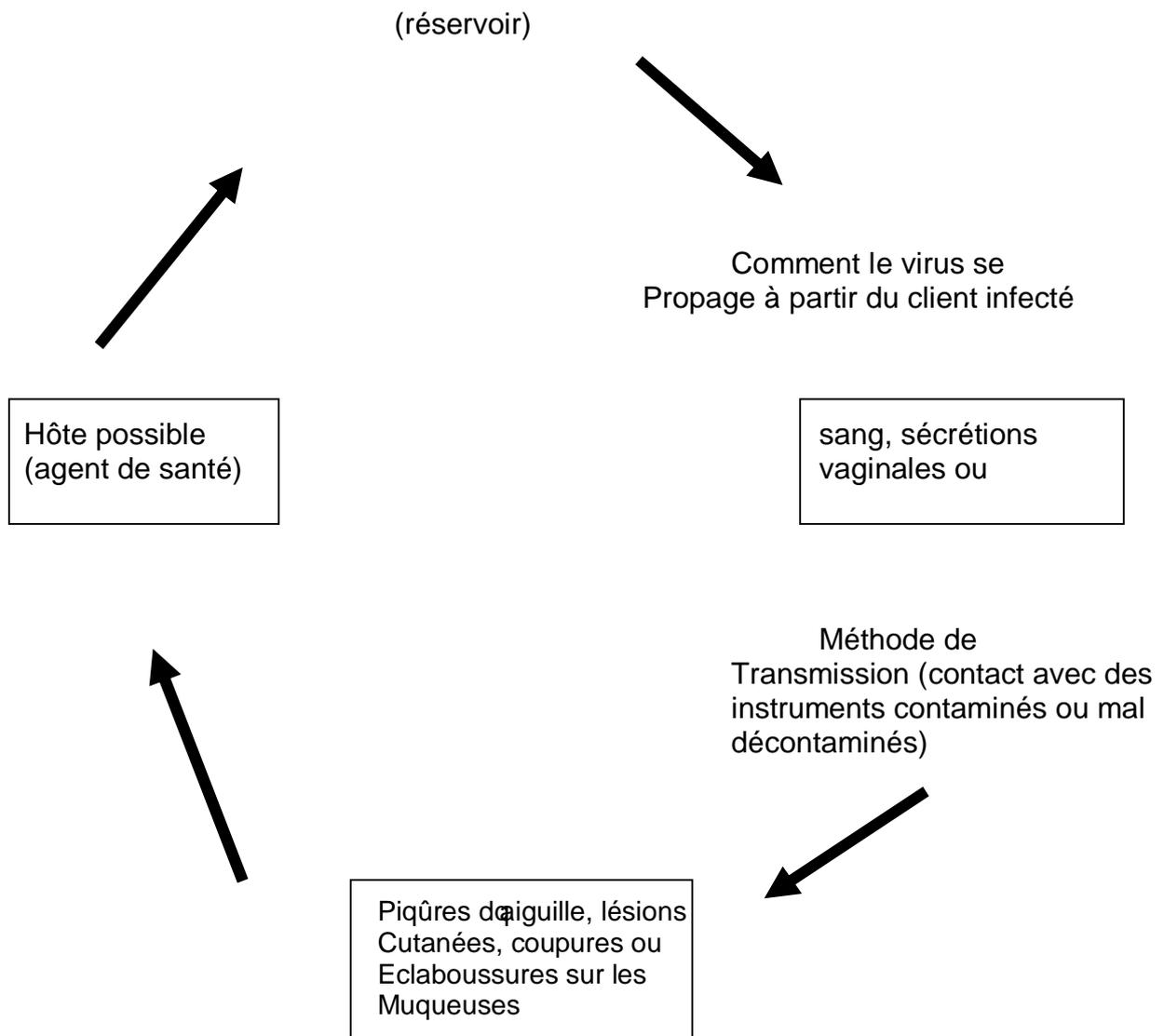
La survie des agents infectieux et leur propagation nécessite certains facteurs et conditions : cycle de transmission des maladies :

- **l'agent pathogène** : micro-organisme à l'origine des infections ; il est contenu dans un réservoir où il vit = hommes, animaux, plantes, air etc ; il passera selon un mode de transmission : manière dont l'agent se déplace d'un endroit à l'autre, d'une personne à l'autre.

HOTE SENSIBLE : personne qui reçoit et peut se réinfecter

Figure 1-2 : Transmission du VHB et du VIH des clients aux agents de santé





La capacité de transmission de l'hépatite B est importante. Une éclaboussure accidentelle dans l'œil d'une quantité aussi petite que 10⁻⁸ ml (0,0000001 ml) de sang infecté peut transmettre VHB à un hôte sensible (Bond et al, 1982).

Il est important de comprendre le cycle de transmission pour que les agents de santé puissent :

- Empêcher que l'infection ne se propage par le biais des interventions médicales et chirurgicales,
- Enseigner aux autres les conditions nécessaires pour qu'il y ait transmission, et surtout,
- Comment interrompre le cycle.

Comme il n'est pas toujours possible de savoir à l'avance si un client est infecté ou non par l'hépatite B ou le SIDA, il convient de manipuler les instruments, les aiguilles, les seringues et autres articles contaminés après chaque client en partant de l'hypothèse qu'ils sont infectés.

IV- OBJECTIFS DE LA PREVENTION DES INFECTIONS

- Prévenir de graves infections postopératoires (médecine, chirurgie, maternité) ou lorsqu'on assure les méthodes de contraception chirurgicales (par exemple : DIU, injectables, implants et stérilisation volontaire).
- Minimiser le risque de transmettre des maladies, non seulement aux clients mais aussi aux prestataires de services et au personnel, y compris le personnel de nettoyage et d'entretien
- Diminuer le coût des prestations de services de santé et maximiser l'accès aux services de qualité
- Protéger l'environnement
- Prévenir la propagation des infections dans les services de planification familiale et de soins de santé ne peut se faire qu'à la condition de rompre le cycle de transmission des maladies à un endroit donné.
- Placer une « barrière » physique, mécanique ou chimique entre les micro-organismes et une personne qu'elle soit un client, un patient ou un agent de santé, est un moyen efficace pour éviter la propagation de la maladie (la barrière sert à casser le cycle de transmission de l'infection). les barrières de protection contre les infections comprennent :
 - Le lavage des mains ;
 - Le port des gants, que ce soit en chirurgie ou comme moyen de protection du personnel clinique qui doit manipuler les déchets contaminés et les instruments utilisés (souillés) ;
 - L'utilisation de solution antiseptique pour nettoyer les plaies ou préparer la peau avant l'intervention chirurgicale ; et
 - La décontamination, le nettoyage, la stérilisation ou la désinfection à haut niveau des instruments chirurgicaux, des gants réutilisables et des autres objets.
- Ces barrières de protection visent à empêcher l'infection de se propager :

- d'une personne à l'autre
- du matériel, des instruments souillés aux personnes

V- PRATIQUES POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION :

Pratiques pour réduire le risque de transmission de maladies entre le client et le personnel :

- Lavage des mains
- Port des gants

5.1- LAVAGE DES MAINS

Le lavage des mains a pour but de diminuer le nombre de micro organismes causant les maladies.

Quand se laver les mains ?

- Se laver les mains avant et après avoir examiné un client (contact direct)
- Se laver les mains après avoir retiré les gants car ceux-ci peuvent avoir des trous
- Se laver les mains après toute exposition à du sang ou des liquides organiques (sécrétions ou excréments), même si l'on a porté des gants.

Des études ont montré que le moyen le plus efficace d'augmenter le lavage des mains est d'assurer que les médecins et autres personnes infectées se lavent régulièrement les mains (donner l'exemple) et encourager les autres à faire de même.

Le lavage des mains est la procédure la plus importante de prévention des infections.

- Technique de lavage simple des mains

- Utiliser du savon et de l'eau courante
- Sécher à l'air ou à l'aide d'une serviette propre
- Laver les mains pendant 15 à 30 secondes suffit dans la plupart du temps
- Ne jamais se laver les mains dans un bassin d'eau utilisé par d'autres personnes

- Technique de lavage chirurgical des mains

Antiseptique ou savon simple. Si un antiseptique n'est pas disponible, utiliser du savon simple et ensuite appliquer une solution d'alcool.

Frotter jusqu'à ce que ce soit sec. Ceci à deux reprises :

- Eau courante
- Bâtonnets ou brosse pour nettoyer les ongles
- Brosse souple ou éponge pour nettoyer la peau
- Serviettes (des serviettes stériles devraient être fournies dans la salle d'opération)

Préparation de la solution pour le lavage chirurgical des mains

N.B. : Cette pratique est recommandée en cas d'absence d'eau.

Formule

- Ajouter 2 ml de glycérine à 100 ml d'une solution d'alcool à 60 ou 80 %
- Utiliser 3 à 5 ml pour chaque application, continuer à frotter les mains avec la solution pendant environ 2 à 5 minutes en utilisant au total 6 à 10 ml par lavage.

5.2- PORT DE BARRIERES

► Porter des gants

- Pour réaliser une procédure dans la clinique ou dans le bloc opératoire
- Pour manipuler des instruments, des gants et d'autres objets souillés
- Pour évacuer les déchets contaminés (carton, compresses ou pansement).

► Quand faut-il porter des gants ?

Tout le personnel devrait porter des gants avant d'entrer en contact avec le sang ou les liquides organiques d'un client. Il faut utiliser une nouvelle paire de gants pour chaque client pour éviter toute contamination croisée. Il vaut mieux utiliser des gants neufs à usage unique.

Quels types de gants utilisés ? 2 . 5 gants à usage unique ou réutilisables pour les examens gynécologiques.

Gants stériles : pour les interventions chirurgicales

Gants de ménage épais et propres pour nettoyer les instruments et le matériel contaminé.

Utilisation des gants pour les interventions médicales et chirurgicales

Intervention	Port de gants nécessaire	Gants désinfectés haut niveau ¹	Gants stériles
Prendre la tension artérielle	Non		
Prendre la température	Non		
Faire une injection	Non		
Examen gynécologique	Oui	Oui	Non
Contact avec des sécrétions vaginales	Oui	Oui	Non
Insertion du DIU, chargé de son emballage stérile ²	Oui	Oui	Non
Insertion du DIU (DIU non stérile, désinfecté en vrac)	Oui	Oui	Non
Retrait DIU	Oui	Oui	Non
Insertion et retrait de Norplant	Oui	Acceptable ³	Préférable
Chirurgie (minilaparotomie, laparoscopie, vasectomie)	Oui	Acceptable ³	Préférable
Accouchement d'urgence	Oui	Acceptable ³	Préférable
Prise de sang	Oui	Oui ⁴	Non
Succion orale/nasale, désobstruction manuelle des voies ariennes	Oui	Oui	Non
Manutention et nettoyage d'instruments contaminés par des microbes	Oui ⁵	Non	Non
Manipulation de déchets contaminés	Oui ⁵	Non	Non
Nettoyage de sang ou de liquide biologique répandu	Oui	Non	Non

► Port des autres barrières

Porter des lunettes protectrices, masque et un atelier. S'il y a possibilité de délaboussure ou d'un versement de liquide organique quelconque.

5.3- PREPARATION DE LA PEAU AVANT LES PROCEDURES CHIRURGICALES.

Objet :

Pour minimiser le nombre de micro organismes sur la peau ou les muqueuses ;

- laver avec l'eau et du savon
- appliquer un antiseptique

Préparation de la peau et des muqueuses

- ne rasez pas les poils sur le champ opératoire (s'il le faut, coupez-les au raz de la peau immédiatement avant l'intervention chirurgicale)

- demandez à la cliente si elle a des réactions allergiques avant de choisir une solution antiseptique
- si la peau est sale, lavez . la d'abord avec de l'eau et du savon
- appliquez un antiseptique en partant du champ opératoire vers l'extérieur sur plusieurs centimètres en employant un mouvement circulaire.

Préparation vaginale et cervicale

- il n'est pas nécessaire de préparer les zones génitales externes, si elles semblent propres. Lorsque les organes sont souillés, il vaut mieux demander à la cliente de laver ses parties génitales soigneusement avec de l'eau et du savon avant de commencer la procédure.
- Appliquez généreusement la solution antiseptique sur le col (2 ou 3 fois) ensuite sur le vagin.

5.4- PRATIQUES POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION DE MALADIES

Pour les objets contaminés

- Traitement les instruments et autres objets
- Décontamination
- Nettoyage
- Désinfection de haut niveau pour protéger les clients et le personnel
- Stérilisation

Décontamination

- Principes
 - inactive le virus de l'hépatite B et le VIH
 - rend les articles moins dangereux à manipuler
 - doit être faite avant le nettoyage
- Pratiques
 - placer les instruments et les gants réutilisables dans une solution chlorée à 0,5 % après utilisation
 - laisser tremper pendant 10 mn et rincer immédiatement

- essuyer les surfaces (tables d'examen) avec une solution chlorée

Instructions pour préparer des solutions chlorées diluées

$$\text{Parts totales (PT) (H}_2\text{O)} = \left(\frac{\% \text{ concentré}}{\% \text{ dilué}} \right)$$

Pour préparer une solution de chlore à 0,5 % à partir d'une solution concentrée à 5 %, mélanger une part d'eau de javel avec 9 parts d'eau.

$$\text{Parts total (P/T) H}_2\text{O)} = \left(\frac{5 \% \text{ concentré}}{0,5 \% \text{ dilué}} \right) - 1 = 9 \text{ parts totales (P/T) H}_2\text{O)}.$$

Nettoyage

- **Principes**

- Enlève les matières organiques qui :
 - ✓ Protègent les micro-organismes contre la stérilisation et la DHN
 - ✓ peuvent inactiver les désinfectants
- Doit être fait pour que la stérilisation et la DHN soient efficaces
- Méthode pour réduire mécaniquement le nombre d'endospores

- **Pratiques**

- Laver avec de l'eau et du détergent
- Frotter les instruments jusqu'à ce qu'ils soient visiblement propres
- Rincer soigneusement avec l'eau propre

Désinfection de haut niveau

- **Principes**

- Détruit tous les micro-organismes y compris le virus de l'hépatite B et le VIH. Ne tue pas efficacement toutes les endospores bactériennes
- La seule alternative acceptable lorsque l'équipement de stérilisation n'est pas disponible

- Désinfection de haut niveau par ébullition

Pratiques :

- Faire bouillir les instruments et autres articles pendant 20 minutes
- Toujours bouillir pendant 20 minutes dans une marmite avec un couvercle
- Commencer à chronométrer lorsque l'eau entre en ébullition
- Ne rien ajouter dans la marmite après avoir commencé le chronométrage
- Laisser sécher à l'air avant l'utilisation ou l'emmagasinement

➤ Désinfection de haut niveau par vapeur

Pratiques :

- Passer les instruments, gants et autres articles à la vapeur pendant 20 minutes
- Toujours passer à la vapeur pendant 20 minutes
- Être certain qu'il y a assez d'eau au fond de la marmite pour durer le cycle entier de stérilisation à la vapeur
- Porter l'eau à ébullition à ses gros bouillons
- Commencer à chronométrer lorsque la vapeur commence à sortir de dessous le couvercle
- Ne rien ajouter à la marmite après que le chronométrage ait commencé
- Laisser sécher à l'air et emmagasiner dans les marmites à vapeur couvertes

➤ Désinfection chimique à haut niveau

Pratiques :

- Couvrir tous les articles complètement avec un désinfectant
- Laisser tremper pendant 20 minutes
- Rincer avec l'eau bouillie
- Laisser sécher à l'air avant l'utilisation et l'emmagasinement

Préparation d'un récipient désinfecté à haut niveau

- Faire bouillir (si petit) ou
- Remplir un récipient propre avec une solution chlorée à 0,5 %
 - faire tremper pendant 20 minutes

- verser la solution. (la solution chlorée peut alors être transférée dans un récipient plastique et réutilisée).
- Rincer minutieusement avec de l'eau bouillie
- Laisser sécher à l'air et utiliser pour l'emmagasinage des articles DHN

Stérilisation

Principes

- détruit tous les micro organismes y compris les endospores
- utilisée pour les instruments, gants et autres articles venant en contact direct avec la voie sanguine ou les tissus sous-cutanés

Pratiques

- Stérilisation à la vapeur (autoclave)
 - Pression à 121 ° C (250° F) ; 106 Kpa (15 lbs fin²) : 20 minutes pour les articles non enveloppés, 30 minutes pour les articles enveloppés.
 - Laisser tous les articles sécher avant de les retirer.
- Stérilisation à la chaleur sèche (four) :
 - 170 ° C (340° F) pendant 1 heure, au 160° C (320°F) pendant 2 heures.
- Stérilisation chimique
 - faire tremper les articles dans du glutaraldéhyde pendant 8 à 10 heures ou du formal déhyde pendant 24 heures.
 - Rincer avec l'eau stérile.

5.5-ELIMINATION DES DECHETS

- Principes
 - Evite la transmission des infections au personnel qui manipule les déchets
 - Evite la transmission des infections à la communauté locale

- Protège ceux qui manipulent les déchets des blessures accidentelles
- Pratiques
 - Tout en portant des gants de ménage, placer les articles contaminés (compresse ou coton) dans un récipient étanche (avec un couvercle) ou dans un sac en plastique.
 - Eliminer les déchets en les incinérant ou en les enterrant.

Circulation des patients et profil des activités

- But : éliminer le niveau de contamination microbienne dans les zones où « les activités propres » ont lieu :
 - salles de procédure
 - zones chirurgicales
 - zones de traitement final et de stockage des instruments
- Le nombre de micro organismes dans la zone est lié au nombre de personnes présentes et à leur activité.

MATERIEL DE PREVENTION DES INFECTIONS

Matériel de décontamination

Cuvettes en plastique	3
Chlore	Qté suffisante
Matériel de nettoyage	
Cuvettes en plastique	3
Savon liquide	Qté suffisante
Brosse à dents	2
Gants de ménage	2 paires
Tabliers en plastique	2
Lunettes ou visières	2
Bottes	1 paire
Champs	2

Matériel de désinfection à haut niveau

Formaldéhyde ou glutaraldéhyde Qté suffisante

Boite métallique 2

Poissonnière 2

Réchaud à gaz 1

Bouteille à gaz 2

Matériel de stérilisation

Poupinel 1

Autoclave 1

Marmite à pression 1

Produits chimiques : Formaldéhyde

 Glutaraldéhyde Qté suffisante

 Serum salé

Poissonnière pour stérilisation chimique 2

Champs pour stérilisation à l'autoclave 5

Tambours pour stérilisation à l'autoclave 5

Matériel pour élimination des déchets

Poubelles étanches avec couvercle 4

Poubelles de bureau 4

Fût vide pour brûler les ordures ou 2

Incinérateur (à construire) 1

Gants de ménages 2

Fosses couvertes pour éliminer les déchets liquides

CHAPITRE X : LA PREVENTION DES INFECTIONS DANS LES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION

En considérant tout individu (clients ou personnel) comme étant potentiellement infectieux, la prévention des infections doit être systématique dans tout service de santé. Les activités de santé de la reproduction qui recommandent une plus grande attention aux principes fondamentaux de la prévention des infections sont :

- La maternité à moindre risque ;
- La prévention de la transmission mère enfant du VIH ;
- La planification familiale ;
- L'hygiène alimentaire de l'enfant.

10.1. LA MATERNITE A MOINDRE RISQUE (MMR)

Elle a pour but de assurer aux femmes des services dont elles ont besoin pour traverser sans danger la période de la grossesse, de l'accouchement et du post partum, afin qu'elles mettent au monde un bébé bien portant et continuer à jouir d'une bonne santé pour élever cet enfant dans la joie. Elle prend en compte également les soins après avortement (SAA).

Amélioration des soins prénatals, per-partum et post-partum.

Il s'agit d'offrir à la femme enceinte des soins de qualité avant, au cours et après l'accouchement. En plus du respect des règles fondamentales de la Prévention des Infections (PI), le prestataire devrait utiliser des gants adaptés et éventuellement des gants de révision utérine si nécessaire.

Pendant l'accouchement l'utilisation de barrières protectrices est recommandée (coiffe, bavettes, lunettes, tablier étanche, bottes et blouse propre). Eviter les situations qui peuvent favoriser les infections:

- Touchers multiples avec risque de contamination des voies génitales
- Sondage vésical
- Rupture artificielle précoce des membranes

- Episiotomie (elle devra vraiment être justifiée)
- Révisions utérines
- Version par manœuvre interne ou externe

Après l'accouchement :

- Décontaminer le placenta dans une solution de eau chlorée à 0,5% pendant 10 minutes avant de le remettre à la famille. Donner des conseils pour la manipulation du placenta à domicile.
- Décontaminer le linge ayant servi à l'accouchement avant de le remettre aux accompagnateurs.

Soins après avortement (SAA).

En dehors des mesures générales de PI, un accent particulier devrait être mis sur le traitement des instruments (seringues, canules, adaptateurs) ;

L'antibiothérapie ne devrait pas être systématique si le contexte est bien connu.

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

La prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME/VIH) regroupe l'ensemble des interventions visant à réduire la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Elle doit inclure la prévention primaire de l'infection chez la femme.

Les facteurs de risque de la transmission mère enfant du VIH (TME/ VIH)

La transmission du VIH de la mère à son enfant peut survenir pendant la grossesse, pendant le travail, au cours de l'accouchement, et pendant l'allaitement.

Parmi les différents facteurs de risque de TME du VIH, on distingue les:

- Facteurs factuels
- Facteurs viraux
- Facteurs maternels
- Facteurs obstétricaux
- Facteurs liés à l'allaitement

Le facteur f%tal le plus important est la prématurité.

Les facteurs viraux sont liés aux types de virus à la charge virale et à la sensibilité du virus aux anti rétroviraux.

Les facteurs liés à l'état de santé de la mère sont : Laavitaminose A, laanémie, les IST non traitées, les mastites et abcès du sein, les mamelons fissurés ou craquelés.

Les facteurs obstétricaux sont : la rupture prolongée des membranes (+ de 4h), les procédures invasives pendant l'accouchement, l'épisiotomie, la parasitémie placentaire du paludisme et l'accouchement par voie basse.

Les facteurs liés à l'alimentation du nouveau-né sont : l'allaitement quel qu'il soit, l'allaitement non exclusif, la durée de l'allaitement, les lésions buccales et intestinales du bébé.

Les axes de prévention de la TME du VIH

La connaissance des principaux facteurs de risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant a permis de définir des axes d'intervention de PTME.

Afin de réduire la TME du VIH, il faut une :

- Prise en charge optimale de l'infection VIH
- Prophylaxie anti rétrovirale à la mère
- Prise en charge obstétricale spécifique :
 - * Appliquer les pratiques obstétricales non invasives au cours de l'accouchement par voie basse, au cours de la césarienne et dans le post-partum.
 - *Traitement des infections cervico . vaginales
 - *Traitement et prévention des chorio amniotites
 - *Prévention de la Rupture Prématuration des Membranes.
 - *Prévention de l'accouchement prématuré
 - *Abandon des gestes pouvant favoriser les échanges sanguins : amnioscopie, amniocentèse, versions.
- Prophylaxie ARV et cotrimoxazole au nouveau - né

10.3. LA PLANIFICATION FAMILIALE (PF)

La Planification familiale (PF) est l'ensemble des moyens mis à la disposition des individus et/ou des couples pour leur permettre de décider librement du nombre d'enfants et du moment de le(s) concevoir. Elle fait partie intégrante de la (Maternité à Moindre Risque) MMR tout comme la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH (PTME /VIH).

Les différentes procédures de Prévention des Infections (PI) devront être scrupuleusement respectées au cours des prestations de Planification Familiale (PF) (la stérilisation chirurgicale volontaire, le norplant, le DIU et les injectables).

10.3.1. Stérilisation chirurgicale volontaire de la femme par mini laparotomie ou laparoscopie

Chaque année, sont pratiquées dans le monde entier des milliers de mini laparotomies et de laparoscopies sans qu'il y ait de graves complications infectieuses. Mais il arrive que ces deux procédures chirurgicales entraînent des infections mortelles, notamment le tétanos, la gangrène et les péritonites. On risque également des complications moins graves, par exemple de petites infections des plaies chirurgicales.

Pour minimiser le risque de transmission, à partir d'instruments et de matériel souillés, il faut, à la fin de chaque intervention, décontaminer, nettoyer et stériliser ou désinfecté à haut niveau ce matériel souillé.

Le tableau N°8 récapitule les séquences et les détails pour chacune de ces procédures.

La peau humaine ne peut pas être stérilisée, mais le nettoyage préopératoire du site de l'intervention et la préparation antiseptique diminue le nombre de micro organismes sur la peau de la cliente qui pourraient contaminer la plaie et causer une infection. Ainsi :

Les clientes devraient prendre un bain avant l'intervention chirurgicale. Si ce n'est pas possible, le personnel devra laver soigneusement le site de l'intervention avec du savon (antiseptiques, CITEC,õ) et de l'eau avant qu'elles n'entrent dans la salle d'opération.

Les poils du pubis et du ventre n'ont pas besoin d'être rasés à moins qu'ils n'obstruent le champ opératoire. Si nécessaire, raser les poils immédiatement avant l'intervention pour laisser moins de temps aux bactéries de se multiplier sur la peau.

Appliquer, sur le site opératoire, une quantité généreuse d'un antiseptique disponible localement, par exemple un iodophore. Si l'on utilise un iodophore, attendre deux minutes.

Tableau 8 : Directives de prévention des infections pour la mini laparotomie ou la laparoscopie

DECONTAMINATION DES INSTRUMENTS ET TRAITEMENT DES DECHETS

ETAPE 1 : Après la mini laparotomie et avant d'enlever les gants, jeter les objets contaminés (gaze, coton et autres résidus) dans un bac étanche étiqueté à cet usage (avec un couvercle bien ajusté) ou dans un sac en plastique.

ETAPE 2 : Immerger entièrement tous les instruments en métal dans un seau en plastique contenant une solution d'hypochlorite de sodium à 0,5% pendant 10 minutes, avant d'autoriser le personnel d'entretien à les toucher ou les nettoyer. Avant d'immerger les aiguilles et seringues, les remplir avec une solution d'hypochlorite de sodium. (Ce pré trempage tue la plupart des micro-organismes, notamment le VIH et le VHB). On peut également décontaminer les champs opératoires en les faisant tremper dans la même solution.

ETAPE 3 : Il faut également décontaminer en les essuyant avec une solution d'hypochlorite de sodium toutes les surfaces (table d'opérations, les portes instruments et les lampes de salles d'opération) qui ont pu être contaminées par du sang et des sécrétions muqueuses

NETTOYAGE ET RINÇAGE

Une fois décontaminés, nettoyer attentivement les instruments avec un détergent et une brosse souple, en faisant attention de bien brosser les dents, jointures et les surfaces. Puis, rincer abondamment pour enlever tout résidu de détergent (certains détergents peuvent inactiver les désinfectants chimiques).

Essuyer les instruments avant de continuer le traitement. Les champs opératoires devraient être lavés avec du détergent et de l'eau, puis séchés à l'air ou en machine.

STÉRILISATION

Les instruments en métal, les gants réutilisables, les aiguilles et seringues ainsi que le linge chirurgical utilisé pour la mini laparotomie et la laparoscopie devraient être stérilisés dans un autoclave. Les instruments en métal, les aiguilles et les seringues en verre peuvent également être stérilisés à la chaleur sèche. Les laparoscopes et les accessoires devraient être stérilisés chimiquement (à froid) ou désinfectés (DHN).

Conditions types pour la stérilisation à la chaleur :

Stérilisation à la vapeur : 121°C (250°F) à une pression de 106 kPa (1,06 bars) pendant 20 minutes pour les articles non enveloppés ; 30 minutes pour les articles enveloppés. Le matériel doit être entièrement sec avant d'être enlevé de l'autoclave.

Chaleur sèche : 170°C (340°F) pendant une heure (durée totale du cycle . placer les instruments dans l'appareil, faire chauffer à 170°C, compter une heure, puis laisser refroidir (est de deux à deux heures et demie) ou à 160°C (320°F) pendant deux heures (durée totale du cycle est de trois à trois heures et demie).

Stockage : Les instruments non enveloppés doivent être utilisés immédiatement. Les instruments, les gants et les champs enveloppés peuvent être conservés pendant une semaine si le paquet est sec et intact et un mois s'il est scellé dans un sac en plastique hermétiquement fermé.

DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU

On recommande une désinfection de haut niveau par ébullition ou par produits chimiques ou à la vapeur

(couscoussier, cocote minute) si la stérilisation n'est pas possible. Les instruments chirurgicaux (en métal), les gants réutilisables, les aiguilles et seringues et les champs opératoires devraient être bouillis pendant 20 minutes et séchés. Les champs opératoires séchés à l'air doivent être repassés avant d'être réutilisés. Une autre possibilité est de faire tremper les instruments chirurgicaux pendant 20 minutes dans une solution de glutaraldéhyde ou de formaldéhyde à 8%, de les rincer soigneusement à l'eau bouillie et de les sécher à l'air. Utiliser de suite ou stocker jusqu'à une semaine dans un bac DHN avec un couvercle bien ajusté.

10.3.1.Bis. Stérilisation chirurgicale volontaire de l'homme

Les mêmes précautions de PI que la CCV chez la femme doivent être prises.

10.3.2. Insertion et retrait des Implants (Norplant^R, Jadelle^R, Implanon^RÅ)

Bien que l'insertion et le retrait des implants sous dermiques relèvent de la petite chirurgie, il convient de suivre de bonnes techniques aseptiques, ainsi que de bonnes techniques chirurgicales pour éviter toute infection. Ces infections, même bénignes, sont les principales causes de retrait précoce des capsules.

Pour l'insertion et le retrait des Implants, les méthodes de prévention des infections qui devraient être utilisées pour diminuer la transmission des maladies par les instruments, les gants et le reste du matériel contaminés sont : la décontamination, le nettoyage et le rinçage, la stérilisation ou la désinfection de haut niveau des instruments et traitement des déchets. Le **tableau 9** ci-dessous récapitule les séquences et les détails pour chacune de ces procédures.

Comment entretenir le trocart ?

Le trocart utilisé pour l'insertion des Implants doit toujours être bien aiguisé pour diminuer les risques d'infections cutanées causées par des traumatismes de tissus. Le traitement du trocart sera le même que pour tout autre instrument en métal, seulement il faut s'assurer qu'il reste aiguisé. Pour maintenir le trocart tranchant, il faut :

- Examiner les trocarts toutes les dix insertions pour voir s'il n'est pas émoussé
- Utiliser une meule pas trop dure pour aiguiser le trocart de la même manière qu'on aiguisé un couteau ou une paire de ciseaux.
- Lorsqu'on aiguisé un trocart, il faut éviter de trop le tailler pour ne pas changer l'angle de la pointe, ce qui rendrait le trocart inutilisable

- Après de nombreuses insertions, environ 100, il faut remplacer le trocart et non plus le réutiliser

Tableau 9 : Directives de prévention des infections pour l'insertion et le retrait des Implants

DECONTAMINATION DES INSTRUMENTS ET TRAITEMENT DES DECHETS
<p>ETAPE 1 : Après l'insertion ou le retrait des Implants et pendant que l'on porte encore les gants, jeter les objets contaminés (gaze, coton et autres déchets) dans un récipient étanche réservé à cet usage (avec un couvercle bien ajusté) ou dans un sac en plastique.</p> <p>ETAPE 2 : Immerger entièrement tous les instruments en métal dans un seau en plastique contenant une solution d'hypochlorite de sodium à 0,5% pendant 10 minutes, avant d'autoriser le personnel d'entretien à les toucher ou à les nettoyer. Avant d'immerger les aiguilles et seringues, les remplir avec la solution chlorée. (Ce pré trempage tue la plupart des micro-organismes, notamment le VIH et le VHB). On peut également décontaminer les champs opératoires en les faisant tremper dans une solution chlorée.</p> <p>ETAPE 3 : Il faut également décontaminer en les essuyant avec une solution chlorée toutes les surfaces (table d'opérations, supports d'instruments) qui ont pu être contaminées par du sang et du mucus.</p> <p>ETAPE 4 : Si on utilise des gants à usage unique (jetables), il faut les décontaminer avant de les retirer soigneusement en les retournant et les jeter dans le récipient étanche.</p>
<p>NETTOYAGE ET RINÇAGE</p> <p>Une fois décontaminée, nettoyer attentivement les instruments avec de l'eau, du détergent et une brosse souple, en faisant attention de bien brosser les dents, jointures et surfaces. Puis, rincer abondamment pour enlever tous les restes de détergent (certains détergent peuvent inactiver les désinfectants chimiques). Essuyer les instruments avant de continuer le traitement. Les champs devraient être lavées avec du détergent et de l'eau, puis séchées à l'air ou en machine.</p>
<p>STÉRILISATION</p> <p>Les instruments, les aiguilles et les seringues et le linge chirurgical utilisés pour l'insertion ou le retrait des Implants devraient être stérilisés dans un autoclave. Les instruments en métal, les aiguilles et les seringues en verre peuvent également être stérilisés à la chaleur sèche.</p> <p>Conditions types pour la stérilisation à la chaleur</p> <p>Stérilisation à la vapeur : 121°C (250°F) à une pression de 106 kPa (15lbs/in²) pendant 20 minutes pour les articles non enveloppés ; 30 minutes pour les articles enveloppés. Il faut laisser sécher les articles avant de les sortir.</p> <p>Chaleur sèche : 170°C (340°F) pendant une heure (durée totale du cycle . placer les instruments dans le four, faire chauffer à 170°C, compter une heure, puis laisser refroidir . représente en tout deux à deux heures et demie) ou à 160°C (320°F) pendant deux heures (durée totale du cycle est de trois à trois heures et demie).</p> <p>Stockage : Les instruments non enveloppés doivent être utilisés immédiatement. Les instruments, gants et champs enveloppés peuvent être conservés pendant une semaine si le paquet est sec et intact et pendant un mois s'ils sont dans un sac en plastique hermétiquement fermé.</p>
<p>DÉSINFECTION DE HAUT NIVEAU</p> <p>Si la stérilisation n'est pas possible, on recommande de faire une désinfection de haut niveau par ébullition ou par trempage dans un désinfectant chimique ou à la vapeur (couscoussier, cocote minute). Les instruments chirurgicaux (métal), les gants réutilisables, les aiguilles et seringues et le linge chirurgical devraient être bouillis pendant 20 minutes puis être séchés. Les tentures chirurgicales séchées à l'air devraient être repassées avant d'être utilisées. (Aucune possibilité : les instruments chirurgicaux peuvent être trempés, pendant 20 minutes, dans une solution de glutaraldéhyde ou de formaldéhyde à 8%, puis soigneusement rincés avec de l'eau bouillie et séchés à l'air. Ces articles peuvent être utilisés de suite ou gardés jusqu'à une semaine dans un récipient propre DHN ayant un couvercle bien ajusté.</p>

10.3.3. Insertion et retrait du DIU

Le risque d'infection pour les utilisatrices du Dispositif Intra Utérin (DIU) augmente surtout dans les régions où les infections du tractus génital (ITG), comme la gonococcie et les chlamydia, sont fréquentes. Mais si les mesures de prévention des infections recommandées ci-après les agents de santé peuvent minimiser les risques d'infection après l'insertion du Dispositif Intra Utérin (DIU)

Pour l'insertion ou le retrait du Dispositif Intra Utérin (DIU), les méthodes de prévention des infections qui devraient être utilisées pour limiter la transmission des maladies par l'intermédiaire des instruments et des gants contaminés sont les suivantes :

- La décontamination, le nettoyage et le rinçage des instruments,
- La stérilisation
- La désinfection de haut niveau.
- Le traitement des déchets

En pratique, seuls les instruments qui touchent le sang ou les tissus sous-cutanés, par exemple les aiguilles réutilisables et les scalpels, ont besoin d'être stérilisés puisque ce processus détruit tous les micro-organismes, y compris les endospores bactériennes (Tietjen, 1989).

Tableau 10 : Directives de prévention des infections pour l'insertion ou le retrait du DIU

ETAPE 1 :	Après l'insertion ou le retrait du DIU et pendant que l'on porte encore les gants, jeter les objets contaminés (gaze, coton et autres déchets) dans un bac étanche étiqueté à cet usage (avec un couvercle bien ajusté) ou dans un sac en plastique.
ETAPE 2 :	Immerger entièrement tous les instruments en métal dans un seau en plastique contenant de l'hypochlorite de sodium à 0,5% pendant 10 minutes, avant d'autoriser le personnel et le service d'entretien à les toucher ou les nettoyer. Ce pré trempage tue la plupart de micro-organismes, notamment le VHB et le VIH. NB : Pour une bonne conservation des instruments respecter les 10 mn recommandées pour la décontamination avant de les retirer.
ETAPE 3 :	Il faut également décontaminer, en les essuyant avec une solution chlorée, toutes les surfaces (table d'opération ou support d'instrument), qui ont pu être contaminées par du sang et des sécrétions muqueuses.
ETAPE 4 :	Si l'on utilise des gants jetables (à emploi unique) les décontaminer avant de les retirer soigneusement en les retournant et les jeter dans le bac de déchets.
NETTOYAGE ET RINCAGE	
Une fois décontaminés, nettoyer attentivement les instruments avec de l'eau savonneuse et une brosse souple en faisant attention de bien brosser les dents jointures et surfaces Puis bien rincer pour enlever tous les restes de détergent	
Séchés, les instruments sont prêts à être utilisés. On peut les utiliser de suite ou les garder une semaine au maximum dans un bac propre sec et désinfecté à haut niveau, avec un couvercle bien ajusté	
STERILISATION	
Ou alors, on peut stériliser les instruments réutilisables utilisés pour les insertion/retraits de DIU en les passant à l'autoclave à 121°C (250°F) à une pression de 106 pka (15lbs/in ²) pendant 20 minutes s'ils ne sont pas enveloppés, ou 30 minutes s'ils sont enveloppés. Nb. La stérilisation à la chaleur sèche à 170°C (340°F) pendant 60 minutes ne peut être utilisé que pour des instruments en métal ou en verre.	
Stockage :	Les instruments non enveloppés devraient être immédiatement utilisés. Les instruments, les gants et champs enveloppés peuvent être conservés une semaine au maximum si le paquet est sec et intact, un mois s'il est placé dans un sac en plastique hermétiquement fermé.

Sélection des clientes

Le problème croissant des infections du tractus génital sexuellement transmissibles, telles que la gonococcie, les chlamydiasés et la syphilis, ainsi que l'hépatite B et le SIDA, exige que l'on fasse un bilan des éventuelles acceptatrices avant qu'un DIU ne soit inséré.

La première étape du bilan d'une cliente qui est une éventuelle acceptatrice de DIU est de prendre ses antécédents en matière d'infection du Tractus Génital (ITG). Pour cela, on posera les questions suivantes :

- Avez-vous des pertes vaginales ?
- Avez-vous eu des saignements vaginaux anormaux pendant les deux dernières menstruations ?
- Avez-vous eu un problème au niveau du tractus génital pendant l'année écoulée, par exemple des pertes vaginales, des ulcérations ou des lésions cutanées dans la région génitale ?
- Est-ce que votre partenaire a été traité durant ces trois derniers mois pour des problèmes au niveau du tractus génital, par exemple écoulement au niveau du pénis, ulcérations ou ganglions inguinaux enflés ? Lequel ?
- Est-ce que votre partenaire a d'autres partenaires sexuelles dont vous avez connaissance ?
- Pensez-vous que vous pourriez avoir une infection du tractus génital ?
- Avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ces deux derniers mois ?
- Avez eu des rapports sexuels non protégés ces deux derniers mois ?

Si la cliente répond « oui » à l'une des questions susmentionnées, il faudrait faire un bilan supplémentaire pour dépister une éventuelle ITG ou toute autre infection (VIH, VHB⁵). Elle devrait également être conseillée quant aux risques de transmission et aux conséquences possibles d'une ITG non traitée.

Rappel : *Etant donné que certaines de ces questions sont très délicates, il n'est peut-être pas possible de les poser de manière directe. Dans la mesure où la relation « cliente clinicien » le permet, on cherchera à obtenir cette information de manière respectueuse et en restant sensible à la culture. Il convient de garantir le caractère confidentiel de l'entretien avec toutes les patientes.*

La seconde étape du bilan d'une cliente pour la recherche d'éventuelles ITG sexuellement transmissibles consiste à faire un examen abdominal et gynécologique attentif.

Chez une femme, il est important de vérifier :

- Si elle n'a pas de douleurs ou une sensibilité du bas-ventre.
- La présence d'ulcérations génitales, de plaies ou de ganglions dans l'aïne.
- La présence de pertes cervicales purulentes, d'un col friable (qui saigne facilement) ou de pertes vaginales non identifiées.

- Douleurs à la mobilisation cervicale.
- Masses sus-pubienne, annexielle ou pelvienne.

Conseil pour éviter tout danger : En présence de l'un des symptômes susmentionnés, on remettra à plus tard la décision d'insérer ou non le DIU jusqu'à ce qu'un bilan complémentaire de la cliente ait été fait.

Conseils pour la prévention des infections pendant l'insertion

Afin de minimiser pour les clientes les risques d'infections après l'insertion, le personnel du centre doit veiller à ce que l'environnement reste aseptique. Pour cela, il doit :

- Exclure les clientes qui, de par leurs antécédents et après examen physique présentent un risque d'infections du tractus génital sexuellement transmissibles.
- Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon avant et après chaque intervention.
- Chaque fois que possible, demander à la cliente de laver ses parties génitales avant l'examen gynécologique de dépistage.
- Utiliser des instruments et des gants (aux deux mains) désinfectés à haut niveau (ou stérilisés). On peut également utiliser des gants d'examen à jeter (usage unique).
- Après avoir inséré le spéculum et tout en examinant le col, badigeonner plusieurs fois et abondamment le col de l'utérus et le vagin avec une solution antiseptique avant de procéder à l'intervention.
- Charger le Dispositif Intra Utérin (DIU) dans son emballage stérile.
- Employer la technique d'insertion « sans toucher » pour minimiser tout risque de contamination de la cavité utérine (ne pas passer plus d'une fois l'hystéromètre ou le DIU chargé par le col de l'utérus).
- Se débarrasser des déchets (gaze, coton et gants jetables) avec les mesures de précaution qui s'imposent après l'insertion du DIU.
- Décontaminer les instruments et les objets réutilisables aussitôt après usage.

Conseils pour la prévention des infections pendant le retrait

Bien qu'il soit rarement associé à une infection pelvienne, le retrait du DIU doit être exécuté avec les mêmes précautions. Pour réduire les risques que courent les prestataires de services et leurs assistants durant le retrait du DIU, voici quelques conseils dans le cadre ci-après pour la prévention des infections.

- Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon avant et **après** chaque intervention.
- Chaque fois que possible, demander à la cliente de se laver les parties génitales avant l'examen gynécologique.
- Utiliser des instruments et des gants (**aux deux mains**) **propres, désinfectés à haut niveau** (ou stérilisés). On peut également utiliser des gants d'examen à jeter (usage unique).
- Badigeonner abondamment à **plusieurs** reprises le col de l'utérus et le vagin avec une solution antiseptique avant **de procéder à l'intervention**.
- Après le retrait du DIU, se débarrasser des déchets (gaze, coton et gants jetables) avec les mesures de précaution qui s'imposent.
- Décontaminer les instruments et les articles réutilisables aussitôt après usage.

10.3.4. Administration des contraceptifs injectables

Administrer un contraceptif injectable à base de stéroïdes comme le Depo-Provera^R est une intervention invasive vu que l'injection pénètre sous la peau qui est l'enveloppe protectrice de l'organisme. Il faut observer une bonne technique aseptique pour prévenir l'infection. On risque souvent des abcès lors de ces injections. Préparer soigneusement la peau avant l'injection permet de supprimer la plupart des micro-organismes qui se trouvent sur la peau de la cliente et d'éviter

ainsi les cellulites (infections de la peau) et la formation d'abcès à l'endroit de l'injection.

On recommande d'utiliser des aiguilles et des seringues à usage unique pour toutes les injections faites aux clientes

- **NB :Ne pas capuchonner les aiguilles utilisées.**Après injection jeter l'aiguille ou la seringue dans une boîte à tranchant étanche.

Conseils de sécurité pour l'utilisation des aiguilles et des seringues à usage unique

Quand on utilise des aiguilles et des seringues à usage unique (jetables) il est important :

- Que chaque aiguille ou seringue ne soit utilisée qu'une seule fois
- Que les aiguilles et les seringues ne soient pas démontées après l'utilisation
- Que les aiguilles ne soient recouvertes, pliées ou casées avant de les jeter
- Qu'elles soient jetées correctement dans un récipient étanche
- Qu'un stock suffisant soit maintenu

Tableau 11 : Prévention des infections pour l'administration de contraceptifs injectables

Etapes du traitement des instruments et de l'équipement

Méthodes	La décontamination est la première étape du traitement des instruments sales ; elle diminue le risque de SIDA et d'hépatite B	Le nettoyage enlève les particules de matières et améliore la qualité de la désinfection de haut niveau ou stérilisation qui suivront	La désinfection de haut niveau détruit tous les virus bactéries parasites, champignons et certaines endospores	La stérilisation détruit tous les micro-organismes y compris les endospores
Instruments/ équipement	Décontamination	Nettoyage	Désinfection de haut niveau	Stérilisation
Aiguilles et seringues	Remplir aiguilles et seringues assemblées avec solution d'hypochlorite de sodium à 0,5% puis laisser tremper pendant 10 minutes avant de nettoyer. Rincer en éjectant à trois reprises avec de l'eau propre	Démonter puis laver avec un détergent et de l'eau en enlevant toutes les particules. Rincer avec de l'eau propre, sécher les seringues à l'air ou avec une serviette (les aiguilles seront séchées à l'air)	Par ébullition <ul style="list-style-type: none"> Faire bouillir 20 mn dans un récipient à couvercle (compter à partir du moment où l'eau bout) Les aiguilles et les seringues doivent être complètement immergées² Ne rien ajouter au récipient une fois que l'eau bout Sécher à l'air avant d'utiliser ou de stocker Par produits chimiques : Tremper pendant 20 mn. Dans <ul style="list-style-type: none"> Du formaldéhyde à 8% ou Un glutaraldéhyde puis bien rincer dans de l'eau qui a été bouillie pendant 10 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> A chaleur sèche pendant deux heures après avoir atteint 160°C (320°F) (seringues de verre seulement) ou A l'autoclave à 121°C (250°F) et 106 pka (15 lbs/in²) pendant 20 minutes (30 minutes si enveloppées)
Bacs à instruments	Tremper pendant 10 minutes dans une solution d'hypochlorite de sodium à 0,5% avant le nettoyage (rincer ou laver immédiatement)	Laver avec un détergent et de l'eau enlever toutes les particules. Rincer avec de l'eau propre, sécher à l'air ou avec une serviette	Faire bouillir comme ci-dessus- si le récipient est trop grand <ul style="list-style-type: none"> Remplir le récipient avec une solution d'hypochlorite de sodium à 0,5% et laisser reposer pendant 20 minutes Rincer avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes et faire sécher à l'air avant utilisation Ré désinfecter chaque semaine lorsque vide ou contaminés	<ul style="list-style-type: none"> A chaleur sèche pendant une heure après avoir atteint 170°C (340°F) ou A l'autoclave à 121° C (250°F) et 106 pka (15 lbs/in²) pendant 20 minutes (30 minutes si enveloppés) Ré stériliser toutes les semaines lorsque vides ou contaminés.

¹ Si non enveloppé, utiliser immédiatement, si enveloppé, peut être stocké pendant une semaine avant d'être utilisé

² placer les objets qui flottent dans un sac perméable lesté

PARTIE DE LA FORMATION SANITAIRE RESERVEE A L'ADMINISTRATION DES CONTRACEPTIFS

Toute salle de petite chirurgie ou de traitement peut servir pour l'administration des contraceptifs. La pièce devrait être si possible à l'écart des zones très fréquentées de la formation sanitaire. La pièce devrait :

Avoir un bon éclairage,

Avoir un sol en carrelage ou en ciment pour faciliter le nettoyage ;

Ne pas avoir de poussière ni d'insectes ;

Etre climatisée si nécessaire et si possible. Si l'on faut ouvrir les fenêtres pour aérer la pièce, celles-ci doivent être pourvues de moustiquaires à mailles bien serrées.

Il devrait y avoir des installations sanitaires pour se laver les mains à proximité et des récipients (avec des couvercles bien ajustés) ou des sacs en plastique pour jeter les déchets contaminés. Il faudrait avoir à sa disposition des récipients étanches pour jeter, sans danger, les aiguilles et les seringues

❖ PREPARATION DE LA PEAU DE LA CLIENTE

La peau ne peut pas être stérilisée, mais passer un antiseptique à l'endroit de l'injection, de l'insertion ou de l'incision diminue le nombre de micro-organismes qui sont sur la peau de la cliente. C'est important car cela réduit le risque d'infections après l'injection.

Si la partie de la peau est visiblement sale, laver soigneusement avec de l'eau et du savon ou passer un antiseptique pour nettoyer l'endroit de l'intervention.

Utiliser une boule de coton propre et appliquer généreusement de l'alcool à 60-90° à l'endroit de l'injection en faisant des mouvements circulaires répétés en partant du centre.

Laisser sécher

❖ CONSEILS DE PI POUR LES INJECTIONS :

✓ Se préparer

Se laver soigneusement les mains avec du savon et de l'eau

Essuyer le haut du flacon avec du coton imbibé d'alcool à 60-90°. Laisser sécher.

Ouvrir le sachet et prendre l'aiguille et la seringue stériles.

secouer vigoureusement le flacon contenant le produit

- Renverser le flacon et aspirer la totalité du liquide dans la seringue. Utiliser la même aiguille que vous utiliserez pour l'injection

✓ Préparer le point de l'injection

Nettoyer la peau avec de l'alcool éthylique ou isopropylique à 60-90° en enlevant toute trace visible, tel que décrit ci-dessus

Laisser sécher avant de faire l'injection

Faire l'injection

NB : Eviter surtout de masser le point d'injection pour éviter une diffusion rapide pouvant causer une baisse de la durée de protection du dépo provéra .

✓ Après l'injection

- Ne pas recouvrir, plier ou casser l'aiguille.
- Jeter l'aiguille et la seringue assemblée dans un récipient étanche, par exemple une boîte à tranchants en plastique ou encore une boîte de métal avec un couvercle.
- Eviter de vous blesser accidentellement avec les aiguilles ; en cas de blessure accidentelle, considérer comme Accident d'Exposition au sang et aux liquides biologiques (AES) et consulter pour une prise en charge appropriée.
- Ne pas désassembler les aiguilles et les seringues à usage unique après les avoir utilisées, et ne pas les recouvrir, les plier ou les casser avant de les jeter.
- Placer le récipient à proximité de l'endroit où on va l'utiliser pour que le personnel chargé de l'entretien n'ait pas à transporter d'objets pointus.
- Se débarrasser du récipient lorsqu'il est plein en l'incinérant dans un endroit approprié.

En cas d'infection :

Traiter l'abcès de l'injection par les moyens généralement utilisés pour les infections des plaies locales.

❖ UN ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL SÛR ET SANS DANGER

Maintenir propre son environnement de travail, sans risque d'infection pour l'administration de contraceptifs, relève d'effort constant demandant un recyclage régulier du personnel de la clinique et une étroite supervision.

Si l'on observe à la lettre les pratiques recommandées, il est possible d'éviter des infections consécutives aux injections et la transmission de maladies comme l'hépatite B et le VIH/SIDA. Mais les pratiques mentionnées ci-dessus doivent être consciencieusement appliquées avant, pendant et après chaque intervention. Du laxisme, à un moment ou à un autre, peut avoir des résultats désastreux du point de vue de l'intervention qui suivra.

10.4. HYGIENE ALIMENTAIRE DE L'ENFANT

La prévention de l'infection chez le nouveau né et l'enfant passe par une bonne hygiène alimentaire.

Les parents devront recevoir des conseils appropriés pour leur permettre de bien alimenter leurs enfants avec le minimum de risque d'infections.

Comment préparer et donner des repas de manière hygiénique

Les laits et les aliments de complément demandent une préparation propre et saine afin de réduire les risques de contamination et les maladies qui en résultent.

Les principaux points dont il faut tenir compte pour la préparation propre et saine sont :

- Une hygiène corporelle et vestimentaire correcte.
- Des mains propres (toujours se laver les mains après avoir été aux toilettes, après avoir nettoyé les fesses de bébé, avant de préparer ou de servir la nourriture, avant de manger, etc.)
- Des ustensiles propres
- De l'eau potable et de la nourriture propre
- Une conservation sans risque.

Pourquoi l'alimentation à la tasse est recommandée au lieu du biberon

Les biberons sont facilement contaminés et sont difficiles à laver. Ils doivent être bouillis pour être vraiment propres.

Les biberons sales et le lait contaminé peuvent provoquer la diarrhée chez les bébés.

L'alimentation au biberon est associée aux fréquentes infections de l'oreille.

Il n'est pas nécessaire de faire bouillir la tasse comme il le faut pour un biberon. Pour nettoyer la tasse, il faut la laver avec de l'eau chaude et du savon après chaque utilisation. La tasse est plus facile à nettoyer si elle est ouverte et a une surface lisse. Évitez les petits goulots, les couvercles et les surfaces rugueuses où les bactéries peuvent proliférer.

Les biberons et les tétines sont plus difficiles à nettoyer que les tasses. Le biberon et la tétine doivent être rincés immédiatement après un repas, puis lavés avec une brosse, de l'eau chaude et du savon. Ils doivent être désinfectés à haut niveau avant une prochaine utilisation. Ceci demande du temps, de l'attention et du combustible.

PREVENTION DES INFECTIONS DANS LE CADRE DE LA LUTTE CONTRE LES IST/VIH/SIDA

Depuis l'apparition des premiers cas de sida en 1981 et l'identification du virus en 1983, différentes études ont permis de comprendre les modes de transmission du VIH et les situations où il n'y a pas de risque.

1. MODE DE TRANSMISSION DU VIRUS

Le VIH, responsable de la maladie, n'est transmissible que dans des circonstances précises. Il peut se transmettre par le sang, à l'occasion des rapports sexuels non protégés ou d'une mère atteinte à son enfant (au cours de la grossesse ou de l'accouchement et lors de l'allaitement maternel).

Pour pouvoir se protéger et protéger les autres, chacun doit connaître les modes de transmission du virus, de façon à tenir compte des risques liés à sa situation et à ses pratiques personnelles.

De nombreuses personnes ont une vie qui ne les expose pas aux risques de contamination par le VIH, mais peuvent à l'occasion de changements survenant dans leur existence se trouver dans des situations à risque. Il est donc nécessaire de connaître les situations ainsi que les précautions qui permettent d'éviter les risques de transmission.

Le virus est présent dans les liquides biologiques des personnes atteintes et notamment :

- Le sang ;
- Le sperme et le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection) chez l'homme ;
- Les sécrétions vaginales et le lait chez la femme.

Le virus peut se transmettre par ces liquides. Il faut cependant une quantité et une concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination. Des particules virales ont été isolées dans la salive, les larmes et l'urine, en trop faible quantité pour représenter un risque de contamination.

Pour pénétrer dans l'organisme, le virus doit trouver une porte d'entrée :

- Un contact avec une muqueuse (paroi qui tapisse le vagin, le rectum, la bouche, etc.), par exemple lors des rapports sexuels non protégés ;
- Un contact direct avec une plaie en cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé ;
- Un passage direct dans le sang, notamment par une piqûre avec une seringue contaminée ou d'une mère atteinte, à l'enfant pendant la grossesse.

Les gestes de la vie quotidienne (poignée de main, caresses, bises) ne permettent pas au virus de pénétrer dans l'organisme de même que l'utilisation d'équipements publics (toilette, douche, piscine) ou d'objets courants (verres, couverts, etc.).

2. RISQUES DE TRANSMISSION PAR LES SECRETIONS

Chez une personne atteinte par le VIH, le virus est présent en quantité suffisante dans les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales) pour rendre possible une contamination.

a) Rapports sexuels non protégés

Il y a situation à risque de transmission du VIH chaque fois que des partenaires ont un rapport sexuel avec pénétration sans préservatif :

- Lorsque l'un des partenaires est atteint par le VIH ;
- Lorsque les partenaires n'ont pas la certitude que l'autre n'est pas atteint par le VIH ;

Les rapports sexuels avec pénétration sans préservatif sont le principal mode de transmission du virus. Un seul rapport sexuel avec une personne atteinte par le VIH est suffisant pour qu'une contamination ait lieu.

Le risque est encore plus grand :

- Au cours du premier rapport sexuel ;
- Lors des règles de la femme ;
- Si l'un des partenaires est porteur d'une maladie sexuellement transmissible ;
- Si le rapport sexuel s'accompagne de violence ce qui peut provoquer des lésions, mêmes invisibles.

b) Contacts de la bouche avec le sexe ou l'anus

En cas de contact non protégé de la bouche avec le sexe masculin (fellation) ou féminin (cunnilingus) les risques de transmission du VIH sont beaucoup plus faibles que lors des pénétrations anales ou vaginales sans protection, mais ils ne sont pas nuls. Pour se protéger de ces risques, il faut en particulier éviter d'avoir du sperme dans la bouche. Non protégés, les contacts bouche sexe sont également cause de contamination par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Les contacts bouches anus peuvent transmettre diverses maladies.

c) Le préservatif

Les préservatifs masculins et féminins sont une excellente protection contre la transmission du VIH et des maladies sexuellement transmissibles en général. Il existe différentes sortes de préservatifs, lubrifiés ou non, avec ou sans réservoir à l'extrémité, de textures, d'épaisseurs, de couleur et de taille différentes. Il est important de vérifier que la date limite d'utilisation inscrite sur l'emballage n'est pas dépassée. Il faut éviter de conserver trop longtemps le préservatif dans une poche ou un porte feuille (la chaleur et les pliures les endommagent).

Pour que l'utilisation du préservatif devienne plus rapidement familière, et donc plus facile, il peut être utile de se entraîner d'abord seul à le poser.

CONDUITE A TENIR EN CAS D'ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG (AES) ET AUTRES LIQUIDES BIOLOGIQUES

Ce type de prévention est une prophylaxie de dernier recours, au cas où l'AES malgré tout serait survenu :

Les premiers soins ou la conduite à tenir en cas d'urgence

❖ Dès la survenue de l'AES :

- Suspendre temporairement l'activité en cours
- En cas de piqûre, de coupure ou de contact direct avec un liquide biologique sur une peau lésée :
 - Nettoyer immédiatement la zone contaminée à l'eau et au savon,
 - Tremper au moins 5mn dans du soluté de dakin ou dans un bain de bétadine ou à l'alcool 70

- En cas de projection sur les muqueuses ou dans les yeux :
 - Rincer immédiatement et abondamment à l'eau courante ou au sérum physiologique,
 - Consulter un médecin référent,
 - Déclarer l'accident.

Prophylaxie de la transmission des agents :

❖ **Evaluation du risque infectieux viral**

a) Les éléments à prendre en compte

L'évaluation des risques infectieux doit être faite de façon immédiate par un médecin. Les personnes les mieux placées pour fournir un conseil médical spécialisé sur l'évaluation des risques infectieux sont : soit un médecin référent pour la prophylaxie soit un médecin de travail. Cette évaluation est assurée à chaque fois que cela est possible en liaison avec l'équipe qui a en charge le patient source. Les deux éléments fondamentaux à prendre en compte impérativement lors de l'évaluation sont : **la sévérité de l'exposition et la nature du liquide responsable.**

- La sévérité de l'exposition

Plus la blessure est profonde plus le risque de contamination est élevé.

Les piqûres par aiguille creuse contenant du sang tels les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont plus susceptibles d'entraîner une contamination.

Les piqûres avec des aiguilles sous cutanées ou intra musculaire ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines comme les aiguilles à suture, présentent un risque moindre de contamination par le VIH.

Les projections cutanées muqueuses présentent un risque encore plus faible.

- Nature du liquide biologique responsable

Les liquides impliqués dans des contaminations professionnelles prouvées : sang ou liquides biologiques contenant du sang

Liquides potentiellement contaminant (le VIH y est retrouvé) sperme, sécrétions vaginales, le lait, le liquide amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalorachidien

Dans la salive les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales, la sueur, le virus est indétectable ou en concentration très faible pour entraîner une contamination

Pour les seringues abandonnées, le virus pourrait survivre plusieurs jours et garder son pouvoir infectant.

A ces deux, on peut ajouter d'autres éléments comme :

- Le délai de consultation

Le risque de l'infection est plus élevé si le délai est plus long.

Après quarante huit heures (48heures) , la victime est orientée vers un diagnostic précoce.

Il faut signaler que le risque de transmission du VHB est plus élevé que celui du VIH.

- Statut sérologique du patient source

Le statut sérologique du patient source doit être déterminé pour ce qui concerne le VIH, VHB ou VHC avant le huitième (8^e) jour.

Si la sérologie du patient source est positive, rechercher la virémie au VIH, VHB et VHC.

- L'état clinique du malade doit être apprécié.

Il permet d'avoir une idée sur l'évolution de la maladie (Asymptomatique ou Stade SIDA).

b) Etapes de l'évaluation

- ✓ Si le patient source est connu comme séropositif (VIH+), la décision de prophylaxie repose sur les critères de sévérité de la blessure :

Exposition massive à haut risque : piqûre profonde avec un dispositif intra vasculaire ou aiguille creuse ayant servi par voie intra veineuse ou intra artérielle et toute exposition à du VIH concentré en laboratoire).

Exposition intermédiaire : coupure par un bistouri a travers les gants, ou de piqûre superficielle avec une aiguille creuse ayant servi par voie intra veineuse ou intra artérielle.

Exposition minime à risque faible, simple érosion épidermique superficielle avec une aiguille pleine (à suture) ou creuse et de petit calibre (IMOU S/C) ou d'un contact cutané muqueux sans blessure.

- ✓ Statut de la personne source inconnu au moment de l'accident, la décision repose sur :

Présence d'un argument pouvant suggérer une infection VIH chez la personne source : symptomatologie clinique ou biologique compatibles soit avec une primo-infection, soit avec un déficit immunitaire sévère.

Des arguments épidémiologiques peuvent rentrer en ligne de compte, prévalence de l'infection parmi les malades prise en charge dans l'établissement, notion de facteurs de risque chez la personne source.

Dans ce cas l'étude de l'exposition est déterminante :

- * Le traitement est recommandé pour une exposition à haut risque,
- * Il se discute pour une exposition à risque intermédiaire ou faible,
- * Dans le cas particulier des seringues abandonnées, le traitement se discutera en fonction de la profondeur de la piqûre, tout en sachant que le risque est faible en raison de la coagulation du sang dans la aiguille.

Il existe aucun argument suggérant une infection chez la personne source.

Le traitement ne se discute que en cas d'exposition à haut risque.

Dans tous les cas, il est important même secondairement, de rechercher le statut de la personne source, et si est inconnu de lui proposer un dépistage, avec son consentement qui permettra en cas de négativité d'interrompre le traitement débuté.

- ✓ Evaluation de la situation au regard du risque de transmission du VHB et VHC.

Si le patient source est virémique pour le VHC ou si son statut vis-à-vis du VHC est inconnu, il faut mettre en place un suivi Biologique permettant le diagnostic précoce d'une infection chez le sujet exposé.

Quelle que soit la connaissance, le statut sérologique et virémique du sujet source pour le VHB, si la personne exposé n'est pas vaccinée ou si son immunisation vis-à-vis de hépatite B n'a pas été récemment vérifiée, ou si, le résultat

de l'antigène HBS et les anticorps ANTI-HBS ne sont pas obtenus dans les douze heures, il y a indication à injecter précocement (dans les 12 heures) des gammaglobulines anti HBS et ultérieurement à prévoir une vaccination.

❖ **Vérifier le statut sérologique du patient**

Le statut sérologique initial doit être réalisé, le plus tôt possible et dans un délai maximum de huit (8) jours suivant le fait accidentel.

Cette analyse est indispensable pour avoir un diagnostic de référence.

❖ **Le traitement prophylactique du VIH :**

Décision du traitement

* Critère de décision du traitement

La décision du traitement est fonction de la nature de l'exposition et du statut sérologique du patient source.

* Bilan biologique initial

Un bilan biologique initial est nécessaire chez le soignant à la recherche de contre-indication ou interaction médicamenteuse

* Début du traitement

Le délai d'instauration du traitement doit être le plus court possible (idéalement avant quatre heures) et si possible ne jamais dépasser les quarante huit heures.

Modalité du traitement

* Le protocole

Le protocole est la tri thérapie associant : Zidovudine+ Lamivudine + Indinavir

Si le patient source est sous traitement ARV :

- Si bien contrôlé : reconduire le même traitement
- Si mal contrôlé : réfléchir à un autre schéma thérapeutique

* Les précautions

Rechercher les contre indications

Rechercher une grossesse pouvant faire discuter le traitement (effets secondaires)

Eviter les protocoles comprenant un inhibiteur de la reverse transcriptase : effets secondaires

Suivi du traitement

- * Suivi de la sérologie
- * Bilan des effets secondaires

❖ PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS D'EXPOSITION

Devant un accident d'exposition au VIH, une conduite à tenir adaptée et systématique doit être entreprise. **Elle comporte les étapes suivantes :**

1. La précision de la nature de l'exposition

Il peut s'agir de :

- Piqûres ou blessures par objets souillés, projections cutanées ou muqueuses de sang ou de liquide biologique contenant du sang ;
- Une exposition sexuelle, rapport sexuel non protégé avec une personne séropositive ou dont le statut sérologique est inconnu, le risque dépend du type de rapport ;
- Partage de seringue par des usagers de drogues (situation peu fréquente au Burkina Faso).

2. Le nettoyage de la plaie

Certains gestes immédiats en cas d'accident d'exposition à du sang sont requis :
Le nettoyage de la plaie à l'eau courante et au savon puis l'utilisation d'un antiseptique chloré pendant au moins 5 minutes.

3. La détermination des statuts sérologiques de la victime et de la personne source de la contamination.

Le statut sérologique de la victime et de la personne source doit être déterminé avant le 8^{ème} jour suivant l'exposition, puis au 3^{ème} et 6^{ème} mois.

4. L'évaluation du risque

Les éléments à prendre en compte sont :

- Le délai entre l'exposition et la consultation.
- La sévérité de l'exposition de la nature du liquide biologique responsable.
- Le statut sérologique de la personne source.

5. Le traitement prophylactique par les Anti É rétroviraux.

- Bilan initial à pratiquer dans les 48 premières heures

“ Sérologie VIH

“ Ag HBS

“ Transaminases

- Bilan de surveillance

“ Sérologie aux 3^{ème} et 6^{ème} mois

“ NFS

“ Transaminases

- Le Traitement anti-rétroviral

Il doit être débuté dans les 48 heures, au mieux dès la 4^{ème} heure :

* La mono thérapie doit être évitée,

* La durée du traitement sera de 2 à 4 semaines,

* Le traitement idéal sera une trithérapie en évitant les médicaments utilisés par la personne source si elle est en situation de échec virologique

Les protocoles proposés sont :

- D4T-DDI-IP

- AZT-DDI-IP

- AZT-3TC-IP

LdP peut être remplacé un INN

6. Recommandations générales

La victime doit appliquer les recommandations suivantes :

- Pas de grossesse dans les 6 mois qui suivent, par conséquent une contraception efficace sera nécessaire ;

- Protéger les rapports sexuels avec le partenaire dans les 6 mois qui suivent ;

- S'abstenir de donner du sang et de allaiter dans les 6 mois qui suivent ;

- Consulter en cas de signe clinique anormal ou de effets secondaires médicamenteux ;

- Déclaration si il s'agit d'un accident de travail ;

- Les hôpitaux sont tenus de mettre à la disposition du personnel soignant les moyens de protection individuelle, le matériel de sécurité et des médicaments devront être disponibles aux urgences ou dans les dépôts pharmaceutiques si ceux-ci sont fonctionnels 24h/24h. Par ailleurs en cas de contamination, les textes en vigueur en matière d'accident du travail devront être appliqués.

SANTE DES PERSONNES AGEES

I-DEFINITION DES CONCEPTS

❖ Adulte

C'est une personne qui est parvenue à sa croissance complète

Vieillesse

Le vieillissement est l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge adulte. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillesse intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. C'est un processus lent et progressif qui marque l'évolution d'un organisme vers la mort.

❖ Vieillesse

La vieillesse caractérise la dernière période de la vie marquée par un ralentissement voire une insuffisance des fonctions de l'organisme.

❖ Personne âgée

Selon le découpage des tranches d'âges admis au plan international, il s'agit d'une personne ayant 60 ans et plus. Toutefois dans le contexte socioculturel africain et notamment burkinabé, la notion de personne âgée revêt une signification multidimensionnelle variant en fonction des milieux et des cultures. **Dans ce document, sera considérée comme « personne âgée toute personne ayant 50 ans et plus ».**

❖ Gériatrie

C'est une discipline médicale consacrée à la prise en charge des maladies des personnes âgées.

❖ Gériatrie

C'est l'étude de la vieillesse et du vieillissement sous leurs divers aspects (médical, psychologique, social etc.).

❖ Psycho-gériatrie

C'est l'étude de l'hygiène mentale de la personne âgée et la prévention chez elle des conséquences psychologiques du vieillissement, de la vieillesse et de la maladie.

❖ Quatrième âge

C'est la période suivant le troisième âge où la plupart des activités deviennent impossibles.

❖ Sénescence (voir vieillissement)

En biologie, la sénescence ou vieillissement est un processus physiologique qui entraîne des modifications progressives des êtres vivants au cours du temps.

II-PROBLEMES DE SANTE EN RELATION AVEC LA SR DES PERSONNES AGEES

1-Les troubles mictionnels

Ce sont l'incontinence, la rétention et la dysurie

- L'incontinence urinaire est la perte incontrôlée des urines qui peut aboutir, si elle est abondante, à un isolement social avec rejet parfois puis à des conséquences psychologiques (dépression) quand elle n'est pas efficacement gérée.
- La rétention urinaire est une accumulation d'urine dont l'écoulement est momentanément interrompu. La rétention est très souvent en rapport avec une affection prostatique chez l'homme.
- La dysurie est une difficulté et/ou une douleur à la miction. Elle peut être d'origine tumorale (bénigne ou maligne).

2-Syndromes liés au vieillissement de l'appareil génital

Les personnes âgées sont confrontées aux troubles liés à la ménopause (bouffées de chaleur, sécheresse des muqueuses, troubles de la mémoire, irritabilité) à l'andropause (pannes sexuelles, anéjaculation, alcoolisme, irritabilité, dépression), aux cancers génitaux (verge, utérus, seins, testicules, col, vagin), à l'adénome et au cancer de la prostate, etc.

3-La dénutrition

Elle est aggravée dans un contexte de sénescence et elle est le premier facteur d'immunodépression chez la personne âgée. Elle touche plus du tiers des sujets âgés. Principalement protéino-énergétique, elle expose la personne âgée aux infections avec un taux de létalité élevé. Dans un contexte de pauvreté, la dénutrition

est aggravée par les facteurs organiques (baisse du goût, perte dentaire) et les facteurs sociaux (isolement, ennui, diminution des revenus, ignorance des besoins par l'entourage).

4-La douleur

La douleur est un symptôme de grande importance chez les personnes âgées. Elle peut être chronique, d'intensité modérée à sévère. Son intensité est souvent sous-estimée par l'entourage chez la personne âgée. Ses principales causes sont les affections cancéreuses, les neuropathies, les affections ostéo-articulaires, etc.

5-La dépression

La dépression est une affection mentale se traduisant par un trouble profond de l'humeur (tristesse, désir de mort, sentiment de dévalorisation et d'inutilité). Sa prévalence croît avec l'âge.

6-Les démences

Le syndrome démentiel est fréquent chez la personne âgée. Il est fait d'une altération de la mémoire, d'une ou de plusieurs perturbations cognitives (trouble de l'orientation, de l'attention, de calcul, d'abstraction,) et une altération significative du fonctionnement social ou professionnel.

III-NORMES

1- Qui peut prendre en charge une personne âgée

-les personnels de santé formés :

Médecin, gériatre, psychogériatre, neurologue, psychiatre ,Attaché de santé en psychiatrie, et autres spécialités

Sage-femme/maïeuticien ; Infirmier (ière) ;agents sociaux formés à cet effet.

Où peut-on offrir les soins aux personnes âgées?

- Formations sanitaires ;
- A domicile ;
- Centre d'accueil pour personne âgée.

III - Protocoles

III-1-Soins promotionnels, préventifs et réadaptatifs.

1-Soins promotionnels

- Sensibilisations sur les questions de hygiène et de nutrition et les questions spécifiques à la santé des PA notamment la pratique du sport adapté et des loisirs
- IEC sur la santé de la reproduction notamment la promotion des méthodes contraceptives, et de prévention des IST/VIH Sida
- Campagne de dépistage des affections chroniques (HTA, diabète) et cancéreuses (cancer du col de l'utérus, du sein).
- Counseling sur la santé de la reproduction,
- Conseils nutritionnels et hygiéno-diététiques (excitants, alcool),
- Sensibilisation sur les maladies chroniques.
- Promotion d'une alimentation saine et équilibrée

2- Soins préventifs

1.1. Prévention primaire

- IEC pour changement de comportement (alcool, tabac, activités sexuelles, alimentation ; consommation abusive de substances psychoactives et médicaments; etc)
- Alimentation et supplémentation alimentaire
- Jeux de société
- Exercices physiques
- Information sur les droits des PA en matière de santé (visite médicale annuelle ; réduction des tarifs des prestations; etc)
- Promotion de la valorisation du rôle social au sein de la communauté ;
- Lutte contre l'isolement et la maltraitance, les préjugés.
- Hygiène individuelle (corporelle ; bucco dentaire ; alimentaire ; et vestimentaire)
- Vaccination (MCS ; grippe ;Pneumonie à pneumocoque ; etc);

1.2. Prévention secondaire

- Dépistage et traitement précoces des maladies chroniques (cancers, HTA, diabète, cataractes, surdité etc)

- Dépistage et traitement précoces des troubles de la sexualité et troubles hormonaux (impuissance, dysfonctionnement érectile, frigidité, dyspareunie, sécheresse des muqueuses, troubles dermatologiques, ectõ)
- Dépistage et traitement précoces des infections sexuellement transmissibles et du SIDA ;
- Prise en charge des troubles de la locomotion et des troubles mictionnels
- Prise en charge des dépressions et troubles du sommeil
- Visites médicales périodiques

3-Soins réadaptatifs

- Prise en charge des handicaps (cécité, surdité, cardiopathies chroniques, déficits moteurs et psychologiques, incontinences urinaires, les prolapsus génitaux,õ)
- Corrections des troubles du climatère (période péri ménopausique)
- prise en charge des démences (alzeihmer ; démence sénile ;)
- Prothèses (cardiaques, auditives, dentaires, oculaires, implants õ),
- Soins orthopédiques,
- Kinésithérapie fonctionnelle,
- Correction des troubles oculaires,
- Autres soins rééducatifs

III-2-Diagnostic des maladies des personnes âgées

Du fait de l'âge, la structure et les fonctions de l'organisme peuvent être modifiées. Il faudra en tenir compte au cours de la prise en charge.

Expliquer clairement toutes les conditions de prise en charge.

Conditions nécessaires à l'examen

- Etablir une atmosphère de confiance (empathie).
- Avoir du tact et de la patience dans l'interrogatoire et l'examen.
- Inviter la personne à s'exprimer et à poser des questions
- Avoir une écoute active et attentive.
- Expliquer toujours les gestes et actes que l'on s'apprête à poser.
- Tenir compte de la dimension psychologique et physique de la personne âgée tout au long de l'examen.

Examen proprement dit

- Faire un examen physique complet (appareil par appareil) et en donner le résultat si possible
- Prescrire et expliquer si besoin, les examens paracliniques et indiquer là où les réaliser et le pourquoi.
- Expliquer l'ordonnance et le lieu le plus proche où l'on peut se procurer les produits et le pourquoi.
- Expliquer l'importance de la visite de suivi.
- Impliquer la famille tout au long du processus.

III-2-1-Prise en charge

« Traiter la douleur en suivant les différents paliers »

Au niveau communautaire

- Recensement des PA par aire de santé
- Orientation des PA vers les structures de santé
- Signalement des cas de maltraitance des PA aux autorités compétentes.
- Prévention des escarres,
- Soins et Suivi à domicile par les associations et les agents communautaires.
- La famille ou l'entourage doit veiller à l'observance des traitements prescrits, assurer une présence physique, et une surveillance avec des liens affectifs des personnes âgées.
- développer des activités de loisirs (jeux de sociétés)
- aménager des espaces de rencontres.
- encourager l'implication des personnes âgées dans la vie communautaire.
- Faciliter si possible le déplacement des personnes âgées
- encourager les activités physiques des personnes âgées
- encourager la vie associative des personnes âgées

Au niveau des services de santé

Au CSPS

1.1 Soins curatifs

Dans la prescription des médicaments, adapter les posologies à l'âge et à la physiologie des patients (fonction hépatique, rénale et cardiaque, cérébrale)

Ces soins comportent :

- Prise en charge des affections courantes selon le GDT
- Suivi de la PEC des pathologies chroniques (tuberculose, diabète, HTA, etc.),
- Suivi des soins curatifs à domicile

1.2 Soins préventifs

- Dépistage de pathologies à chaque contact
 - o Recherche d'une HTA,
 - o Recherche de cancer du col de l'utérus, du sein, et la tumeur de la prostate
 - o Recherche de troubles spécifiques de la PA (Troubles mictionnels et sexuels, Troubles de la locomotion, troubles visuels, etc.),
 - o Examens para cliniques : Albuminurie, glycosurie
 - Visite médicale annuelle systématique
 - o examen clinique:
 - recherche d'une HTA,
 - Dépistage : cancer du col utérus, du sein et de la prostate, Troubles spécifiques de la PA (Troubles mictionnels et sexuels, Troubles de la locomotion, troubles auditifs et visuels, etc.)
 - o Para clinique: Albuminurie, glycosurie
 - o Vaccination : Méningite cérébrospinale, Grippe, Pneumocoque
- NB: la visite médicale et la vaccination devront être planifiées dans les plans d'action des structures de santé.
- IEC : hygiène individuelle (corporelle, bucco-dentaire, vestimentaire, alimentaire) et collective ; ces activités doivent être intégrées dans les activités de routine.
 - Prévoir dans les formations sanitaires des places assises adaptées.

1.3 Soins promotionnels

- Sensibilisation sur les questions d'hygiène et de nutrition et les questions spécifiques à la santé des PA notamment la pratique du sport adapté et des loisirs.
- IEC sur la santé de la reproduction notamment la planification familiale et la prévention des infections (comme cibles secondaires) ; activités sexuelles ;
- Campagne de dépistage des affections chroniques (HTA, diabète) et cancéreuses (cancer du col de l'utérus, du sein et de la prostate).

1.4 Soins réadaptatifs

- Suivi des soins réadaptatifs prescrits,
- IEC pour la réinsertion sociale en collaboration avec les techniciens de l'action sociale et les organisations communautaires.

III-4-2-Au CMA

Au deuxième échelon (CMA), la personne âgée a accès à un médecin et des spécialistes pour la prise en charge des affections chroniques. Mais cette prise en charge ne bénéficie pas d'une organisation spécifique, ce qui rend difficile l'accès aux soins de qualité pour la personne âgée ;

2.1 Soins curatifs

- Consultations de référence ou de premier contact
- Prise en charge des :
 - o traumatismes
 - o douleurs,
 - o affections neuropsychiatriques,
 - o affections génito-urinaires,
 - o affections bucco-dentaires,
 - o affections dermatologiques,
 - o affections oculaires et auditives,
 - o troubles liés à la sédentarité: Hypotension, ralentissement intestinal,
 - o troubles urinaires, ,
 - o malnutrition sévère.

- pathologies cardio vasculaires et métaboliques
- autres syndromes ;
- Nursing
- Suivi des patients sous traitement,
- Interventions chirurgicales essentielles (hernie, occlusion, hydrocèle traumatismes mineurs..),

2.2 Soins préventifs

- Dépistage de pathologies à chaque contact
 - Recherche d'une HTA,
 - Recherche de cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate
 - Recherche de troubles spécifiques de la PA (Troubles mictionnels et sexuels, Troubles de la locomotion ; trouble de la vision),
 - Examens paracliniques : Azotémie, glycémie ; numération formule sanguine
- Visite médicale annuelle systématique
 - examen clinique: recherche d'une HTA, Dépistage cancer du col utérus et du sein, de la prostate ; Troubles spécifiques de la PA (Troubles mictionnels et sexuels, Troubles de la locomotion ; troubles de la vision)
 - examens paracliniques: Albuminurie, glycosurie ; numération formule sanguine
- CDV
- IEC : hygiène corporelle, bucco-dentaire, vestimentaire, alimentaire,
- IEC : assainissement du cadre de vie.
- Supplémentation hormonale (ménopause) et en micronutriments,
- Prévention des escarres et infections nosocomiales

2.3 Soins promotionnels

- Conseils sur la santé de la reproduction (activités sexuelles ; pathologies sexuelles ; prévention des infections ; planification familiale),
- Conseils nutritionnels et hygiéno-diététiques (excitants, alcool),
- Sensibilisation sur les maladies chroniques et les troubles liés à l'ostéoporose (chute)
- Conseils sur les activités sportives adaptées et les loisirs.

2.4 Soins réadaptatifs

- Correction des troubles visuels,
- Autres soins réadaptatifs : entretien de la mémoire par la lecture ; exercices de mémorisation ; écoute de la radio ; visionner la télé; jeux de société

III- NIVEAU CHR

3.1 Soins curatifs

- Consultations curatives de référence ou de premier contact.
- Prise en charge des :
 - o traumatismes et leurs complications
 - o douleurs,
 - o affections neuropsychiatriques ,
 - o affections génito-urinaires,
 - o affections bucco-dentaires,
 - o affections dermatologiques,
 - o affections oculaires et auditives,
 - o troubles liés à la sédentarité: Hypotension, ralentissement intestinal, troubles urinaires,
 - o syndromes spécifiques de la malnutrition sévère.
 - o pathologies cardio vasculaires et métaboliques
- Nursing (soins infirmiers)

3.2 Soins préventifs

- Prévention des escarres et infections nosocomiales
- Dépistage des affections chroniques et cancéreuses,
- IEC : hygiène corporelle, bucco-dentaire, vestimentaire, alimentaire. assainissement du cadre de vie

3.3 Soins promotionnels

- Promotion d'une alimentation saine et équilibrée
- Conseils sur la santé de la reproduction (activités sexuelles ; pathologies sexuelles ; prévention des infections ; planification familiale),
- Conseils nutritionnels et hygiéno-diététiques (excitants, alcool),

- Sensibilisation sur les maladies chroniques et les troubles liés à l'ostéoporose (chute).

3.4 Soins réadaptatifs

- Kinésithérapie fonctionnelle,
- Pose de prothèses : dentaires, auditives, Implants oculaires,
- Correction des troubles visuels.
- Autres soins réadaptatifs : (entretien de la mémoire par la lecture ; exercices de mémorisation ; écoute de la radio ; visionner la télé; jeux de société)

IV- NIVEAU CHN/CHU

Soins curatifs

Consultations de référence ou de premier contact

- Soins spécialisés,
 - o Prise en charge des pathologies chroniques,
 - o Prise en charge des syndromes spécifiques aux personnes âgées,
 - o Prise en charge de la malnutrition sévère,
 - o Prise en charge des fractures avec pose de prothèse.
- Nursing

4.1 Soins préventifs

- Prévention des escarres et infections nosocomiales
- Dépistage des affections chroniques et cancéreuses,
- IEC : hygiène corporelle, bucco-dentaire, vestimentaire, alimentaire. assainissement du cadre de vie.

4.2 Soins promotionnels

- Promotion d'une alimentation saine et équilibrée
- Conseils sur la santé de la reproduction (activités sexuelles ; pathologies sexuelles ; prévention des infections ; planification familiale) ,
- Conseils nutritionnels et hygiéno-diététiques (excitants, alcool) ,
- Sensibilisation sur les maladies chroniques et les troubles liés à l'ostéoporose (chute).

4.3 Soins réadaptatifs

- Prothèses (cardiaques, auditives, dentaires, oculaires, implants ō),
- Soins orthopédiques,
- Kinésithérapie fonctionnelle,
- Correction des troubles oculaires,
- Autres soins réadaptatifs (entretien de la mémoire par la lecture ; exercices de mémorisation ; écoute de la radio ; visionner la télé; jeux de sociétéō)

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

1-DEFINITION

Les Infections sexuellement transmissibles (IST) sont des infections transmises par voie sexuelle. Cependant certaines d'entre elles peuvent être contractées par d'autres voies (voie sanguine, voie materno-fœtale). Il existe plusieurs agents responsables des IST dont des champignons, des parasites, des bactéries, des virus (VIH).

2-Voies de transmission

Voie sexuelle : rapports sexuels (vaginal, anal, oral) toutes les IST y compris le VIH

Voie sanguine : le VIH/Sida, VHB, Syphilis, etc

Voie materno-fœtale : VIH/Sida, VHB, Syphilis, Gonococcie, Chlamydia, etc

3-Classification des IST

Principaux syndromes cliniques des IST selon l'agent pathogène	
Syndromes	Etiologies
Écoulement Urétral gonococcie, chlamydie, trichomonase	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis , Ureaplasma urealyticum, Trichomonas vaginalis
Écoulement vaginal : trichomonase, candidose, vaginose bactérienne, chlamydie, herpes	Trichomonas vaginalis , Candida albicans, Gardnerella vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Herpes simplex virus 2
<u>Douleurs abdominales basses ou inflammations pelviennes :</u> salpingite, endométrite, ovarite, paramétrite	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis
<u>Végétations vénériennes</u> condylomes crêtes de coq molluscum contagiosum	Papilloma virus humain,
<u>Gonflement douloureux du scrotum</u> épидидymite, Orchite	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycoplasma hominis, Treponema pallidum
<u>Ulcération génitale</u> syphilis, chancre mou, lymphogranulome vénérien, granulome inguinal ou donovanose, herpes	Treponema pallidum Haemophilus ducreyi, Donovanias granulomatis, Chlamydia trachomatis, Herpes simplex virus 2
<u>Bubon inguinal :</u> lymphogranulome vénérien, chancre mou	Chlamydia trachomatis Haemophilus ducreyi
<u>Conjonctivite purulente du nouveau-né</u>	Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis
<u>SIDA</u>	Virus de l'immuno déficience humaine (VIH)

4-les différentes approches en matière de prise en charge des IST.

La prise en charge des IST se fait suivant deux types de approches :

a) **L'Approche étiologique** (la plus classique) qui consiste en l'utilisation de prépreuves de laboratoire pour identifier l'agent causal. Elle est coûteuse, demande du temps, nécessite des ressources spéciales et est difficilement applicable partout dans le contexte du Burkina Faso

b) **L'Approche syndromique** c'est-à-dire l'utilisation de l'expérience clinique pour identifier les symptômes typiques d'une IST en particulier. Dans ce cas on peut facilement se tromper en diagnostiquant certaines IST, ou ne pas faire le diagnostic des infections mixtes. Dans l'approche syndromique, il faut :

- Classer les principaux agents causals en fonction des syndromes cliniques qu'ils engendrent
- Utiliser des algorithmes qui servent aux prestataires de services à identifier les causes d'un syndrome ;
- Traiter les patients pour toutes les causes importantes du syndrome

S'assurer que les partenaires sont traités, que les patients sont éduqués au sujet de l'adhésion au traitement et de la réduction du risque et que la promotion de l'utilisation des préservatifs est faite.

Par ailleurs on sait que pour lutter efficacement contre les IST il faut :

- Faire un diagnostic précoce et correct
- Appliquer un traitement précoce et efficace
- Conseiller à ceux qui en sont porteurs de éviter tout contact sexuel afin de prévenir leur transmission
- Promouvoir l'utilisation des préservatifs et en assurer la disponibilité
- Traiter les partenaires sexuels (les) et leur prodiguer des conseils
- Etablir un suivi clinique approprié.

5-Prise en charge des cas de DST

a) Conseil/counseling spécifique

- Etablir un climat de confiance
 - Eviter un jugement
 - Mettre le client à l'aise
- Demander le motif de la consultation
- Recueillir les informations sur l'évolution des symptômes et les signes d'accompagnement
- Demander le nombre de partenaires sexuels (nouveaux-anciens)
- Le type de partenaires (professionnel du sexe, routier, orpailleurs, toxicomanes, les détenus,...)

b)- Utilisation des algorithmes de prise en charge des cas de DST

L'utilisation des algorithmes pour la prise en charge des cas de DST, passe par les principales étapes suivantes :

- ◆ L'identification du problème (syndrome) :
 - Commencez par demander les symptômes au patient
 - Prenez l'algorithme correspondant aux symptômes du patient, énoncés dans la case du problème (« le patient se plaint de »)
 - La case du problème clinique mène généralement à une case de décision, où l'on vous demande d'examiner le patient ou de l'interroger sur son passé médical. (Dans le cas de l'écoulement vaginal, la case du problème clinique conduit directement à une case de décision). Suivez les consignes de la case.
- ◆ La décision à prendre
 - Ensuite, se référer à la case de décision. Après avoir interrogé et examiné le patient, vous devriez avoir les informations nécessaires pour choisir sans vous tromper entre Oui et Non.
 - Selon votre choix, il peut y avoir d'autres cases de décision et de décision. Ne vous laissez pas déconcerter par l'apparente complexité de l'algorithme : vous ne parcourez qu'une case à la fois jusqu'à l'action appropriée pour le cas correspondant au problème identifié.

- ◆ L'action à entreprendre.

En fonction des résultats de la démarche, on aboutit à une proposition d'action qu'il faut exécuter (rassurer, éduquer, conseiller, traiter ou référer)

Pour les différents algorithmes se référer au document algorithmes de prise en charge des infections sexuellement transmissibles du SP/CNLS/IST version révisée (février 2008).

LE CANCER DU COL DE L'UTERUS (voir aussi volet santé de la femme)

Définition

Le cancer du col de l'utérus provient d'une croissance incontrôlée et non traitée de cellules anormales du col.

L'agent responsable de cette croissance anormale est le virus du papillome humain (HPV). HPV se trouve sur la peau des parties génitales, dans le sperme et également sur les tissus du vagin, du col et de la bouche. Il est principalement transmis par le contact peau à peau. Les relations sexuelles par voie vaginale, anale et orale, peuvent propager le HPV. Sur les 50 types de HPV qui peuvent infecter le col, 6 d'entre eux ont été reconnus responsables de 80% des cancers du col.

D'après les estimations, 50 % à 80 % des femmes sexuellement actives sont infectées par le HPV au moins une fois pendant leur vie. Dans la plupart des cas, l'infection du HPV disparaît d'elle-même. Par contre, chez certaines femmes le HPV persiste et provoque des croissances pré cancéreuses qui peuvent se transformer en cancer.

En général, moins de 5 % de toutes les femmes avec une infection persistante du HPV contracteront un cancer du col.

Un cancer du col met généralement 10 à 20 ans à se développer et, par conséquent, il existe une longue période pour dépister les lésions pré-cancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer ; d'où l'intérêt de son dépistage précoce.

Qui est exposée au plus grand risque ?

Certains facteurs font qu'une femme est plus susceptible d'être infectée par le HPV.

- “ Faible niveau socio. économique
- “ Multiparité
- “ Précocité des premiers rapports
- “ POM (partenaires occasionnels multiples)
- “ Présence de papillomes virus (HPV)
- “ Antécédent de ST
- “ Tabagisme
- “ Absence de frottis réguliers

“ Immunodépression

“ DES syndrome (Diethylstilboestrol)

Dépistage et traitement

Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de décès des femmes par cancer. Il représente un motif fréquent de demande de évacuation sanitaire hors du Burkina Faso. Ce cancer répond pourtant bien aux critères de cancer dépistable, à savoir :

- être fréquent et entraîner une mortalité importante,
- être pendant longtemps à un stade pré-clinique,
- pouvoir être découvert à un stade où la thérapeutique est efficace,
- pouvoir être découverts par un test ayant une bonne sensibilité, une bonne spécificité, si possible un coût modéré et peu d'inconvénients pour le malade pour pouvoir être répété.

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer.

Il a pour objectif d'identifier au plus tôt le cancer pour le traiter à un stade peu avancé et favoriser les chances de guérison. Dans certain cas, le dépistage peut permettre d'éviter l'apparition d'un cancer grâce au repérage et au traitement de lésions précancéreuses.

L'intérêt du dépistage, lorsqu'il est possible, est de repérer d'éventuelles anomalies pendant la phase cachée de la maladie, c'est-à-dire à un stade précoce de son développement.

Le dépistage du cancer du col est facile, rapide et n'est généralement pas douloureux. L'étude des frottis vaginaux consiste à prélever quelques cellules sur le col puis à les examiner au microscope. Une femme devra se rendre au centre de santé pour obtenir les résultats ainsi qu'un traitement en cas d'anomalies.

Avant que les précancers ne se transforment en cancer, les cellules peuvent être traitées par cryothérapie. Elle détruit les cellules en les gelant. La chirurgie au laser ou la technique LEEP (technique d'excision électrochirurgicale à l'anse) détruit les cellules en les brûlant ou en les pulvérisant à l'aide d'une anse diathermique. La congélation est moins efficace pour des croissances plus grandes mais LEEP

demande l'utilisation d'énergie électrique et une formation plus poussée. Ni l'un ni l'autre type de traitement ne demande un séjour hospitalier.

Le traitement du cancer du col suppose une chirurgie ou un traitement par radiation, parfois de pair avec une chimiothérapie.

Approches prometteuses de dépistage et de prévention

Une autre option que les frottis vaginaux est à l'étude actuellement. Du vinaigre ou de l'iode de Lugol est passé sur le col pour que les cellules anormales deviennent visibles. Cela permet un traitement immédiat s'il est nécessaire.

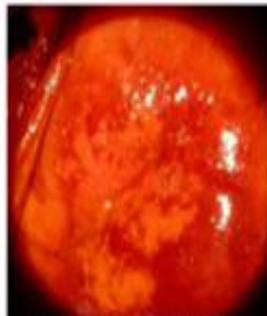
En 2006, l'Union Européenne et l'Administration des Etats-Unis pour l'alimentation et les médicaments ont approuvé le premier vaccin contre le cancer du col, le précancer et les verrues génitales. Le vaccin protège contre l'infection causée par 4 types de HPV (types 6, 11, 16 et 18) qui représentent environ 70 % de tous les cancers du col et d'après les estimations, 90 % de toutes les verrues génitales. Il a été approuvé aux fins d'utilisation chez des femmes âgées de 9 à 26 ans.

Tableau de Référence Clinique pour l'Inspection Visuelle après Application d'une Solution de Lugol

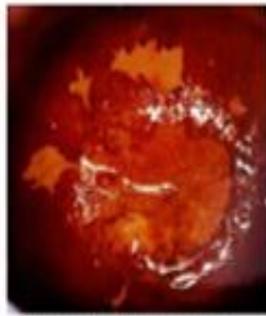
IVL NEGATIF



Epithélium pavimenteux brun foncé. Pas de modification de l'épithélium cylindrique. Pas de zones jaunes



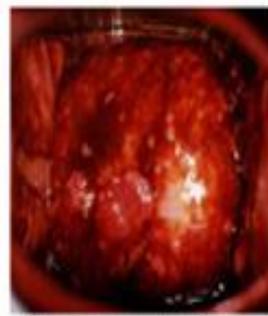
Zones jaunes tâchetées, cotonneuses et dispersées indiquant une métaplasie pavimenteuse immature et une inflammation



Zones jaunes "satellites" éloignées de la zone de jonction squamo-cylindrique



Zones jaunes ponctuées sur le col dues à une inflammation et éloignées de la zone de jonction squamo-cylindrique



Tâches jaunes ponctuées sur tout le col en raison de l'inflammation. Les polypes ne prennent pas l'iode

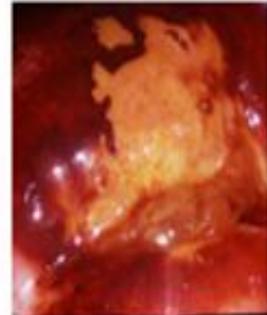


Zones jaunes de peau de léopard

IVL POSITIF



Zone jaune bien définie touchant la zone de jonction squamo-cylindrique sur la lèvre supérieure



----- Larges zones jaunes circumferentielles s'étendant dans le canal -----

CANCER



----- Coloration jaune épaisse, irrégulière et dense de la lésion bourgeonnante cervicale -----

Source : R. Sankaranarayanan, Ramani S. Wesley. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales (Rapport Technique 41 du CIRC). Disponible auprès de : press@iarc.fr (IARC)



World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization Regional Office for Africa (AFRO), International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR)

La publication de ce tableau est financée par la fondation Bill & Melinda Gates par l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACCP)

Tableau de Référence Clinique pour l'Inspection Visuelle par Application d'Acide Acétique (IVA)

IVA NEGATIF



Zone acidophile



Blanchiment par l'acide acétique du mucus couvrant l'épithélium cylindrique



Bouchon muqueux



Kystes de Naboth



Polype



Zone acidophile éloignée de la zone de jonction squamocylindrique

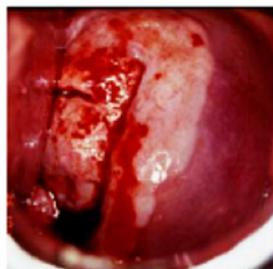
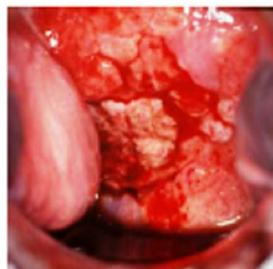
IVA POSITIF



Lésions acidophiles bien définies touchant la zone de jonction ou proche de l'orifice cervical

Blanchiment complet

CANCER



Source : R. Sankaranarayanan, Ramani S. Wesley. Guide pratique pour le dépistage visuel des néoplasies cervicales (Rapport Technique 41 du CIIRC). Disponible auprès de : press@iarc.fr (IARC Press)

Blanchiment de la lésion bourgeonnante du col utérin ---->

Blanchiment de la lésion bourgeonnante du col utérin, partiellement masquée par des saignements



World Health Organization - International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization Regional Office for Africa (AFRO), International Network for Cancer Treatment and Research (INCTR)

La publication de ce tableau est financée par la fondation Bill & Melinda Gates par l'Alliance pour la Prévention du Cancer du Col Utérin (ACOP)



VIH/SIDA

Au Burkina Faso, l'augmentation progressive des cas de SIDA pose de graves problèmes de santé publique et principalement en SR tant au plan du dépistage que de la prise en charge clinique, thérapeutique et psycho sociale des personnes séropositives asymptomatiques et des malades du SIDA.

1- Définition

Le sigle VIH signifie Virus de l'immunodéficience Humaine. C'est le virus qui est responsable du SIDA (Syndrome de l'immunodéficience acquise) et il appartient à la famille des rétro virus.

Actuellement deux types de VIH sont connus : VIH 1 et VIH 2. Ces deux types de VIH sont responsables de manifestations cliniques identiques.

Il attaque le système immunitaire . les défenses de l'organisme contre les maladies. Le VIH est présent essentiellement dans le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales.

Ce virus détruit les lymphocytes T4 et les cellules du système nerveux central entraînant une immuno déficience cellulaire et permet la survenue des tumeurs et des infections diverses dites opportunistes.

2- Mode de transmission

La transmission se fait selon 3 modes bien définis.

1. La transmission par voie sexuelle par les sécrétions contaminées (sperme, sécrétions vaginales, autres liquides biologiques).
2. La transmission par voie sanguine (transfusion, piqûres d'objets contondants souillés,...)
3. La transmission verticale mère-enfant (intra-utérine, accouchement, allaitement)

1-) La transmission sexuelle

On estime que 80 à 85% de la transmission se fait lors de rapports sexuels non protégés d'une personne infectée à son/sa partenaire sexuel(le). Ces rapports sexuels peuvent être homosexuels ou hétérosexuels. Les relations sexuelles concernent pour ainsi dire la pénétration vaginale, anale et orale entre deux individus.

1.1) Les pratiques sexuelles et leurs risques

Il existe essentiellement 03 types de relations sexuelles :

a) Homosexualité

Type de relation sexuelle qui existe entre deux personnes de même genre :

- Les pédérastes ou Gays sont des homosexuels mâles ;
- Les lesbiennes sont des homosexuels femmes ;

b) Hétérosexualité

C'est le type de relation qui existe entre deux personnes de genres différents (un homme et une femme). C'est le genre le plus répandu.

c) Bisexualité

C'est la pratique qui consiste à adopter deux types de relations.

Ainsi à chaque type de relation sexuelle, on identifie des pratiques sexuelles qui peuvent être plus ou moins à risque. Les pratiques les plus couramment rencontrées sont :

Sodomie : Pratique très courante chez les homosexuels mâles où le rapport se fait par pénétration anale. Cette pratique est à haut risque dans la transmission du VIH car le anus est fragile, très vascularisée, étroite et moins souple que le vagin.

Coït ou pénétration vaginale : C'est la pratique la plus courante et la plus naturelle. C'est une pratique à risque car le virus est présent en quantité importante dans le sperme et les sécrétions vaginales. Cette pratique représente 80 à 85 % des cas de transmission en Afrique subsaharienne.

Le risque est encore plus élevé quand les rapports sexuels sont traumatisants : Viols ; plusieurs rapports successifs en un temps rapproché ; Sécheresse vaginale. Les rapports sexuels pendant les règles ainsi que les IST sont également des facteurs de risque importants.

Rapports oro- génitaux (bouche - sexe) : C'est la stimulation des organes sexuels par la bouche. Chez l'homme, cela s'appelle la fellation. Chez la femme, le cunnilingus. Dans ces pratiques, le risque est moins élevé. Néanmoins, il faut une protection par le préservatif pour éliminer toute probabilité de contamination.

Masturbation ou onanisme : Pratique sexuelle qui consiste à se donner du plaisir sexuel soi-même. Cette forme de rapport sexuel est beaucoup utilisée chez les lesbiennes, qui utilisent des substituts d'organes pour se stimuler réciproquement. La masturbation ne constitue aucun risque pour l'intéressé. Toute fois, les stimulations sexuelles qui font intervenir des objets (godemichet ; vibromasseur) peuvent entraîner une contamination s'ils sont utilisés par plusieurs personnes sans être préalablement désinfectés

1.2) Récapitulatif des risques de transmission par voie sexuelle

- Anal réceptif: partenaire VIH:+0,5%-3% (celui qui est sodomisé)
- Anal insertif: 0,03%- 0,12% (celui qui sodomise)
- Vaginal réceptif: 0,1% - 0,18% (la femme)
- Vaginal insertif: 0,05% - 0,15% (l'homme)
- Oral réceptif:0,01%-0,18% (qui suce le sexe de l'autre)
- Oral insertion: non quantifié

Degré estimatif de transmission par voie hétérosexuelle:

Sens H→ F: 0,15%

Sens F →H:0,09%

Les personnes infectées par le VIH le restent à vie. Nombre d'entre elles restent asymptomatiques (sans symptômes et signes de la maladie) pendant des périodes de durées variables et peuvent ne pas se savoir infectées.

1. 3) Genre et VIH/SIDA

Les femmes sont plus vulnérables à l'épidémie du VIH/SIDA :

Sur le plan économique, les femmes sont encore très dépendantes des hommes. Elles n'ont pas de revenu propre ; de ce fait elles se trouvent en position de faiblesse pour négocier leur sexualité ou exprimer leur point de vue par rapport au comportement de celui-ci. Les jeunes filles ont de nombreux besoins matériels à satisfaire et qui les poussent à se prostituer.

Leur statut de subordonnées aux hommes peut rendre difficile leur protection contre le VIH. Une femme pourrait être infectée même en situation monogamique, si son

mari a d'autres partenaires sexuels (selon l'ONUSIDA, 8 femmes sur 10 infectées par le virus du SIDA l'ont contracté sur le lit conjugal).

Certains facteurs culturels exposent la femme au risque de transmission du VIH: la précocité de l'activité sexuelle, ainsi que le lévirat, le sororat, l'excision, les scarifications, les tatouages, etc.

Le fardeau des soins liés au SIDA qui affecte les ménages, pèse sur les femmes et les filles.

Les femmes sont plus vulnérables sur le plan biologique de par leur constitution anatomique :

- Le tractus génital constitue un réceptacle où les virus peuvent séjourner pendant longtemps
- Certaines IST sont le plus souvent « silencieuses » chez la femme
- La surface de contact est plus étendue
- La muqueuse vaginale est plus fragile

2-) La transmission par voie sanguine

La transmission sanguine est évaluée à environ 5%. Elle se fait par intermédiaire de transfusions de sang ou de dérivés sanguins infectés, d'injections avec du matériel souillé, d'échanges ou de réutilisation de aiguilles, de seringues souillées et d'actes opératoires avec du matériel préalablement utilisé chez des sujets infectés et qui n'ont pas été stérilisés. Les transplantations d'organes de sujets infectés transmettent le VIH. Il peut être également transmis lors de contacts directs avec du matériel souillé par du sang infecté lors d'actes rituels ou coutumiers tels que la circoncision, le tatouage, etc.

- Les accidents d'exposition au sang et autres liquides biologiques (AES) :

Définition

« Tout accident percutané ou tout contact avec de la peau lésée ou les muqueuses (de la bouche ou des yeux, du vagin, de l'anus, des narines, etc.) avec du sang ou un liquide biologique ». Cela dépend de : AES

- Prévalence de l'infection dans la population
- Inoculum (quantité de sang ou de liquide biologique)
- Charge virale dans le sang
- Virulence du virus

- Sensibilité de l'individu
- Fréquence des contacts avec le sang ou tout autre liquide biologique

Risques de Transmission par AES

VHB: 30%

VHC: 3%

VIH: 0,3%

3-) La transmission de la mère à l'enfant

La transmission de l'infection à VIH d'une mère infectée à son enfant peut se faire (source: G.Gray)

- In utéro (20_30%)
- l'accouchement (70-75%)
- Post natal: allaitement (3-12%)

La transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant est variable en fonction du type de VIH :

- VIH1 : 25-48%

- VIH2 : 2-4%

Le risque de transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant varie d'un pays à un autre et est généralement estimé entre 15 et 40%. Cette transmission peut être significativement réduite par l'administration au dernier trimestre de la grossesse de antirétroviraux aux femmes enceintes infectées par le VIH (ou vivant avec le VIH) et aux enfants à la naissance.

On estime que 12% de la transmission mère-enfant est due à l'allaitement maternel. Ce qui pose le problème crucial de la prise en charge des nouveau-nés infectés par le VIH dans les pays en développement où ce mode d'allaitement est très répandu.

NB : se référer au programme national PTME pour les différents protocoles en vigueur.

I NORMES

I.1) Classification

La classification de l'infection à VIH est indispensable pour la prise en charge. Elle permet de déterminer le passage au stade de SIDA et donc de conduire à un meilleur suivi épidémiologique.

Deux types de classification sont le plus souvent utilisés pour l'adulte et l'adolescent:

- la classification Atlanta CDC de 1993,
- la classification OMS de 1994 recommandée pour notre contexte, qui comprend trois catégories : A, B, C.

Cette classification est proposée par le Guide pour la prise en charge médicale et psychosociale de l'adulte infecté par le virus de l'immunodéficience humaine

Elle est exclusive et hiérarchique : le classement exclut que le patient puisse avoir des signes d'une autre catégorie, et un patient classé B par exemple, ne peut redevenir A même si les symptômes ont disparu.

-

-

Classification Atlanta CDC de 1993

- Catégorie A

Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :

- Infection VIH asymptomatique
- Lymphadénopathie persistante généralisée
- Primo-infection symptomatique

- Catégorie B

Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :

- Angiomatose bacillaire
- Candidose oropharyngée
- Candidose vaginale, persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement
- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ
- Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois
- Leucoplasie chevelue de la langue
- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome
- Purpura thrombocytopénique idiopathique
- Listériose
- Neuropathie périphérique

- Catégorie C

Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :

- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire
- Candidose de l'œsophage
- Cancer invasif du col
- Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Crptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois
- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)
- Rétinite à CMV
- Encéphalopathie due au VIH
- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieures à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne

- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire
- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à un mois)
- Sarcome de Kaposi
- Lymphome de Burkitt
- Lymphome immunoblastique
- Lymphome cérébrale primaire
- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quelle que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)
- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire
- Pneumonie à pneumocystis carinii
- Pneumopathie bactérienne récurrente
- Leuco-encéphalite multifocale progressive
- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente
- Syndrome cachectique dû au VIH
- Toxoplasmose cérébrale

Si la numération des lymphocytes TCD4+ est possible, la classification est précisée par l'attribution d'un chiffre de 1 à 3 :

- taux de lymphocytes T CD4+ supérieur à 500/mm³ classement = 1
- taux de lymphocytes T CD4+ entre 500 et 200/mm³ classement = 2
- taux de lymphocytes T CD4+ inférieur à 200/mm³ classement = 3

Les patients peuvent alors être classés en 9 catégories :

A1 B1 C1

A2 B2 C2

A3 B3 C3

Classification de l'OMS 1994

Stade clinique 1

- Patient asymptomatique
- Adénopathies persistantes généralisées
- Degré d'activité 1 : activité normale

Stade clinique 2

- Perte de poids < 10% du poids corporel
- Zona (au cours des 5 dernières années)
- Manifestations cutané-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire)
- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures
- Degré d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale

Stade clinique 3

- Perte de poids supérieure à 10% du poids corporel
- Diarrhée inexpliquée > 1 mois
- Fièvre prolongée > 1 mois
- Candidose buccale
- Leucoplasie orale chevelue
- Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente
- Infection bactérienne sévère
- Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % du temps

Stade clinique 4

- Syndrome cachectisant dû au VIH
- Pneumocystose
- Toxoplasmose cérébrale
- Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois
- Cryptococcose extrapulmonaire
- Cytomégalovirose
- Herpes virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale
- Leucoencéphalite multifocale progressive
- Mycose endémique généralisée (histoplasmose, coccidiodomycose)
- Candidose oesophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire
- Mycobactériose atypique disséminée
- Septicémie à salmonelle mineure
- Tuberculose extrapulmonaire
- Lymphome malin

- Sarcome de Kaposi
- Encéphalopathie à VIH
- Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50% du temps

I.2) Qui peut fournir ces services?

Les personnes formées à la prise en charge des PvVIH dans un domaine spécifique et ayant l'un des profils suivants:

- Médecins
- Pharmaciens
- Attachés de santé
- Infirmiers, sages-femmes et maïeuticiens
- Auxiliaires de santé
- agents sociaux et communautaires

I.3) Où peut- on la fournir ?

- CHU
- CHR
- CMA
- CM
- CSPS
- structures associatives
- action sociale

II ó PROTOCOLES

Le SIDA est une maladie à expression essentiellement psycho somatique. Ces deux aspects ne peuvent, en pratique, être scindés. Ils sont indissolublement liés. C'est pourquoi, du diagnostic (dépistage, confirmation) au traitement anti-retroviral et des maladies opportunistes, l'IEC tient une place indiscutable. Celle, dépendent les changements de comportements et la compliance thérapeutique.

Il existe actuellement au Burkina-Faso deux types de centres de conseil /dépistage volontaire :

- Les centres de conseil/dépistage intégrés à une formation sanitaire,
- Les centres de conseil/dépistage volontaire autonomes, non intégrés à une structure sanitaire, principalement gérés par des ONG/associations.

LE CONSEIL EN VIH/SIDA

Le counseling ou conseil est le terme (tiré de l'anglais) utilisé pour ce qui parfois appelé « entretien de relation d'aide ». Cet entretien doit permettre à une personne (le client) de s'exprimer sur elle-même, d'aborder une situation ou une difficulté, de saisir les implications et de prendre elle-même les décisions nécessaires.

Il répond aux différents étapes du conseil : initial (avant le dépistage), spécifique (annonce de la séropositivité) et de suivi. (Accompagnement du malade)

Le conseil du VIH/SIDA a deux buts :

- Fournir un soutien psychosocial aux personnes infectées et affectées par le VIH
- Prévenir la transmission du VIH en encourageant les changements de comportements et en félicitant les bons comportements

Pour cela, le conseiller doit assurer les tâches suivantes :

- Informer les clients et leurs partenaires sur le VIH/SIDA
- Aider le client séropositif et son entourage à surmonter les réactions liées au stress de l'annonce
- Discuter des décisions à prendre selon les besoins et les conditions de vie du client
- Encourager l'adoption des comportements qui vont dans le sens de la prévention
- Référer les clients auprès des structures de soins pour une prise en charge plus effective

A qui s'adresse le conseil du VIH/SIDA ?

Le conseil du VIH/SIDA se préoccupe des individus, des couples, des familles, des groupes sociaux, etc. Il s'agit notamment de :

- Personnes vivant avec le VIH(PVVIH), de leur(s) partenaire(s), de leur famille, de leur(s) ami(s), etc.
- Malades du SIDA
- Clients des centres de dépistage
- Clients des centres de don de sang
- Personnes ayant des partenaires multiples
- Toxicomanes
- Organisations communautaires
- Associations de personnes vivant avec le VIH
- Orphelins du SIDA

En d'autres termes, le conseil du VIH/SIDA s'adresse à tout le monde.

Qui peut faire le conseil du VIH/SIDA?

Les services de conseil s'organisent avec la participation de toutes les parties impliquées dans la lutte contre le SIDA. Ce sont :

- L'équipe hospitalière
- Les séropositifs
- La famille et l'entourage
- Les organisations humanitaires
- Les organisations communautaires
- Les autorités gouvernementales
- Le programme national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST

Les personnes habilitées à travailler dans les services de conseil en matière de VIH/SIDA sont donc de sources diverses. Il s'agit notamment de :

- médecins
- infirmiers
- sages-femmes
- assistants sociaux
- sociologues
- psychologues
- bénévoles
- responsables religieux
- membres d'ONG
- personnes vivant avec le VIH
- Etc.

Les conseils généraux pour la prévention du VIH/SIDA sont :

- Prévention des IST et autres affections pouvant accélérer la progression de l'affection
- Abstinence vis à vis des rapports sexuels occasionnels
- Utilisation de condoms à chaque rapport occasionnel
- Informer le partenaire
- Ne pas partager les aiguilles, seringues et autres objets tranchants
- Si on est infecté par le VIH, ne pas donner de sang, plasma, lait ou organes pour une greffe
- Risque de contamination des fœtus pour les femmes infectées d'où un conseil pour la PTME ou au cas échéant éviter la grossesse par la contraception
- Éviter de partager les brosses à dents et rasoirs ou autres articles susceptibles d'être contaminés

Les avantages d'informer le partenaire sont :

- Aider à empêcher ou réduire la transmission du VIH

- Cibler les services d'éducation et de prévention aux individus à plus haut risque
- Aider à assurer un diagnostic précoce de l'infection du VIH
- Protéger le partenaire
- Partager la sérologie dans le couple

Les principes directeurs du conseil dépistage sont les suivants:

- le respect du consentement éclairé

- le respect de la confidentialité;
- le soutien et des services après tests;
- les droits et devoir du conseiller.

COUNSELING PRE DEPISTAGE

Aspects à prendre en compte lors du soutien psychosocial :

- Antécédents du client
- Bilan qui permettra de savoir ce que le client connaît du VIH/SIDA
- Conviction socioculturelle

Différents aspects de la conviction socioculturelle

- Différences des interprétations de la médecine, la maladie, la sexualité, la mort, de honte etc.
- Monogamie, polygamie,
- prostitution
- Croyance culturelle du SIDA
- Disparités entre les rôles des femmes et des hommes

Evaluation du risque

- Fréquence et nature des rapports sexuels
- Appartenance à un groupe à prévalence élevée
- Antécédents de transfusion ou de greffe d'organe
- Gestes traumatiques avec des conditions d'hygiène non garanties
- Evaluation des facteurs psychosociaux et des connaissances
- Quel est ce qui motive la demande de l'examen ?
- Quel est le comportement ou quels sont les symptômes qui préoccupent le client ?
- Que sait le client du test et de ses implications ?
- Comment va-t-il réagir face à un résultat positif ou négatif ?
- Quelles sont les croyances et connaissances concernant le mode de transmission ?
- Qui sera susceptible de fournir un soutien sur le plan affectif et social ?

- A-t-on une fois envisagé de faire le test ? Dans quelles conditions, chez qui ? A quelle époque ?

Attitudes possibles du client pendant le conseil pré-dépistage :

- Anxiété pour bien assimiler
- Faux espoirs sur le test
- Incompréhension des sentiments du conseiller entraînant une réticence voir un manque de coopération

Autres informations à donner avant le test

- Le test n'est pas infallible
- Il existe des tests de confirmation
- Il existe une période muette où le test peut être négatif même si on est infecté
- le test est une image de ce qui s'est passé il y a trois mois

COUNSELING POST DEPISTAGE

Après un résultat négatif

- Si il y a possibilité de exposition rappeler la possibilité d'une période muette
- Éviter tout comportement à risque susceptible d'entraîner une nouvelle exposition
- Négocier pour inciter à changer de comportement

Après un résultat positif

- **Conditions de l'annonce**
- Se fait dans un bref délai et dans un endroit confidentiel
- Reconnaître la réalité du choc
- Proposer et apporter un soutien psychosocial
- Préconiser le traitement si les ressources sont disponibles
- Le facteur pouvant influencer l'acceptation du résultat :
- Santé du client au moment du test
- Préparation à la nouvelle
- Disponibilité du soutien auprès de la collectivité
- Personnalité et état psychologique du client
- Signification culturelle et psychologique du SIDA

PROBLEMES PSYCHOSOCIAUX

- **PEURS** : peur de mourir ; de mourir seul ; de mourir dans la souffrance
- **PERTE** : perte concernant l'existence, les ambitions, le statut social, finance etc
- **DOULEUR** : douleur liée aux pertes subies ou à subir, contrecoups de la douleur des proches

- **CULPABILITE** : Culpabilité de avoir infecté d'autres, causer du chagrin à ceux qu'on aime
- **DEPRESSION** : dépression liée au caractère incurable, perte de contrôle, connaissance de cas de décès
- **DENI** : Déni peut amortir le choc de la nouvelle, mais sa durée est un refus d'assumer la responsabilité
- **ANXIETE** : Anxiété liée au pronostic, infection d'une autre personne, abandon, isolement, etc
- **COLERE** : Colère en estimant avoir de la malchance ou mauvais traitement des informations, etc
- **ACTIVITES ET HUMEUR SUICIDAIRES** :

<i>pour se soustraire de l'inconfort, de la souffrance et de la honte</i>

- **RESPECT DE SOI-MEME** : Il se retire souvent très vite, lié au rejet des collègues ou amis
- **HIPOCHONDRIE ET ETAT OBSESSIONNELS** : le souci de sa santé ou sensations physiques aussi faible peut déboucher sur ces affections
- **PREOCCUPATIONS SPIRITUELLES** : suscitées par la peur d'une mort prochaine

AUTRES PROBLEMES RELEVANT DU CONSEIL

Problèmes sociaux :

- La perte de revenu
- La discrimination
- La stigmatisation sociale
- Les changements dans les relations

Prise en charge médicale :

- Porter souvent des critiques
- Pas de ménagement
- Non sauvegarde de l'intimité
- Recherche de salut dans le traitement traditionnel.

LE DIAGNOSTIC DU VIH

Il est à la fois clinique et sérologique.

I. Les signes d'appel

Les signes d'appel, dits mineurs, qui peuvent faire évoquer une infection à VIH/sida sont les suivants :

~ les primo-infections VIH : syndrome pseudo-grippal associé à une éruption cutanée, des ulcérations bi-polaires et des adénopathies

Édes adénopathies périphériques

Éune candidose buccale récidivante

Éune fièvre prolongée, en particulier accompagnée de diarrhées

Éune paralysie faciale ou une neuropathie périphérique sans étiologie

Éun amaigrissement inexplicable

Éun zona (même peu extensif)

Éune thrombopénie

Éune tuberculose

~ chez les femmes : les candidoses vaginales récidivantes, une dysplasie du col utérin, une salpingite, des condylomes ano-génitaux

Dans toutes ces circonstances, la demande de la sérologie doit être clairement signifiée au patient, afin qu'il sache ce que l'on cherche et pourquoi (Cf. le conseil pré-test dans le chapitre « prise en charge psychosociale »).

II. La sérologie

Les tests sérologiques de dépistage du VIH sont actuellement très fiables (Elisa, Western-Blot) ainsi que la recherche de la charge virale. Ce qui est largement utilisé dans notre pays, le Burkina Faso, ce sont les tests rapides type DETERMINE, qui permettent de donner le résultat en dix minutes maximum au client. Le SD-BIOLINE permet la confirmation ou l'infirmité du test rapide puis la discrimination du HIV (1 et/ou 2).

Ces tests permettent la mise en évidence d'ANTICORPS spécifiques, anti VIH (anti virus sida).

A qui prescrire les tests de dépistage?

A tous les individus dont les comportements sont risqués:

- homosexuels,
- drogués,
- toute femme enceinte se présentant à la CPN, et si possible son partenaire et sa famille,
- sujets ayant des rapports non protégés avec des sujets à risque,
- sujets ayant des rapports avec de nombreux partenaires différents,
- sujets atteints de I.S.T.,
- sujets atteints d'hépatite virale,
- sujets ayant subi des transfusions,
- sujets ayant subi des transplantations,

- sujets ayant subi une insémination artificielle sans contrôle préalable,
- enfants nés d'une mère séropositive,
- sujets présentant des risques de primo-infection (voir SIDA PRIMO INFECTION) .

Pour se faire tester, il suffit d'une simple prise de sang et de réaliser le test sur place ou d'envoyer le prélèvement au laboratoire.

Grâce à la POLYMERASE CHAIN REACTION , la mesure de la CHARGE VIRALE est possible quelques jours après la contamination, ce qui raccourcit le délai d'attente pour connaître une atteinte éventuelle par le virus du sida en cas de risque de contamination pris inconsiderément.

Le diagnostic peut donc être porté très rapidement, avant l'apparition des anticorps ce qui permet la mise en oeuvre d'un traitement qui sera d'autant plus efficace que commencé tôt.

LE DIAGNOSTIC

Il a pour base la clinique avec un minimum de examens complémentaires nécessaire au départ.

Ce suivi doit être simplifié et systématisé avec l'ouverture d'une fiche individuelle des cas mise à disposition par le CMLS/Santé dans toutes les structures de prise en charge des PvVIH.

Au paravent, il faut un examen clinique complet du patient en respectant toutes les étapes.

- **Les signes cliniques** : la primo-infection est asymptomatique ou se traduit par des signes infectieux non spécifiques. Au cours de l'évolution, le patient présente des complications infectieuses et tumorales. Lorsque le système immunitaire d'un patient est très affaibli, le patient est susceptible de développer certaines infections dites opportunistes (**tuberculose, CMV, toxoplasmose**, etc.) et certaines tumeurs (syndrome de Kaposi notamment). C'est la phase SIDA de la maladie.

Les examens biologiques : la détection d'anticorps anti-VIH signe l'infection par le VIH (séroposativité). Dans notre contexte, le seul examen biologique de suivi de l'évolution de l'infection couramment utilisé c'est la numération des lymphocytes CD4. Mais, lorsque la technologie le permet, on mesure la charge virale du patient, devenue indispensable pour évaluer l'efficacité d'un traitement antirétroviral et l'adapter si le virus développe des résistances aux molécules utilisées.

LA PRISE EN CHARGE DE L'INFECTION A VIH

1. Prise en charge des séropositifs

Elle est avant tout psychosociale puis médicamenteuse.

1. La prise en charge psychosociale est du ressort strict de l'EC et peut se faire depuis le CSPA jusqu'au CHN par un personnel formé. Elle requiert l'accompagnement de la famille.

Cette prise en charge peut s'accompagner d'une aide ponctuelle de plusieurs ordres :

- financière;
- alimentaire;
- scolaire;
- activités génératrices de revenus;
- prise en charge des orphelins et enfants vulnérables;

2. La prise en charge médicamenteuse

10 PRÉALABLES A LA PRESCRIPTION DES ARV

Nous insistons de façon spécifique sur les points suivants :

1. La nécessité d'un diagnostic de certitude compte tenu de la lourdeur des traitements, de leurs effets secondaires, de leur toxicité et de leur coût.

Au Burkina Faso, la stratégie de dépistage du VIH adoptée dans le cadre du diagnostic de l'infection à VIH est fonction du contexte clinique

Chez l'adulte

Niveau central :

- Signes cliniques évocateurs du VIH
Stratégie : 1 seul test ELISA ou 1 seul test rapide très sensible
- Personne asymptomatique
Stratégie III : 3 tests séquentiels

Niveau périphérique :

- Signes cliniques évocateurs du VIH
Stratégie I : 1 seul test ELISA ou un seul test rapide très sensible
- Personnes asymptomatiques
Stratégie II : 2 tests séquentiels + confirmation au niveau central

Chez l'enfant

Avant 18 mois

- Mère séropositive : PCR

Après 18 mois

- Cf. Adulte.
2. Le conseil : la prise en charge d'un malade infecté par le VIH est tout à la fois psychosociale et biomédicale. La prescription des ARV et le suivi du traitement doivent être faits par des équipes formées à cet effet.

3. La nécessité d'une consultation d'observance
4. Les structures qualifiées : la prescription des ARV doit être limitée à des centres de soins dans lesquels les conditions techniques (bonne logistique des médicaments, personnel formé, plateau technique accessible) sont réunies.
5. Les prescripteurs : tous les médecins prescripteurs d'un traitement antirétroviral doivent en connaître parfaitement les indications, les contre-indications, les effets secondaires, les risques toxiques ainsi que les contraintes pratiques d'utilisation (horaire de prise des médicaments, interférences médicamenteuses, conditions de stockage...).

Les prescriptions devront faire l'objet d'un rapport trimestriel centralisé au niveau des CHN, des CHR et du CNLS/MST.

6. gestion des médicaments : le succès de la stratégie du traitement ARV passe par un système d'approvisionnement sans interruption. Ce qui exige la pérennité des financements et l'existence d'un réseau de distribution des médicaments opérationnel.

II 6 TRAITEMENT CHEZ L'ADULTE

1. Buts et objectifs du traitement ARV

Le traitement ARV vise :

- Réduire la charge virale voire la rendre indétectable le plus longtemps possible :
- Restaurer l'immunité
- Prolonger et améliorer la qualité de vie :
- améliorant l'état clinique du patient
- diminuant la morbidité liée aux infections opportunistes
- diminuant la létalité

2. Médicaments antirétroviraux

- Les résistances aux ARV liées aux mutations virales, à l'erreur de stratégie thérapeutique, à la non-observance des traitements ;
- La toxicité hématologique, rénale, hépatique, neurologique, pancréatique et cutanée des ARV ;
- Les nombreuses interactions médicamenteuses entre les ARV et les molécules utilisées dans le traitement des infections opportunistes (antituberculeux), entre les ARV et les contraceptifs oraux ;
- Les effets indésirables importants (céphalées, vomissements, rash cutanés) ;
- Les contraintes quotidiennes du traitement ;

- Le coût exorbitant des molécules.

3. Stratégie thérapeutique au Burkina Faso

1. Qui traiter ?

2. **TABLEAU IX**: Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV

Stade clinique OMS	CD4 Disponibles	CD4 non Disponibles
1	Traiter si $CD4 \leq 350/mm^3$	Ne pas traiter
2		
3	Traiter quel que soit le taux de CD4	Traiter
4		

1.

2. Quel protocole ?

2. **TABLEAU XII**- Protocoles thérapeutiques de deuxième ligne

Type de VIH	Traitement de première ligne	Traitement de deuxième ligne
VIH1	AZT (ou d4T) + 3TC (ou FTC) + NVP (ou EFV)	ABC + ddI + LPV/r (ou ATV/RTV) ou ABC + TDF + LPV/r (ou ATV/RTV) ou TDF + AZT (et/ou 3TC) + LPV/r (ou ATV/RTV)
	TDF + 3TC (ou FTC) + NVP (ou EFV)	ABC + ddI + LPV/r (ou ATV/RTV) ou AZT (et/ou 3TC) + ddI + LPV/r (ou ATV/RTV)
VIH2 VIH1 & 2	AZT (ou d4T) + 3TC (ou FTC) + LPV/r (ou ATV/RTV)	ABC + ddI + DRV/RTV ou ABC + TDF + DRV/RTV ou TDF + AZT (et/ou 3TC) + DRV/RTV ou AZT (et/ou 3TC) + ddI + DRV/RTV
	TDF + 3TC (ou FTC) + LPV/r (ou ATV/RTV)	ABC + ddI + DRV/RTV ou AZT (et/ou 3TC) + ddI + DRV/RTV

3. NB : en cas de réaction d'hypersensibilité, arrêter l'ABC et ne plus jamais le réintroduire (risque de décès). Substituer alors l'ABC par le D4T ou l'AZT.
4. En cas d'échec de 2ème ligne de traitement, le patient doit être référé dans un centre de référence national où il pourra bénéficier d'un régime thérapeutique de 3ème ligne comportant des médicaments tels que Darunavir (DRN), Raltegravir (RAL), Maraviroc (MVC).

Voir plus bas

3. Suivi des malades et surveillance du traitement

Clinique

- Recherche des infections opportunistes

Virologique/Sérologie

- Diagnostic de certitude
- CD4
- Charge virale (si possible)

Biologique

- NFS . transaminases
- CPK . phosphatases alc
- Amylasémie . KOP
- VDRL/TPHA . crétimine

Radiologique

- Rx pulmonaire

2. Bilan de surveillance

Même bilan un mois après le début du traitement puis tous les trois à six mois.

B- Principaux ARV par classe thérapeutique

Tableau VII- Principaux ARV par classe thérapeutique

Classe	DCI et sigles	Présentation
Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse (IN) ou (INTI) (La Delavurdine et le Ténofovir sont des inhibiteurs nucléotidiques)	<i>Zidovudine (ZDV ou AZT)</i>	<i>Comprimé à 100, 250, et 300 mg</i> <i>Sirop</i>
	<i>Lamivudine (3TC)</i>	<i>Comprimé à 150 mg</i>
	<i>Didanosine (DDI)</i>	<i>Comprimé à 100, 200, 250, et 400 mg</i>
	<i>Stavudine (D4T)</i>	<i>Gélule à 30, 40 mg</i>
	<i>Abacavir (ABC)</i>	<i>Comprimé à 300mg</i>
	Zalcitabine (DDC)	Comprimé à 375 et 750 mg
	Emtricitabine (FTC)	Comprimés à 200 mg
	Delavurdine (DLV)	Comprimé à 100 mg
	Ténofovir (TDF)	Comprimé à 300 mg

Classe	DCI et sigles	Présentation
Inhibiteurs de la reverse transcriptase non nucléosidiques (INN) ou (INNTI) ou (INNRT)	<i>Efavirenz (EFV)</i>	<i>Comprimé à 200 et 600 mg</i>
	<i>Névirapine (NVP)</i>	<i>Comprimé à 200 mg</i>
Inhibiteurs de la protéase (IP)	<i>Indinavir (IDV)</i>	<i>Gélule à 400mg</i>
	Nelfinavir (NFV)	Comprimé à 250 mg
	<i>Ritonavir (RTV)</i>	<i>Capsule à 100 mg</i>
	Saquinavir (SQV)	Gélule à 200 et 500 mg
	Amprénavir ()	Capsule à
	Atazanavir ()	Gélule à 150 et 200 mg
Inhibiteurs de la fusion	Enfuvirtide (T20)	Injectable voie sous cutanée

Les molécules en ***gras italique*** sont celles qui sont disponibles au Burkina Faso

E- Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV

Le tableau ci-dessous définit les critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV.

TABLEAU IX: Critères médicaux d'initiation d'un traitement ARV

Stade clinique OMS	CD4 Disponibles	CD4 non Disponibles
1	Traiter si $CD4 \leq 350/mm^3$	Ne pas traiter
2		
3	Traiter quel que soit le taux de CD4	Traiter
4		

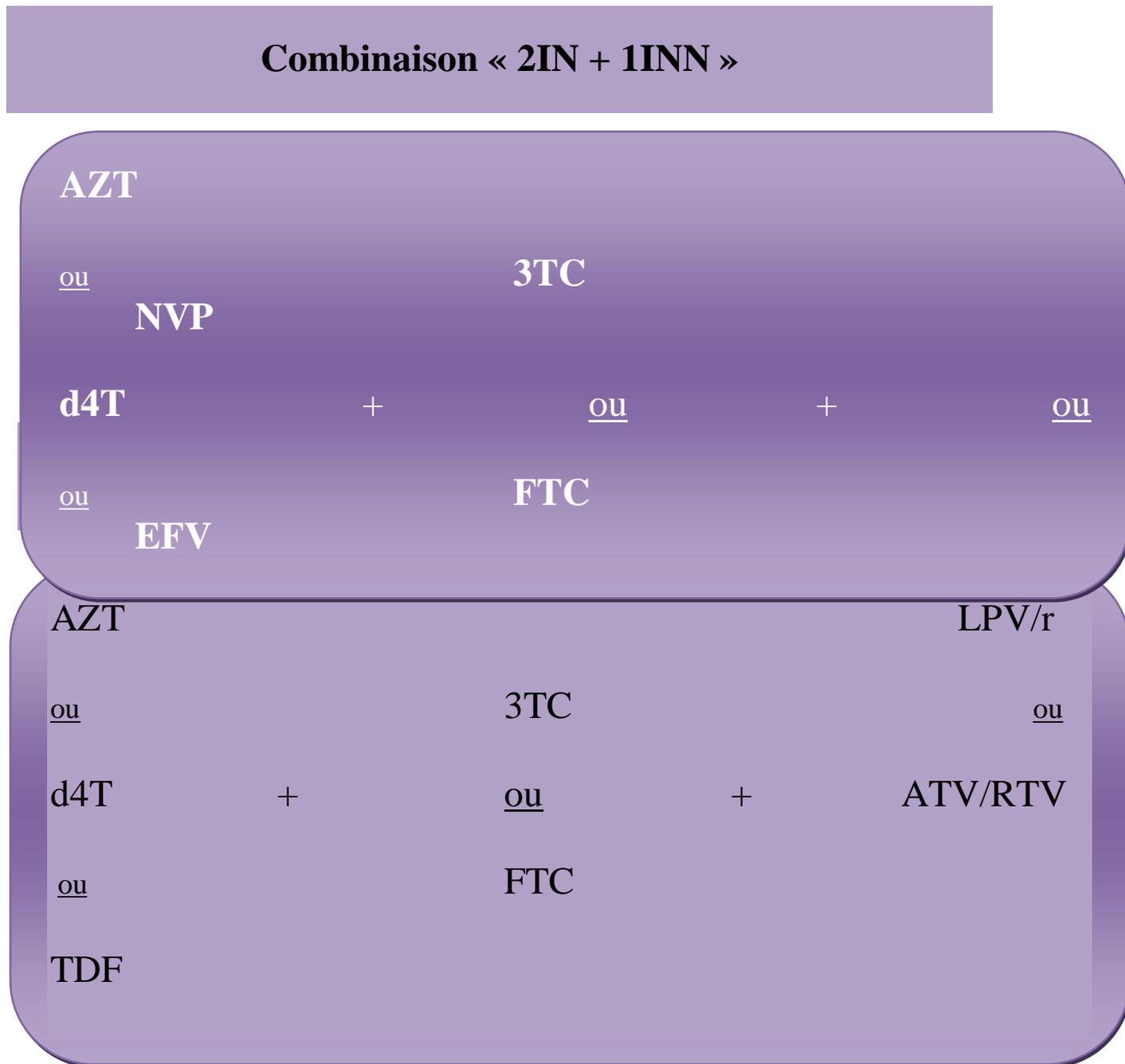
F- Schémas de traitement de première ligne

La combinaison thérapeutique recommandée est l'association de 3 ARV (trithérapie) de deux classes d'ARV différentes:

- combinaison « 2IN + 1INN » : indiquée uniquement en cas d'infection par le VIH1
- combinaison « 2IN + 1IP » : indiquée en cas d'infection par le VIH 2, de co-infection VIH1 et 2 ou dans certaines conditions avec le VIH 1 (tuberculose, grossesse et changement de protocole)

Le choix des molécules est une décision essentielle pour un succès durable du traitement. Il doit être fait par un médecin.

Figure 13- Choix des molécules de première ligne



Il y a un avantage comparatif de l’AZT et du TDF par rapport au D4T cependant pour des raisons économiques le D4T est toujours recommandé. Son usage est à reconsidérer après un an de traitement.

G- Quand et pourquoi faut- il changer de protocole thérapeutique ?

Le changement de protocole peut se effectuer dans les situations suivantes :

- persistance ou intensité très élevée des effets indésirables des ARV
- mauvaise observance au traitement
- grossesse ou désir de grossesse

- Confections avec la tuberculose ou l'hépatite virale B
- Échec thérapeutique

IV È TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DES I.O.

Tableau VI: Diagnostic et traitement des infections et affections opportunistes chez l'adulte infecté par le VIH

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+)	Toux persistante > 2 semaines, fièvre, expectoration mucopurulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Crachat BAAR	Protocole national: - Nouveau cas : 2 (RHZE)/4 (RH) - Retraitement: 2(RHZE) S/1(RHZE)/5 (RHE)	Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement
Tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-)	Toux persistante > 2 semaines, fièvre, expectoration mucopurulente, amaigrissement, sueurs nocturnes, autres symptômes respiratoires ou généraux.	Crachat BAAR (3 séries négatives) Radiographie pulmonaire	Protocole national: - Nouveau cas : 2 (RHZE)/4 (RH) - Retraitement : 2(RHZE)S/1(RHZE)/5 (RHE)	Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement
Tuberculose extrapulmonaire (TEP)	Fièvre, amaigrissement, autres symptômes généraux liés à la localisation.	Recherche de BAAR dans les liquides pathologiques (pleural, ascite, pus ganglionnaire) Radiographie Echographie (rechercher une forme pulmonaire à microscopie positive associée) Examen anatomopathologique	Protocole national: - Nouveau cas : 2 (RHZE)/4 (RH) - Retraitement : 2 (RHZE)S/1(RHZE)/5 (RHE)	-	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement	Diagnostic Suivi du traitement
Mycobactérioses atypiques	Fièvre, amaigrissement, autres symptômes généraux liés à la localisation.	Culture	Traitement en fonction du germe isolé	-	-	Suivi du traitement	+

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Pneumonie à <i>Pneumocystis jiroveci</i> (PCP)	Dyspnée surtout expiratoire et/ou toux sèche chronique (>2 semaines), fièvre	Lavage broncho alvéolaire, coloration au GIEMSA	Traitement de 1er choix : - CTX cp 800/160 mg: 6 cp/j en 3 prises, pdt 21j ou - CTX inj.: 25/5 mg/kg en perfusion toutes les 8 heures (sans dépasser 12 ampoules/j) Prendre le relais avec la voie orale dès que possible Alternative : Atovaquone suspension buvable : 750 mg x 2/j, pdt 21 jours En cas de dyspnée sévère : Une corticothérapie est recommandée	-	+	+	+
Leishmaniose cutanée diffuse	Lésions nodulaires ulcérées	Frottis Biopsie	Antimoniate de méglumine injectable 3 cures par semaine → posologies à préciser	-	+	+	+
Salmonellose	Fièvre Diarrhée traînante Céphalée	Coproculture Hémoculture	Traitement de 1er choix : Ciprofloxacine cp 50 0mg : 500 mg x 2/j, pdt 14-21 jours ou CTX cp 800/160 mg: 2 cp/j pdt 3 semaines Alternative : Ceftriaxone inj.: 2 g/j en perfusion pdt 5-10 jours	+	+	+	+

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Toxoplasmose	Hémiplégie Fièvre Céphalée	Tomodensitométrie (TDM)	<p>Traitement de 1er choix : Pyriméthamine cp : 100 mg en dose de charge à J1 puis 1 mg/kg/j, soit 50 à 75 mg/j + Sulfadiazine cp: 4 à 6 g/j en 3 prises + Acide folinique cp: 25 mg/j, pdt 6 semaines.</p> <p>Alternative : - Pyriméthamine cp : 100 mg en dose de charge à J1 puis 1 mg/kg/j, soit 50 à 75 mg/j + Clindamycine cp: 600 mg x 4/j + Acide folinique cp: 25 mg/j pdt 6 semaines</p> <p>ou - CTX 800/ 160 mg cp : 6 cp/j en 3 prises pdt 6 semaines.</p> <p>ou - CTX inj. : 25/5 mg/kg en perfusion toutes les 8 heures (sans dépasser 12 ampoules/j) Prendre le relais avec la voie orale dès que possible</p> <p>ou - Atovaquone suspension buvable : 1 500 mg × 2/j</p>	-	+	+	+
Cryptococcose	Céphalées Syndrome méningé Fièvre	LCR: coloration à l'encre de chine Recherche d'antigènes spécifiques Tomodensitométrie	<p>Traitement de 1er choix : Fluconazole : 400 à 800 mg/j pdt 6 à 10 semaines (PO ou IV) ;</p> <p>Alternative : Amphotéricine B inj : 0,7 à 1 mg/kg/j en IV pdt 10 à 14 j, puis relais par Fluconazole 400 à 800 mg/j PO pdt 6 à 10 semaines.</p>	-	+	+	+

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Isosporose	Diarrhée chronique Syndrome cachectique	Examen parasitologique des selles (recherche d'isospores Belli)	Traitement de premier choix : CTX cp : 800/160 mg x 4 /j pdt 10 jours Alternative : Ciprofloxacine cp : 500 mg x 2 /j pdt 7 jours	+	+	+	+
Cryptosporidiose	Diarrhée chronique Syndrome cachectique	Examen parasitologique des selles avec coloration de ZIELH NIELSEN modifié Biopsie intestinale pour examen anatomopathologique	Pas de traitement étiologique - Traitement symptomatique - initier le TARV	-	+	+	+
Infection à cytomégalovirus (rétinite, digestive, neuroméningée)	- Baisse de l'acuité visuelle - Encéphalite - Diarrhée chronique	- fond d'œil - endoscopie - biopsie pour examen anatomopathologique	Traitement de 1^{er} choix : Ganciclovir inj. : 10 mg/kg/j en 2 perfusions pdt 21j si rétinite : Valganciclovir cp : 2 cp x 2/j pdt 21 jours Alternative : Foscarnet inj : 180mg/kg/j en 2 perfusions lentes, avec hydratation concomitante par NaCl isotonique.	-	-	+/-	+
Encéphalite à herpès virus	Troubles neurologiques	PCR du LCR	Traitement de 1^{er} choix : Aciclovir inj: 15mg/kg/j en IVL (soit toutes les 8 heures) pdt 15 jours	-	-/+	-/+	+
Herpès (cutaneo-muqueux extensif)	Exulcération extensive	Clinique essentiellement PCR <u>ou</u> Examen anatomopathologique	Traitement de 1^{er} choix : Aciclovir cp : 800 mg/j en 4 prises pdt 7 à 10 j. Alternative : Valaciclovir cp: 500 mg x 2 pdt 7 à 10 jours	-	+	+	+
Zona (cutané)	Eruption vésiculeuse métamérique	Clinique	Traitement de 1^{er} choix : Aciclovir cp: 800 mg x 3/j, pdt 7 à 10 jours, Alternative : Valaciclovir cp : 1000 mg x 2, pdt 7 à 10 jours	-	+	+	+

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Zona (ophtalmique, multi métamérique)	Eruption vésiculeuse localisée dans la région oculaire ou zona touchant plusieurs métamères	Clinique	Traitement de 1^{er} choix : Aciclovir inj: 15mg/Kg/j. en 3 IVL/j. pdt 10 jours, Alternative : Aciclovir cp: 800 mg x 3 à 5 /j, pdt 10 jours Ou Valaciclovir cp: 1000 mg x 3, pdt 7 à 10 jours	-	-	+	+
Candidose cutanéomuqueuse	Enduit blanchâtre sur les muqueuses	Clinique	Traitement de 1^{er} choix (local) : Oral simple : Nystatine cp à sucer 200.000 UI 1x5 /j pdt 14j. Vaginal : Nystatine ovule : 200.000 UI 1 /j pdt 14j. Forme récidivante : Fluconazole PO : 50 mg/j pdt 5 j.	+	+	+	+
Candidose oesophagienne	Muguet buccal + Dysphagie douloureuse	Clinique Endoscopique Mycologique	Traitement de 1^{er} choix : Fluconazole gélule : 200 mg le 1 ^{er} j. puis 100 mg/j pdt 10 j. En cas d'échec clinique, passer à 200 mg/j pdt 10 j. Alternative : Kétoconazole cp: 200 à 400 mg/j pdt 10 à 14 j.	-	+	+	+
Maladie de Kaposi	Lésions nodulaires cutanées ou muqueuses indurées violines	Clinique Endoscopie Ophtalmologie Examen anatomopathologique	Antimitotiques : Bléomycine : 15 mg IM chaque 2 s. +/- vincristine +/- anthracycline - Traitement symptomatique - initier le TARV	-	-	-	+
Lymphomes malins non hodgkiniens	Syndrome tumoral hématopoïétique ou viscéral, atteinte neurologique centrale avec déficit moteur et fièvre	Examen anatomopathologique Echographie	Polychimiothérapie (CHOP, MBACOD)	-	-	-	+

Infections/ Affections	Signes cliniques cardinaux	Diagnostic positif	Traitement	Niveau			
				CSPS	CM /CMA	CHR	CHU
Néphropathies	Syndrome néphrotique	Biologie Biopsie rénale pour examen anatomopathologique	Traitement de 1^{er} choix : Traitement par les ARV Hémodialyse en cas d'insuffisance rénale sévère ou totale Alternative : Corticothérapie (Syndrome néphrotique)	-	-	-	+
Molluscum contagiosum	Papules non prurigineuses à ombilication centrale affectant le visage, le cou et les régions ano- génitales	Clinique	Traitement : Azote liquide ou curetage mais le taux de récurrence est élevé - initier le TARV	-	+	+	+
Onycho-mycose	Dystrophie unguéale diffuse	Clinique	Traitement : Griséofulvine cp : 0,5g à 1g /j pdt 4 à 12 mois Ou Terbinafine : 1 cp/j pdt 6 semaines à 3 mois	+	+	+	+
Dermatite séborrhéique	Desquamation grasse généralisée avec squames (pellicules) excessifs sur le cuir chevelu, le visage et la poitrine	Clinique	Traitement Shampooing au sulfure de sélénium Ou Miconazole 2% pommade Ou/et Dermocorticoïde (Hydrocortisone 1% crème)	+	+	+	+
Prurigo	Exanthème maculo- papulaire prurigineux généralisé avec excoriation cutanée	Clinique	Traitement : Hygiène corporelle et vestimentaire Chlorphéniramine 4mg cp: 1 cp 3-4 fois par jour Vaseline salicylé 2-5 % : 1 application 2 fois par jour Et/ou Crotamiton pommade: 1 application 2 fois par jour Et/ou Bufexamac pommade: 1 application 2 fois par jour	+	+	+	+
Papillomavirose		Frottis cervico vaginal pour anatomopathologie	Conisation	+	+	+	+

III. TRAITEMENT CHEZ LA FEMME ENCEINTE ET L'ENFANT

1. DEPISTAGE DANS LE CADRE DE LA PTME/VIH CHEZ LES FEMMES ENCEINTEES ET LEURS PARTENAIRES

Le dépistage sérologique utilisera en séquence deux (2) tests rapides dont les qualités diagnostiques sont comparables au test ELISA (références)

1.1 Niveau CSPS :

Faire le counseling pré et post test ;

Faire les prélèvements de sang chez les femmes enceintes pour le dépistage du VIH.

Effectuer le test de dépistage du VIH au CSPS ou acheminer les prélèvements au CMA si nécessaire ;

Référer les femmes séropositives pour le comptage des CD4 ou acheminer les prélèvements au laboratoire pour comptage des CD4.

Mettre un système d'identification des patientes pour permettre leur suivi et leur prise en charge.

Rendre anonyme et corréler les prélèvements avant l'acheminement au laboratoire.

Rendre les résultats au bout d'une heure maximum. Dans les cas où le test est réalisé au laboratoire, rendre les résultats dans les 72 heures.

Retenir seulement les femmes enceintes séropositives pour le VIH pour la prophylaxie de la TME.

Gérer les stocks de réactifs et consommables

1.2 Niveau CMA :

En plus de ce qui se fait au CSPS,

Stocker les sérums pour le contrôle de qualité

Gérer le stock de réactifs (commande, stockage, suivi)

Adresser les résultats sous pli fermé au prescripteur du test

Faire les examens de dépistage des autres IST

Faire les examens de suivi biologique (. NFS . - CD4, Transaminases, etc...).

Superviser les agents dans la mise en œuvre des activités de dépistage au niveau CSPS.

1.3 Niveau CHR :

En plus des activités du niveau CMA, il faut :

Faire le dépistage avec les techniques ELISA

Gérer les sérums litigieux des CMA

Acheminer les résultats des sérums litigieux au CMA

Assurer le contrôle de qualité des laboratoires des CMA

1.4 Niveau CHU :

En plus des activités du niveau CHR, il faut :

Faire tous les examens de diagnostic (, PCR,).

Faire le contrôle de qualité des laboratoires des CMA, CHR et des laboratoires nationaux.

2. DEPISTAGE CHEZ UN ENFANT NE DE MERE INFECTEE PAR LE VIH

Niveau CSPS/CM/CMA :

Faire les prélèvements de sang chez les enfants nés de mères séropositives po PCR à partir de la 6ème semaine

Acheminer les prélèvements vers le niveau supérieur

Dans le cas d'un allaitement maternel faire le test rapide de dépistage trois (3mois après l'arrêt de l'allaitement ; si le résultat est positif refaire un test de confirmation à 18 mois.

Dans les cas où l'enfant est positif, l'orienter vers un service de prise en charge pédiatrique.

Niveau CHR :

En plus du niveau CMA

Si PCR disponible réaliser l'examen dès la 6ème semaine

Niveau CHU :

En plus du niveau CHR

Faire la PCR à 6 semaines.

PROTOCOLE DE PREVENTION DE LA TME/VIH

TABLEAU N°1 : Protocole de la chimioprophylaxie par les ARV dans le cadre de la PTME

Régime de traitement	Temps d'administration		
	Pendant la grossesse	Pendant le travail	En post-partum
Régime retenu	AZT 300 mg x 2/jour à partir de la 28ème semaine de grossesse	NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	Mère : AZT/3TC 300/150mg x 2/jour pendant 7jours Enfant NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 7jours
Alternative		NVP 200 mg en dose unique + AZT/3TC : 300mg/150mg en prise unique	Mère: AZT/3TC x7 jours Enfant: NVP (2mg/kg en dose unique) + AZT 4mg/kg X 2 /jour pendant 4 semaines

NB : 1) Si la mère a reçu moins de 4 semaines d'AZT pendant la grossesse, l'enfant devrait recevoir 4 semaines d'AZT au lieu d'une semaine.

2) Si la mère est éligible pour le traitement ARV, administrer la le traitement. Dans ce cas elle ne prend plus le traitement prophylactique et à la naissance donner à l'enfant le traitement du post parfum.

LES PRATIQUES NEFASTES (PN)

I. GENERALITES

Au Burkina Faso, comme dans beaucoup de pays les pratiques néfastes existent et plusieurs d'entre elles influencent de façon négative la santé des enfants, des femmes, et des hommes. On peut citer :

- Les scarifications
- Les tatouages,
- Les mariages forcés, arrangés et/ou précoces
- Le lévirat, le sororat
- L'exclusion sociale de certaines femmes (sorcellerie, grossesse hors mariage, non respect des coutumes et traditions)
- Ecrasement des seins des nouveau-nés et des mères après accouchements
- Les mutilations génitales féminines (excision)
- Pratiques sexuelles : la sodomie ; fellation ; homosexualité
- Purge et gavage des nouveau-nés
- Piercing des parties du corps
- Prostitution
- Les clubs d'échangiste (partage et échange de partenaires).

II. LES MUTILATIONS GENITALES FEMININES (L'EXCISION)

L'excision est pratiquée depuis des siècles. C'est une pratique basée sur des fondements culturels.

2.1. Définition

Selon l'OMS, les Mutilations Génitales Féminines (MGF) désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toutes autres mutilations des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques.

Au Burkina Faso, les Mutilations Génitales Féminines se définissent comme étant " l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes féminins, y compris toute autre intervention ou pratique non thérapeutique appliquée sur l'organe génital de la femme ".

2.2. Justification

Les motifs invoqués pour justifier la pratique de l'excision varient selon le contexte socio-culturel, d'une ethnie à l'autre, d'une région à l'autre. Les justifications sociales et religieuses les plus invoquées sont :

- Conserve la virginité de la fille jusqu'au mariage
- Rend la femme fidèle
- Rend la femme fertile
- Rend la femme propre
- Le clitoris contient des vers
- Tue le bébé lors de l'accouchement
- Rend l'homme impuissant
- Pique le pénis comme un scorpion,
- religion,
- coutumes,
- honneur de la famille,
- dote élevée,
- raisons psycho sexuelles,
- autres raisons non fondées car irrationnelles.

2.3. Lieux de la pratique

- Domicile de l'exciseuse,
- Domicile des parents de l'excisée,
- Ou dans un lieu spécial,
- Brousse,
- Place du village.

2.4. Instruments utilisés

- Lames (de rasoir, de tige de mil)

- Couteaux
- Hachette
- Ciseau
- Tesson de bouteille

2.5. Pansements

- écorce de arbre écrasée
- décoction (feuilles, écorces de arbres)
- charbon écrasé
- beurre de karité
- cendre et terre
- pommade antibiotique et cicatrisante

3. Classification

3.1-Excision (CNLPE)

L'excision est l'ablation partielle ou totale:

- soit du clitoris : degré 1
- soit du clitoris et des petites lèvres: degré2
- soit du clitoris, des petites et grandes lèvres: degré3

Dans le degré 3, il peut survenir un accolement accidentel des grandes lèvres appelé coalescence.

N. B : - L'infibulation est une excision de 3ème degré avec suture volontaire des grandes lèvres. Elle n'est pas pratiquée au Burkina Faso.

3.2-MGF

Selon l'OMS, il existe quatre types :

- Type I : excision du capuchon, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris
- Type II : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres;
- Type III : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et sutures/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)

- Types IV : autres pratiques non classées ; celles-ci comprennent le percement ou l'incision du clitoris et/ou des petites lèvres, la cautérisation, le grattage, etc.

4. Les complications/conséquences des MGF

Elles dépendent :

- de l'importance de la mutilation,
- des conditions d'hygiène,
- de l'expérience, l'habileté et la vue de l'opératrice,
- de l'état physique de la fillette ou de la femme concernée.

Cette mutilation est pratiquée sans anesthésie et sans asepsie. Des complications peuvent survenir. Elles sont immédiates ou à long terme. Elles contribuent à augmenter de façon très significative le taux de morbidité et de mortalité de la petite fille et des femmes en âge de procréer.

▪ **Les complications immédiates :**

- Douleurs aiguës, vives pouvant entraîner un état de choc voire décès, car pratiquées sans anesthésie ;
- Hémorragie souvent foudroyante pouvant entraîner un état de choc
- Mort au décours d'un choc (hémorragique ou vagal)
- Lésions des organes adjacents (méat urinaire, périnée ; pubis) ;
- Rétention aiguë d'urines due à la tuméfaction du pourtour de la plaie ou de la peur de la brûlure de la plaie ;
- Infections (hépatites, tétanos, VIH, septicémie) qui peuvent entraîner la mort
- Fractures et luxations conséquences de l'immobilisation forcée
- Incontinence urinaire
- Lésions corporelles

▪ **Complications à long terme/séquelles**

- Cicatrices chéloïdiennes rétrécissant les voies génitales voire une impossibilité de rapports sexuels ;
- Stérilité primaire (due aux infections chroniques) ;
- Rétention des menstrues (hématométrie par synéchie vaginale) ;

- Obstruction de l'orifice vaginal rendant impossible les rapports sexuels
- Frigidité ;
- Conséquences obstétricales :
 - déchirure du périnée,
 - traumatisme du crâne fœtal ;
 - Dystocie des parties molles lors de l'accouchement avec pour conséquence souffrance fœtale de expulsions, les fistules vesico-vaginales entraînant une incontinence urinaire ou fécale qui peut durer toute une vie ;
- Les traumatismes psychologiques,
- Rapports sexuels très douloureux (dyspareunie),
- Grave répercussion sur la santé mentale : syndrome de stress post traumatique, dépression, trouble du sommeil, idées suicidaires, perte de confiance en soi, anxiété, attaque de panique,
- Frigidité,
- SIDA,
- Maladie inflammatoire du pelvis (MIP).
 - **Les conséquences sociales sont graves**
 - rejet de la femme par son époux ;
 - Non implications aux activités sociales
 - Isolement/marginalisation des femmes victimes de fistules obstétricales
 - discrimination

III : PRISE EN CHARGE D'UNE PARTURIENTE EXCISEE

3.1 Introduction

L'excision a des conséquences graves sur la vie génitale reproductive de la femme. Ces conséquences sont à la fois physiques, psychologiques et sociales.

L'examen gynécologique fait lors des consultations prénatales permettra de classer l'excision en 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} ou 4^{ème} degré.

Il est important d'orienter toutes femmes excisées vers une formation sanitaire pour un accouchement assisté.

3,2 Où faire l'accouchement ?

- Dans toutes les formations sanitaires (si 1^{er} et 2^{ème} degré) : CSPS . CM . Cabinets et cliniques privées ;
- Le 3^{ème} et le 4^{ème} degré nécessitent un plateau technique plus performant CMA . CHR . CHN/CHU (souvent l'accouchement par voie basse est pénible, voire impossible).

3. 3 Qui peut faire l'accouchement

- Médecins
- Infirmiers
- SF/ME
- Accoucheuses brevetés/auxiliaires

3. 4. Etapes de la prise en charge

- Avant la grossesse faire une vulvoplastie si l'orifice vaginal est très rétréci.
- Faire une inspection pour préciser le degré de l'excision. Référer toutes les femmes excisées au 3^{ème} degré si on n'est pas dans un centre chirurgicale ;
- Le toucher vaginal appréciera l'état de la cicatrice de l'excision et la souplesse du périnée ;
- Pendant l'accouchement faire une préparation physique de la femme (toilette vulvaire avec antiseptique)
- Protéger le périnée lors du dégagement de la présentation ;
- Faire une épisiotomie large et suturer la plaie. Sinon l'épisiotomie peut être antérieure et postérieure ;
- Antibio prophylaxie si nécessaire;
- Donner des conseils d'hygiène à l'accouchement :
 - ❖ changer régulièrement la garniture (au moins deux fois par jour),
 - ❖ se nettoyer après chaque besoin et sécher la plaie,
 - ❖ éviter les bains très chauds,
 - ❖ faire vérifier la cicatrisation une semaine après.
- Le prestataire devra assurer un suivi lors de la consultation post natale.

3.5 REPARATION DES SEQUELLES DE L'EXCISION

Coalescence des grandes lèvres

1-Définition : c'est l'accrolement presque total des grandes lèvres avec l'existence d'un petit pertuis permettant l'écoulement des urines et des éventuelles menstrues.

2- Diagnostic : il est clinique par l'inspection de la vulve

3- Traitement : le traitement est chirurgical sous anesthésie.

Il passe par plusieurs étapes :

- accueil et examen gynécologique
- information et préparation psychologique de la patiente
- ordonnance médicale* programmation
- opération (installation- anesthésie- réparation- pansement NB : pas d'hospitalisation)
- remplir les supports de données
- suivi : 7 j - 14 j - 1 mois -3 mois.

Lieu : bloc opératoire.

Matériel : gants stériles, compresse stériles, bétadine jaune, xylocaïne simple 2%; fils chirurgicaux, seringue; pommade antibiotique ; boîte de petite chirurgie ; lame de bistouri ; nécessaire pour une voie veineuse; sonde urinaire à demeure si nécessaire; champs opératoires.

- Anesthésie: * locale de préférence avec counseling

* générale si fillette ou cas compliqué

- Technique :

- agrandissement prudent du méat vulvaire existant
- repérage des orifices urétral et vaginal
- incision vulvaire dans la direction verticale et/ou horizontale de taille suffisante (craindre le méat urétral et le sphincter anal) .
- faire une suture hémostatique de sorte à ouvrir la vulve vérifier la perméabilité vulvaire (2 doigts chez la puberte).

- prescrire les soins après intervention (antibiotique et anti -inflammatoire en per os, pansement bi quotidien à la bétadine jaune)
- revoir la patiente (7 j, 14j, 1 mois, 3 mois)

Rétrécissement vulvaire

1- Définition : c'est la réduction notable de la perméabilité vulvaire ne permettant pas les rapports sexuels ou engendrant des dyspareunies

2- Diagnostic : il est clinique, par l'inspection de la vulve et par le toucher vaginal montrant le rétrécissement vulvaire.

3- Traitement : il est chirurgical sous anesthésie; et les étapes et le matériel sont idem que pour la coalescence des grandes lèvres

Réparation du rétrécissement vulvaire au cours de l'accouchement:

-Technique : pratiquer une large épisiotomie voire une double épisiotomie au moment de l'expulsion fœtale.

- lors de la poussée d'expulsion,
- infiltrer le périnée à la xylocaïne
- introduire les doigts entre le périnée et la présentation,
- sectionner le périnée dans la direction médio - latérale, large(si elle est unique) ou alors double (à gauche et à droite)
- protéger la fourchette vulvaire
- amortir la présentation et réaliser son dégagement.
- suture de l'épisiotomie, après la délivrance, en trois plans(muqueuse vaginale; plan musculaire; plan cutané)
- soin après suture : soins locaux, antibiotique, anti inflammatoire

- Matériel : boîte complète d'accouchement (paire de ciseaux courbes; porte aiguille droite; pince à disséquer pinces de Kocher); fils chirurgicaux ; xylocaïne simple compresse stériles Bétadine jaune.

Chéloïde vulvaire

1- Définition : c'est une excroissance / boursouffure cicatricielle vulvaire rendant cette région peu extensible donc pourvoyeuse de dyspareunie et de dystocie d'expulsion fœtale.

2- Diagnostic : Il est clinique, par l'inspection vulvaire.

3- Traitement : il est chirurgical sous anesthésie; et les étapes et le matériel sont idem que pour la coalescence des grandes lèvres

- Technique : *résection prudente de la chéloïde

- ◆ agrandissement prudent de l'orifice vulvaire
- ◆ vérifier le méat urinaire et la cloison recto vaginale
- ◆ décollement cutané si nécessaire et suture hémostatique des zones de section.
- ◆ infiltration aux corticoïdes injectables de façon prolongée dans les sutures + cica - care.
- ◆ vérifier la perméabilité vulvaire
 - prescrire les soins après intervention (antibiotique et anti -inflammatoire en per os, pansement bi quotidien à la bétadine jaune)
 - revoir la patient et Tj- 14j- 1 mois-3mois

Choc hémorragique

1. Définition : c'est un état de collapsus cardio-vasculaire suite à une hémorragie par excision

2. Diagnostic : c'est l'examen clinique et biologique de la victime

3- Traitement : réanimer efficacement une excisée récent choquée.

- arrêter l'hémorragie,
- allongement sur un plan horizontal
- solide voie veineuse avec macro - molécules
- taux d'Hb, GS /RH
- transfusion sanguine +++++

- exploration clinique et para-clinique d'autres organes (rein ; foie, cerveau,.. . .)

Réanimation médicale d'urgence :

- Voie veineuse (Macromolécules, Transfusion sanguine, Antibiotiques)
- Suture hémostatique chirurgicale : au bloc opératoire
- Hospitalisation : soins adéquats + SAT + VAT+ Counseling pour sérologie VIH, VHB.
- Rendez-vous de surveillance médicale: 7 j - 14j -1 mois- 3 mois

Suppurations vulvaires

1- définition : C'est l'infection purulente de la plaie d'excision.

2- Diagnostic : Il est clinique par l'inspection de la vulve.

3- Traitement d'une suppuration vulvaire:

- culture du pus + antibiogramme
- Soins locaux
- SAT + VAT
- Antibiotique * anti- inflammatoire
- Counseling pour sérologie VIH
- RDV : 7 j- 4j- 1 mois-3 mois.

Choc vagal

1- définition : C'est un choc secondaire à l'irritation du nerf vague ou pneumogastrique.

2- Diagnostic : perte brutale de connaissance suite à une douleur intense ou à une forte émotion accompagné de signes d'insuffisance circulatoire.

3- Traitement:

- Massage cardiaque externe +++
- oxygénation par : bouche à bouche
- intubation trachéale et oxygénation si hôpital

3.6. PRISE EN CHARGE DES AUTRES PRATIQUES NEFASTES

Pour toutes les pratiques néfastes, la prise en charge initiale consiste à une sensibilisation pour un changement de comportement

Particulièrement dans les situations suivantes (scarifications ; piercing des parties du corps ; tatouages, sodomie ; fellation : écrasement des seins, purge et gavage des nouveau-nés, douches à l'eau bouillante) la prise en charge se fera selon le plateau technique:

- Traitement antalgique en cas de douleur
- Traitement de l'hémorragie (suture, pansement compressif, etc.)
- Antibiothérapie en cas d'infection bactérienne
- Chirurgie réparatrice en cas de destruction des organes
- Prise en charge spécifique des cas de ST VIH/SIDA
- Réanimation en cas d'occlusion par iléus paralytique due aux purges.
- Référence

GESTION DE LA LOGISTIQUE CONTRACEPTIVE

I. Définition d'un système logistique

Le système logistique est le processus de planification, de mise en œuvre et de contrôle de qualité des mouvements de stocks depuis le fabricant jusqu'au consommateur final. Il comprend six étapes :

1. la sélection des produits
2. l'approvisionnement
3. la mise en place des procédures de gestion logistique
4. le transport et le stockage
5. le contrôle de qualité
6. l'utilisation par les clients

II. But d'un système logistique ou la règle des « six bons »

Le but d'un système logistique est d'assurer la satisfaction du consommateur ; La règle des six bons permet de répondre à cette exigence :

1. les Bons produits
2. en Bonne quantité
3. en Bonne condition
4. au Bon endroit
5. au Bon moment
6. au Bon coût

NB : tous les **Six Bons** se valent et sont complémentaires. Cette règle s'applique à tout système de logistique y compris la logistique contraceptive.

Le concept de **Bons Produits** se réfère aussi bien aux produits de bonne qualité qu'à leur variété.

Le concept de **Bon Coût** ne se réfère pas seulement au prix de vente aux clients (système de recouvrement des coûts) mais il fait aussi appel à la notion de charges récurrentes liées à la gestion des produits. Ces charges doivent être minimisées. Coût raisonnable et accessible par les clients.

III. Le Système d'Approvisionnement des contraceptifs:

Il y a deux systèmes d'approvisionnement: l'allocation et la réquisition :

- Le **système d'allocation** est un système dans lequel les quantités à expédier sont déterminées par le personnel du niveau administratif qui envoie les produits.
- Le **système de réquisition** est un système dans lequel les quantités à expédier sont déterminées par le personnel du niveau administratif qui reçoit les produits. En principe, le système d'approvisionnement au Burkina Faso est la réquisition,
 - Les CSPS adressent leurs commandes aux districts,
 - Les districts adressent leurs commandes aux dépôts régionaux de la CAMEG,
 - Les dépôts régionaux s'adressent à la CAMEG Centrale

TABLEAU DES NIVEAUX DE STOCKS

STRUCTURE	NIVEAU MINIMUM	NIVEAU MAXIMUM	INTERVALLE DE COMMANDE
CSPS, PPS, ASBC	1 mois	3 mois	1 mois
DISTRICT, CHU, CHR ET ASSOCIATION ET ONG	3 mois	6 mois	3 mois
REGION CAMEG	6 mois	9 mois	
CENTRAL CAMEG	9 mois	16 mois	12 mois

Les contraceptifs actuellement disponibles au Burkina et leur durée de vie.

Produit	Unité	Durée de vie dans de bonnes conditions de stockage
Lo-Femenal	Cycle	5 ans à partir de la date de fabrication
Microgynon	Cycle	5 ans à partir de la date de fabrication (approvisionnement en substitution du loféménal)
Ovrette	Cycle	5 ans à partir de la date de fabrication
Depo-Provera	flacon	Fabrication européenne : 5 ans Fabrication américaine : depuis fév. 1997 . 4 ans
jadelle Norplant	Set de 2 set de 6	Fabrication européenne : 5 ans Fabrication américaine : 3 ans
DIU Copper T 380A	Unité	7 ans à partir de la date de fabrication
Condom féminin	Unité	5 ans à partir de la date de fabrication
Condom masculin	Unité	4 ans à partir de la date de fabrication
Collier	Unité	02 ans à partir du début d'utilisation

La durée de vie d'un produit est la période pendant laquelle ce produit peut être gardé en stock dans des conditions favorables sans que soient affectées son action, ses propriétés ou sa potentialité. Cette période est déterminée en faisant la différence entre la date d'expiration et celle de fabrication.

IV. ESTIMATION DES BESOINS

Il est très important de savoir comment déterminer les quantités de produits nécessaires. Pour ce faire on utilise les données de base suivantes:

- ✓ la Consommation Moyenne Mensuelle (**CMM**),
- ✓ le nombre de Mois de Stock Disponible (**MSD**) et
- ✓ la Quantité à Commander (**QàC**)

4.1 La détermination de la consommation moyenne mensuelle (cmm)

La détermination de la consommation mensuelle moyenne (CMM) est une étape fondamentale dans le calcul de toutes les formules de base de la logistique contraceptive. La CMM permet de avoir une information précise sur les quantités mensuelles moyennes distribuées aux clients. Le calcul de la CMM se effectue en deux étapes:

1. Faire la somme de la consommation des trois (3) derniers mois (typiques)
2. Diviser ce total par trois (3).

Où la formule:

$$\text{CMM} = \text{Consommation des 3 derniers mois (typiques)} / 3$$

4.2 L'évaluation de l'état actuel des stocks

Evaluer l'état des stocks, c'est déterminer le nombre de Mois de Stock Disponible et Utilisable (MSD). Le MSD se calcule par marque de produit. Pour procéder à une telle évaluation, le gestionnaire des stocks devra:

- effectuer un inventaire physique des stocks
- isoler les produits périmés, endommagés ou non utilisables
- déterminer la **consommation mensuelle moyenne (CMM)** pour chaque marque de produit sur la base des quantités distribuées aux clients.

Une fois que cet exercice est achevé, le gestionnaire des stocks déterminera le nombre de mois de stock disponible en appliquant la formule suivante:

$$\text{MSD} = \frac{\text{Stock Disponible et Utilisable}}{\text{CMM}}$$

4.3 Détermination de la Quantité à Commander (QAC)

La détermination de la QàC est très importante pour éviter les situations de rupture de stock ou de surstockage. Le calcul de la QàC comprend les cinq (5) étapes suivantes:

1. Calculer la **CMM**.
2. Déterminer le **stock maximum** en multipliant la CMM par le niveau de stock maximum de votre structure sanitaire.
3. Déterminer le **stock disponible et utilisable**.
4. Soustraire le stock disponible et utilisable du stock maximum.
5. **Vérifier vos calculs!**

La QàC est obtenue par la formule suivante:

$$\text{QàC} = (\text{Stock maximum}) - (\text{stock disponible et utilisable})$$

[Dans la formule: Stock max. = CMM x (nombre de mois de stock max.)]

Nous avons deux types de commandes: la commande systématique et la commande d'urgence.

- ◆ La **commande systématique** se fait à la fin de l'intervalle de commande qui est fixée à 3 mois pour les DRD et un mois pour les CSPS.
- ◆ La **commande d'urgence** se fait si le niveau de stock descend en dessous du point de commande d'urgence requis, même si l'intervalle de commande n'est pas atteint. Le point de commande d'urgence correspond au niveau de stock minimum.

En cas de commande d'urgence, utiliser la voie de communication la plus rapide (téléphone, fax, taxi, etc.).

V. LA RECEPTION ET L'ENTREPOSAGE DES PRODUITS

5.1 La réception

A la réception des contraceptifs commandés, il est recommandé de:

- vérifier s'ils sont accompagnés d'un Bon de Livraison des produits contraceptifs.
- s'assurer que les contraceptifs sont en bonne condition et qu'ils n'ont subi aucun dommage.
- vérifier les dates de péremption.

- vérifier si les quantités reçues correspondent aux données figurant sur le Bon de Livraison des produits contraceptifs.
- accuser réception des produits reçus.
- garder une copie du Bon de Livraison des produits contraceptifs
- inscrire la quantité de produits reçue sur les Fiches de Stock pour chaque marque.
- Après ce bref contrôle, les contraceptifs peuvent être rangés au lieu de stockage.

5.2 Entreposage des produits

L'emmagasinement des contraceptifs doit permettre de avoir des produits toujours disponibles, accessibles, et en bon état. Cette activité constitue une étape importante dans la gestion efficace des produits et doit garantir leur qualité.

Pour assurer une bonne organisation du dépôt, un certain nombre de dispositifs doit être observé. Il s'agit entre autres de:

- la mise en place des mesures de sécurité, et
- l'application effective des directives pour un bon entreposage.

a) Les Mesures de Sécurité

Pour assurer une bonne organisation du dépôt, un certain nombre de mesures de sécurité et de considérations doivent être prises au préalable, à savoir:

- fermer à clef le dépôt et en limitant l'accès aux seules personnes autorisées.
- s'assurer que les livraisons et les réceptions de stocks correspondent aux pièces justificatives.
- mettre à jour les Fiches de Stocks
- assurer la sécurité du dépôt contre le vol et l'incendie.

b) Emmagasinement des produits

L'emmagasinement des produits dans votre dépôt doit respecter les directives suivantes:

DIRECTIVES POUR UN BON EMMAGASINAGE DE PRODUITS DE SANTÉ

1. NETTOYER ET DÉSINFECTER RÉGULIÈREMENT LE MAGASIN OU LE DÉPÔT.
2. EMMAGASINER LES PRODUITS DE SANTÉ DANS UNE PIÈCE SANS HUMIDITÉ, BIEN ÉCLAIRÉE ET BIEN VENTILÉE, À L'ABRI DE LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL.
3. VÉRIFIER QU'IL N'Y A PAS DE FUITES D'EAU DANS LA PIÈCE.
4. VÉRIFIER QUE LE MATÉRIEL ANTI-INCENDIE EST DISPONIBLE ET ACCESSIBLE ET, QUE LE PERSONNEL PEUT L'UTILISER.
5. EMMAGASINER LES PRODUITS EN LATEX LOIN DES MOTEURS ÉLECTRIQUES ET LUMIÈRES FLUORESCENTES.
6. MAINTENIR LES CONDITIONS FRIGORIFIQUES, Y COMPRIS LA CHAÎNE DE FROID, POUR LES PRODUITS QUI EN ONT BESOIN.
7. GARDER LES NARCOTIQUES ET AUTRES SUBSTANCES CONTRÔLÉES DANS UN ENDROIT FERMÉ À CLÉ.
8. EMMAGASINER SÉPARÉMENT LES PRODUITS INFLAMMABLES AVEC LES MESURES DE PRÉCAUTION QUI S'IMPOSENT.
9. EMPILER LES CARTONS SUR DES PALETTES OU DES ÉTAGÈRES À AU MOINS 10 CENTIMÈTRES DU SOL, 30 CENTIMÈTRES DES MURS ET DES AUTRES PILES, ET À UNE HAUTEUR DE 2,5 MÈTRES MAXIMUM.
10. DISPOSER LES CARTONS DE SORTE QUE LES FLÈCHES () POINTENT VERS LE HAUT, ET QUE LES ÉTIQUETTES D'IDENTIFICATION, LES DATES DE PÉREMPTION ET LES DATES DE FABRICATION SOIENT BIEN VISIBLES.
11. EMMAGASINER LES PRODUITS DE SANTÉ DE MANIÈRE À FACILITER LA GESTION DE STOCK SELON LE PRINCIPE DU "PREMIER EXPIRÉ, PREMIER SORTI" (PEXPRES).
12. EMMAGASINER LES PRODUITS DE SANTÉ À L'ABRI DES INSECTICIDES, DES PRODUITS DANGEREUX, DES VIEUX DOSSIERS, DES FOURNITURES DE BUREAU ET TOUT AUTRE ÉQUIPEMENT.
13. PROCÉDER À LA SÉPARATION ET À LA DESTRUCTION DE TOUT PRODUIT ENDOMMAGÉ OU PÉRIMÉ CONFORMÉMENT AUX RÈGLES ET PROCÉDURES EN VIGUEUR.

NB: *Il faut également tenir compte des aspects faciles à appliquer et n'engendrant pas de coût financier additionnel*

VI. LE SYSTEME D'INFORMATION EN GESTION LOGISTIQUE (SIGL)

Tout système de gestion et de contrôle des stocks doit être bâti autour d'un système d'information basé sur des supports et qui permet de donner des informations sur les mouvements de stocks et de rendre compte de leurs utilisations.

Trois types de supports logistiques forment le Système d'information en Gestion Logistique (SIGL). Ces supports permettent de recueillir les informations essentielles pour le fonctionnement du système de logistique.

Comme supports nous avons:

- la Fiche de Stock
- le rapport de situation mensuelle de gestion des stocks de contraceptifs pour les formations sanitaires.
- Le rapport de situation trimestrielle des stocks de contraceptifs pour les dépôts répartiteurs de district et les Régions sanitaires