

**MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIRECTION SANTE DE LA FAMILLE**

**MANUEL DE NORMES EN
PLANIFICATION FAMILIALE
ET EN SOINS MATERNELS**

A L'USAGE DU PERSONNEL DE SANTE

Septembre 2009

NOTE POUR PUBLICATION

Copyright 2010 par le Ministère de la Santé Publique et de la Population.
République d'Haïti

COMITE DE REDACTION

Dr Lourdes Marie Belotte
MSPP/DSF

Dr Ernest Viel
MSPP/DSF

Dr Gadner Michaud
MSH/HS2004

Dr Pierre Mercier
USAID/ Haiti

Dr Adeline Verly
Consultante

Dr Jaime Benavente
MSH-HS2004

Dr Edvar Tassy
Consultant

Dr Schiller Marsan
FOSREF

Madame Marie Alix Laraque
Consultante HS2004

COMITE DE REVISION DU MANUEL DE NORMES

Dr Lourdes Marie Belotte
MSPP/DSF

Dr Guirlaine Raymond
MSPP/DSF

Dr Ernest Viel
MSPP/DSF

Rose Thisy Jacques
MSPP/DSF

Dr Frantz Montès
MSPP/DSF

Dr Gadner Michaud
MSPP/UCP

Dr Pierre Mercier
USAID

Dr Lucito Jeannis
SDSH/JHPIEGO

Dr Jean Bernard Février
SDSH/JHPIEGO

Marie Patrice Honoré
SDSH/JHPIEGO

Marie Jacqueline R. Jean
SDSH/JHPIEGO

Dr Evelyne Ancion Degraff
OPS/OMS

Dr Lauré Adrien
SHOG

Dr Rhoda Savain
UNFPA

Dr Serge Armand
Direction Population

TABLE DES MATIERES

NOTE POUR PUBLICATION.....	II
COMITE DE REVISION DU MANUEL DE NORMES	IV
COMITE DE REDACTION.....	III
REMERCIEMENTS.....	VIII
SECTION I.....	IX
INTRODUCTION	X
Chapitre 1.....	- 1 -
1. POLITIQUE DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION.....	- 1 -
1.1. PHILOSOPHIE DU PROGRAMME	- 1 -
1.2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME.....	- 1 -
1.3. OBJECTIFS SPÉCIFIQUES.....	- 1 -
1.4. BÉNÉFICIAIRES DE SERVICES.....	- 2 -
1.5. METHODES CONTRACEPTIVES DISPONIBLES	- 3 -
METHODES CONTRACEPTIVES PAR NIVEAUX DE SOINS	- 4 -
1.6. HORAIRE DES SERVICES.....	- 5 -
1.7. COUT DES SERVICES.....	- 5 -
1.8. PRESTATAIRES DE SERVICE	- 5 -
Chapitre 2.....	- 8 -
2. LES STANDARDS DES SERVICES.....	- 8 -
2.1. STANDARDS DANS LA QUALITÉ DES SOINS	- 8 -
2.2. STANDARDS DANS L'ORGANISATION DES SERVICES.....	- 11 -
2.3. STANDARDS DU SUPPORT ADMINISTRATIF ET FINANCIER.....	- 14 -
2.4. SUPERVISION.....	- 18 -
2.5. IEC : INFORMATION – EDUCATION – COMMUNICATION	- 18 -
2.6. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	- 19 -
2.7. SUIVI ET EVALUATION.....	- 20 -
Chapitre 3.....	- 25 -
3. DÉROULEMENT D'UNE SESSION CLINIQUE.....	- 25 -
3.1. PARCOURS DES CLIENTS/ES.....	- 25 -
3.2. L'ACCUEIL / L'INSCRIPTION	- 25 -
3.3. L'ÉDUCATION SANITAIRE DE GROUPE	- 26 -
3.4. LE « COUNSELING »	- 27 -
3.5. BILAN CLINIQUE	- 28 -
3.6. Examen physique.....	- 30 -
3.7. INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DE LA MÉTHODE	- 32 -
3.8. LE SUIVI DE LA CLIENTE	- 33 -
3.9. PARTICULARITES.....	- 33 -
3.10. NORMES DE CONCENTRATION	- 34 -
3.11. LE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTE...-	

3.12. EXAMEN PARA-CLINIQUE	- 35 -
CHAPITRE 4.....	- 40 -
4. LES METHODES CONTRACEPTIVES.....	- 40 -
4.1. LES INJECTABLES	- 40 -
4.2. LES IMPLANTS.....	- 53 -
4.3. CONTRACEPTIFS ORAUX	- 67 -
4.4. DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (D.I.U) –.....	102
4.5. CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV).	110
4.6. MÉTHODES DE BARRIÈRE.....	128
4.7. LES MÉTHODES NATURELLES DE CONTRACEPTION.....	145
SECTION II.....	168
INTRODUCTION	169
Chapitre 1.....	171
1.1. CONSULTATION PRENATALE	171
1.2. GROSSESSE A RISQUE.....	171
1.3. CONSULTATION PRENATALE PAR NIVEAUX DE SOINS.....	172
1.4. VISITES PRENATALES	173
PREMIERE VISITE PRENATALE	174
- DEUXIEME ET TROISIEME VISITES PRENATALES	175
1.5. EDUCATION A LA CLINIQUE PRENATALE	176
1.6. DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION PRENATALE.....	176
1.7. PERSONNEL EN CLINIQUE PRENATALE	177
1.8. FORMULAIRES UTILISES EN CLINIQUE PRENATALE.....	178
Chapitre 2.....	179
2. PATHOLOGIES LIEES A LA GROSSESSE.	179
A- SAIGNEMENT	179
B- PATHOLOGIES CHRONIQUES	181
Post-Partum	193
Chapitre 3.....	194
3. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT	194
Chapitre 4.....	198
4. SOINS A L'ACCOUCHEMENT.....	198
Chapitre 5.....	217
5. LES SERVICES POST-NATALS	217
Chapitre 6.....	232
6. ORGANISATION DU TRAVAIL A LA CLINIQUE PRENATALE	232
APPENDICES	235
LISTE DES ABREVIATIONS.....	253
BIBLIOGRAPHIE.....	256

AVANT PROPOS

Si depuis 1974 des activités de Santé Maternelle et de planification familiale ont démarré de façon systématique dans tout le pays, la prévalence contraceptive n'est que de 32% chez les femmes de 15 à 49 ans en union qui utilisent une méthode de PF ; contre 25% chez les femmes de 15 à 49 ans en union qui utilisent une méthode moderne de PF. Une récente enquête nationale sur la situation des services de Planification Familiale et de Santé de la Reproduction¹ réalisée pendant la période 2005 à 2006 a révélé un besoin pressant de formation pour les prestataires de service. Ces derniers hésitent parfois à prescrire certaines méthodes contraceptives, pourtant disponibles, par incapacité technique à prendre en charge les effets secondaires alors que 38%...des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait en planification familiale.

En référence aux droits des familles à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent et compte tenu des besoins importants non satisfaits en PF. Il importe donc de mieux armer le personnel sanitaire en place pour qu'il soit en mesure d'offrir de meilleurs services en clinique prénatale, des soins appropriés au moment de l'accouchement et en période post natale, de meilleurs services en planification familiale

Tel que conçu, et présenté, ce manuel de normes en Planification Familiale et en Santé maternelle est conforme aux vues et à la philosophie du Ministère de la Santé Publique et de la Population. Nous le recommandons vivement comme document de référence à tous ceux qui, dans le secteur privé comme dans le secteur public, sont désireux de s'adonner de façon méthodique à des activités de soins à la femme et de contrôle des naissances dans le cadre de prestation de soins intégrés dans le contexte du paquet minimum de services à offrir dans l'aire opérationnelle des Unités Communales de Santé.

¹ Enquête Morbidité Mortalité et Utilisation des Services (EMMUS 4)

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population adresse ses sincères remerciements à tous ceux qui, à un titre ou un autre ont contribué à la révision de ce Manuel de Normes en planification familiale et en Soins Maternels.

Ces remerciements vont particulièrement au comité qui s'est penché sur la révision de ce manuel.

Ses remerciements s'adressent aussi aux Institutions suivantes :

1. Direction de Santé de la Famille DSF/MSPP
2. Unité de Coordination des programmes – UCP.
3. Direction de la Population
4. Bureau de Santé, Population et Nutrition de l'USAID.
5. Management Sciences for Health / Pwojè SDSH.
6. Organisation Panaméricaine de la Santé/ Organisation Mondiale de la Santé.
7. Fonds des Nations Unies pour la Population - UNFPA
8. JHPIEGO Corporation.
9. Société Haïtienne d'Obstétrique et de Gynécologie - SHOG.

Pour leur appréciable contribution lors de la mise à jour de ce manuel.

Le Ministère remercie enfin tous ceux qui, par leur travail ou leurs conseils, ont permis la réalisation de cet important outil de travail en Planification Familiale et en Soins Maternels.

SECTION I

NORMES EN PLANIFICATION FAMILIALE

INTRODUCTION

Une circulaire émanée du Ministère de la Santé Publique au mois de juillet 2008 et adressée aux Directeurs départementaux et aux Responsables des différentes Institutions Sanitaires de la République, fait injonction aux établissements sanitaires privés et publics du pays d'offrir gratuitement des services de Planification Familiale à la population haïtienne. La Planification Familiale est un volet de la Santé de la Reproduction, élément du Paquet de Services à offrir à la communauté dans le cadre des UNITES COMMUNALES DE SANTE (UCS). Actuellement, deux notions s'imposent dans les programmes de planification familiale :

1. La notion de satisfaction des besoins globaux de santé du couple, ce qui engendre le vocable de Santé de la Reproduction qui englobe celui de Santé Maternelle et de Planification Familiale.
2. La notion de qualité des soins dans les services offerts de telle sorte que le client, homme ou femme, soit satisfait.

Ce manuel met davantage l'accent sur :

1. La politique et les standards des services.
2. Les concepts de la qualité des soins et du support administratif et financier du programme
3. La libéralisation plus poussée de la prescription des méthodes contraceptives.
4. La conduite à tenir face aux effets secondaires des méthodes compte tenu de l'expérience acquise sur le terrain en matière de planification familiale.

Ce manuel est donc conçu pour aider les directeurs de programmes et le personnel des institutions à avoir une meilleure compréhension des éléments importants sur lesquels ils doivent se pencher pour fournir des soins qui répondent à la vision actuelle des programmes, à savoir : la satisfaction des besoins du client dans le contexte de Santé de la Reproduction et Sexuelle. Ce manuel servira également de référence pour les études, enquêtes et recherches en matière de planification familiale.

A partir de cette nouvelle approche, les indicateurs de performance des institutions ne doivent plus être mesurés seulement en terme de quantité ou de volume de services offerts, mais aussi, et surtout en terme de qualité et du point de vue de la satisfaction de la clientèle.

Chapitre 1

1. POLITIQUE DES SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Dans la politique des services entrent les composantes suivantes :

- La philosophie du programme.
- Les objectifs généraux du programme.
- Les objectifs spécifiques ou la mission du programme.
- Les bénéficiaires des services.
- Les méthodes contraceptives
- Les horaires
- Le coût des services.
- Les prestataires des services

1.1. PHILOSOPHIE DU PROGRAMME

Le Programme de Santé de la Reproduction recherche l'adhésion de la communauté dans la poursuite de ses objectifs. Il utilise à cette fin l'approche institutionnelle et l'approche communautaire ; il collabore également avec tous les organismes et secteurs concernés par la Santé de la Reproduction.

1.2. OBJECTIFS GÉNÉRAUX DU PROGRAMME

1. Contribuer à la diminution, à l'échelle nationale, des taux de morbidité et de mortalité maternelle et infantile en offrant des services de Santé de la Reproduction de qualité.
2. Contribuer à aider la population en âge de procréer à faire un choix éclairé des moyens de contrôle de sa fécondité.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

1. Offrir aux femmes et aux hommes qui sont sexuellement actifs des services de Santé de la Reproduction de qualité.
2. Intégrer la planification familiale à d'autres services tels :
 - Service Prénatal, Postnatal et PTME.
 - Service de Gynécologie.
 - Service de maternité
 - Service de soins après avortement.
 - Service de Pédiatrie.
 - Services de santé sexuelle.
 - Service de Diagnostic et de prise en charge des IST.
 - Service de santé de la reproduction et sexuelle pour les jeunes
3. Promouvoir la double protection chez les femmes et les hommes qui sont sexuellement actifs.

1.3. BÉNÉFICIAIRES DE SERVICES

Les bénéficiaires des services sont :

- 1) Les couples qui désirent être informés en matière de planification familiale ou la pratiquer.
- 2) Les femmes qui ont des besoins en Santé de la Reproduction et sexuelle.
- 3) Les femmes en âge de procréer sexuellement actives et qui veulent éviter une grossesse non désirée, ou qui cherchent à espacer leurs grossesses et qui sont donc à la recherche d'une méthode d'espacement des naissances.
- 4) Les hommes en âge de procréer qui veulent assurer eux-mêmes ou partager avec leur partenaire la responsabilité du contrôle des naissances, soit en choisissant une méthode masculine, soit en encourageant leur partenaire à choisir et à utiliser une méthode contraceptive efficace.
- 5) Les hommes et les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants et qui optent pour

une méthode définitive de contraception chirurgicale.

- 6) Les jeunes qui ont des besoins en santé sexuelle et en Santé de la Reproduction.
- 7) Les couples qui ont besoin de procréation.

1.4. METHODES CONTRACEPTIVES DISPONIBLES

Les méthodes contraceptives offertes dans le programme national sont :

- **Méthodes naturelles**
- **Méthodes modernes**

- **Contraceptifs oraux :**
 - i. **Pilules contraceptives combinées :** pilule qui contient de faible dose de deux hormones (œstrogène et progestérone) associé ou non au sulfate ferreux.
 - **Pilule à progestatif seul :**
 - (1) Norgestrel 0,075

- **Les méthodes de barrières :**
 - i) Condoms masculins en latex
 - ii) Condoms féminins en plastique
 - iii) Diaphragme
 - iv) Spermicides

- **Contraceptifs injectables:**
 - Acetate dépôt-medroxyprogesterone (DMPA) vial de 1ml de 150 mg.
 - Enanthate de norethindrone (NET-EN): vial de 1ml de 200mg

- **Implants:**
 - Norplant: 6 capsules flexibles contenant chacun 36 mg de Levonorgestrel.
 - Jadelle : 2 bâtonnets en Silastique contenant chacun 75mg de Levonorgestrel

- **Dispositifs Intra-Utérins (DIU)**

- **Contraception chirurgicale Volontaire :**
 - Ligature des trompes
 - Vasectomie

L'introduction de toute nouvelle méthode de contraception nécessite l'approbation du Ministère de la Santé Publique et de la Population.

METHODES CONTRACEPTIVES PAR NIVEAUX DE SOINS

NIVEAUX METHODES	HOPITAUX UNI- VERSITAIRES / DEPARTEMENTAUX /CLINIQUE SPE- CIALISEE	INSTITUTION DU 2EME ECHELON	INSTITUTION DU 1ER ECHELOM	COMMUNAUTAIRE
CCV	X	X	-	-
IMPLANT	X	X	x	-
INJECTABLES	X	X	X	X
DIU	X	X	-	-
PILULE	X	X	X	X
BARRIERE/ CONDOMS	X	X	X	X
METHODES NATURELLES	X	X	X	X

La distribution des méthodes contraceptives ci-après est autorisée dans le secteur commercial et le marketing social:

- Injectables
- DIU
- Pilule
- Barrières
- Implants

1.5. HORAIRE DES SERVICES

Les jours et heures pendant lesquels les services sont dispensés doivent être connus de la population bénéficiaire. L'horaire des services doit être affiché à l'entrée de l'Institution. Les informations sur les droits des clients en ce qui concerne la planification familiale doivent être affichées à la salle d'attente, en créole et en français.

1.6. COUT DES SERVICES

Les services de PF sont totalement gratuits.

1.7. PRESTATAIRES DE SERVICE

PROFIL DES PRESTATAIRES PAR METHODE

Catégorie	CCV	Implants	DIU	Pilule	Barrière	Injectables	PFN
Promoteurs	-	-	-	X	X	-	X ¹
Agents de Santé	-	-	-	X	X	X ¹	X ¹
Auxiliaires	-	X ¹	-	X	X	X	X ¹
Infirmières	X ²	X	X	X	X	X	X
Infirmière Sage-femme	X ²	X	X	X	X	X	X
Médecin	X ²	X	X	X	X	X	X

X

¹ Bien entraînés et supervisés mensuellement.

² Formés, accrédités par le MSPP.

Chapitre 2

2. LES STANDARDS DES SERVICES

Les standards déterminent pour chacune des composantes d'un service, le minimum acceptable de performance en termes de qualité et de quantité à atteindre. Tout le contenu de ce Manuel sera placé dans le contexte d'un effort de standardisation des services. Trois volets sont considérés dans ce chapitre :

- La qualité des soins
- L'organisation des services
- Le support administratif et financier.

2.1. STANDARDS DANS LA QUALITÉ DES SOINS

Dans le souci de préserver le droit du client, une plus grande importance doit être accordée à la qualité des soins dans les services de Planification Familiale. Succinctement les soins de qualité peuvent se définir comme étant « **la conjonction d'une série d'éléments devant aboutir à la satisfaction des besoins en Santé de la Reproduction et sexuelle du client.** »

Six éléments ont été identifiés. Ce sont:

2. Le choix de la méthode
3. L'information donnée au client
4. La compétence technique du personnel.
5. Les relations interpersonnelles: client/prestataire.
6. Le mécanisme établi pour assurer la continuité, ou suivi de la méthode.
7. L'accessibilité, l'acceptabilité et la complexité des services

ÉLÉMENT I : CHOIX DE LA MÉTHODE

Le client doit pouvoir obtenir la méthode de son choix. Aussi, l'Institution doit veiller à ce qu'il n'y ait pas de biais au niveau de l'offre des méthodes pour ne pas influencer le choix du client. De plus, l'Institution doit assurer la disponibilité d'une grande gamme de méthodes pour faciliter et satisfaire le choix du client, puisque les besoins de méthode spécifique varient avec l'âge, le statut matrimonial, la parité de la femme et le sexe.

ELEMENT II : INFORMATION ET COUNSELING

Pour pouvoir choisir librement et à bon escient une méthode, le client doit recevoir des informations pertinentes sur toutes les méthodes disponibles. De plus, il doit recevoir des conseils spécifiques sur la méthode choisie: c'est le **COUNSELING**. Le <<counseling>> consiste à informer le client sur le mode d'action de la méthode choisie, ses avantages, ses bénéfices non contraceptifs, ses inconvénients, les effets secondaires possibles, les signes d'alarme et de complication, s'il en existe. Il doit être renseigné sur les opportunités d'accès à d'autres services offerts dans l'Institution et sur les différentes étapes du bilan clinique. Enfin, si la méthode choisie n'est pas disponible, l'Institution doit référer le client à une autre institution où le client peut se la procurer. Le << counseling>> consiste avant toutes choses à obtenir des informations sur la situation sociale, les besoins et les désirs du client de façon à bien adapter les conseils qui lui seront prodigués.

ELEMENT III : COMPÉTENCE TECHNIQUE

La qualité des soins sous-entend la compétence technique du personnel médical et para médical appelé à prodiguer des soins dans les différents domaines de la Santé de la Reproduction et Sexuelle. Elle inclut également la garantie de l'innocuité du matériel utilisé (stérilisation, anesthésie, laboratoire, etc)

Aussi, l'Institution doit veiller à la formation de base et au recyclage périodique du prestataire des soins.

ELEMENT IV : RELATIONS INTER-PERSONNELLES: CLIENT / PRESTATAIRE.

Des relations empreintes de cordialité entre le personnel et le client comptent beaucoup pour induire la satisfaction du client. Que ce soit au niveau de l'accueil pour l'inscription et l'enregistrement, que ce soit lors du Counseling ou de l'examen clinique, le personnel doit faire preuve d'empathie, de respect pour le client. L'environnement de la consultation doit présenter un cachet d'intimité et de confidentialité. Le client doit être mis en confiance pour l'inciter à exprimer sans réserve ses besoins.

ELEMENT V : MÉCANISME ÉTABLI POUR ASSURER LA CONTINUITÉ

Dans un programme prodiguant des services de Santé de la Reproduction, il ne convient pas seulement d'attirer beaucoup de clients; il est important de pouvoir les retenir. Il faut donc développer des stratégies visant à assurer au client la continuité des services soit au niveau de l'Institution, soit au niveau de la Communauté.

Au niveau de l'institution.-

- En instituant un système de suivi du client: identification, interception, repêchage des clients absentéistes.
- En donnant au client la possibilité de changer de méthode s'il se montre insatisfait de celle utilisée.
- En impliquant d'autres catégories de prestataires dans la livraison des services.
- En assurant la disponibilité constante des méthodes

Au niveau de la communauté.-

- Visite à domicile des clients qui manquent leur rendez-vous.
- Système de réapprovisionnement à domicile pour certaines méthodes.

ELEMENT VI : ACCESSIBILITÉ - ACCEPTABILITÉ - COMPLEXITÉ DES SERVICES.

Il faut que les services ne soient pas trop éloignés de la Communauté à desservir. De même, l'Institution doit mettre en place des services qui soient acceptables.

- Du point de vue de la culture et du contexte national et local.
- Du point de vue du confort au niveau du local: disponibilité d'un bon éclairage, de chaises, de bancs pour les clients, disponibilité d'eau courante, de toilette, etc.
- Du point de vue de jours ouvrables et des heures où les services sont dispensés.

Enfin, pour la satisfaction de la cliente, les services seront intégrés, c'est-à-dire qu'il n'y aurait pas seulement la planification familiale à offrir, mais aussi des possibilités d'accès à d'autres services comme la clinique prénatale, la clinique de gynécologie, la consultation générale ou de pédiatrie de telle sorte que plusieurs besoins en santé puissent être satisfaits en un seul lieu et pendant un seul déplacement. On parlera de PF éclaté.

2.2. STANDARDS DANS L'ORGANISATION DES SERVICES.

L'organisation des services de Santé de la Reproduction nécessite l'utilisation d'une :

- Structure clinique pourvue en ressources : physiques, humaines, matérielles et financières.
- Structure communautaire pour la promotion des services, la liaison avec la population cible et la distribution de contraceptifs.

LA STRUCTURE CLINIQUE SR

Elle est fonction du niveau (1^{er} échelon et 2^{ème} échelon) où les soins sont prodigués.

- LES RESSOURCES PHYSIQUES / LE LOCAL

Le local pour la PF doit être intégré aux espaces de l'institution. Il doit être spacieux pour permettre l'exécution des différentes activités envisagées. Il est souhaitable

d'avoir :

- Une salle de réception, d'enregistrement et d'attente, munie de matériels éducatifs.
- Une salle d'éducation et de « counseling ».
- Une salle d'examen physique du client, pour le diagnostic et le traitement si nécessaire, la prescription de méthodes contraceptives.
- Une salle réservée aux activités d'ordre administratif.
- Une salle pour le stockage du matériel y compris les contraceptifs.
- Un espace pour les archives.
- Des commodités: toilette, lavabo, etc
- De l'eau courante disponible.

D'autres salles peuvent être aménagées en fonction d'autres services spécifiques prévus. Ainsi, une salle d'opération sera aménagée si on prévoit d'offrir des services de contraception chirurgicale volontaire, de même qu'un laboratoire ou une pharmacie le cas échéant.

- RESSOURCES HUMAINES

Selon un principe d'intégration, la clinique utilise toutes les ressources humaines de l'institution telle que décrit dans le PMS.

Le nombre et la catégorie du personnel affecté à la clinique de Santé de la Reproduction dépendra de sa localisation, urbaine ou rurale, de la variété et de l'importance des services à offrir en rapport avec le niveau de l'Institution: premier échelon, 2eme échelon, hôpital départemental. Quelque soit le niveau un point focal PF est requis. Son rôle est de gérer individuellement le dossier de chaque client en vue de lui garantir une prise en charge adéquate.

Une clinique autonome, non intégrée dans une Institution offrant d'autres services de soins de santé, doit disposer d'un personnel qualifié pour la gestion et l'offre des services de qualité.

- RESSOURCES MATERIELLES

Le matériel fongible et non fongible comprend:

- L'équipement de bureau: bureau, chaise, classeur, machine à écrire /computer, etc...
- L'équipement médical: table de consultation, tensiomètre, balance, stéthoscope médical, stéthoscope obstétrical, spécula, stérilisateur, etc...
- Les fournitures de bureau.
- Les fournitures médicales: gaze, coton, alcool 70 degré, antiseptiques, seringues, solution de décontamination et autres.
- Le matériel d'entretien
- Les contraceptifs
- Le matériel éducatif
- Les formulaires divers (administratif, statistique, et dossiers médicaux).

- RESSOURCES FINANCIERES

Il faut évidemment des ressources financières, un budget, pour donner au programme le support administratif et financier qui sera développé plus loin.

LA STRUCTURE COMMUNAUTAIRE

Une structure communautaire rattachée à une structure clinique est indispensable pour la promotion et le renforcement des services offerts. Ces services peuvent utiliser différentes structures organisationnelles :

- La structure des agents de santé du MSPP
- La structure des Travailleurs de Santé Communautaire établie par des ONGs: promoteurs, collaborateurs volontaires, etc
- La structure des Associations déjà existantes telles que: les Coopératives, les Conseils d'Action Communautaire, les Organisations Féminines, et autres organisations de la société civile.

Comme dans une structure clinique, les activités à base communautaire ont besoin de ressources physiques, humaines, matérielles et financières mais d'un niveau plus modeste.

- Le local sera le plus souvent la maison de l'Agent de Santé ou du Promoteur ou encore celle de la structure communautaire qui patronne les activités de P.F. Ce local servira surtout de point de référence pour l'approvisionnement en méthodes contraceptives, pour la liaison avec le programme et éventuellement pour des réunions de groupe.
- Les ressources humaines seront constituées par les para-professionnels: agents de santé, promoteurs ou autres recrutés et formés par les Organismes concernés pour fournir des services à la Communauté.
- Les ressources matérielles seront assez restreintes: chaises, bancs, petits buffets pour l'entreposage des contraceptifs: condoms, pilules; matériels divers (cahiers, plumes, crayons), formulaires divers de collecte et de rapport des données, matériel éducatif, flip chart, poster, modèle pelvien, planches anatomiques, planches éducatives ,etc.....
- Une certaine disponibilité financière est nécessaire pour mener ces activités communautaires (prime de motivation).

2.3. STANDARDS DU SUPPORT ADMINISTRATIF ET FINANCIER

Les responsables des Institutions, quels que soient leurs niveaux ou la catégorie de personnel en charge prodiguant des soins de santé de la reproduction, doivent toujours garder à l'esprit que la qualité des soins est directement fonction d'autres éléments dont il faut en tenir compte.

A. LOGISTIQUE/ LES CONTRACEPTIFS

- L'exécution d'un programme de Santé de la Reproduction nécessite un support matériel et logistique indispensable à son bon fonctionnement.
- La logistique sous- entend un système fonctionnel qui assure, en tout temps,

l'approvisionnement en différents matériels et produits contraceptifs nécessaires à la réalisation des activités

- La qualité des soins exige qu'une grande gamme de contraceptifs soit à la disposition de la clientèle. Le choix du client n'est plus libre s'il se résume à choisir entre deux méthodes seulement. Il faut au moins trois méthodes modernes. Il faut en outre assurer la référence le cas échéant.

B. LES RESSOURCES MATÉRIELLES ET L'ÉQUIPEMENT

Les activités ne peuvent être réalisées sans matériel et équipement; mais le type et la quantité de matériel et la nature de l'équipement sont fonction du niveau de l'Institution ou de la Clinique ainsi que de la catégorie du personnel qui la dessert, et de la variété des services.

C. LES RESSOURCES HUMAINES ET LA FORMATION

Il faut se rappeler que la compétence technique est un des éléments clés qui entrent dans la qualité des soins. Le recrutement de tout personnel doit donc se faire sur des critères bien précis: formation de base pour les professionnels de la santé:(médecins, infirmières, auxiliaires). A cette formation de base devrait s'ajouter une formation spécifique en fonction des tâches à accomplir. Le suivi de cette formation doit être assuré de manière régulière et continue.

Il est généralement admis que pour garantir à la clientèle des soins de qualité:

- Le personnel médical, y compris le gynécologue accoucheur, le personnel paramédical doit recevoir au préalable un entraînement spécifique, théorique et pratique en technologie contraceptive.
- Le personnel médical ou paramédical doit recevoir au préalable un entraînement spécifique en IEC et acquérir les techniques de communication et de counseling, développer les attitudes d'empathie qu'exige la qualité des soins dans ces services.
- Tout le personnel médical et paramédical (infirmière et auxiliaire) doit pouvoir prescrire et donner toutes les méthodes temporaires y compris les injectables et les implants, après un entraînement adéquat.

D. FORMATION DES PARA-PROFESSIONNELS: PROMOTEURS ET AUTRES

Les para-professionnels utilisés dans les programmes de S. R à base communautaire, doivent recevoir une formation spéciale les rendant aptes à donner les informations complètes sur toutes les méthodes disponibles dans le Programme pour un choix éclairé par la clientèle. Ils doivent pouvoir reconnaître et rechercher, au cours de l'interrogatoire menée à partir de la "LISTE DES SYMPTOMES / MALADIES" parmi les femmes qui demandent la pilule:

- Celles pour qui cette méthode est indiquée et qui peuvent la recevoir sans problème.
- Celles pour qui la pilule est contre indiquée et qui doivent choisir une autre méthode.
- Celles qui devraient être référées au personnel médical avant de recevoir cette méthode.

TACHES SPÉCIFIQUES EN PF DES PARA-PROFESSIONNELS

Effectuer des visites domiciliaires pour:

- Le recensement des groupes cibles
- L'information, la motivation, l'éducation dans les domaines assignés en S.R.
- Le recrutement et la référence des clients.
- L'approvisionnement des clients pour certaines méthodes.
- Le suivi des acceptants/utilisateurs.
- La recherche des cas d'abandon.
- L'organisation des réunions communautaires.
- L'organisation et la participation aux postes de rassemblement.

- La gestion des stocks de contraceptifs mis à leur disposition.
- La préparation/soumission des rapports d'activités.

N.B Se référer aux attributions des agents de santé et promoteurs.

PROFIL DU PARA-PROFESSIONNEL

Le para-professionnel (agent de santé, promoteur) est une personne ressource intégrée dans sa communauté et qui y réside. Son profil est le suivant:

- Age: 25 ans ou plus.
- Sexe: Homme ou femme.
- Expérience: Expérience antérieure souhaitable en matière de P.F.
- Niveau d'instruction : C.E.P au moins.
- Dispose de sa pleine capacité motrice, visuelle et mentale.
- Conditions de travail : Horaire flexible, selon la disponibilité de la clientèle.

INSTRUMENTS DE TRAVAIL DU PARA-PROFESSIONNEL

- Le Registre de P.F
- Le matériel éducatif.
- Aide-mémoire
- Dépliants / feuillets promotionnels
- Matériel contraceptif: pilule, condom, et d'autres matériels selon la mission de l'Institution
- Sac de travail
- Crayon, plume, cahier.
- Coupon de référence
- Formulaire de rapport

La formation des para-professionnels doit donc se faire en fonction des tâches à accomplir. L'accent doit être porté sur les techniques d'accueil, d'animation de groupe, la technologie contraceptive. Une emphase particulière doit être portée sur la formation en « counseling » des para-professionnels pour qu'ils puissent donner aux utilisatrices

de méthodes en butte à des effets secondaires, des conseils pertinents qui les portent à continuer la méthode ou à changer selon leur désir.

2.4. SUPERVISION

La supervision est un instrument essentiel pour le suivi de l'exécution des Programmes: ce qui demande une certaine expertise. Pour garantir à la clientèle des soins de qualité, les prestataires doivent être constamment supervisés par les supérieurs hiérarchiques à tous les niveaux de prestation.

Tout superviseur de Programme doit bien assimiler les techniques de supervision technico-administrative pour pouvoir efficacement remplir cette fonction.

2.5. IEC : INFORMATION – EDUCATION – COMMUNICATION

Pour réussir, un Programme de SR doit bénéficier d'un support communautaire. Le recrutement, c'est-à-dire la recherche active de la clientèle se fait à partir d'une motivation de toute femme, de tout homme sexuellement actif et susceptible d'utiliser des méthodes de planification familiale, par une information et une éducation appropriées dans la Communauté.

L'éducation en Santé de la Reproduction de la communauté sera entreprise comme un appoint aux services à prodiguer et devra s'intégrer dans un programme plus large d'éducation sanitaire de la population en matière de contrôle de population. La méthode d'action et les thèmes à présenter devront dépendre des groupes cibles à atteindre.

L'information peut se transmettre par:

- Les média: presse parlée, écrite et télévisée
- Les entretiens de face à face
- Le moyen de bouche à oreille
- Les moyens audio-visuels: affiches, feuillets, vidéo, slogan, etc...

L'éducation se fera par des réunions de groupe en toutes circonstances:

- Dans les Maternités, les Services de Pédiatrie, les Cliniques Périnatales, les Cliniques Post- Natales

- Dans les usines, les quartiers
- Dans les Associations Communautaires, les Réunions de motivation.

Ces réunions de motivation auront pour thèmes:

- Le concept de planification familiale.
- Le concept de parenté responsable et de petite famille.
- Prévention des grossesses précoces et des avortements provoqués.
- La définition du planning familial: espacement des naissances, limitation des naissances, infécondité
- Les avantages de la planification familiale pour la famille et la société: père, mère et enfants, pour la communauté, la Nation.
- Les bénéfices non contraceptifs de certaines méthodes.
- Les méthodes de planification familiale, leurs indications, les contre-indications, les effets secondaires possibles, leur mode d'action, leur mode d'utilisation, les possibles complications et signes d'alarme.
- L'éducation sanitaire pour la prévention des IST/ SIDA.
- La prévention de la transmission mère/enfant du VIH.
- L'hygiène de l'environnement, la surpopulation et ses implications.
- La Santé Maternelle.
- La Santé Infantile
- Le fonctionnement de la Clinique de Santé de la Reproduction, l'adresse du local, les services offerts, l'horaire des activités (jours et heures).

Il appartient donc au gestionnaire du programme de bien organiser les activités de I.E.C. afin d'obtenir le support attendu de la Communauté à desservir.

2.6. COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Toute activité doit être documentée: c'est ce qui va permettre au gestionnaire d'avoir des pièces justificatives et aussi d'apprécier le degré de réalisation des objectifs fixés.

Le gestionnaire doit donc mettre à la disposition du personnel tant technique

qu'administratif toute une série de formulaires, fiches de stock ou carte index, dossiers, registres de P.F., feuilles de rapport d'activités, feuilles de réquisition, etc...C'est à partir de ces dossiers que seront préparés les rapports journaliers et mensuels d'activités par l'institution. Cette dernière les achemine au bureau de l'UCS qui à son tour l'expédie à la Direction Départementale concernée qui enfin les fera parvenir à l'UPE avec copie à la DSF.

Pour ce, il faut une supervision continue pour contrôler la régularité et la fiabilité de la collecte des données dans les dossiers et formulaires. En effet, un dossier médical incomplet est le reflet d'une prestation de qualité douteuse; ce qui cause:

- L'insatisfaction de la clientèle, qui se solde par un abandon
- Le manque d'information qui rend le rapport incomplet d'où contrainte au niveau de l'analyse et de l'évaluation, l'émergence de zones d'ombre lors de la prise de décision pour l'élaboration de nouvelles stratégies d'interventions appropriées.

En outre, le gestionnaire doit prévoir de bonnes conditions d'archivage, de stockage des données et leur utilisation.

2.7. SUIVI ET EVALUATION

L'évaluation est capitale pour suivre l'efficacité du Programme de Santé de la Reproduction. L'élaboration et l'utilisation d'un tableau de bord d'indicateurs permettent d'apprécier le degré d'atteinte des objectifs et aident à prendre de bonnes décisions visant à améliorer la performance du programme.

Eléments nécessaires à l'élaboration et à l'utilisation d'un tableau de bord.

1. Choisir les indicateurs pour le tableau de bord.
2. Etablir des bases initiales de référence pour mesurer la performance.
3. Fixer les objectifs pour chaque indicateur.
4. Maintenir le tableau de bord à jour.
5. Analyser les données du tableau de bord en se basant sur les objectifs fixés.

6. Utiliser le tableau de bord pour prendre des décisions.

Chapitre 3

3. DÉROULEMENT D'UNE SESSION CLINIQUE

3.1. PARCOURS DES CLIENTS/ES

Un grand soin devra être porté à ce que les clients ne perdent pas trop de temps avant de recevoir les services sollicités. Ce critère rentre aussi dans la qualité des soins. Pour les nouveaux clients, une durée de 60 à 90 minutes est acceptable de l'entrée à la sortie de la clinique. Le parcours suivant est ordinairement suivi.

3.2. L'ACCUEIL / L'INSCRIPTION

L'accueil est la première étape de la consultation. C'est aussi le premier contact du client avec la Clinique. Aussi, il se doit d'être empreint de bienveillance, de respect et de courtoisie.

- Souhaiter une cordiale bienvenue.
- Se présenter soi-même avant de lui poser toutes questions touchant la préparation du dossier. Cela suffit parfois à le mettre en confiance au départ et le porter à dialoguer sans méfiance, en toute liberté.
- Lui expliquer la justification de ces questions: c'est pour avoir des informations pertinentes qui permettent de dresser son profil et de mieux l'aider à exprimer ses besoins.
- Lui expliquer que l'information donnée ne sera partagée avec personne.
- S'enquérir de ses besoins en Santé de la Reproduction; lui énumérer tous les services qui sont offerts au niveau de l'Institution pour qu'il puisse bien spécifier le service sollicité.
- Lui expliquer les différentes étapes de la consultation, ce qui va se passer

du début à la fin, la durée approximative de la visite.

- Installer confortablement le client dans la salle d'attente.

3.3.L'ÉDUCATION SANITAIRE DE GROUPE

La plupart du temps, le client vient à la Clinique avec le choix déjà arrêté d'une méthode contraceptive; cependant, cela peut arriver qu'il n'ait aucune notion ou information du planning familial. Dans l'un ou l'autre cas, il est bon, pour le personnel de la Clinique de s'assurer que toutes les méthodes soient connues du bénéficiaire afin que son choix soit bien éclairé et judicieux. Le temps d'attente sera donc mis à profit pour une éducation en groupe, soit à la salle d'attente, soit dans une salle réservée à cet effet.

Le personnel qualifié parlera :

- Des bénéfices de la planification familiale.
- De toutes les méthodes: naturelles, hormonales (oral, injectable et Implant), le stérilet, les spermicides, le condom, la contraception chirurgicale en signalant leur mode d'action, leur mode d'utilisation, leur efficacité, les effets secondaires possibles, les complications possibles, les signes d'alarme.
- Des infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/ SIDA.

L'éducation en P.F sera renforcée à l'aide de matériel éducatif audio-visuel: vidéo cassettes, DVD, projections cinématographiques ou de diapositives, planches éducatives.

Il est important de se limiter à donner des informations concises, mais complètes pour éviter que la séance ne soit trop longue. Au-delà de vingt minutes, l'attention s'émousse ainsi que la compréhension.

Dans les cliniques très bien fréquentées, la séance d'éducation devrait être répétée à intervalles réguliers (toutes les 2 à 3 heures) pour en faire bénéficier tous les nouveaux arrivés.

3.4. LE « COUNSELING »

La troisième étape de la consultation est le “counseling”; c’est assurément le moment le plus crucial de la consultation. Aussi, il doit être assuré par un personnel qualifié affecté à cette tâche, ou bien par le prestataire qui fait l’examen physique et gynécologique.

QUI DOIT FAIRE LE COUNSELING ?

Dans une clinique de Santé de la Reproduction, on peut ne pas avoir un personnel dont la tâche spécifique est de faire le “counseling”. Mais différentes catégories de personnel telles que: infirmière, infirmière sage-femme, auxiliaire, médecin peuvent faire le counseling. Aussi, tous ces prestataires qui sont destinés à faire le “counseling” sur une base régulière ou occasionnelle doivent recevoir une formation en technique de base de communication et “counseling” pour développer leurs aptitudes.

ENVIRONNEMENT DU COUNSELING

Que ce soit à la clinique ou à domicile, le counseling doit être confidentiel. Il faut :

1. Eviter qu’il y ait un bureau entre le client et celui qui fait le counseling.
2. Utiliser des supports audiovisuels tels que: Guide d’Education, flip chart, poster, modèle pelvien, planche anatomique pour faciliter la compréhension et les discussions.
3. Assurer l’intimité nécessaire pendant le counseling :
 - i. Maintenir la porte fermée.
 - ii. Eviter le va et vient dans la salle lors de la consultation.
 - iii. Donner au client toutes les informations sur la méthode choisie incluant les effets secondaires.
 - iv. Eviter des comportements stigmatisants.

3.5. BILAN CLINIQUE

- L'histoire clinique permet de :

1. Découvrir des problèmes qui peuvent nécessiter un traitement ou une référence à un niveau plus élevé.
2. Connaître l'histoire de Santé de la Reproduction du client pour l'actuel et les futurs prestataires.
3. Etablir l'état de santé de base de la cliente.
4. Découvrir des conditions qui peuvent porter à déconseiller la méthode.

- L'histoire clinique doit comporter les informations suivantes :

Informations sur l'identité du client :

1. Nom-Prénom
2. Age et année de naissance
3. Adresse complète
4. Nom et Prénom de la mère
5. Numéro de téléphone

- Informations sur le statut socio-économique :

6. Statut matrimonial (célibataire, mariée, placée) et si en union: nom et prénom du conjoint
7. Niveau de scolarisation
8. Occupation
9. Habitude (tabac, alcool, autres.)

- Informations sur l'histoire familiale :

Certaines diathèses familiales peuvent constituer des risques chez des clientes sous certaines méthodes. Ces conditions sont::

1. L'hypertension artérielle
2. Les maladies du cœur
3. Le cancer
4. Le diabète
5. L'accident cérébro-vasculaire
6. Les maladies mentales

Antécédents médicaux et chirurgicaux.

Les antécédents gynécologiques :

- Age aux premières règles
- Cycle menstruel
- Durée des règles
- Caractère des règles (normales, abondantes, peu abondantes, douloureuses, ou non, régulières, irrégulières)
- Présence ou absence de pertes sanguines inter-menstruelles
- Date des dernières règles
- Autres informations utiles.

Les antécédents obstétricaux :

- Nombre de grossesses
- Nombre d'enfants vivants
- Nombre d'enfants mort-nés.
- Nombre d'avortements: spontanés, provoqués
- Age du dernier enfant.

Histoire contraceptive :

- Méthode utilisée dans le passé et expérience vécue avec cette méthode.
- Méthode utilisée actuellement et expérience vécue avec cette méthode.

Histoire sexuelle :

- IST dans le passé
- IST actuellement
- Douleurs pelviennes
- Nombre de partenaires sexuels
- Fréquence des rapports sexuels
- Confort ou incommodité lors des rapports sexuels, etc

3.6. Examen physique.

But de l'examen physique :

- Découvrir des problèmes nécessitant un traitement ou une référence
- Découvrir des conditions qui pourraient constituer des contre indications à la méthode choisie ou qui pourraient porter à prendre des précautions.
- Confirmer des informations notées dans l'histoire.
- Etablir l'état de santé de base de la cliente.

Eléments de l'examen physique:

L'examen doit comporter les contrôles d'anomalies suivants :

Poids et taille:	Excès pondéral ou gain de poids exagéré sous méthode: plus de 15 livres en 3 mois
Tension Artérielle:	Hypertension artérielle Systolique > 130 Diastolique > 90
Pouls:	Irrégularité
Conjonctives:	Pâleur (anémie) ; Jaunes (ictère ou jaunisse)
Peau:	Éruptions cutanées ou autres

Cou:	Augmentation de volume de la thyroïde.
Cœur	Rythme cardiaque: irrégularité des bruits, murmure, extrasystoles.
Seins:	L'examen des seins est réalisé afin de découvrir s'il y a des pathologies à ce niveau nécessitant un traitement ou une référence (masse tumorale, gerçures, tuméfactions inflammatoires) <ul style="list-style-type: none">▪ Identifier toute masse suggestive de cancer et qui serait une contre-indication aux méthodes hormonales.▪ Entraîner la cliente à faire elle-même cet examen des seins
Poumons:	rythme respiratoire, détresse ou souffle court, bruits anormaux: ronchis, râles crépitants, sibilants.
Abdomen:	Masse abdominale, sensibilité, foie hypertrophié
Organes génitaux :	Infection et autres pathologies externes ou internes
Membres inférieurs:	Œdème, varices, sensibilité (cuisses, mollets), chaleur (symptômes de phlébite)

Note : Si le prestataire n'a pas reçu un entraînement de base pour détecter par l'auscultation des anomalies cardiaques ou respiratoires, il devrait se baser sur l'histoire clinique relatée par la cliente de problèmes respiratoires ou cardiaques (essoufflement à la marche, palpitation, douleur thoracique, point de côté, etc...) et sur le check list.

L'EXAMEN PELVIEN

L'examen pelvien se fera en fonction de l'histoire clinique et de la méthode contraceptive choisie,. L'examen est nécessaire pour les méthodes suivantes : DIU, CCV, Diaphragme, Cape cervicale.

L'EXAMEN PELVIEN COMPORTE :

- L'inspection des organes génitaux externes.
- L'examen au speculum
- Le toucher vaginal combiné au palper abdominal

En effet, si au cours de l'examen physique, le prestataire décèle des conditions qui pourraient constituer des contre-indications aux choix et à l'usage de la méthode choisie, il avisera la cliente en conséquence, et reprendra tout le processus de « counseling » pour la porter à choisir une autre méthode parmi celles qui ne sont pas contre-indiquées dans son cas.

3.7. INSTRUCTIONS POUR L'UTILISATION DE LA MÉTHODE

S'il n'y a aucune contre-indication ou précaution à prendre quant à la méthode choisie, le prestataire autorise la prescription de la méthode en ayant soin :

- De recommander à la cliente de suivre scrupuleusement les instructions qui vont lui être données concernant l'utilisation de la méthode choisie.
- D'expliquer à la cliente le mode d'action et le mode d'utilisation de la méthode donnée.
- D'encourager la cliente à répéter en ses propres mots, les instructions qui lui ont été données concernant le mode d'utilisation de la méthode. Si les explications ne sont pas complètes, il faut les reprendre pour elle.
- D'expliquer à la cliente ce qu'il faut faire en cas de doute ou s'il y a des complications.
- De fixer la date pour la prochaine visite

Le prestataire, avant de congédier la cliente, devra lui fixer le rendez-vous pour la prochaine visite et lui donner le contraceptif choisi. La date du rendez-vous dépendra de la méthode et sera inscrite sur la carte de rendez-vous délivrée à chaque cliente.

3.8. LE SUIVI DE LA CLIENTE

La méthode une fois prescrite, la cliente ne doit pas être abandonnée à elle-même, surtout si la méthode choisie est capable de provoquer parfois des effets secondaires désagréables. Une surveillance est donc nécessaire: soit au niveau de la clinique, soit sur le terrain par le personnel affecté aux tâches de visites domiciliaires. En effet, c'est par l'encadrement des clients qu'on les maintiendra dans le Programme, évitant ainsi un grand taux d'abandon des méthodes. Les clients, hommes ou femmes, qui ne reviennent pas à leur rendez-vous doivent être identifiés, localisés et contactés pour les maintenir actifs dans le Programme.

3.9. PARTICULARITES

Précautions A Prendre Par Le Prestataire Au Cours De L'examen Physique Et Pelvien.

Le prestataire doit toujours se rappeler que la cliente n'est pas familière à un examen physique et pelvien réalisés dans le cadre d'un service préventif, c'est-à-dire sans complainte pathologique. Il y a donc des précautions à prendre.

- Au cours de la séance de counseling, il convient de prévenir la cliente qu'elle va avoir un examen physique et pelvien, lui expliquer le bien-fondé de cet examen et lui énumérer toutes les étapes de la consultation et tous les gestes que le prestataire va réaliser.
- Il serait opportun, toutes les fois que les ressources humaines le permettent, que la cliente soit installée sur la table de consultation par le personnel de soins qui assiste le médecin.
- Que le médecin soit seul ou non dans la salle d'examen, il convient qu'il rassure la cliente en expliquant à l'avance tous ses gestes. Qu'il s'abstienne de tout compliment, de toute réflexion osée, de tout commentaire qui serait mal interprété par la cliente ou assimilé à un harcèlement sexuel.

Le prestataire, en particulier le médecin, doit se conformer aux codes déontologiques

régissant la matière. Sinon, il s'expose à des mesures disciplinaires que n'hésiteront pas à appliquer les autorités compétentes.

3.10. NORMES DE CONCENTRATION

Pour une évaluation des activités tant au point de vue qualitatif que quantitatif, il est nécessaire de fixer un nombre optimum de client à desservir par journée de travail. Cela permettra de juger de l'efficacité et de l'efficience de l'Institution. En outre, cela permettra au personnel de suivre ses performances et d'atteindre les objectifs fixés.

En général, l'examen physique par un prestataire entraîné prend :
10 à 12 minutes pour une cliente en première visite
et 5 à 7 minutes pour une revisite

3.11. LE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA COMMUNAUTE

Dans le cadre d'un Programme Communautaire de Santé de la Reproduction, l'examen physique et gynécologique n'est pas un préalable à la prescription des méthodes. Le prestataire, promoteur ou autre, peut donner la pilule après que l'interrogatoire de la cliente **en se basant sur la (liste à cocher pour la prescription de la pilule)** n'ait révélé aucune contre - indication, aucune précaution à prendre au sujet de cette méthode.

L'agent de santé ou promoteur donnera à la cliente l'information nécessaire de telle sorte qu'elle aille dans les trois (3) mois après le début de la méthode, dans l'institution sanitaire la plus proche pour bénéficier du bilan clinique.

Le client masculin.

Les clients (HOMMES) qui adoptent le condom n'ont pas besoin d'examen physique. Cependant, ceux qui se présentent pour une vasectomie doivent bénéficier d'un examen médical complet comportant l'histoire clinique, avec les antécédents personnels, et les antécédents familiaux, la prise de la tension artérielle, l'auscultation pulmonaire et cardiaque. Il doit aussi y avoir un examen minutieux des bourses et du cordon à la recherche de zones d'infections, de nodosités, de varicocèle, etc..

3.12. EXAMEN PARA-CLINIQUE

Les examens para-cliniques seront demandés de façon sélective. Quand il y a possibilité de les faire.

Un frottis vaginal sera requis s'il y a des pertes vaginales; un hémogramme sera demandé si on va faire une ligature des trompes, s'il y a suspicion d'anémie chez une femme qui porte un implant ou qui est placée sous contraceptif hormonal du type injectable. Une sérologie au VIH sera proposée à tous les clients fréquentant la clinique de planification familiale.

CHAPITRE 4

4. LES METHODES CONTRACEPTIVES

GÉNÉRALITÉS

Pour choisir une méthode contraceptive, il faut considérer :

- L'innocuité de la méthode
- Le degré d'efficacité de la méthode
- Les effets secondaires
- L'acceptabilité culturelle de la méthode
- Le mode d'utilisation
- Le coût de la méthode
- Le degré de réversibilité de la méthode

Le problème majeur de la pratique contraceptive est fort souvent lié à des politiques restrictives qui constituent des barrières sinon des contraintes à l'extension de la planification familiale.

4.1. LES INJECTABLES

Les contraceptifs injectables les plus couramment utilisés sont des préparations à base d'hormones stéroïdes synthétiques ayant le même effet que la progestérone.

Ils sont administrés par voie intra-musculaire et ont un effet retard : une seule dose est efficace pendant 2 à 3 mois selon le type utilisé. Les injectables les plus couramment utilisés et disponibles dans le programme de SR/ PF en Haïti sont :

- L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) ou Dépo-Provéra qui à dose de 150mg IM procure une protection contraceptive très efficace durant trois mois.

- L'énantate de noréthistérone (EN-NET) ou Noristérat dont chaque dose de 200mg IM procure une protection contraceptive très efficace durant 2mois.

MECANISME D'ACTION

L'hormone à effet progestatif contenu dans le contraceptif est libérée progressivement dans la circulation sanguine. Elle empêche une grossesse par la conjonction de trois actions :

- Elle provoque un épaissement de la glaire cervicale opposant ainsi un obstacle à la migration des spermatozoïdes dans la cavité utérine.
- Elle empêche l'ovulation : il n'y a ni maturation, ni production d'ovule.
- Elle occasionne un amincissement de la muqueuse utérine, la rendant impropre à la nidation.

EFFICACITE

Le contraceptif injectable est une méthode très efficace : 99,7% d'efficacité.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Grande efficacité
- Longue durée d'efficacité.
- L'efficacité se maintient quelques semaines passée la date de renouvellement de l'injection.
- Confidentialité de la méthode.
- N'interfère pas avec l'acte sexuel.
- Peut être utilisé par une femme qui allaite son bébé.
- Acceptable pour les femmes de plus de 35 ans, qui ne veulent pas encore la contraception chirurgicale volontaire (CCV).

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Procure une certaine protection contre les infections pelviennes : en durcissant la glaire cervicale, ce qui oppose une certaine résistance au passage des microbes du vagin vers l'utérus.
- Protège contre le cancer ovarien.
- Diminue la crise d'anémie falciforme.

INCONVENIENTS

- Perturbation du cycle menstruel : saignements inter menstruels, aménorrhée.
- Effet retard : en cas d'effets secondaires prolongés, le produit ne peut être discontinué rapidement car son effet se produit jusqu'à ce qu'il soit complètement métabolisé.
- Certains autres effets secondaires tels que : gain de poids exagéré, céphalées, saute d'humeur, diminution de la libido.
- Retard dans le rétablissement de la fécondité.
- Ne protège pas contre les IST/SIDA.

ELIGIBILITE

Le contraceptif injectable est une méthode appropriée pour les femmes qui :

- Préfèrent une méthode à action de longue durée, ne nécessitant pas de gestes à répétition quotidienne.
- Allaitent et souhaitent une protection très efficace contre une grossesse non désirée.
- Ont complété leur famille mais n'ont pas encore opté pour la ligature des trompes.
- Ne tolèrent pas les COC.
- Ont de l'anémie falciforme.
- Ont plus de 35 ans
- Sont infectées au VIH/SIDA

NB- Les femmes qui ont développé le SIDA et qui sont sous traitement antirétroviral (ARV) peuvent en général utiliser les progestatifs injectables mais un suivi peut être nécessaire.

Etant donné que l'efficacité contraceptive des produits injectables peut être atténuée par les ARV, il est important de recommander aux femmes de venir à temps pour l'administration de l'injection suivante (sans retard).

Les femmes vivant avec le VIH qui utilisent les progestatifs injectables, doivent avoir recours à la double méthode en envisageant l'emploi du préservatif en plus des contraceptifs injectables.

LIMITATIONS

Le contraceptif injectable ne devrait pas être prescrit :

- Aux femmes enceintes : grossesse confirmée ou suspectée par l'histoire clinique, les symptômes etc.
- Aux femmes souffrant de maux de tête aigus.
- Aux femmes qui ont une tumeur maligne au sein, confirmée ou suspectée par l'examen physique.
- Aux femmes qui souhaitent devenir enceintes dans un avenir proche.
- Aux femmes souffrant de :
 - Tumeur maligne du foie.
 - Maladies cardio-vasculaires.
 - Saignement vaginal non diagnostiqué.

Les contre-indications relatives et considérations particulières des injectables sont les mêmes que pour les contraceptifs oraux à progestérone seul (COP).

Informations utiles pour les prestataires – INJECTABLES

Informations	Dépo- provera	Noristérat
Moment de l'injection	Du 1 ^{er} jour au 5 ^e jour des règles. Dans ce cas, l'effet contraceptif de l'injectable est immédiat. Si pris à partir du 6 ^{ème} jour ou après : l'abstinence tout le reste du cycle ou autre méthode d'appoint : condom, tablette vaginale etc...	Idem
Fréquence des injections	Chaque 3 mois (intervalle de 12 semaines)	Chaque 2mois (intervalle de 8 semaines)
Lieu de l'injection	<ul style="list-style-type: none"> - Intramusculaire profond habituellement dans le quadrant supéro-externe du muscle fessier. Ne pas masser le siège de l'injection. Car cela peut accélérer l'élimination de l'hormone et diminuer de ce fait la durée d'efficacité du contraceptif. - Intramusculaire dans le muscle deltoïde (partie supérieure du bras) 	Idem
Aménorrhée	Plus fréquemment rencontrée qu'avec Noristérat. Environ 50% des clientes en souffrent au bout	Moins fréquemment rencontrée qu'avec le dépo-provéra ; environ 30% des

Informations	Dépo- provera	Noristérat
	de la première année d'utilisation	clientes l'expérimentent au bout de la première année d'utilisation.
Echec de la méthode (utilisation correcte)	0,3 grossesse pour 100 clientes utilisatrices de la méthode par an	0,4 grossesse pour 100 clientes utilisatrices de la méthode par an.
Retour de la fécondité (délai observé)	En moyenne 6 à 12 mois après l'expiration de l'efficacité de la dernière injection	Délai supposé moins long qu'avec le dépo-provera
Diabète	Occasionne une légère modification du glucose sanguin. Cependant est souvent utilisé avec de bons résultats par les clientes diabétiques	N'agit pas sur le glucose sanguin est donc un meilleur choix pour les clientes diabétiques
Retard : passé la date de rendez-vous	L'injection peut être donnée, après le rendez-vous manqué, même si le retard est de 4 semaines	L'injection peut être faite après le rendez-vous manqué même si le retard est de 2 semaines

Pour chaque injection, il faut utiliser une aiguille et une seringue stérile à usage unique. Les injections pratiquées au moyen d'instruments non stériles peuvent être responsables de la transmission de maladies telles que l'hépatite virale B et le syndrome d'immuno-déficiences acquises (SIDA). Les aiguilles et les seringues jetables doivent être utilisées une seule fois, on doit les détruire après emploi. Elles ne doivent jamais être stérilisées en vue d'une éventuelle réutilisation.

EFFETS SECONDAIRES

Prise en charge des effets secondaires – injectables

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Hémorragie abondante	Grossesse intra-utérine	Si grossesse : 1. arrêter la méthode 2. référer en clinique prénatale
	Avortement	Si avortement : - faire un curetage thérapeutique. - Poursuivre l'injection - Donner du sulfate ferreux
	Grossesse ectopique	Si grossesse ectopique : Référer pour intervention
	Problèmes gynécologiques	Si problèmes gynécologiques: -référer pour diagnostic et -traiter SOS

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	Saignements abondants liés à la méthode	<p>Si saignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner oestro-progestatifs (pilule pendant 21 jours) <p>Si les saignements persistent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Donner de l'oestro-progestatif - Donner du sulfate ferreux - reprendre l' injection - Faire le counseling du couple <p>Si oestro-progestatifs contre indiqués :</p> <ul style="list-style-type: none"> -donner des anti-prostaglandines (ibuprofen) - reprendre dépo-provéra - sulfate ferreux - faire le counseling du couple
	Autres problèmes de nature gynécologique	<p>Si autres problèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - référer - reprendre injection s'il n'y a pas de contre-indications
	Si aucune cause n'est trouvée et que l'hémorragie inquiète la cliente et s'accompagne	<p>Si aucune cause n'est trouvée :</p> <ul style="list-style-type: none"> -appliquer une des médica-

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	<p>d'anémie détectée cliniquement : conjonctives pâles et taux d'hémoglobine bas. Selon le cas.</p>	<p>tions suivantes :</p> <p>1-. si la cliente est entre la 8^e et la 12^e semaine après la 2^e injection : lui faire une autre injection de Dépo-provera, ou de Noristérat. Si l'hémorragie est contrôlée : prescrire du sulfate ferreux 200mg/jour pendant 2 à 3 mois</p> <p>2-. si la cliente est à sa 3^e injection , donner de préférence un cycle de COC si acceptable FeSo4 (sulfate ferreux).</p> <p>3- Anti prostaglandine (ibuprofen)</p>
	<p>-Si la cliente ne tolère pas le saignement vaginal</p>	<p>Lui donner :</p> <ul style="list-style-type: none"> -œstro-progestatif pendant 21 jours. - faire counseling du couple
	<p>-Si la cliente ne tolère pas oestro-progestatif,</p>	<p>suggérer autres méthodes non hormonales,</p>
<p>Aménorrhée</p>	<p>Eliminer une grossesse</p>	<p>Si grossesse :</p> <ul style="list-style-type: none"> - faire référence en prénatale - arrêter injection
	<p>Pas de grossesse-aménorrhée de 3 mois ou plus</p>	<p>Si aménorrhée de 3 mois ou plus : « counseling de la cliente »</p>

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	La cliente n'accepte pas l'aménorrhée malgré le « counseling »	Si le client n'accepte pas l'aménorrhée : - Changer de méthode - Employer le COC
Douleurs hypogastriques sévères	Grossesse ectopique	Si grossesse ectopique : -Référer pour Rx approprié
	Tumeur ovarienne	Si kyste ovarien fonctionnel : - Poursuivre injection - faire le Counseling
	Appendicite	Si appendicite : - Référer pour Rx
	Autres causes	Si autres causes: -Référer pour Dx et Rx -Reprendre la contraception après solution du problème
HTA	Réévaluer la cliente : Si la cliente a une TA supérieure à 140/90	- arrêter les injections - référer pour traitement - après Rx : reprendre injection
	Eliminer toutes causes	Autres : - Référer ou traiter - poursuivre injection
	Aucune cause Troubles deviennent sévères	Si cliente attribue ses troubles à l'injection : - choix d'une méthode non hormonale

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Gain de poids non désiré	Questionner sur : - habitudes alimentaires : - manque d'exercices - sédentarisme	Si gain de poids non important : - faire le counseling Si gain de poids important : - donner conseils diététiques - prescrire des exercices physiques - Poursuivre injection
	Grossesse	Si grossesse : - Discontinuer injection - Référer en prénatale
	Gain de poids non acceptable	Si gain de poids n'est pas acceptable : - faire autre choix : oestro-progestatif à faible dose si acceptable. - sinon : méthode non hormonale
	Gain de poids	Prendre le poids à chaque visite. -Si le gain de poids est non important : -« Counseling » Si gain de poids est important : -Conseil diététique -Rx approprié

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Céphalée	Recherche de la cause Céphalée aggravée avec l'injection	Rx approprié au diagnostic posé Changement de méthode (non hormonale)
	Clientèle présente : -céphalée sévère. -Troubles visuels. - Picotement.	Choisir une autre méthode (non hormonale). Référer pour Dx et Rx approprié
Perte de Libido	- Coït douloureux - Dysménorrhée - Vagin non lubrifié - Problèmes de couple	Si le coït est douloureux : - « counseling » ou référer
	Aucune cause trouvée : Clientèle ne tolère pas l'injection	Si aucune cause n'est trouvée : - Arrêter l'injection -Changer de méthode (non hormonale)

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Donner toutes les informations sur la méthode : mode d'action, d'utilisation, avantages et inconvénients, effets secondaires possibles, signes d'alarme.
- Rassurer la cliente sur l'innocuité de la méthode et la garantie de stérilisation parfaite du matériel utilisé et lui faire comprendre que pour éviter une grossesse il faut que les injections soient prises à intervalles réguliers : chaque 3 mois pour Dépo-provéra et chaque 2 mois pour le Noristérat.
- Les perturbations du cycle menstruel sont habituelles surtout après les 2 ou 3 premières injections.

- Il y a d'autres effets secondaires possibles : céphalées, gain de poids ; mais ces symptômes ne sont pas dangereux pour sa santé.
- A l'arrêt de la méthode, un temps assez long peut s'écouler avant qu'elle ne devienne enceinte, cependant cela n'altère en rien la fertilité.
- Lui recommander de revenir au centre si elle a des problèmes énumérés plus bas (signes d'alarme).
- Lui donner une date de rendez-vous.
- Lui expliquer que la méthode ne protège pas contre les IST/SIDA.

SIGNES D'ALARME

La cliente doit être avisée de retourner au centre si elle ressent des signes ou symptômes d'une condition sérieuse qu'elle soit ou non en relation avec le contraceptif injectable. ces signes sont :

- Une hémorragie vaginale abondante.
- Un gain de poids excessif.
- Une forte migraine ou céphalée.
- Une douleur abdominale aiguë.

Suivi

- La cliente doit avoir une date de rendez-vous inscrite sur sa carte de santé.
- Pour le dépo-provéra rendez-vous dans 3 mois ou 12 semaines.
- Pour le noristérat rendez-vous dans 2 mois ou dans 8 semaines.
- Recommander à la cliente de revenir avant la date de rendez-vous s'il ya des effets secondaires qui l'incommodent ou si elle perçoit des signes d'alarme.

A la revisite

- Si la cliente ne se plaint pas d'effets secondaires désagréables : lui donner l'injection.
- Si la cliente se plaint de douleur abdominale, de pertes vaginales sanguines

au moment des rapports sexuels, d'hémorragie inter menstruelle, de leucorrhée :

- Faire l'examen physique et pelvien, sous spéculum et toucher bi-manuel. Contrôler la TA. Inscire les informations dans le dossier médical et s'il n'ya pas de contre- indications, lui faire l'injection.
- Si la cliente a manqué son rendez-vous depuis plus d'un mois, et est aménorrhéique :
 - Eliminer la probabilité d'une grossesse par l'examen clinique et
 - Faire un test de grossesse si possible.

La mettre sous méthode de barrière, la revoir dans un mois et si l'examen clinique n'est pas en faveur d'une grossesse, lui faire l'injection et reprendre le « counseling ».

4.2. LES IMPLANTS.

Haïti dispose actuellement de deux types d'implants sous-cutanés utilisés comme méthode contraceptif : le Norplant et le Jadelle.

- Norplant : est constitué de 6 bâtonnets flexibles, de 2mm de diamètre sur 3.4cm de long chacun et contenant chacun une dose de 36 mg de Levonorgestrel.
- Jadelle : 2 bâtonnets contenant 75 mg de Levonorgestrel chacun.

MECANISME D'ACTION

Comme les contraceptifs injectables, les implants préviennent la grossesse de la manière suivante :

- Ils réduisent la production de la glaire cervicale.
- Ils épaississent la glaire cervicale rendant difficile le passage des spermatozoïdes dans la cavité utérine.
- Ils empêchent l'ovulation au moins dans la moitié des cycles menstruels.

- Ils occasionnent la non prolifération de l'endomètre : le rendant impropre à la nidation.
- Ils diminuent la motilité tubaire.

EFFICACITE

Norplant	Jadelle
<p>1. Grande efficacité sur 5-7 ans presque comparable à celle de la stérilisation volontaire : 99% à 99.8% pendant la première année.</p> <p>2. Effective 24 heures après insertion ; pas de délai pour le retour à la fécondité</p> <p>3. Perte de son efficacité pour les femmes très fortes ordinairement à partir de la 4^e année d'utilisation.</p> <p>4. Diminution de l'efficacité quand administré avec les anticonvulsivants, anti tuberculeux (rifampicine) et les anti mycosiques.</p>	<p>1. Très efficace : sur 5 années d'utilisation de jadelle, environ une grossesse pour 100 femmes.</p> <p>2. Effective moins de 72 heures et s'arrête peu après le retrait</p> <p>3. Perte de son efficacité pour les femmes très fortes ordinairement à partir de la 4^e année d'utilisation.</p> <p>4. Diminution de l'efficacité quand administré avec les anticonvulsivants, anti tuberculeux (rifampicine) et les anti mycosiques Idem</p>

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Réversibilité complète de délai pour le retour de la fécondité.
- Peuvent être utilisés pendant l'allaitement.
- Dépend d'un prestataire formé
- Convenable, confortable.
- Peuvent être enlevés n'importe quand.
- Longue durée d'efficacité (5-7 ans)
- N'interfèrent pas avec les rapports sexuels.

AVANTAGES SUR LE PLAN DE SANTE

- Réduisent le risque de grossesse ectopique
- Peuvent diminuer le saignement menstruel.
- Peuvent diminuer les crampes menstruelles.
- Peuvent améliorer l'anémie.
- Protègent contre certaines causes de MIP.
- Protègent contre le cancer de l'endomètre.
- Diminuent les maladies bénignes du sein.

INCONVENIENTS

- Perturbation du cycle menstruel : saignements inter-menstruels, aménorrhée.
- Produisent certains autres effets secondaires tels que : gain de poids exagéré, céphalées, saute d'humeur, diminution de la libido.
- L'utilisatrice ne peut pas arrêter n'importe quand (dépend du prestataire).
- Nécessitent un équipement spécial pour l'insertion et le retrait.
- Nécessitent un personnel entraîné aux techniques d'insertion / retrait des implants.
- Ne protègent pas contre les IST /SIDA.

NOTE : Faible risque d'infection, d'expulsion d'une ou de plusieurs capsules.

D'autres effets secondaires possibles signalés mais peu fréquents parmi la clientèle locale sont : une pilosité exagérée (hirsutisme) la chute des cheveux, l'acné, des dermatites, la jaunisse, la dépression.

Informations utiles pour les prestataires - IMPLANTS

Informations	Norplant	Jadelle
Moment de l'insertion	Durant les 7 premiers jours du cycle menstruel 1- Exceptionnellement, si la cliente n'a pas été exposée au risque de grossesse, l'insertion peut être faite plus tard dans le cycle. Dans ce cas, durant tout le reste du cycle, la cliente doit observer une abstinence totale ou utiliser une méthode barrière 2- En post-partum elle peut attendre jusqu'à la 6eme semaine pour se faire insérer le Norplant.	Idem

Informations	Norplant	Jadelle
	1- Au-delà des 6 semaines après l'accouchement, si la femme n'a pas encore ses règles et qu'elle n'allaite pas, il faut faire un test de grossesse avant l'insertion	1- Après 6 mois si elle utilise la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) 2- Après 6 semaines si elle allaite mais n'utilise pas MAMA 3- Immédiatement ou dans les 6 semaines si elle n'allaite pas 4- Après avortement immédiatement. (ou dans les du bras de la femme premiers jours)
Lieu de l'insertion	Face interne du bras la femme après anesthésie, elle sentira une légère gêne au moment de l'infiltration de la zone ou une légère douleur.	Idem
Retrait	Cinq – six ans après l'insertion. Mais ils peuvent être retirés à n'importe quel moment pour des raisons valables.	5 – 6 ans

ELIGIBILITE

- Les femmes qui désirent un espacement des naissances de longue durée ou qui ont complété leur famille mais ne sont pas prêtes à accepter une méthode permanente.

- Préfèrent une méthode qui n'interfère pas avec l'acte sexuel.
- Veulent une méthode hormonale efficace et ne peuvent pas tolérer les pilules COC.
- Qui allaitent et veulent une méthode de contraception.
- Qui n'allaitent pas en période de post-partum.
- En période après avortement
- Qui ont des antécédents de grossesse ectopique.
- Qui fument, (n'importe quel âge, n'importe quelle quantité.)

PRECAUTIONS A PRENDRE

Les implants peuvent être prescrits avec précautions aux femmes qui ont :

- Anémie grave à cause des effets secondaires possibles (métrorragies).
- Saignements vaginaux anormaux et non encore diagnostiqués.
- Médication anti-convulsivante, anti fongique, anti tuberculeux.
- Troubles cérébro-vasculaires ou maladie coronarienne.

CONTRE-INDICATIONS

Les implants ne doivent pas être prescrits aux femmes qui :

- Ont une grossesse confirmée ou fortement suspectée.
- Ont une tumeur maligne du sein.
- Désirent une grossesse à brève échéance.

LIMITATIONS

- La femme ne peut pas arrêter quand elle le désire (dépend du prestataire).
- L'efficacité peut être diminuée lors de la prise d'autres médicaments

comme les médicaments contre l'épilepsie (phenytoïne et barbituriques) ou la tuberculose (rifampicine), antifongique.

- Caused des changements dans les modes de saignements menstruels (saignements irréguliers / saignotements) chez la plupart des femmes.
- Ne protègent pas contre les IST (VHB,VIH/SIDA).

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES – IMPLANTS

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Hémorragie abondante	Grossesse intra-utérine	Si grossesse : - Retirer les implants. - Référer en clinique prénatale
	Avortement	Si avortement : - Faire un curetage thérapeutique ou aspiration intra-utérine - Donner du Sulfate ferreux. - Faire Counseling et laisser les implants en place.
	Grossesse ectopique	Si grossesse ectopique : - Référer pour intervention

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	Problèmes gynécologiques	Si problèmes gynécologiques: - Référer pour diagnostic - Traiter SOS
Hémorragie abondante	Saignements abondants liés à la méthode.	Si saignement : - Donner oestro-progestatifs (pilule pendant 21 jours) voir le protocole si saignements persistent : - Donner oestro-progestatifs - Sulfate ferreux - « counseling » du couple et laisser implants en place. Si oestro-progestatifs contre indiqués : -Donner anti-prostaglandines (ibuprofen) -Laisser Implant en place. -Sulfate ferreux. -Faire le counseling
	Avortement – grossesse – Tumeurs	Si avortement : - Référer pour Rx - Laisser implants en place.
	Autres problèmes de nature gynécologique	Si autres problèmes : - Référer - S'il n'y a pas de contre-indications laisser implants en place.

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Saignement vaginal inter-menstruel	Si aucune cause n'est trouvée et l'hémorragie inquiète la cliente et s'accompagne d'anémie détectée cliniquement : conjonctives pâles et bas taux d'hémoglobine.	Si aucune cause n'est trouvée : - Enlever les implants - Appliquer une des médications suivantes : - Donner un Anti prostaglandine (Ibuprofène) - Donner du Sulfate ferreux.
Aménorrhée	Eliminer une grossesse	Si grossesse : - Faire référence en prénatale - Enlever les implants.
	Pas de grossesse- aménorrhée de 3 mois ou plus	Si pas de grossesse : « Counseling »
	La cliente n'accepte pas l'aménorrhée malgré le « counseling »	Si la cliente n'accepte pas l'aménorrhée : - Enlever les implants - Changer de méthode.
Douleur hypogastrique sévère	Grossesse ectopique, tumeur ovarienne, appendicite, autre.	Si douleur hypogastrique sévère : - Référer pour Rx approprié - Changer de méthode

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
HTA	Réévaluer la cliente.	Si la cliente à TA supérieure à 160/110 : - Retirer les implants - Référer pour traitement - Après Rx changer de méthode (méthode non hormonale).
	Eliminer toutes causes.	Si cliente à TA supérieure à 160 / 110 : - Retirer les implants. - Référer pour traitement. - Après Rx changer de méthode - Proposer une autre méthode (méthode non hormonale).
Gain de poids non désiré	Questionner sur habitudes alimentaires : <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'exercices • Sédentarité 	Si gain de poids non important : - « counseling » Si gain de poids important - Conseils diététiques - Exercices physiques - Laisser les implants en place
	Grossesse	- Retirer les implants - Référer en prénatale

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	Gains de poids non acceptable	Si gain de poids non acceptable : - Donner une méthode non hormonale.
Céphalée	Rechercher la cause	Si céphalée : - Rx approprié au diagnostic posé
	Céphalée aggravée avec les implants	Si céphalée aggravée : - Changement de méthode (non hormonale)
	Cliente présente céphalée sévère. Troubles visuels. Picotement.	Si céphalée sévère : - Donner autre méthode (non hormonale). - Référer pour Dx et Rx approprié
Ecoulement mammaire		- Stimulation réduite du mamelon
Seins sensibles		- Port de soutien-gorge - Compresses chaudes - Médicament contre la douleur - Envisager des remèdes disponibles localement
	Coït douloureux - Dysménorrhée. - Vagin non lubrifié. - Problèmes de couple	Si le coït est douloureux : - « Counseling » ou référer

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
Perte de Libido	Aucune cause trouvée. Cliente ne tolère pas les implants.	Si aucune cause n'est trouvée : - Retirer les implants. - Changer de méthode (non hormonale).
Expulsion de capsules	Déterminer si l'expulsion est partielle ou complète.	Evaluer si la zone d'insertion est infectée ou non. Si la zone est non infectée et les autres capsules sont en place : Si le client le désire - Ouvrir un nouveau paquet et remplacer la ou les capsules expulsées à travers un autre point d'insertion. S'il y a infection : - Enlever les capsules et insérer un nouveau jeu d'implants à l'autre bras avec le consentement de la cliente ; sinon, l'aider à choisir une autre méthode.
Infection du site d'implantation: élévation de température et pouls	Explorer la zone d'insertion pour infection : douleur – chaleur – rougeur, présence de pus, etc...	S'il y a infection sans abcès : - Nettoyer la zone avec une solution antiseptique. - Rx antibiotique par voie

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
<p>rapide</p>		<p>orale x 7 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laisser les implants en place et revoir dans 8 jours. <p>S'il n'y a pas d'amélioration :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le retrait des implants et si la cliente accepte : insérer un autre jeu d'implants à l'autre bras. - Sinon : l'aider à choisir une autre méthode. <p>S'il y a abcès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nettoyer à la solution antiseptique. - Inciser et drainer l'abcès - Enlever les capsules. - Nettoyer profondément. - Rx antibiotiques x 7 jours - Si la cliente accepte : insérer un nouveau jeu d'implants dans l'autre bras. <p>Sinon :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire le Counseling pour l'aider à choisir une autre méthode.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Il faut lui décrire la procédure d'insertion ; lui dire qu'elle sentira une légère gêne au moment de l'infiltration de la zone, mais pas de vraie douleur.
- Garder le site de l'incision sec pendant 48 heures.

- Laisser le bandage de compression pendant 48 heures et le sparadrap en place jusqu'à ce que l'incision cicatrise (3 à 5 jours).
- Il arrive couramment que la zone de l'incision soit contusionnée, enflée ou sensible.
- On peut reprendre immédiatement le travail .Eviter de traumatiser le site, de porter des choses lourdes ou d'appliquer une trop forte pression au site de l'incision.
- Une fois guérie, la zone peut être touchée et lavée comme a la normale avec la même pression.
- Le retrait est nécessaire 5 à 6 ans après l'insertion des implants; mais ils peuvent être retirés à n'importe quel moment pour des raisons valables et sur demande de la cliente.
- Après le retrait au bout de 5 à 6 ans, si la cliente le désire, un nouveau jeu d'implants peut lui être inséré à l'autre bras après le retrait de l'ancien.
- Si elle ne veut plus de cette méthode, elle pourra choisir une autre méthode.
- Enfin, il faut lui parler et la rassurer avant, pendant et après l'insertion.

SIGNES D'ALARME

- Céphalée intense inhabituelle.
- Migraine
- Poussée d'hypertension artérielle.
- Signes d'infection au niveau de la zone d'insertion : émission de pus, ect
- Expulsion partielle ou totale d'une ou de plusieurs capsules.
- Douleur au niveau de la zone d'insertion
- Retard de la menstruation après plusieurs mois de cycles réguliers (peut être un signe de grossesse).
- Douleurs aiguës au bas ventre.

- Saignement abondant

SUIVI

- Après l'insertion, donner un premier rendez-vous dans 5 jours afin d'enlever le pansement et voir l'état des points d'insertion ou de la référer à l'institution sanitaire la plus proche pour les suites nécessaires.
- Inscrire sur le carnet de santé de l'utilisatrice la méthode, la date d'insertion, la date d'expiration de l'efficacité de la méthode ou du retrait obligatoire au bout de 5 à 6 ans ainsi que les dates de rendez-vous.
- S'assurer que la cliente a bien compris tous les effets secondaires possibles.
- Au rendez-vous au 5^e jour, refaire le pansement si nécessaire et donner un autre rendez-vous dans huit jours pour enlever le pansement, sinon la prochaine visite sera dans trois mois et ensuite tous les ans.
- La cliente sera instruite sur la nécessité de revenir au centre si elle a des effets secondaires ou des signes d'alarme qui l'inquiètent. Et à chacune de ces visites le counseling doit être fait de telle sorte que soit renforcée sa motivation à conserver la méthode.
- Les prestataires de soins doivent avoir à cœur de procéder au retrait des implants à la demande pressante de la cliente, quand le counseling a échoué ou quand les effets secondaires sont insupportables.

Le registre des utilisatrices des implants doit être actualisé régulièrement de telle sorte que soient identifiées et repérées, si nécessaire, les clientes dont les implants sont arrivés à expiration, pour les enlever.

4.3. CONTRACEPTIFS ORAUX

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINES (COC)

La pilule contraceptive combinée contient 2 types d'hormones synthétiques: œstrogène

et progestatif similaires aux hormones produites par les ovaires de la femme pendant le cycle menstruel.

COMPOSITION

Les types les plus couramment utilisés actuellement contiennent: Œstrogène: 30 à 50 microgrammes d'éthinyl oestradiol ou de mestranol. Progestérone: moins de 2 milligrammes de Levonorgestrel ou de norethistérone.

PRÉSENTATION

- Paquet de 21 tablettes
- Paquet de 28 tablettes dont 21 de couleur blanche contenant les hormones et 7 de couleur brune contenant du fer.

Les pilules de COC distribuées dans le Programme appartiennent à cette deuxième catégorie de 28 tablettes dont:

- 21 tablettes blanches contenant chacune:
 - 30 microgrammes de Ethinyl oestradiol (oestrogène)
 - 0.30 milligramme de Norgestrel (progestatif).
 - 7 tablettes brunes contenant chacune 75 milligrammes de fumarate ferreux.

MECANISME D'ACTION

La pilule combinée (COC) empêche la grossesse:

- Principalement par la suppression de l'ovulation grâce à une action inhibitrice au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire;
- Accessoirement en modifiant la constitution de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation;
- En épaississant la glaire cervicale gênant la progression des spermatozoïdes vers la cavité utérine.

EFFICACITÉ

- Très efficace: 99.9% à 100% d'efficacité si l'utilisation est correcte.
L'efficacité peut tomber à 92% en cas d'utilisation courante.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Très efficace quand l'utilisation est correcte.
- N'interfère pas avec l'acte sexuel.
- Est sous le contrôle de la femme
- Peut être discontinuée à n'importe quel moment sans l'aide d'un prestataire de soins.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS : La pilule COC

- Diminue les douleurs menstruelles.
- Diminue le flux menstruel.
- Diminue les risques de kyste des ovaires ou de cancer des ovaires.
- Régularise le cycle menstruel.
- Diminue les risques d'infection pelvienne.
- Diminue l'incidence d'anémie ferriprive.
- Diminue l'acné prémenstruelle.

INCONVÉNIENTS

- Doit être prise chaque jour
- Difficile à prendre à l'insu du partenaire.
- Donne quelques effets secondaires quoique mineurs.
- Son efficacité diminue quand elle est prise avec certains médicaments comme les antibiotiques, les anticonvulsivants, certains ARV.
- Effets systémiques sur l'organisme provoquant des effets secondaires indésirables et des complications cardio-vasculaires surtout chez les fumeuses.

- Ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles: IST/ SIDA.

ELIGIBILITE

Les contraceptifs oraux combinés sont une méthode appropriée pour toute femme qui:

- Désire une méthode temporaire très efficace.
- A des règles abondantes.
- A une dysménorrhée sévère
- A des phénomènes prémenstruels tels que: gain de poids, anxiété, dépression.
- A des règles irrégulières.
- A des kystes de l'ovaire.

LIMITATIONS

Les contraceptifs oraux combinés pourront être prescrits avec beaucoup de réserve aux femmes qui:

- Allaitent leur bébé durant les six premiers mois.
- Ont l'un des facteurs suivants:
 - Troubles cardiaques
 - Agée de plus de 35 ans et qui fument
 - Diabète
 - Hypertension artérielle égale ou supérieure à 140 par 90
 - Saignement vaginal irrégulier, non encore diagnostiqué.
 - Absorption d'antibiotiques (rifampicine, ampicilline, sulfa, chloramphénicol) d'anti-convulsivantes contre l'épilepsie. En effet, ces médicaments accélèrent le métabolisme des œstrogènes au niveau du foie et la méthode par ainsi perd de son efficacité. Aussi, il est recommandé d'utiliser une méthode de barrière durant la période d'ingestion de ces médicaments.

En dehors des conditions favorables sus-mentionnées, les contraceptifs oraux Combinés ne doivent pas être prescrits à une femme qui:

- A un test de grossesse positif ou une histoire clinique suggestive de grossesse.
- A une histoire présente ou passée de problèmes thromboemboliques, ou cardio-vasculaires tels que: phlébite profonde, embolie pulmonaire, insuffisance cardiaque, accident cérébro-vasculaire, infarctus.
- A plus de 35 ans et fume plus de 20 cigarettes par jour.
- A un cancer du sein (sensible aux œstrogènes).
- A un dysfonctionnement du foie, une tumeur bénigne ou maligne du foie, une histoire évocatrice d'ictère de la grossesse.
- A une hépatite virale active.
- A une tumeur maligne du col, du corps utérin ou des ovaires.
- A une hypertension artérielle égale ou supérieure à 180 par 110.
- A un diabète avec atteinte vasculaire ou datant de plus de 20 ans.
- A une migraine diagnostiquée avec point focal neurologique.
- A moins de six semaines de post-partum et qui nourrit son bébé au sein.

QUAND COMMENCER

- Avaler la première pilule blanche de la première rangée le 5^{Eme} jour à partir du début des règles.(cependant, on devrait encourager la cliente a commencer dans les 5 premiers jours des règles).
- Pour une cliente en post-partum qui n'allait pas et qui a choisi la pilule combinée elle peut commencer six semaines après l'accouchement. Il faut seulement s'assurer qu'elle n'est pas enceinte si elle n'a pas encore eu ses règles.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES - COC

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
<p>SAIGNEMENT INTER-MENSTRUEL -Assez habituel durant les 3 premiers mois</p>	<p>S'informer si la cliente vient de commencer la pilule.</p>	<p>Si oui : counseling pour la rassurer.</p>
	<p>S'informer si elle a manqué une ou plusieurs pilules, ou si elle prend la pilule à n'importe quelle heure de la journée.</p>	<p>Counseling: reprendre les instructions pour une utilisation adéquate.</p>
	<p>A-t-elle eu des épisodes de vomissement, de diarrhée?</p>	<p>Si oui: cela peut diminuer la concentration de la méthode et aussi son efficacité; -utiliser une méthode d'appoint sans cesser de prendre la pilule.</p>
	<p>Demander si la cliente reçoit d'autres médicaments: antibiotiques anticonvulsivants, etc.</p>	<p>Cela peut diminuer la concentration de la méthode : utiliser une COC à teneur plus élevée ou utiliser une autre méthode.</p>

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
	<p>Investiguer les causes gynécologiques: tumeur, grossesse avec menace d'avortement, grossesse extra-utérine, cervicite, infection pelvienne etc..</p> <p>A-t-elle ces saignements après des rapports sexuels ?</p> <p>A-t-elle un résultat de Pap, si applicable, normal et de date récente ?</p>	<p>Faire des investigations par examen physique et pelvien y compris le Pap à son niveau, si cela est possible; sinon, faire la référence pour un diagnostic et traitement approprié</p>

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES -- COC

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
<p>SAIGNEMENT INTERMENSTRUEL: (suite) - Assez habituel durant les trois premiers mois</p>	<p>Pas de cause gynécologique</p>	<p>Si aucun problème gynécologique n'est _ - - - Identifié, il faut penser à la minceur de la muqueuse utérine comme cause possible: - - Utiliser une COC à plus forte teneur oestrogénique, mais ne dépassant pas 50 mcg d'œstrogène, cela jusqu'à l'arrêt des saignements. -- - Puis, reprendre la pilule combinée à faible dose. -- Si le saignement intermenstruel recommence, reprendre le COC à 50 mcg. <i>N.B- les clientes sous COC à 50mcg doivent s'abstenir de fumer</i></p>

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
AMÉNORRHÉE	Investiguer le mode d'utilisation de la méthode: a-t-elle oublié de prendre la pilule durant un ou plusieurs jours ou est-ce qu'elle la prend à des horaires irréguliers?	La prise irrégulière de la méthode diminue son efficacité et augmente le risque de grossesse : reprendre le "counseling".
	S'agit-il de grossesse ? histoire clinique, symptômes évocateurs	Faire les examens cliniques et para cliniques et s'il y a : - Grossesse, référer en clinique prénatale et - Discontinuer le COC.
	Le COC utilisé contient-il une très faible dose d'œstrogène? 35 mcg ou moins ?	Si oui: counseling pour la réassurer: (l'atrophie de la muqueuse utérine). Si malgré le « counseling » la cliente reste inquiète: prescrire un COC à plus forte teneur oestrogénique pendant trois cycles: soit un COC à 50 mcg d'œstrogène. Il est recommandé aux clientes sous COC à 50 mcg de ne pas fumer.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES - COC

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
<p>AMÉNORRHÉE (suite)</p>	<p>La cliente est déjà sous COC 50 mcg depuis au moins trois mois et l'aménorrhée persiste.</p>	<p>Counseling pour la réassurer : si elle est inquiète et s'il n'y a pas de grossesse: la référer pour des investigations plus approfondies si possible ou bien d'aider à choisir une autre méthode contraceptive.</p>
	<p>La cliente a-t-elle cessé de prendre la pilule tout récemment ?</p> <p>-Investiguer grossesse et quand remonte la prise de la pilule ?</p>	<p>5- Eliminer une grossesse possible. S'il n'y a pas de grossesse: « counseling ». Lui expliquer qu'il y a ordinairement un retard des règles quand on cesse le COC.</p> <p>-Aider la cliente à choisir une autre méthode contraceptive s'il n'y a pas désir de grossesse.</p> <p>S'il y a grossesse, référer en prénatale. Référer en « counseling ». Discontinuer la pilule.</p>

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
NAUSEE	Prise matinale ou avec estomac vide	« Counseling » / changement d'horaire dans la prise de COC.
	Aucune cause précisée	Traitement approprié (SOS)
CEPHALEES	Céphalées, troubles neurologiques contractions musculaires, troubles de vision.	Arrêter COC ou utiliser une autre méthode non hormonale. Référer à un spécialiste. - Pas de cigarettes
	Céphalée au début de COC, COP ou autre méthode hormonale	Discontinuer COC / donner une méthode non hormonale.
HYPERTENSION ARTERIELLE	HTA à la première visite : HTA > à 140/90 âge 40ans	Pas de COC, donner COP ou autre méthode non hormonale
	Si HTA se développe alors que la cliente est sous COC	Discontinuer COC et donner COP ou une méthode non hormonale

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
GAIN / PERTE DE POIDS	Interroger les habitudes alimentaires. Habitudes alimentaires régulières, mais gain de poids réel et inacceptable.	Recommander bonne nutrition et exercices physiques. Avec la prise de COC ceci peut arriver (léger gain de poids : counselling)
	Gain de poids ou perte de poids : éliminer une grossesse	- Si grossesse, référer en prénatale et discontinuer COC. - Si pas de grossesse et condition inacceptable : changement de méthodes
FLATULENCE ABDOMINALE	Éliminer une constipation, ou grossesse, ou tumeur	Instruction sur la diète : riche en fibres. Lait de magnésium ou laxatifs. Si grossesse ou tumeur : référer
MASTALGIE / DOULEUR AU NIVEAU DES SEINS	Chercher à savoir si la femme est enceinte : histoire clinique et examen pelvien	Rechercher causes d'infections. Si pas d'infections: sous-vêtements appropriés, support, application de compresses tièdes. Continuer l'allaitement
	Allaitement : Douleur au sein avec ou sans infection	Changement de méthode

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
DÉPRESSION	Observée à certains moments du mois	Diminuer dosage d'œstrogènes ou prescrire COP (contraceptifs oraux à progestatif).
	Eliminer tumeur	Si suspicion de tumeur: référer.
	Déterminer la cause : sociale, familiale, ou ,financière de dépression	Counseling approprié.
	Aggravation avec la pilule: (progestérone aggrave les troubles mentaux).	Changement de méthode : Prescrire méthode non hormonale
PERTE DE LA LIBIDO	Rechercher les causes : -Sécheresse vaginale -Dyspareunie -Problème de couple, - - Baisse d'appétit sexuel liée à la prise de COC.	Counseling approprié/ Traitement SOS..
MASQUE DE GROSSESSE / CHLOASMA	Interroger sur les habitudes de soins de beauté: crème, savon, produits éclaircissants	Counseling. Arrêter l'emploi de ces produits

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
	<ul style="list-style-type: none">- Rechercher grossesse récente ou coup de soleil- Rechercher Pityriasis versicolore ou lita, autres pathologies de la peau .	<ul style="list-style-type: none">- Eviter le soleil .- Accorder 3 mois post grossesse pour que la nouvelle accouchée puisse reprendre sa couleur habituelle.Référez si nécessaire.
	Si le problème est lié à la prise de COC	Changement de méthode : <ul style="list-style-type: none">- Utiliser une méthode non hormonale.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES -- COC

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
ACNE/HIRSUTISME	- Interroger hygiène de la peau: (emploi de crème obstruant les pores), habitudes alimentaires	Recommander: nettoyage de la peau: eau, astringent (citron) Eviter l'emploi de crème parfumée, certains aliments : chocolats
	Rechercher : Présence de stress	Counseling
	Si COC responsable et acné non acceptée	- Donner COP. - Changement de méthode (non hormonale)
FORTES HÉMORRAGIES	Rechercher grossesse avec menace d'avortement ou autres problèmes gynécologiques	A référer au médecin gynécologue pour chercher les causes. Si avortement diagnostiqué: - Faire le traitement approprié. - Recommencer la pilule: Prescrire une pilule plus fortement dosée (normodosée)
	Si anémie associée	Supplément de fer

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATIONS	PRISE EN CHARGE
PATHOLOGIES HEPATOBIILIAIRES		- Arrêter l'emploi de la pilule et méthode non hormonale. - Référer
PATHOLOGIES THROMBO- EMBOLIQUES ET CARDIOVASCULAIRES		- Arrêter l'emploi de la pilule et prescrire une méthode non hormonale. - Donner de l'aspirine et transférer.

INSTRUCTIONS A LA CLIENT

Pour le paquet de 28 pilules :

- Lui expliquer que c'est une méthode très efficace quand elle est utilisée correctement, que le paquet contient 21 pilules actives blanches et 7 pilules brunes contenant du fer.
- Pour une cliente en post-partum qui n'allait pas et qui choisit la pilule combinée, elle peut commencer six semaines après l'accouchement. Il faut s'assurer qu'elle n'est pas enceinte si elle n'a pas encore ses règles.
- Lui expliquer certains petits inconvénients qui peuvent survenir quand on est sous pilule, à savoir: les saignements intermenstruels qui sont peu abondants, et ne sont pas de véritables règles et ne présentent aucun danger, des nausées, des vomissements, le vertige, des céphalées: ces inconvénients sont dûs à une adaptation de l'organisme aux substances contenues dans la pilule et disparaîtront au bout de 2 à 3 cycles.

- Lui expliquer que même avec ces inconvénients qui sont passagers, elle doit continuer à prendre la pilule chaque jour.
- Prendre une pilule blanche chaque jour pendant 21 jours; puis les sept brunes pendant 7 jours. LA FEMME DOIT PRENDRE LA PILULE CHAQUE JOUR MEME SI ELLE N'A PAS EU DE RAPPORT SEXUEL.
- Prendre la pilule chaque jour au cours du même repas (matin, midi, soir) si pas d'effets secondaires ou avant d'aller au lit (il serait mieux de la prendre le soir).
- Prendre la pilule toujours à la même heure : cela crée l'habitude et évite de ressentir les inconvénients suscités.

QUE FAIRE SI ON A OUBLIÉ DE PRENDRE LA PILULE DU JOUR ?

Chaque fois que la femme oublie de prendre sa pilule du jour, elle augmente les risques de devenir enceinte.

- Si la femme a oublié de prendre la pilule blanche pendant un jour, elle doit donc la prendre dès qu'elle s'en souvient. Elle doit en outre prendre la prochaine pilule à l'heure habituelle : ce qui veut dire qu'elle devra prendre 2 pilules ce jour-là.
- Si la femme a manqué de prendre la pilule deux jours de suite, au cours des quinze premiers jours du cycle, elle prendra 2 pilules dès qu'elle s'en rend compte et encore deux autres pilules le jour suivant. Après, elle va continuer à prendre chaque jour une pilule à l'heure habituelle.
- Si la femme a manqué de prendre la pilule deux jours de suite au cours de la troisième semaine du cycle ou encore si elle a oublié de prendre la pilule plus de deux jours à n'importe quel moment du cycle, il lui sera recommandé de jeter la plaquette déjà entamée et de commencer immédiatement une autre plaquette.

- Dans tout cas d'oubli dépassant plus de deux jours, il est recommandé d'utiliser une autre méthode contraceptive d'appoint (barrière) ou encore de faire de l'abstinence pendant au moins 7 jours pour assurer la protection qui a été compromise par l'oubli.
- Si elle a eu des épisodes de vomissements ou de diarrhées sévères qui pourraient diminuer la concentration de la méthode dans l'organisme, donc son efficacité, il est nécessaire d'utiliser une protection contraceptive d'appoint (barrière ou abstinence) pendant au moins une semaine à cause de la baisse d'absorption intestinale des hormones contraceptives.

SIGNES D'ALARME

- Migraine vraie, d'apparition récente ou qui s'aggrave.
- Ictère (jaunisse avec démangeaison et urines foncées).
- Troubles de la vision.
- Aménorrhée de deux mois ou plus.
- Crampes, douleurs aux mollets.
- Apparition soudaine d'une douleur vive au thorax.

Si la cliente ressent l'un de ces signes, elle doit discontinuer la pilule et se rendre au centre de santé.

SUIVI

- Le suivi de la cliente sous pilule peut être assuré selon sa convenance, au centre, ou à domicile par l'agent qui est sur le terrain. A la première visite donner 2 paquets de pilules.
- Une visite de contrôle est souhaitable un mois après la première visite pour la cliente qui a été approvisionnée sur le terrain. S'il n'y a pas d'anomalies, à la 2^e visite on peut lui donner jusqu'à six paquets des pilules.

- Elle revient pour un examen de contrôle après six mois. Cet examen de contrôle doit être suivi par un examen annuel sans oublier le Pap-test, et une mammographie si nécessaire.

4-3-2 CONTRACEPTIF ORAL A PROGESTATIF SEUL

COP / MINIPILULE

La pilule à progestatif seul ou minipilule est un contraceptif hormonal oral ne contenant qu'une seule substance à effet progestatif COP, à dose très faible, habituellement de 0.03 à 0.5 mg. soit dix (10) fois moins que la dose de progestatif dans le COC.

- Elle contient un progestatif du groupe noréthistérone ou du groupe Levonorgestrel et est présenté en plaquette de 28 tablettes.
- La présentation disponible dans le Programme de S.R contient le norgestrel à 0.075 mg par tablette.

MECANISME D'ACTION

La mini -pilule contient un progestatif comparable à la progestérone qui est produite par l'ovaire de la femme. Elle empêche la grossesse:

- Principalement en rendant la glaire cervicale si épaisse que les spermatozoïdes trouvent de la résistance à la traverser vers la cavité utérine.
- En supprimant l'ovulation dans plusieurs cycles.
- En rendant la muqueuse utérine si mince que la nidation devient impossible.

EFFICACITÉ

La minipilule est très efficace. Pour les femmes qui allaitent, si l'utilisation est courante, son efficacité est de 99%; ce qui signifie qu'il y aura un échec (une grossesse) sur 100 femmes pendant un an. Par contre son efficacité est de 97%

pour les femmes qui n'allaitent pas.

AVANTAGES

- Peut être utilisée sans examen gynécologique préalable
- Grande efficacité quand elle est utilisée correctement.
- Diminue le flux sanguin menstruel, d'où effet bénéfique dans les cas d'anémie.
- N'augmente pas la coagulation sanguine.
- A un effet protecteur contre les infections inflammatoires pelviennes.
- Diminue les douleurs menstruelles.
- C'est une méthode réversible.
- Peut être utilisée chez les femmes allaitantes.
- Peut être utilisée sans risque chez une femme vivant avec le VIH.

INCONVÉNIENTS

- Doit être prise chaque jour, à la même heure. Un retard de 3 heures augmente les risques de grossesse
- Peut provoquer des dérèglements menstruels.
- Peut induire des effets secondaires désagréables pour certaines clientes, mais qui ne sont pas nuisibles à l'organisme.
- Ne protège pas contre les IST et le SIDA.

ELIGIBILITE

Cette méthode est recommandée chez:

- Les femmes qui allaitent.
- Les femmes qui ont des effets secondaires avec les pilules combinées tels que de fortes migraines, de l'hypertension artérielle, des douleurs.

- Les femmes âgées de plus de 35 ans, grandes fumeuses, qui ne peuvent pas ou qui ne veulent pas prendre une autre méthode efficace de contraception telle DIU, CCV, Implants. Comparé à l'œstrogène, le progestatif à très faible dose n'augmente pas le risque de coagulation anormale du sang.
- Les femmes qui souffrent d'anémie.

LIMITATIONS

Cette méthode pourra être prescrite mais avec prudence:

- Aux femmes qui ont des saignements vaginaux (inter-menstruels ou après des rapports sexuels) non encore diagnostiqués, durant la période d'évaluation.
- Aux femmes qui sont sous médication antituberculeuse ou anticonvulsive car l'effet du contraceptif sera diminué.
- Aux femmes qui ont un kyste fonctionnel de l'ovaire.

Cette méthode ne doit pas être prescrite si :

- Une grossesse est fortement suspectée ou est confirmée. Cependant aucune étude n'a encore révélé que la prise accidentelle de contraceptif pendant la grossesse augmente les risques de malformation foetale.
- Une tumeur du sein.

QUAND COMMENCER LA MINI-PILULE ?

- En période post-natale, si la nourrice ne peut suivre la méthode de l'allaitement maternel prolongé comme méthode contraceptive pendant les six premiers mois, comme il est recommandé pour se protéger d'une grossesse non désirée, elle peut prendre la minipilule à partir de la 4ème semaine après l'accouchement.

- Pour une femme menstruée, elle prendra la pilule dès le premier jour des règles, et la méthode commencera à donner une protection complète 48 heures après. Toujours commencer la plaquette par la première pilule.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES - COP/Mini Pilule

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
MÉTRORRAGIE OU SAIGNOTEMENT INTERMENSTRUEL: ce qui est très fréquent durant les trois premiers mois.	Investiguer si la prise de la pilule est de date récente.	Counseling: réassurer la cliente.
	A-t-elle oublié de prendre la pilule durant un ou deux jours ou la prend-elle à des horaires différents chaque jour.	Counseling: lui rappeler le mode d'utilisation de la méthode.
	Investiguer les causes gynécologiques telles que: grossesse, avortement, grossesse extra-utérine, tumeur, infection pelvienne.	Faire si possible: examen physique et pelvien pour diagnostic et traitement. Sinon, faire la référence. S'il s'agit d'avortement ou d'infection pelvienne: recommencer la pilule après traitement.

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
	Si aucune cause n'a pu être identifiée, la cliente se plaint et s'il y a des signes d'anémie.	Doublé la dose quotidienne de pilule (1 pilule deux fois par jour) pendant deux semaines pour arrêter l'hémorragie; puis, recommencer la dose quotidienne (1 pilule par jour) et donner du sulfate ferreux.
	Quand cela est approprié : investiguer l'état histologique du col utérin ou de la muqueuse utérine.	Faire un Pap's Smear s'il y a lieu ou la référence s'il y a forte suspicion de cancer utérin et arrêter la pilule.
	Aucune cause n'est identifiée.	Si les saignements continuent et que malgré le counseling cette situation est inacceptable pour la cliente, ou son conjoint: l'aider à choisir une autre méthode contraceptive
AMÉNORRHÉE	investiguer si l'aménorrhée est d'apparition récente après une période de règles régulières sous pilule.	Éliminer la possibilité de grossesse par examen physique ou biologique.
	Si grossesse diagnostiquée	Référer la cliente en clinique prénatale et arrêter la pilule.

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
	Pas de signe de grossesse: la cliente était-elle irrégulière avant la prise de la pilule?	Si oui, après examen gynécologique négatif pour éliminer grossesse: lui demander de continuer la pilule et de revenir dans un mois pour contrôle.
	Aménorrhée persiste; Absence de grossesse; Situation inacceptable malgré le counseling.	Counseling pour changement de méthode: COC s'il n'y a pas de contre- indications, ou bien: méthode non hormonale.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES - COP

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
FORTES DOULEURS HYPOGASTRIQUES	Investiguer causes possibles: grossesse ectopique, appendicite, kyste folliculinique ovarien, kyste tordu de l'ovaire	Appliquer la thérapeutique adéquate pour le diagnostic posé ou faire la référence si nécessaire.
	Pas de pathologie décelable mais existence de constipation.	Donner des conseils appropriés concernant la diète, les exercices et prescrire des laxatifs au besoin. Suivre la cliente jusqu'à résolution des plaintes
CÉPHALÉES	Investiguer s'il s'agit ou non de sinusite. Y a-t-il des décharges nasales purulentes? La pression au niveau des sinus est-elle douloureuse?	Si sinusite diagnostiquée: référer au spécialiste ou faire le traitement adéquat: ne pas oublier qu'il y a interférence entre pilule et certains antibiotiques: prescrire dans ce cas une méthode d'appoint tout en continuant la pilule.

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
CEPHALEES (suite)	Investiguer antécédents d'hypertension artérielle.	Contrôler la tension artérielle: si haute, voir ce qui est recommandé de faire à cette rubrique.
	Etablir la distinction entre céphalée par contraction (tension) musculaire et céphalée de type vasculaire ou migraine. Les céphalées par contraction musculaire sont localisées au front ou à la base de la tête, bilatérales, sourdes, et on peut repérer le muscle tendu, douloureux. La migraine peut varier d'intensité: de légère à sévère, douleur localisée dans la zone temporale et taraudante; les migraines peuvent être provoquées par un même agent et être précédées ou accompagnées de symptômes neurologiques : troubles de la vision, sensation de mouche volante, perte de mémoire, faiblesse musculaire au bras, à la jambe, etc..	En présence de troubles neurologiques, craindre l'imminence d'un accident cérébro-vasculaire. Faire la référence; discontinuer cigarette si la cliente fume. Les COP n'augmentent pas le risque d'accident cérébro-vasculaire (ACV) et peuvent être continués

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
	S'informer si les céphalées ont empiré pendant la prise de la pilule	Si la cliente est très inquiète et attribue ces céphalées à la pilule, lui prodiguer des conseils appropriés afin qu'elle puisse adopter une méthode non hormonale.
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	Contrôler à nouveau la TA après 15 minutes de pause. S'assurer que l'appareil ou le brassard n'est pas défectueux.	Si après contrôle, la systolique se maintient égale ou supérieure à 140, et la diastolique égale ou supérieure à 90, il faut référer la cliente pour les soins adéquats. Envisager la possibilité de changement de méthode avec la cliente si le retrait de la pilule améliore son état de façon appréciable.
NAUSÉE / VERTIGE	Au début de la prise de la pilule.	Changement d'horaire de prise de pilule: la prendre de préférence le soir, avant d'aller au lit.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES –COP/Mini Pilule

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
NAUSEE / VERTIGE	Essayer d'établir un diagnostic différentiel, si le niveau de l'Institution le permet.(hyper ou hypo T A, anémie, maladie virale ou neurologique, etc)	Traiter la cause trouvée, si possible ou faire la référence. Continuer la pilule si les symptômes sont légers, supportables.
	Symptômes légers. Pas de cause décelable.	Si les symptômes persistent, sont gênants pour la cliente et jugés inacceptables malgré le counseling, l'orienter dans le choix d'une autre méthode non hormonale.
	Symptômes assez sévères. Pas de cause décelable.	Référer la cliente pour investigation et traitement approprié. L'aider dans le choix d'une autre méthode non hormonale.
LEUCORRHÉE	Rechercher la cause Si IST / VAGINITE	Examen clinique et para-clinique (frottis + goutte pendante) si possible. Traitement adéquat. Maintenir pilule.

EFFETS SECONDAIRES	INVESTIGATION	PRISE EN CHARGE
	Si négatif pour IST	Counseling .
PERTE DE POIDS	Investiguer maladie débilitante pouvant occasionner une perte de poids (TB, SIDA, sous-alimentation ect..).	Contrôler à nouveau le poids et comparer avec le poids antérieur. Examen clinique et para-clinique si possible.
	Pas de cause pathologique décelable, mais alimentation inadéquate.	Counseling: informations sur les trois éléments de base d'une bonne alimentation.
	Pas de pathologie-alimentation correcte	Counseling. Maintenir la méthode. Si symptôme mal accepté malgré le counseling, discontinuer la pilule et l'aider à choisir une autre méthode non hormonale.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

Lui décrire la méthode et lui donner toutes les informations, plaquette en main, dans un langage qu'elle peut comprendre. L'encourager à se confier, à poser des questions sur les informations reçues (efficacité, indications, contre-indications, mode d'action, avantages, inconvénients, effets secondaires possibles, signes d'alarme, etc)

Lui dire que c'est une méthode très efficace quand elle est correctement utilisée, c'est-à-dire qu'elle doit avaler une pilule chaque jour sans discontinuer, à la même heure, même s'il n'y a pas eu de rapports sexuels parce que la dose d'hormone contenue dans la minipilule est si faible que si elle oublie de la prendre un seul jour, la protection est rompue.

QUE DOIT FAIRE LA CLIENTE SI ELLE OUBLIE DE PRENDRE LA MINIPILULE ?

Il faut dire à la cliente :

- Si vous avez manqué de prendre la minipilule un jour, il faut :
 - La prendre dès que vous vous en rendez compte et la prochaine minipilule à l'heure habituelle.
 - Puis, observer une abstinence ou utiliser une méthode de barrière pendant les 48 heures suivantes, tout en continuant de prendre la minipilule”
- Si vous avez manqué de prendre la minipilule deux jours de suite, il faut :
 - en prendre deux (2) dès que vous vous en rendez compte et encore deux (2) le jour suivant.
 - De plus, il faut observer une abstinence ou utiliser une méthode de barrière durant une semaine tout en continuant de prendre la minipilule chaque jour”.
 - Si dans un mois vous n'avez pas eu vos règles, venez au Centre pour un contrôle afin d'éliminer ou de confirmer une grossesse.

“Les règles peuvent arriver durant la quatrième semaine durant laquelle vous prenez la minipilule. Mais les règles peuvent devenir irrégulières et même être absentes à certains mois”.

“Même si vous n'avez pas eu vos règles, vous devez commencer un nouveau

paquet de minipilule le lendemain du jour où vous avez pris la dernière minipilule du paquet en utilisation”.

- Si après une période de règles régulières se produit une aménorrhée, la cliente doit venir au Centre pour un examen clinique en vue d'éliminer la possibilité d'une grossesse, car il ne faut pas oublier que certains cycles peuvent être ovulatoires sous COP, d'où risque de grossesse.

SIGNES D'ALARME

Recommander à la cliente de revenir au Centre dès l'apparition d'un des signes suivants :

- Ictère (teinte jaune des conjonctives).
- Sensation de boule au sein.
- Douleurs thoraciques aiguës et souffle court.
- Céphalées sévères avec vertiges, ou accompagnées de troubles de la vision ou neurologiques. Douleur aiguë au mollet.

SUIVI

- Le suivi de la cliente sous pilule peut être assuré selon sa convenance, au Centre, ou à domicile par l'agent qui est sur le terrain. A la première visite donner 2 paquets de pilules.
- Une visite de contrôle est souhaitable un mois après la première visite pour la cliente qui a été approvisionnée sur le terrain. S'il n'y a pas d'anomalies à la deuxième visite on peut lui donner jusqu'à six paquets de pilules.
- Elle revient pour un examen de contrôle après six mois. Cet examen de contrôle doit être suivi d'un examen annuel sans oublier le pap-test et une mammographie si nécessaire.

4-3-3 CONTRACEPTION D'URGENCE

La contraception d'urgence appelée contraception post-coïtale désigne les méthodes qu'une femme peut utiliser dans les premiers jours suivant un rapport sexuel non protégé pour prévenir une grossesse non désirée.

TYPES

- Contraceptifs oraux combinés, les pilules à progestatif seul,
- Les Anti-progestatifs (mifépristone) et DIU (libérant du cuivre)

MECANISME D'ACTION

Le mode d'action de la contraception d'urgence consiste à :

- Inhiber ou retarder l'ovulation.
- Amincir la paroi de l'utérus.
- Modifier l'endomètre d'où la prévention de l'implantation.
- Perturber le transport des spermatozoïdes et des ovules d'où prévention de la fécondation.
- La contraception d'urgence (CU) n'interrompt pas la grossesse et ne pose aucun risque au fœtus.
- La contraception d'urgence n'est pas une méthode de contraception régulière et ne peut donc remplacer les méthodes de contraceptions classiques.

EFFICACITE

- Pour la pilule : 80% si elle est prise avant 72 heures. Elle est autant plus efficace qu'elle est prise tôt après le rapport sexuel non protégé.
- Pour le DIU : 99,9%.
- Les pilules contraceptives d'urgence sont moins efficaces que les méthodes contraceptives régulières.

ELIGIBILITE

Toute femme en âge de procréer peut avoir besoin de recourir à la contraception d'urgence à un certain moment pour éviter une grossesse non souhaitée notamment dans les situations suivantes :

- Quand une femme a eu des rapports sexuels contre sa volonté ou a été contrainte d'avoir des rapports sexuels (viol).
- Quand un préservatif s'est rompu.
- Quand un DIU s'est délogé.
- Après l'utilisation incorrecte ou irrégulière des méthodes contraceptives régulières (exemple un oubli d'au moins de 2 contraceptifs progestatifs ou un retard de plus d'une semaine pour son injection de DMPA) et a eu des rapports sexuels sans recours à une autre méthode de planning familial.
- Quand les rapports sexuels ont eu lieu sans contraception et quand la femme veut éviter la grossesse.

MODE D'EMPLOI de la pilule et du DIU

- **Pilules**

Formulation (exemples de marques)	Nombre de pilules à prendre dans les 72 heures suivants les rapports sexuels non protégés	Nombre de pilules à prendre 12 heures plus tard
COP Pilule à Progestatif		
- COP contenant 750mg de lévonorgestrel chacun (Postinor, norlevo)	1	1
- COP contenant 75 mg de Norgestrel chacun (Ovrette)	20	20
- Microlut renfermant 30 microgramme de Levonorgestrel	25	25
COC		
- COC renfermant 50 mcg d'éthinylestradiol et 250 mcg de - levonorgestrel ou 500 mcg de dL-Norgestrel(Eugynom 50, Ovral, Nordiol, Microgynon-50)	2	2
- COC renfermant 30 mcg d'éthinylestradiol et 150 mcg de - levonorgestrel ou 300 mcg de dL-Norgestrel(lo-ovral, lo-femenal, Microgynon-30)	4	4

- **DIU**

Insérer dans les 5 jours suivant les rapports sexuels non protégés.

INCONVENIENTS

- Les COC peuvent provoquer nausées, vomissements ou sensibilité des seins.
- Les COP doivent être prises dans les 48 heures suivant les rapports sexuels non protégés, mais provoquent moins de nausée et de sensibilité des seins.
- Les Anti-progestatifs sont efficaces seulement s'ils sont pris dans les 72 heures suivant les rapports sexuels non protégés ; actuellement ils sont chers et ne sont disponibles que dans quelques pays.

L'insertion du DIU est une procédure mineure exécutée par un prestataire de services qualifié et ne devrait pas être réalisée chez les femmes courant un risque de contracter des IST/SIDA.

Pour toutes les méthodes, si la menstruation (saignement vaginal) ne se présente pas dans les 21 jours, la cliente devrait consulter une Clinique ou un prestataire de services pour déterminer la présence possible d'une grossesse.

EFFETS SECONDAIRES

Prise en charge des effets secondaires : Contraception d'urgence

EFFETS SECONDAIRES	TRAITEMENT
Nausée, vomissement avec COC et	Conseiller la cliente sur cet effet secondaire. Si les vomissements ont lieu dans l'heure qui suit la première ou

COP	la seconde dose, la cliente devra reprendre la dose. La cliente peut avoir des saignements 7 à 10 jours après la prise des COC.
Saignements/ Saignotements	Environ 8% des femmes qui utilisent les COC comme contraception d'urgence auront leur menstruation comme prévu et la plupart des autres auront leur menstruation plus tôt que prévu.
DIU	Même que pour l'insertion d'intervalle : voir section DIU

4.4. DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN (D.I.U) –

Le dispositif intra-utérin ou stérilet est un petit appareil en plastique flexible, destiné à être placé à l'intérieur de la cavité utérine.

Autrefois, il y avait plusieurs types en utilisation, mais les modèles les plus récents sont faits de support en plastique enrobé de cuivre. (CU-T, NOVA-T).

Le modèle disponible actuellement au niveau des cliniques de S.R en HAÏTI est le CUT380A fabriqué par ORTHO (CANADA) dont la durée d'efficacité est d'environ dix à douze ans.

MECANISME D'ACTION

L'action contraceptive des DIU vient de la conjonction de plusieurs facteurs:

- La présence du stérilet ou DIU provoque une réaction inflammatoire aseptique intra-utérine qui entrave la progression des spermatozoïdes.
- Le DIU constitue un corps étranger à l'intérieur de l'utérus qui réagit

par de petites contractions musculaires provoquant ainsi une accélération du transport de l'ovule fécondé ou non qui arrive dans la cavité utérine à un stade trop jeune donc impropre à la nidation. Le cuivre renforcerait ces actions par immobilisation des spermatozoïdes et inhibition de la nidation.

EFFICACITÉ

Le DIU est une méthode contraceptive très efficace. Si l'utilisation est correcte, son taux d'efficacité est 99.4% et 99.2% si elle est courante pendant la première année. Cette efficacité est renforcée par la présence du cuivre (CU).

AVANTAGES

- Très grande efficacité et très longue durée d'efficacité.
- Efficace immédiatement après insertion.
- Peut être porté à l'insu du partenaire.
- Est moins cher que la pilule.
- N'interfère pas avec l'acte sexuel.
- Ne nécessite pas de motivation à répétition.
- Peut être inséré pendant la lactation et sans aucune interférence sur la qualité et sur la quantité de lait produit.
- Absence d'effet systémique sur l'organisme.
- Réversible immédiatement après retrait.
- Le DIU peut être utilisé pour une contraception post-coïtale s'il est inséré dans les cinq jours suivant l'acte sexuel.
- La présence d'un DIU dans la cavité utérine empêche la formation de synéchies ou d'adhérences utérines qui sont fort souvent la conséquence de curetages utérins extensifs et répétés.

INCONVÉNIENTS

Le DIU provoque des crampes utérines, des pertes sanguines vaginales dans les 2 à 3 jours qui suivent l'insertion

- Le DIU peut être expulsé spontanément à l'insu de la cliente.
- Le DIU peut provoquer une augmentation de l'humidité vaginale.
- Le DIU occasionne une augmentation du flux menstruel et des douleurs menstruelles durant les 3 premiers mois après l'insertion.
- Le DIU augmente le risque d'infection pelvienne en cas d'antécédents infectieux.
- Il faut un personnel qualifié pour la pose et le retrait.
- Le DIU ne protège pas contre les IST/SIDA.

ELIGIBILITE

Le DIU peut être inséré avec précaution si:

- Cardiopathie, endocardite bactérienne subaiguë.
- Allergie au cuivre.
- Anémie Sévère.
- Dysménorrhée Sévère.
- Multiparité si le sondage utérin est égal ou inférieur à 6.5cm.
- Traitement en cours au corticostéroïde.
- Haut risque des IST quand on a plusieurs partenaires sexuels ou quand on sait que son partenaire masculin a plusieurs femmes.

CONTRE-INDICATIONS

Le DIU ne doit être inséré chez les femmes si :

- Grossesse avérée ou soupçonnée.
- Infection pelvienne aiguë ou récente: IST (vaginite, cervicite).
- Avortement infecté récent.

- Cancer génital (ovaire, col ou corps de l'utérus).
- Anomalie congénitale de l'utérus ou fibrome utérin provoquant une déformation de la cavité utérine et rendant impossible une pose adéquate de DIU.
- Saignement utérin anormal inexpliqué.

BILAN DE SANTÉ

Un bilan de santé est donc nécessaire avant toute insertion de DIU. Ce bilan prend en compte:

- Les antécédents médicaux y compris les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les antécédents d'IST y compris le SIDA. Tout ceci doit être bien investigué pour mieux conseiller la cliente.
- L'examen doit toujours comporter un examen vaginal sous spéculum pour visualiser le col utérin et un toucher vaginal bi-manuel pour bien apprécier l'utérus et les annexes.
- Les examens de laboratoire ne sont pas indispensables. Cependant, quand c'est nécessaire, on peut faire un hémogramme, un hématoците pour un meilleur suivi en cas de métrorragie après l'insertion.

QUAND COMMENCER

Moment approprié pour l'insertion :

- S'il n'y a pas de risque de probabilité de grossesse, l'insertion peut être faite à n'importe quel moment du cycle menstruel.
- En post-partum, dans les deux heures qui suivent l'accouchement ou avant l'exéat qui a lieu généralement dans les 48 heures après l'accouchement. Dans ce cas, l'insertion doit être faite par un personnel qui a reçu un entraînement spécial à cet effet.

Autrement, il vaut mieux attendre dans les huit semaines post-natales pour le faire.

- Dans le post-abortum: le placer immédiatement après un avortement **non septique**. Sinon, il faut soigner l'infection et considérer l'insertion trois mois après guérison complète de l'infection. S'il y a suspicion de grossesse, il faut d'abord faire un test de grossesse avant l'insertion.

INFORMATIONS POUR LE PRESTATAIRE

- **Quand commence l'action contraceptive?**

Dès la mise en place du DIU

- **Technique d'insertion**

Pour diminuer le risque d'infection au moment de l'insertion, il est indispensable d'appliquer les principes ci-dessous :

- Se laver systématiquement les mains avant et après l'intervention.
- Porter des gants pour effectuer la procédure.
- Utiliser des instruments qui ont été désinfectés a haut niveau (ou qui sont stériles).
- Charger le DIU en le conservant dans son emballage stérile à l'aide de la technique<< sans toucher>>.
- Nettoyer le col de l'utérus avec un agent antiseptique avant l'insertion et le retrait du DIU.
- Utiliser la technique d'insertion « sans toucher » pour réduire la contamination de la cavité utérine.
- Décontaminer les instruments après l'intervention.
- Traiter les gants et les instruments.
- Eliminer les déchets.

INSTRUCTION AU CLIENT

- **Comment s'assurer que le stérilet est bien en place?**

En essayant de repérer les fils à l'intérieur du vagin. Pour cela:

- D'abord bien se laver les mains pendant 10 à 15 secondes.
- Prendre une position accroupie; introduire un ou deux doigts très profondément dans le vagin pour essayer de sentir les fils.
- Ne pas tirer sur les fils;
- Se laver à nouveau les mains.

Dans le premier mois, il faut cette vérification une fois par semaine; ensuite, une fois après chaque période menstruelle car c'est le plus souvent pendant les règles que s'effectue l'expulsion. Il faut faire cette vérification toutes les fois qu'il se produit des faits inhabituels: crampes au bas ventre, perte sanguine vaginale inter-menstruelle et impression d'allongement des fils.

Pendant les règles, il faut examiner les pads et autres linges utilisés pour vérifier s'il y a eu expulsion du stérilet.

Prévenir la cliente de la possibilité de ressentir des douleurs au bas ventre comme des crampes et lui prescrire à titre préventif des analgésiques comme l'aspirine à prendre en cas de besoin.

Il faut aussi la prévenir du saignement vaginal qui peut se manifester durant les deux ou trois premiers mois qui suivent l'insertion.

Il faut la prévenir de l'éventualité de règles plus abondantes, de crampes pendant les règles et de pertes vaginales sanguines inter-menstruelles durant les trois mois après l'insertion.

Il faut la prévenir de la possibilité d'expulsion spontanée durant les six premières semaines.

Il faut la prévenir qu'elle doit revenir au Centre:

- Si elle ne sent plus les fils.
- Si elle sent la partie dure du DIU.

- Si elle ne voit pas ses règles.

Dans tous ces cas, elle doit utiliser une méthode contraceptive transitoire, d'appoint comme le condom, les tablettes vaginales en attendant.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES - DIU

EFFETS SECONDAIRES	PRISE EN CHARGE
Règles abondantes et crampes durant les 3 premiers mois	Temporiser, traitement palliatif à base de fer et d'analgésique (anti-prostaglandine-ibuprofène)
Métrorragie répétée	Retrait du DIU et traitement de l'anémie.
Disparition des fils	Déterminer s'il y a grossesse et si le DIU est encore en place
Expulsion partielle ou totale	Procéder au retrait et insérer un autre DIU si la cliente le désire
Grossesse intra-utérine	Retrait du DIU si possible, sinon, calmer l'appréhension de la cliente
Grossesse extra-utérine	Retrait du DIU et traitement chirurgical
Infection pelvienne aigue	Retrait du DIU et traitement anti-infectieux
Difficulté de retrait	Calmer la cliente, utiliser l'instrument spécial de retrait ; le faire durant les règles.
Perforation utérine	Mettre la cliente en observation avec contrôle des signes vitaux. Si son état reste stable, il faut faire le traitement de support ; sinon, il faut la référer a une institution adéquate pour une laparotomie (perfusion et antibiotiques)

SIGNES D'ALARME

- Retard ou absence de règles (suspicion de grossesse).
- Douleur abdominale, perte de connaissance, (suspicion de perforation utérine ou de grossesse).
- Fièvre accompagnée de douleurs pelviennes (suspicion d'infection pelvienne).
- Pertes purulentes malodorantes (suspicion d'infection pelvienne).

VISITE DE SUIVI

Il est recommandé de noter sur la carte de santé que détient la cliente: le type de stérilet inséré, la date de mise en place, et la date à laquelle il doit être enlevé, en se basant sur sa durée d'efficacité in utéro.

La première visite de contrôle se situe un mois après la pose, à la fin ou en dehors des règles. Puis, une date de rendez-vous est donnée à la cliente pour sa visite annuelle. A l'occasion de cette visite annuelle, elle doit bénéficier d'un examen physique complet si indiqué.

Il va s'en dire que la cliente reviendra à la clinique s'il y a des effets secondaires inquiétants ou en cas de complications ou si elle a des questions.

4.5. CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV).

La contraception chirurgicale volontaire doit être considérée comme un acte chirurgical irréversible qui rend la personne infertile pour le reste de sa vie.

Les activités de CCV pourront être réalisées par un personnel spécialisé dans les hôpitaux ou les Centres de santé avec ou sans lits ou à la faveur de cliniques mobiles. En vue d'assurer le bon déroulement de ces activités, les normes suivantes ont été définies :

- Les normes concernant la structure physique, le matériel et l'équipement de base.
- Les normes concernant le personnel technique.
- Les normes administratives.
- Les normes de recrutement des acceptants de la méthode.

Les normes concernant les cliniques mobiles sont présentées dans l'Appendice VI.

NORMES CONCERNANT LA STRUCTURE PYSIQUE, LE MATERIEL ET L'EQUIPEMENT DE BASE.

Pour pouvoir fonctionner, un Centre qui offre des services de stérilisation volontaire devra disposer d'un espace suffisamment aménagé, de telle sorte à avoir :

Une salle d'opération garantissant la sécurité des techniques opératoires et pourvue des accessoires suivants :

- Un éclairage adéquat.
- De l'eau courante.
- Des possibilités de stérilisation du matériel de travail (autoclave, marmite à pression).
- Une table pour les instruments ou table de Mayo.

- Du matériel pour les différentes techniques : mini-laparotomie, laparoscopie, vasectomie.
- Une salle de récupération en postopératoire.
- Une source d'énergie de secours.
- La possibilité de faire des examens de laboratoire si nécessaire.

NORMES CONCERNANT LE PERSONNEL TECHNIQUE

- Un médecin responsable, entraîné dans les techniques de stérilisation féminine (mini-laparotomie et laparoscopie) et masculine (vasectomie) : détenteur d'une licence de professer la médecine en Haïti.
- Un anesthésiste toutes les fois que les techniques d'anesthésie autres que l'anesthésie locale peuvent être utilisées.
- Une infirmière ou auxiliaires pour faire l'éducation des clients et le counseling et pour s'occuper des tâches spécifiques concernant les clients et la salle d'opération (SOP), avant, pendant, et après l'intervention.
- Un ou plusieurs assistants sociaux, agents communautaires ou agents de santé pour le recrutement, les visites à domicile, le suivi et la référence.

NORMES ADMINISTRATIVES.

Le centre de Stérilisation Volontaire doit s'engager à :

- Présenter chaque année son plan d'action à la Direction Sanitaire départementale concernée avec des objectifs chiffrés, aux fins d'intégration dans le plan national de Santé de la Reproduction.
- Se soumettre aux Procédures de techniques opératoires généralement reconnues et acceptées par les instances nationales et internationales en matière de stérilisation volontaire.

- Se soumettre aux Normes et Procédures en vigueur au niveau national en ce qui a trait aux activités de stérilisation volontaire : de l'étape du recrutement jusqu'au suivi postopératoire.
- Déclarer à la Direction Sanitaire Départementale concernée, dans les 48 heures tout cas de décès secondaires à une opération de stérilisation. Cette dernière en avisera sans délai la Direction Centrale Compétente.
- Fournir un rapport mensuel d'activités en matière de stérilisation volontaire à la Direction Sanitaire Départementale.(NB : Les complications majeures et mineures survenues pendant et après l'intervention devront être signalées dans ce rapport.).
- Suivre le client pendant au moins une année après qu'il ait été opéré selon le schéma de visites recommandé par les normes.

NORMES DE RECRUTEMENT DES CLIENTS POUR LA STERILISATION VOLONTAIRE

Dans le cas où l'opération est réalisée dans un but de limitation des naissances, le candidat doit :

- Etre sain de corps et d'esprit pour bien comprendre la procédure et son caractère irréversible.
- Accepter l'opération et signer l'acte de consentement éclairé, après avoir fourni des explications sur le but et les conséquences de l'opération pour donner la preuve qu'il en a bien compris la portée. Il est souhaitable d'avoir le consentement de son partenaire s'il est en union stable
- Etre majeur et père ou mère de 2 enfants ou plus. Dans le cas ou le client n'a que 2 enfants, le plus jeune enfant devra être âgé d'au moins 5 ans.

- Déclarer son adresse exacte et celle de 2 proches pour le suivi post- opératoire.

Si l'opération est réalisée dans un but médical, la cliente doit :

- Etre d'âge fertile.
- Etre médicalement reconnue comme menacée dans sa vie par la survenue d'une grossesse éventuelle. Ceci est particulièrement vrai pour les femmes jeunes souffrant de maladies rénales et/ou cardiaques sérieuses ou de cancer déclaré.
- Etre conscient de la nécessité de l'opération et de son caractère irréversible.
- Désirer l'opération et signer l'acte de consentement éclairé en présence de 2 proches qui, eux aussi, signeront cet acte.
- Pour les patientes souffrant de psychopathologie, avoir l'avis d'un psychiatre, ou dans le cas contraire, de 2 autres médecins en plus du responsable de la clinique et d'un proche.

Pour la question d'âge et de parité des clientes, dans certains cas d'espèce, il appartient au médecin d'en juger en toute bonne foi en ayant en vue les intérêts du client.

4-5-1 CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE (LIGATURE /SECTION DES TROMPES)

C'est une procédure chirurgicale par laparotomie, mini-laparotomie ou laparoscopie destinée à supprimer le potentiel génésique (tout risque de grossesse) de la femme.

Note : La laparotomie est utilisée exceptionnellement dans certains cas.

MECANISME D'ACTION

Le fait de bloquer les trompes de Fallope (ligature et section, anneaux ou clips, cautérisation), empêche les spermatozoïdes d'arriver à l'ovule et de provoquer la fertilisation.

EFFICACITE

- Son efficacité est de 99.5% pendant la première année. Plus de dix années d'utilisation environ son efficacité est de 98% jusqu'à ce que la femme arrive à la ménopause

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Très efficace.
- Efficace immédiatement.
- Permanente (irréversible).
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- Convient aux femmes pour lesquelles la grossesse pourrait poser des risques.
- Intervention chirurgicale simple, généralement faite sous anesthésie locale.
- Pas d'effets secondaires à long terme.
- N'interfère pas avec la fonction sexuelle (aucun effet sur la production d'hormones dans les ovaires).

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Diminue le risque de cancer des ovaires.
- N'interfère pas avec l'allaitement.

INCONVENIENTS

- Doit être considérée comme une méthode permanente (non réversible).
- La cliente peut regretter par la suite.
- Léger risque de complications (plus important si faite sous anesthésie générale).
- Inconfort/douleur à court terme après l'intervention.
- Exige l'aide d'un prestataire formé (gynécologue ou chirurgien pour effectuer la laparoscopie).
- La coelioscopie ou laparoscopie est chère.
- Aucune protection contre les ITG (infection du tractus génital) et IST (par exemple, VHB, VIH/SIDA).

ELIGIBILITE

- Femmes en âge de procréer.
- Femmes de toutes parités.
- Femmes qui sont certaines qu'elles ne désirent pas d'autres enfants.
- Femmes qui souhaitent une méthode contraceptive très efficace et permanente.
- Femmes chez lesquelles la grossesse poserait un problème significatif pour leur santé.
- Femmes qui sont en post-partum.
- Femmes qui sont en post-avortement.
- Femmes qui comprennent et qui donnent volontairement leur consentement éclairé pour la procédure.
- Femmes vivant avec le VIH, qui sont atteintes du SIDA ou qui suivent un traitement antirétroviral (ARV).

UTILISER CCV AVEC PRECAUTIONS DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

CONDITIONS	RECOMMANDATIONS
Problèmes médicaux significatifs (par exemple, maladies cardiaques symptomatiques, problèmes de coagulation sanguine, Maladies inflammatoires pelviennes courantes ou récidivantes, poids excessif, diabète).	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
Célibataire et/ou sans enfant en vie	Conseiller très attentivement et laisser plus de temps à la cliente pour prendre une décision éclairée. Aider la cliente à choisir une autre méthode si appropriée.

L'occlusion tubaire ne convient pas aux :

- Femmes enceintes (grossesse confirmée ou soupçonnée).
- Femmes avec un saignement vaginal non expliqué (avant de faire un bilan).
- Femmes avec des infections pelviennes ou systémiques aiguës (remettre la procédure jusqu'au moment où l'infection est traitée et résolue).
- Femmes qui ne pourraient pas supporter la chirurgie.
- Femmes qui ne sont pas sûres de leur souhait concernant leur future fertilité.
- Femmes qui ne donnent pas volontairement un consentement

éclairé.

QUESTIONS RELATIVES AUX CLIENTES

- La cliente a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment avant la procédure.
- On ne doit pas encourager les clientes à accepter la stérilisation volontaire.
- La cliente doit signer un formulaire standard de consentement pour la procédure.
- Le consentement marital n'est pas obligatoire.
- Le counseling et le suivi doivent être les mêmes pour les programmes de stérilisation volontaire ambulatoire que pour des sites fixes, et on doit observer toutes les pratiques recommandées pour la prévention des infections.

QUAND COMMENCER

- A n'importe quel moment dans les 7 premiers jours du cycle menstruel
- si on est raisonnablement sûre que la cliente n'est pas enceinte.
- Le 6^e au 13^e jour du cycle menstruel (de préférence pendant la phase proliférative).

Post-partum :

- Immédiatement ou dans les 7 jours qui suivent l'accouchement
- A tout moment 6 mois après l'accouchement, si on est

raisonnablement sûre que la cliente n'est pas enceinte

- Mini-laparotomie : dans les 2 premiers jours ou après 6 semaines après l'accouchement.
- Coéloscopie ; n'est pas appropriée pour des clientes en post-partum

Post-avortement :

- 48 heures qui suivent un avortement sans complications, si la décision est prise en toute connaissance de cause.
- 1^e trimestre : immédiatement ou dans les 7 premiers jours s'il n'ya aucun signe d'infection pelvienne (mini-laparotomie ou coéloscopie).
- 2^e trimestre : immédiatement ou dans les 7 premiers jours s'il n'y a aucun signe d'infection pelvienne (mini-laparotomie seulement).

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES COMMUNS – CCV

<i>EFFETS SECONDAIRES</i>	<i>TRAITEMENT</i>
Infection de la plaie	En cas d'infection de la peau, traiter avec antibiotiques. En cas d'abcès, drainer tel qu'indiqué
Fièvre postopératoire (>38 ⁰ C)	Traiter l'infection en fonction des connaissances
Blessure à l'intestin ou à la vessie (rare)	Diagnostiquer le problème et traiter de façon appropriée. Si la vessie ou les intestins sont blessés pendant l'opération et si on le constate à ce moment là, dispenser les premiers soins de réparation. Si on s'en rend compte après l'opération, référer vers le centre approprié.

Hématome (sous-cutané)	Appliquer des pansements humides et chauds à l'endroit. Observer ; l'hématome disparaît généralement tout seul mais, parfois, demande un drainage s'il est important.
Embolie gazeuse résultant de la coelioscopie (très rare)	Une réanimation intensive peut être nécessaire, y compris : Liquide intraveineux. Réanimation cardio-respiratoire. Autre soutien de la vie.
Douleur à l'endroit de l'incision	Evaluer la présence d'infection ou d'abcès et traiter en fonction des constatations.
Saignement superficiel (bords de la peau ou sous-cutané)	Traiter en fonction des constatations

INSTRUCTIONS AUX CLIENTES

- Veiller à ne pas mouiller la plaie opératoire pendant 2 jours. Reprendre les activités normales lorsque vous vous sentez à l'aise. (Normalement dans les 7 jours qui suivent l'intervention chirurgicale).
- Eviter d'avoir des rapports sexuels pendant 1 semaine. Après avoir repris les rapports, arrêter en présence de gêne et d'inconfort.
- Eviter tout effort ou toute activité pénible durant les 2 semaines qui suivent l'opération.
- Pour la douleur, prendre 1 ou 2 cachets d'analgésiques (acétaminophène, ibuprofène ou paracétamol) toutes les 4 à 6 heures.

- Prendre rendez-vous pour une visite de suivi entre le 7^e et le 14^e jour à compter de l'intervention chirurgicale.
- Retourner à la Clinique après une semaine pour faire enlever les sutures non résorbables. (S'il n'y a pas eu de sutures ou si on a utilisé des sutures points résorbables près de la peau, pas besoin de retourner, à moins qu'il n'y ait des problèmes.)
- S'il y a des douleurs intenses, des pertes de sang abondantes par le vagin ou par le pansement opératoire ou s'il y a tout autre inconfort inquiétant, prendre rendez-vous immédiatement au centre où l'opération a été faite ou au centre le plus proche.
- Pour la femme opérée en période post-partum : les règles sont sensées arriver à la période habituelle après les couches, environ 1 mois ^{1/2} (40 jours) après l'accouchement si elle n'allait pas.
- Pour la femme: vous êtes devenue stérile dès l'opération (si elle a réussi, ou si vous n'étiez pas enceinte avant) vous pouvez avoir des rapports sans prendre de précaution dans les 2 à 3 semaines qui suivent l'opération.
- Dans l'un ou l'autre cas, s'il y a un retard de 2 mois, consulter un médecin.

INFORMATIONS GENERALES

- Des douleurs aux épaules pendant les 12 à 24 heures suite à la cœlioscopie sont relativement communes, causées par le gaz (CO2 ou air) en dessous du diaphragme, suite au pneumo-péritonite.
- L'occlusion des trompes est efficace dès que l'opération est complétée.
- Le cycle menstruel va continuer comme d'habitude (si on utilisait une méthode hormonale, en particulier les COC ou les CIC, il se peut que le volume et la durée des règles augmentent après l'opération).
- Aucune protection contre les ITG ou autres MST, y compris le virus du

SIDA. Si l'un des partenaires est à risque, on doit utiliser des condoms, même après l'occlusion tubaire.

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE

- La femme opérée pourra sortir du Centre quelques heures après l'opération si elle habite les environs immédiats du Centre ; le lendemain si elle habite trop loin.
- Elle recevra des analgésiques par voie orale ou parentérale. On continuera de donner les antibiotiques durant 5 jours après l'opération.
- La femme opérée sera visitée chez elle par un agent social dans les 48 à 72 heures qui suivent son exéat afin de s'assurer de son état et de la référer au centre en cas d'ennui.
- L'opérée subira un nouvel examen clinique au 5^e jour postopératoire pour contrôle de la plaie opératoire.
 - Les fils seront enlevés, le cas échéant, lors de la 1^e visite postopératoire à la Clinique.
 - La femme devra revenir à la Clinique ou au Centre le plus proche si elle présente de fortes douleurs, de la fièvre continue ou si la plaie opératoire suppure ou saigne.
 - Elle reviendra à la Clinique 1 mois après l'opération pour une dernière évaluation.
 - En cas d'infection avec atteinte péritonéal, la collection purulente sera drainée par le cul-de-sac postérieur. On complétera le traitement avec des antibiotiques.
 - La femme qui a été opérée durant le post-partum immédiat et qui n'allait pas devrait avoir ses règles 1mois^{1/2} après l'opération. Un retard dépassant 2 mois devra être rapporté au médecin.

SIGNES D'ALARME

Fortes douleurs, fièvre, saignement au niveau du pansement opératoire.

SUIVI

- Visite 5 jours après, au Centre pour pansement et contrôle de la plaie opératoire.
- Visite 1 mois après, pour dernière évaluation postopératoire.

4-5-2 CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE MASCULINE (VASECTOMIE)

La vasectomie est la procédure chirurgicale volontaire pour arrêter définitivement la fertilité de l'homme. Il y a 2 techniques :

- Avec incision (1 ou 2 petites incisions).
- Technique non scalpel (méthode préférée).

MECANISME D'ACTION

Quand le canal déférent (conduit éjaculatoire) est bloqué, les spermatozoïdes ne sont plus présents dans le liquide éjaculé.

EFFICACITE²

Lorsque les hommes ne peuvent avoir un examen de sperme trois mois après la vasectomie pour voir s'il contient encore des spermatozoïdes, son efficacité est de 97 à 98 % au cours de la première année.

² *Manuel de Planification Familiale à l'intention des prestataires du monde entier élaborée par USAID, OPS/OMS, Johns Hopkins University, 2008*

Lorsque les hommes ont accès à un examen de sperme après la vasectomie son efficacité est de 99.8 % pendant la première année.

Au-delà de troisième année son efficacité est de 96% jusqu'à ce que la partenaire de l'homme atteigne la ménopause.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Très efficace.
- 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).
- Diminue le stress dans les relations sexuelles.

INCONVENIENTS

- Doit être considérée permanente (non réversible).
- Peut être regrettée par la suite.
- Efficacité retardée (demande du temps et jusqu'à 3mois ou 20 éjaculations).
- Risques et effets secondaires de la petite chirurgie, en particulier, si effectuée sous anesthésie générale.
- Inconfort/douleur à court terme après l'intervention.
- Demande l'assistance d'un médecin formé.
- Aucune protection contre les ITG et autres IST (par exemple, VHB,

VIH/SIDA, si l'un des partenaires est à risque, le couple doit utiliser des condoms même après la vasectomie.

ELIGIBILITE

- Hommes de tout âge reproductif.
- Hommes qui souhaitent une méthode contraceptive très efficace et permanente.
- Hommes dont l'épouse a des problèmes d'âge ou de santé qui pourraient causer une grossesse à hauts risques.
- Hommes qui comprennent et qui donnent volontairement leur consentement éclairé pour la procédure.
- Couples qui sont certains qu'ils ne désirent pas d'autres enfants.
- Hommes qui sont affectés par le VIH, qui suivent ou non un traitement antirétroviral.

UTILISER LA VASECTOMIE AVEC PRECAUTIONS DANS LES SITUATIONS SUIVANTES

CONDITIONS	RECOMMANDATIONS
Célibataire et/ou sans enfants en vie.	Conseiller très attentivement et laisser du temps pour prendre une décision éclairée
Valvulopathie sympto-thermique, ou troubles de coagulation, diabète, 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 l'intervention 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
ITG/orchi-épididymite.	Traiter avant la procédure.
Infection cutanée ou scrotale	Ajourner l'intervention jusqu'à guérison de l'infection.
Autres problèmes : large varicocèle, hernie inguinale, filariose, tissus cicatriciels, chirurgie scrotale précédente, masse intra-scrotale, cryptorchidie et fertilité prouvée, cryptorchidisme (si bilatéral et fertilité prouvée) maladie liée au SIDA	En présence de l'une de ces conditions, l'intervention doit être exécutée par un prestataire ayant une vaste expérience et étant très compétent pour exécuter la vasectomie

La vasectomie ne convient pas aux :

- Clients qui ne sont pas sûrs de leur décision en ce qui concerne leur plan de fertilité.
- Clients qui ne donnent pas volontairement leur consentement éclairé.

QUESTIONS RELATIVES AUX CLIENTS

- Le client a le droit de changer d'avis à n'importe quel moment avant la procédure.
- On ne doit pas encourager les clients à accepter la stérilisation volontaire.
- Le client doit signer un formulaire de consentement éclairé avant la procédure.

- Le consentement de l'épouse n'est pas obligatoire.

Le counseling et le suivi dans les programmes de stérilisation volontaire ambulatoires doivent être les mêmes que ceux des sites fixes et on doit observer toutes les pratiques recommandées pour la prévention des infections.

PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES - VASECTOMIE

PROBLEMES	TRAITEMENT
Infection de la plaie.	En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques. En cas d'abcès, drainer et traiter tel qu'indiqué.
Enflure excessive.	Si l'enflure du scrotum est importante et douloureuse, on intervient chirurgicalement. Fournir un soutien scrotal si nécessaire.
Hématome (scrotal).	Appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un soutien scrotal ; l'hématome disparaît tout seul.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Garder le pansement pendant 3 jours.
- Ne pas tirer ou gratter la plaie pendant qu'elle guérit.

- Il est possible de prendre un bain après 24 heures mais ne pas mouiller la plaie. Après 3 jours il est possible de laver la plaie avec de l'eau et du savon.
- Porter un soutien scrotal, veiller à ne pas mouiller le champ opératoire et garder le repos pendant 2 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.
- Eviter de soulever des choses lourdes et de travailler dur pendant 3 jours.
- Si vous vous sentez à l'aise, vous pouvez reprendre les relations sexuelles dans l'espace de 2 à 5 jours, mais ajourner ces relations si vous ne vous sentez pas à l'aise. Se rappeler qu'il faut utiliser des condoms ou une autre méthode de planification familiale pour les 20 premières éjaculations ou jusqu'à 12 semaines après la vasectomie.
- La vasectomie sans scalpel ne nécessite généralement pas de sutures. S'il faut enlever des sutures, revenez après une semaine. (si on a utilisé des sutures résorbables près de la peau, pas besoin de revenir, à moins que vous ne constatiez un problème.)
- Revenir pour un test de sperme dans les 3 mois suivant l'opération pour avoir la preuve que la vasectomie était tout à fait efficace.
- La vasectomie ne prévient pas la transmission du VIH

SIGNES D'ALARME

- Fièvre > à 38°C ou 100°,4 F.
- Saignement ou liquide s'écoulant de l'endroit de l'incision.
- Scrotum très douloureux ou enflé.

SUIVI

- Visite 5 jours après, au centre pour pansement et contrôle de la plaie opératoire.

Visite 3 mois après pour dernière évaluation postopératoire.

4.6. MÉTHODES DE BARRIÈRE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les méthodes contraceptives de barrière empêchent la grossesse en s'opposant à l'entrée des spermatozoïdes dans la cavité utérine, on distingue :

- Les barrières mécaniques.
- Les barrières chimiques.

Les méthodes de barrières sont le plus souvent utilisées dans certaines conditions :

- Quand il existe des contre-indications médicales à l'utilisation des autres méthodes efficaces de contraception.
- Quand il s'agit d'utiliser une méthode de façon transitoire :
 - Pendant l'aménorrhée liée à la lactation.
 - Avant et après une vasectomie.
 - Quand les fils d'un stérilet ne sont plus visibles ou perceptibles.
 - Quand la cliente reçoit des médicaments qui diminuent l'efficacité des méthodes hormonales.
 - Dans l'intervalle de certaines investigations gynécologiques.
 - comme méthode d'appoint.

4-6-1 BARRIÈRES MÉCANIQUES

- Condom masculin ou capote – condom féminin.

- Diaphragme et Cape cervicale.

CONDOM MASCULIN

MECANISME D'ACTION

Le condom constitue une méthode contraceptive par le fait qu'il empêche au sperme de se déposer dans le vagin au moment du coït.

Le condom en latex empêche le passage de microorganismes responsables des IST/SIDA

EFFICACITÉ

Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est de 98% et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 85% .

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Efficacité significative si bien utilisé.
- Facile à utiliser.
- Pas d'effets systémiques.
- Réversibilité immédiate.
- Permet à l'homme de partager la responsabilité de la contraception.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Relativement bon marché.
- Facile à obtenir.
- Peut prolonger l'érection et le temps de l'éjaculation.
- Protège contre les IST/SIDA.

INCONVÉNIENTS

- Nécessite l'interruption des préliminaires de l'acte sexuel pour son application.
- Le condom peut glisser ou se déchirer durant l'acte sexuel surtout s'il a été mal conservé, c'est-à-dire s'il a été exposé à trop de chaleur, de lumière et d'humidité.
- Le condom peut être ressenti comme responsable d'une diminution des sensations et du plaisir sexuel.

ELIGIBILITE

Le condom est utilisé comme méthode contraceptive temporaire, efficace pour espacement des naissances quand:

- La femme ne veut pas ou ne peut pas utiliser d'autres méthodes efficaces comme les méthodes hormonales, la CCV ou le DIU.
- L'homme souhaite prendre en charge la responsabilité de la contraception.
- Le couple souhaite avoir une protection contre les IST et le SIDA.
- Ne convient pas en cas d'allergies au matériel de fabrication du condom.

QUAND COMMENCER

A n'importe quel moment du cycle menstruel.

EFFETS SECONDAIRES

- Diminution des sensations perçues.
- Réaction allergique au latex.

Prise en charge des effets secondaires.

- Utiliser un condom fait de collagène ou de caecum d'intestin

d'agneau.

- Utiliser un lubrifiant soluble dans l'eau.
- Encourager la femme à mettre le condom pour son partenaire: c'est une façon de l'intégrer aux préliminaires amoureux.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

Le prestataire doit donner au client des instructions pertinentes au sujet de la méthode. A l'aide d'un phallus en bois, il doit lui faire une démonstration, et ensuite lui demander de répéter l'instruction à sa manière et avec des termes qui lui sont propres ou familiers.

- Dérouler le condom sur le pénis en érection jusqu'à sa base avant toute intromission dans le vagin de la femme.
- Maintenir fermée l'extrémité du condom (environ 1 cm) à l'aide de 2 doigts pour empêcher à l'air de s'accumuler dans le petit réservoir destiné à recevoir le sperme- en effet, l'air, s'il y en a sous pression, peut faire éclater le condom.
- Enlever le pénis sitôt l'éjaculation achevée en maintenant le condom au niveau de la base du pénis à l'aide de 2 doigts pour éviter que le sperme ne se glisse dans le vagin.
- Si l'on veut lubrifier le condom avant son intromission, il faut le faire avec un produit soluble dans l'eau, une crème spermicide ou même de la salive; mais il ne faut jamais utiliser une vaseline comme le pétroléum qui peut altérer le condom.
- Le client doit conserver le condom à l'abri de la chaleur, de la lumière et de l'humidité.
- Le client doit utiliser un condom pour chaque acte sexuel.
- Le client ne doit pas gonfler le condom pour tester son étanchéité.
- Le client ne doit jamais utiliser deux condoms simultanément.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

- Donner suffisamment de condoms pour une durée de trois mois en moyenne 12 par mois.
- Instruire le client qu'il doit retourner à la Clinique s'il a des problèmes ou questions ou s'il ne lui reste que quelques condoms.
- Lors de la revisite, s'informer si le client et sa partenaire sont satisfaits de la méthode.
 - Si oui: lui donner une quarantaine de condoms pour les prochains 3 mois.
 - Si non: faire le "counseling" pour remédier aux inconvénients de la méthode ou changer de méthode

LE PRÉSERVATIF FÉMININ

MECANISME D'ACTION

Le préservatif féminin est un petit sac en plastique souple et ample qui tapisse le vagin au moment du coït. Il comporte un anneau à chacune de ses extrémités. Celui du bout distal (anneau interne) sert à maintenir le dispositif en place à l'intérieur du vagin. Celui du bout proximal, (anneau externe) reste à l'extérieur du vagin et couvre en partie les grandes lèvres.

A l'instar du préservatif masculin, (condom), le préservatif féminin empêche au sperme d'entrer en contact direct avec le vagin au moment de l'éjaculation.

EFFICACITÉ

Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est de 95% et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 79%.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Peut être inséré avant l'acte sexuel.

- Il est plus résistant que le condom masculin.
- Il offre une plus grande protection que le condom masculin car il couvre les organes génitaux internes et externes.
- Méthode réversible immédiatement.
- Pas d'effet systémique sur l'organisme

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Donne une certaine protection contre les IST y compris le SIDA.
- Il est sous le contrôle de la femme.

INCONVÉNIENTS

- Aspect peu attrayant.
- Apprentissage difficile pour l'insertion.
- Peut s'accoler au pénis et avoir tendance à sortir avec lui.
- Engendre du bruit pendant le rapport : ce qui pousse à ajouter davantage de lubrifiant pour faire diminuer le bruit.
- Relativement coûteux.

ELIGIBILITE

- Toute femme désirant prévenir une grossesse ou une IST/SIDA.
- Toute femme qui ne peut utiliser une autre méthode de contraception.
- Toute femme dont le partenaire refuse d'utiliser le condom masculin.

QUAND COMMENCER

A n'importe quel moment du cycle menstruel.

EFFETS SECONDAIRES

Aucun

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Insérer l'anneau intérieur bien au fond du vagin, contre le col de l'utérus.
- Placer l'anneau extérieur convenablement à l'extérieur du vagin.
- Pendant les rapports, s'assurer que le pénis est placé à l'intérieur du préservatif.
- Eviter tout contact génital avant de mettre le préservatif et après l'avoir enlevé.
- Le préservatif est lubrifié à la silicone et son emballage contient aussi un flacon de lubrifiant au cas où le couple souhaiterait davantage de lubrification.
- Jeter le préservatif après usage en respectant les normes d'hygiène.

QUAND INSERER ?

Il peut être inséré dans les huit heures qui précèdent le rapport sexuel. Néanmoins, la plupart des femmes l'insèrent entre 2 et 20 minutes avant le rapport. Il doit être retiré au lit immédiatement après le rapport.

COMMENT UTILISER LE PRESERVATIF FEMININ ?

- Ecarter les lèvres du vagin d'une main et introduire le préservatif de l'autre.
- Pousser l'anneau interne jusqu'au fond du vagin, en vous assurant qu'il a passé le rebord inférieur de l'os pubien. Vous pouvez sentir l'os pubien à 4cm de l'entrée du vagin, en incurvant l'index vers l'avant.

- L'anneau externe doit rester à quelques centimètres au dehors de l'entrée du vagin.
- Au moment de la pénétration, maintenir l'anneau externe pour faciliter le passage du pénis.

Pour plus de confort, on peut ajouter du lubrifiant à l'intérieur ou à l'extérieur du préservatif ou même directement sur le pénis.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

- S'assurer de la satisfaction de la cliente et de son partenaire avec la méthode.
- Inviter la cliente à revenir à tout moment si elle a des problèmes ou des questions ou si elle veut changer de méthode.

DIAPHRAGME – CAPE CERVICALE.

CONSIDERATIONS GENERALES

DIAPHRAGME

Le diaphragme est une coupe en caoutchouc mince en forme de dôme comportant un rebord ou couronne ferme, mais flexible, qui permet son adaptation au vagin. Il existe 3 modèles de diaphragmes, de tailles différentes selon le diamètre de dôme (50 à 105 mm)

- Diaphragme avec couronne à ressort à lame.
- Diaphragme avec couronne à boudin.
- Diaphragme avec couronne à arceau.

CAPE CERVICALE

La cape a une forme de dé à coudre ou d'une cloche en caoutchouc souple, capable de s'appuyer directement sur le col de l'utérus. Il existe 3 types de capes cervicales.

- La cape cervicale à rebord surélevé.
- La cape en forme de voute
- La cape vimule.

MECANISME D'ACTION

- Action mécanique : ces 2 méthodes empêchent le contact entre le sperme et le col de l'utérus.
- Action chimique : ces 2 méthodes sont utilisées en même temps qu'un gel ou un produit spermicide qui immobilise et tue les spermatozoïdes au contact.

EFFICACITE

Leur efficacité est faible comparée aux autres méthodes efficaces : hormonales, DIU, CCV. Le taux d'efficacité est de 94% si l'utilisation est correcte et 84% en cas d'utilisation courante. L'efficacité peut aller jusqu'à 98% si ces méthodes sont utilisées avec le condom.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Pas d'effet systémique sur l'organisme.
- Peuvent être efficaces si utilisées correctement.
- Ne nécessitent pas de prescription médicale.
- Réversibilité immédiate.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Relativement bon marché à long terme.
- Donnent une certaine protection contre les IST / SIDA

- Diminuent le risque de cancer du col.

INCONVENIENTS

- Nécessitent des manipulations génitales gênantes pour certaines femmes, et un entraînement poussé.
- Faible efficacité par rapport aux autres méthodes très efficaces.
- Nécessitent une motivation soutenue pour leur utilisation à chaque rapport.
- Rare possibilité de réaction allergique au caoutchouc ou au spermicide.
- Léger risque d'infection si la méthode est gardée trop longtemps dans le vagin.
- Risque d'infection urinaire pour le diaphragme.

ELIGIBILITE

- Couple désirant une méthode de contraception temporaire.
- Couple refusant ou ne pouvant utiliser d'autres méthodes.
- Couples ayant besoin d'une méthode d'appoint.
- Couple ayant besoin d'une méthode d'attente.
- Ne convient pas aux femmes présentant des conditions anatomiques anormales du tractus génital : cloisonnement du vagin, prolapsus utérin, cysto-rectocèle.
- Ne convient pas à la femme incapable de maîtriser la technique d'insertion.

QUAND COMMENCER

A n'importe quel moment du cycle menstruel.

EFFETS SECONDAIRES

- Possibilité de réaction allergique causant une irritation vaginale.
- Inconfort et sensation de corps étranger dans le vagin si la taille du diaphragme est incorrecte.
- Infection vaginale avec pertes abondantes et malodorantes si la méthode est gardée trop longtemps dans le vagin.
- Infection urinaire à répétition causée par la compression de la couronne du diaphragme contre l'urètre.

Prise en charge des effets secondaires

- En cas de réaction allergique : choisir une autre méthode.
- En cas d'inconfort : revenir à la clinique pour réajustement ou si nécessaire, choisir une taille plus appropriée.
- En cas de symptôme d'infection vaginale ou urinaire : faire les évaluations para-cliniques qui s'imposent et établir un traitement adéquat.
- En cas de problèmes en rapport avec une mauvaise utilisation de la méthode, il faut renforcer le counseling ou bien changer de méthode.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

Diaphragme et cape nécessitent un examen pelvien et des manipulations génitales pour déterminer la taille qui convient le mieux à la cliente. De plus, il faut entraîner le cliente pour la mise en place et le retrait de la méthode.

QUAND INSERER LE PRODUIT

- Juste avant le rapport ou 6 heures au maximum à l'avance.
- Appliquer au moins la quantité d'une cuillère à café de gel de

spermicide dans la partie concave du diaphragme ou de la cape, répandre le gel sur toute la surface et sur le rebord.

Note : Bien entraîner la cliente pour la pose du diaphragme.

L'ajustement doit se faire avec des diaphragmes réels et non pas avec des couronnes de mesure pour déterminer le diamètre requis et pour pratiquer l'insertion.

- Laisser la femme s'exercer à l'insertion, puis vérifier la mise en place correcte : col utérin au beau milieu du diaphragme. Ayant introduit l'index très profondément dans le vagin, la femme doit avoir la même sensation, la même perception que si elle avait touché le bout de son nez.
- Mettre une quantité additionnelle de gel avant chaque rapport additionnel.
- Laisser le diaphragme, la cape en place jusqu'à 6 heures après un rapport.
- Diaphragme et cape ne doivent pas être laissés en place plus de 24 heures pour éviter le développement d'infections.
- Diaphragme et cape, après utilisation, doivent être lavés à l'eau savonneuse, rincés à l'eau propre, séchés et conservés dans leur boîte, à l'abri du soleil, de la lumière.
- Ne pas les saupoudrer de talc ni les parfumer, ni les badigeonner de vaseline, susceptibles d'altérer le caoutchouc.

SIGNE D'ALARME

Grande élévation de la température, frisson, diarrhée, vomissements, prurit, douleurs musculaires : signes annonciateurs d'une infection grave.

SUIVI

- La cliente pour qui le diaphragme ou la cape cervicale a été prescrit

doit revenir à la clinique de SR une ou 2 semaines après pour un contrôle. Elle doit faire l'insertion chez elle avant de venir à la clinique pour que le prestataire puisse apprécier si la pose a été oui ou non correcte.

- Si la pose a été correcte : donner une date de rendez-vous pour la visite annuelle.

Si la pose n'a pas été correcte : renforcer l'entraînement ou faire le counseling pour la prescription ou le choix d'une autre méthode contraceptive.

4-6-2 BARRIERES CHIMIQUES.

- Spermicides vaginaux

Les spermicides vaginaux sont des produits chimiques utilisés sous plusieurs formes : crème, gel, ovule, comprimé, tablette ou aérosol.

MECANISME D'ACTION

Les principaux agents utilisés en contraception comme spermicides vaginaux sont le nonoxynol-9, l'octoxynol-9, le menfegol. Ces spermicides agissent de 2 façons :

- Par leur pouvoir moussant, ils engendrent une barrière entre le sperme et le col de l'utérus.
- Par leur nature, ils inactivent et tuent les spermatozoïdes.

EFFICACITE

Le taux d'efficacité des spermicides utilisés seuls et correctement comme méthode contraceptive est de 82%, 71% si utilisé couramment. Ce taux peut grimper jusqu'à 97% si les spermicides sont utilisés avec une autre méthode d'appoint comme le condom.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS.

- Facile à utiliser
- Peut être obtenu sans prescription médicale
- Action rapide
- Pas d'effet systémique sur l'organisme
- Immédiatement réversible

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS.

- Aide dans la protection contre les IST y compris le SIDA
- Diminue les conséquences des IST, telle que les infections pelviennes, les grossesses ectopiques et l'infertilité
- Sert de lubrifiant au vagin
- Peut protéger contre le cancer du col utérin.

INCONVENIENTS

- Faible efficacité par rapport aux autres méthodes modernes de contraception comme le DIU, les pilules, les CCV.
- Interférence avec l'acte sexuel : doit être introduit juste avant le rapport sexuel et encore attendre un délai de dix minutes avant le rapport.
- Cause une plus grande humidité vaginale pendant et après le rapport.
- Engendre une sensation de chaleur parfois désagréable pour la cliente ou son partenaire.
- Parfois, irritation vaginale par allergie provoquée par les spermicides.

ELIGIBILITE

- Couple ayant fait un choix délibéré de cette méthode contraceptive.

- Couple ne pouvant pas utiliser d'autres méthodes.
- Couple ayant choisi les spermicides comme méthode d'appoint comme dans les cas suivants :
 - La cliente sous pilule aurait oublié de prendre son comprimé quotidien.
 - En cas d'expulsion du DIU.
 - Au milieu d'un cycle quand la cliente utilise une méthode naturelle de contraception.
 - Comme contraceptif d'attente avant une méthode hormonale ou la pose d'un stérilet ou une CCV.

QUAND COMMENCER

A n'importe quel moment du cycle menstruel

EFFETS SECONDAIRES

Ils sont mineurs et peu fréquent ; ils consistent en irritation vaginale causée par une sensibilité ou une allergie à substance spermicide.

PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES

- Discontinuer la méthode
- Changer de spermicide.
- Choisir une autre méthode contraceptive.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

Le prestataire doit dire au client quand et comment mettre le produit.

QUAND METTRE LE PRODUIT

- Pour les mousses, gelées et crèmes utilisées seules, introduire le produit le plus profondément possible dans le vagin en se servant

d'un applicateur juste avant l'acte sexuel.

- Pour les ovules, tablettes et comprimés vaginaux, l'application de la méthode doit être faite à l'aide des doigts qui conduisent le produit jusqu'au fond du vagin, soit 15 minutes avant le rapport sexuel.
- Si une heure de temps s'est écoulé avant le déroulement de l'acte sexuel, il faut appliquer une nouvelle dose de spermicide avant le rapport.
- Il faut appliquer une dose additionnelle de spermicide avant tout nouveau rapport sexuel.
- Après le dernier contact, laisser 6 heures avant de prendre une douche ou de faire la toilette vaginale.

COMMENT METTRE LE PRODUIT

Dire à la cliente qu'elle doit bien se laver les mains et ensuite :

S'il s'agit de substance moussante:

- Il faut agiter vigoureusement le flacon pour que le spermicide se mélange bien à la substance moussante du produit.
- Il faut, ensuite, placer l'applicateur au dessus du flacon ; exercer une pression de haut en bas en appuyant sur l'applicateur. La substance monte, remplit le tube cylindre de l'applicateur en repoussant le piston.
- Introduire l'applicateur le plus profondément possible dans le vagin et appuyer sur le piston pour que la substance soit bien déposée au fond du vagin.
- Après utilisation, laver l'applicateur à l'eau savonneuse, la rincer soigneusement à l'eau propre, puis sécher avec un linge propre.
- Avoir toujours à sa portée un tube de spermicide en réserve, car on ne sait jamais exactement quand le tube en usage va être épuisé.

S'il s'agit de tablettes, comprimés ou ovules :

- Utiliser 2 doigts pour introduire le produit dans le vagin, à l'aide de l'index, pousser le produit le plus profondément possible au fond du vagin jusqu'à toucher le col utérin.
- Attendre environ 10 minutes avant de faire l'acte sexuel proprement dit.
- Il faut toujours appliquer une nouvelle dose de spermicide si l'acte sexuel doit être répété.
- Si la cliente veut augmenter l'efficacité de la méthode, ou encore si elle veut se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles, elle doit utiliser également un condom.

Note : La douche ou toilette vaginale n'est pas indispensable ici.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

- Donner suffisamment de contraceptifs pour 3 mois.
- Donner une date de rendez-vous
- A la revisite, s'informer auprès de la cliente si elle et son partenaire sont satisfaits ou non de la méthode.

Si oui :

Insister sur les points essentiels de l'utilisation de la méthode choisie :

- Secouer le flacon d'aérosol avant de remplir l'applicateur.
- Introduire une dose de spermicide avant chaque rapport.
- Attendre 10 minutes après avoir introduit un comprimé moussant.
- Remplacer une autre dose de spermicide si plus d'une heure s'est écoulée entre l'application de la dose de spermicide et l'acte sexuel.
- Donner un réapprovisionnement pour 3 mois : 1 flacon d'aérosol, ou 2 tubes de gel à raison de 25 applications par tubes ou 40 comprimés

ou tablettes.

Si non :

- Faire le counseling pour remédier aux effets secondaires ou pour changer de méthode.

EPONGES VAGINALES

Les éponges doivent être conservées dans un endroit frais à l'abri des manipulations intempestives

L'éponge doit être enlevée, jetée et détruite après 24 heures d'utilisation

Humecter l'éponge pour activer le spermicide avant de l'introduire dans le vagin.

Une fois humectée, elle garde son efficacité pendant 24 heures même après plusieurs rapports sexuels.

4.7. LES MÉTHODES NATURELLES DE CONTRACEPTION

Les méthodes naturelles de contraception sont :

- Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée (MAMA).
- Méthode du Calendrier ou du Rythme ou d'Ogino Knauss.
- Méthode de la Glair Cervicale.
- Méthode la Température Basale.
- Méthode sympto-thermique.
- Méthode du retrait ou Coït interrompu.
- Méthode des jours fixes (Méthode collier).

4-7-1 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHEE (METHODE MAMA)

MECANISME D'ACTION

Le mode d'alimentation exclusive au sein une fois appliqué, le processus de

lactation est constamment mis en œuvre et aboutit de ce fait à la suppression de l'ovulation. Cependant, après 6 mois de post-partum, malgré l'alimentation exclusive au sein, malgré même l'absence trompeuse des règles, l'ovulation peut se faire et la femme peut devenir enceinte

L'allaitement maternel ne peut plus être considéré comme une protection suffisante contre une grossesse non désirée si :

- Le bébé a plus de 6 mois accomplis.
- Si les règles sont rétablies ou revenues.
- Si la fréquence des tétées a diminué par suite de l'administration de repas solides ou liquides au bébé.

EFFICACITE

L'allaitement maternel exclusif bien conduit constitue une méthode contraceptive efficace. Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte (99%) et le taux d'efficacité à l'utilisation courante (98%).

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Efficace immédiatement.
- N'interfère pas avec les rapports sexuels.
- Pas d'effets secondaires.
- Pratique et facile à utiliser.
- Peut être arrêté facilement..

AVANTAGES NON- CONTRACEPTIFS

Cette méthode de contraception par allaitement maternel exclusif durant les six premiers mois de post-partum, si elle est scrupuleusement observée, présente les avantages que voici:

1- Pour la mère

- Elle est économique
- Elle resserre les liens affectifs entre la mère et le bébé.

2- Pour le bébé

- Elle protège le bébé contre les maladies diarrhéiques liées à l'usage inopportun du biberon.
- Elle protège le bébé contre des infections bactériennes ou virales par l'apport d'anticorps contenus dans le lait maternel.
- Elle procure une nutrition adéquate au bébé et resserre les liens affectifs entre le bébé et sa mère.

INCONVENIENTS

Pour la mère

- Au delà de 6 mois de post-partum elle n'est plus efficace.
- Elle ne procure aucune protection contre les IST.

Pour le bébé

- Si la mère est infectée par le HIV, il y a un certain risque que l'enfant soit infecté au VIH SIDA par le biais de l'allaitement maternel.

NB Par conséquent la mère devrait être placée sous ARV (bi tri thérapie) jusqu'au sevrage.

- D'après l'OMS, ce risque est faible et puisque l'on ne peut pas faire autrement dans certains pays en voie de développement où le risque de morbi-mortalité par maladies infectieuses et diarrhéiques est très grand, il est recommandé de continuer l'allaitement maternel au lieu de donner un biberon puisqu'il est presque toujours contaminant.

ELIGIBILITE

Cette méthode contraceptive convient aux femmes se trouvant dans les conditions suivantes :

- Aménorrhéique (non-retour des règles).
- Moins de six mois de post-partum.
- Le bébé est exclusivement nourri au sein, c'est-à-dire qu'à part le sein, il ne reçoit ni liquide d'une autre source, ni d'aliments solides.
- Le bébé est mis au sein à la demande le jour comme la nuit et les 2 seins sont utilisés tous les jours l'un après l'autre et complètement vidés à chaque séance et le temps de succion n'est pas inférieur à 15 minutes.
- L'écart entre 2 tétées ne dépasse pas 3 heures

QUAND COMMENCER

Dans la demi-heure qui suit l'accouchement

EFFETS SECONDAIRES

Aucun

INSTRUCTIONS POUR LE PRESTATAIRE

Toutes les Institutions de soins de SR doivent:

- Promouvoir une politique d'allaitement maternel explicitement formulée par écrit et portée à la connaissance de tous les membres du personnel médical professionnel et para-professionnel.
- Donner à tous les membres du personnel les compétences et les moyens nécessaires pour:
 - Informer en clinique prénatale toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique.

- Laisser automatiquement le bébé avec sa mère dans les maternités.
- Aider les mères à initier la mise au sein précoce du bébé, soit dans la demi-heure qui suit l'accouchement dans la mesure du possible.
- Mettre fin dorénavant à cette pratique qui consistait à donner de l'eau sucrée au nouveau-né.

INSTRUCTIONS AU CLIENT

Certains problèmes peuvent survenir. Ils nécessitent que des conseils appropriés soient donnés à la clientèle :

CONSEILS POUR LES PROBLEMES D'ALLAITEMENT MATERNEL

PROBLEMES	CAUSES PROBABLES	CONSEILS
INSUFFISANCE DE LAIT	Alimentation inadéquate	Avoir une diète équilibrée, boire beaucoup de liquide
	Manque de repos	Se reposer, se faire aider aux tâches domestiques
	Tétées trop espacées	Donner le sein à la demande, chaque 3 heures au moins et utiliser les deux seins
MAMELONS DOULOUREUX	Gerçures (érosions)	Bien nettoyer les mamelons après tétée et passer de l'huile minérale. Continuer les tétées

	Pas d'érosions	Bien entraîner la cliente sur la technique de l'allaitement.
SEINS DOULOUREUX	Seins turgescents, chauds et fièvre	Examiner pour voir s'il y a infection. Si oui: Rx antibiotiques - continuer allaitement au sein -repos - compresses tièdes sur le sein malade
	S'il n'y a pas d'infection	Il y a peut être engorgement mammaire. Rx mettre compresses sur les seins, augmenter la fréquence des tétées pour vider régulièrement les deux seins

La femme qui allaite mais n'utilise pas la MAMA devra choisir une méthode efficace de contraception qu'elle commencera selon ces instructions suivantes :

Méthodes de contraception pour le couple dont la femme allaite

MÉTHODE	QUAND COMMENCER	COMMENTAIRES
LIGATURE DES TROMPES	Post-partum immédiat ou intervalle	N'interfère pas avec la lactation. « Counseling » du couple durant la période prénatale
VASECTOMIE	N'importe quand	N'affecte pas la qualité du lait
DIU (stérilet)	Immédiatement après délivrance, dans les 24 heures du post-partum	N'affecte ni la qualité, ni la quantité du lait; et il n'est pas évident qu'il y ait une

	sinon, attendre 8 semaines post-natales.	action sur le bébé
METHODES BARRIERES		
MÉTHODES HORMONALES à base de progestatifs uniquement : pilule, injectable, Norplant (R)	L'utiliser dès la 6ème semaine de post-partum.	N'affecte ni qualité ni la quantité du lait ; et il n'est pas évident qu'il ait une action sur le bébé.
CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS	Si aucune autre méthode n'est acceptable l'utiliser dès la 6 ^{ème} semaine mais exclusivement les faibles doses avec pas plus de 35 microgrammes d'œstrogène.	Les contraceptifs oraux à base d'oestrogène réduisent la quantité de lait et en altèrent la qualité, mais sans effet apparent sur le bébé. Si possible, les contraceptifs oraux combinés devraient être évités chez les mères allaitant un bébé.
ABSTINENCE PÉRIODIQUE	Dès l'accouchement	N'affecte pas la lactation.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

Quand la femme n'allaite pas complètement ou qu'elle a arrêté ou qu'il y a un retour des règles, qu'elle devienne fertile, il faut qu'elle se rende à l'institution de

santé pour qu'on l'aide à choisir une méthode contraceptive convenable.

4-7-2 MÉTHODE DU CALENDRIER

MECANISME D'ACTION

Cette méthode est basée sur la détermination, le calcul de la période de fertilité de la femme, période pendant laquelle elle doit s'abstenir de tout rapport sexuel non protégé avec un partenaire de sexe opposé.

EFFICACITE

Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est d'environ 91 % et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 75%.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Peut être utilisée pour éviter une grossesse ou pour devenir enceinte.
- Aucun effet secondaire physique.
- Aucun effet systémique.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Encourage la participation de l'homme à la planification familiale.
- Améliore la connaissance du système reproductif féminin.
- Peut rapprocher le couple dans sa relation.
- Gratuité de la méthode.

INCONVENIENTS

- Efficacité moyenne comme méthode de contraception (9 à 20

grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation).

- N'est efficace que si l'on est prêt à suivre les instructions.
- Demande beaucoup d'instructions pour pouvoir utiliser la méthode.
- Il faut s'abstenir pendant la période féconde.
- Demande à ce que l'on prenne des notes tous les jours.
- Aucune protection contre les infections du tractus génital ou autres IST (à savoir virus de l'hépatite B, VIH/SIDA).
- Nécessite un thermomètre basal.

ELIGIBILITE

- Femmes en âge de procréer.
- Femmes de toutes parités, y compris les nullipares.
- Couples qui pour des raisons philosophiques ou religieuses, ne veulent pas utiliser d'autres méthodes.
- Femmes dans l'incapacité d'utiliser d'autres méthodes.
- Couples prêts à s'abstenir de rapports sexuels pendant plus d'une semaine lors de chaque cycle.
- Couples capables et désireux d'observer, de noter et d'interpréter des signes de fécondité.

Utiliser la méthode de calendrier avec précaution dans les situations suivantes

CONDITIONS	RECOMMANDATIONS
Cycles menstruels irréguliers	Conseiller la cliente et l'aider à choisir une autre méthode
Pertes vaginales persistantes	Conseiller la cliente, lui indiquant qu'il sera plus difficile de prévoir la fécondité en utilisant la méthode de la glaire cervicale.

	Si la cliente le souhaite, l'aider à choisir une autre méthode
Allaitement	Conseiller la cliente, lui indiquant qu'il sera plus difficile de prévoir la fécondité en utilisant la méthode de la glaire cervicale. Si la cliente le souhaite, l'aider à choisir une autre méthode

Cette méthode ne convient pas aux :

- Femmes dont l'âge, la parité ou des problèmes de santé présentent un risque en cas de grossesse.
- Femmes dont les cycles menstruels réguliers ne sont pas rétablis (allaitement, post-avortement immédiat).
- Femmes avec des cycles menstruels irréguliers.
- Femmes dont le partenaire ne sera pas coopérant (continence) pendant certaines périodes du cycle.

QUAND COMMENCER

Au premier jour du cycle après avoir déterminé la période féconde.

EFFETS SECONDAIRES

Aucun

INSTRUCTIONS AU CLIENT

L'instruction sera donnée à la cliente ou au couple sur la façon de procéder :

- Suivre et enregistrer durant 12 mois consécutifs de l'année la date du 1er jour et du dernier jour des règles.
- Calculer et noter la durée ou mieux la longueur de chaque cycle et

relever par ainsi la durée du cycle le plus long et la durée du cycle le plus court.

- Déduire le nombre 19 du cycle le plus court. La valeur chiffrée obtenue donne le premier jour de la période fertile du cycle menstruel.
- Déduire le nombre 11 du cycle le plus long. La valeur chiffrée obtenue donne le dernier jour de la période fertile du cycle menstruel.

Exemple : cycle le plus court : 26 jours

donc : $26 - 18 = 7$ = le premier jour de la période fertile

Le cycle le plus long : 32 jours

donc: $32 - 11 = 21$ = dernier jour de la période fertile

Dans cet exemple de cycle le plus court (26 jours) et de cycle le plus long (32 jours), la période de fertilité s'étend du 8ème au 22ème jour du cycle. Durant cette période, la femme doit s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés, c'est-à-dire être en état complet d'abstinence pour ne pas devenir enceinte à moins d'avoir recours à une méthode de barrière (condom, mousse) si jamais elle doit avoir un rapport sexuel.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

Le suivi doit être fait au niveau de l'Institution de santé 3 mois et six mois après le commencement de l'utilisation de la méthode, puis chaque année.

4-7-3 MÉTHODE DE LA GLAIRE CERVICALE

MECANISME D’ACTION

Cette méthode repose sur l’observation des signes et symptômes qui accompagnent l’ovulation: présence de glaire cervicale filante et sensation d’humidité vaginale

Les rapports sexuels doivent être évités pendant la phase du cycle menstruel où la conception est plus susceptible de se produire.

Le cycle menstruel de la femme en âge de procréer comprend quatre 4 phases:

- Une phase dite de menstruation.
- Une phase dite de post-menstruation.
- Une phase dite de phase ovulatoire.
- Une phase post-ovulatoire.

Le client doit avoir un comportement sexuel adapté à chacune de ces phases.

EFFICACITE

Le taux d’efficacité à l’utilisation correcte est d’environ 97 % et le taux d’efficacité à l’utilisation courante est de 75%.

AVANTAGES CONTRACEPTIVES

- Cette méthode peut être utilisée pour éviter une grossesse ou pour devenir enceinte.
- Aucun effet secondaire physique.
- Aucun effet secondaire systémique

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS.

- Cette méthode peut être utilisée dans les cas de sub-fécondité d'une femme qui désire une grossesse. Les rapports sexuels seront dans ce cas multipliés, intensifiés et accentués durant la période fertile correspondant à la survenue de la glaire cervicale et de l'humidité vaginale.
- Gratuité de la méthode.

INCONVENIENTS

- Efficacité moyenne comme méthode de contraception (9 à 20 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation).
- N'est efficace que si l'on est prêt à suivre les instructions.
- Demande beaucoup d'instructions pour pouvoir utiliser la méthode.
- Il faut s'abstenir de rapports sexuels pendant la période féconde.
- Demande qu'on prenne des notes tous les jours.
- La glaire ovulatoire est difficile à discerner en présence d'infection vaginale.
- Aucune protection contre les infections du tractus génital ou autres IST (à savoir virus de l'hépatite B, VIH/SIDA).

ELIGIBILITE

- Couple en mesure de suivre la discipline de cette méthode.
- Femme qui a un cycle menstruel régulier.

QUAND COMMENCER

Au premier jour du cycle après avoir déterminé la période féconde

EFFETS SECONDAIRES

Peut avoir un risque de grossesse significatif

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Au cours de la phase 1 de menstruation qui dure 3 à cinq jours et qui se caractérise par une sensation humide et gluante du vagin, il faut s'abstenir de tout rapport sexuel.
- Au cours de la phase de post-menstruation qui se situe entre la fin des règles et la survenue de l'ovulation, il existe une courte période pendant laquelle la femme ne perçoit pas de glaire cervicale, ni de sensation d'humidité vaginale. C'est la période sèche très courte d'infertilité qui dure 2 à 4 jours. Durant cette période sèche d'infertilité, les rapports sexuels peuvent être tentés un soir sur deux car également un jour sur deux la femme doit rechercher la survenue de la glaire cervicale.
- Le premier jour de la phase 3 d'ovulation, durant lequel la femme attentive perçoit à nouveau la survenue de la glaire cervicale ou bien ressent l'humidité vaginale, correspond au premier jour de la période fertile proprement dite. Elle dure 3 jours environ. Durant cette période de 3 jours, le couple doit s'abstenir d'avoir tout rapport sexuel.
- Dès le matin qui suit cette période de stricte abstinence, et jusqu'à la survenue des prochaines règles, l'infertilité s'installe à nouveau. C'est la phase post-ovulatoire qui est caractérisée par une période d'infertilité longue, plus longue que la première.
- Durant cette période de longue infertilité de la femme, le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés, sans aucun risque réel de grossesse non désirée.

SIGNES DALARME

Aucun

SUIVI

- Le suivi doit être fait au niveau de l'Institution de santé 3mois et 6 mois après le commencement de l'utilisation de la méthode, puis chaque année.
- Le suivi sera effectué également par des visites à domicile.

4-7-4 MÉTHODE DE LA TEMPÉRATURE BASALE DU CORPS

MECANISME D'ACTION

Cette méthode repose sur les faits suivants: au cours de la première phase du cycle menstruel, et sous l'influence de l'hormone appelée folliculine, la température corporelle de la femme au repos reste basse. Au moment de l'ovulation, sous l'influence d'une autre hormone appelée progesterone, la température monte de quelques dixièmes de degré (0.2^oc à 0.5^o): c'est la deuxième phase du cycle menstruel. Cette augmentation brusque de la température s'observe toute suite après l'ovulation et se maintient jusqu'au début des prochaines règles.

EFFICACITE

Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est de 92% et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 75%.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Cette méthode peut être utilisée pour éviter une grossesse ou pour devenir enceinte.

- Aucun effet secondaire physique.
- Aucun effet secondaire systémique.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Cette méthode peut être utilisée dans les cas de sub-fécondité d'une femme qui désire une grossesse. Les rapports sexuels seront dans ce cas multipliés, intensifiés et accentués durant la période fertile correspondant à la survenue de la glaire cervicale et de l'humidité vaginale et de l'augmentation de la température basale.
- Gratuité de la méthode.

INCONVENIENTS

- Efficacité moyenne comme méthode de contraception (9 à 20 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation).
- N'est efficace que si l'on est prêt pour suivre les instructions.
- Demande beaucoup d'instructions pour pouvoir utiliser la méthode.
- Il faut s'abstenir de rapports sexuels pendant la période féconde.
- Demande qu'on prenne des notes tous les jours.
- Aucune protection contre les infections du tractus génital ou autres IST (à savoir virus de l'hépatite B, VIH/SIDA).

ELIGIBILITE

- Couple en mesure de suivre la discipline de cette méthode.
- Femme qui a un cycle menstruel régulier.

QUAND COMMENCER

Au premier jour du cycle après avoir déterminé la période féconde

EFFETS SECONDAIRES

Aucun

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- La cliente doit prendre sa température chaque matin au réveil et avant de quitter le lit.
- Elle doit enregistrer la température observée sur une feuille destinée à cet effet.
- Elle doit aussi noter sur cette feuille et au niveau de la date du jour concerné tous les événements susceptibles de faire varier la température: fièvre, rapport sexuel, insomnie, choc émotionnel.
- La température sera prise à la même heure et par la même voie: sous la langue, ou par voie intra-vaginale ou intra-rectale.
- De cette façon, et en dehors de tout événement qui peut influencer la température, la cliente va identifier le jour de l'ovulation à partir de la montée de la température. La température monte légèrement juste après l'ovulation.
- Le couple qui utilise cette méthode dans le but d'éviter une grossesse doit s'abstenir de rapports sexuels jusqu'au 3^e jour qui suit l'augmentation de la température.

SIGNES D'ALARME

Aucun

SUIVI

- Le suivi doit être fait au niveau de l'Institution de santé 3 mois et 6 mois après le commencement de l'utilisation de la méthode, puis chaque année.

- Le suivi sera effectué également par des visites à domicile.

4-7-5 MÉTHODE SYMPTO – THERMIQUE

MECANISME D’ACTION

Cette méthode se base sur les changements qui se manifestent chez la femme durant le cycle menstruel pour établir avec plus ou moins de certitude la date de l’ovulation. Ce sont: la glaire cervicale, le changement de la température basale, la sensibilité des seins, perception de légères douleurs au bas ventre, de légères pertes vaginales parfois au milieu du cycle menstruel, des changements de consistance au niveau du col utérin

EFFICACITE

Le niveau d’efficacité à l’utilisation correcte est de 98% et le niveau à l’utilisation courante est de 80%.

AVANTAGES CONTRACEPTIFS

- Cette méthode peut être utilisée pour éviter une grossesse ou pour devenir enceinte.
- Aucun effet secondaire physique.
- Aucun effet secondaire systémique.

AVANTAGES NON CONTRACEPTIFS

- Cette méthode peut être utilisée dans les cas de sub-fécondité d’une femme qui désire une grossesse. Les rapports sexuels seront dans ce cas multipliés, intensifiés et accentués durant la période fertile correspondant à la survenue de la glaire cervicale et de l’humidité vaginale et les autres signes de l’ovulation.

- Gratuité de la méthode.

INCONVENIENTS

- Efficacité moyenne comme méthode de contraception (9 à 20 grossesses pour 100 femmes pendant la première année d'utilisation).
- N'est efficace que si l'on est prêt pour suivre les instructions.
- Demande beaucoup d'instructions pour pouvoir utiliser la méthode.
- Il faut s'abstenir de rapports sexuels pendant la période féconde.
- Demande qu'on prenne des notes tous les jours.
- Aucune protection contre les infections du tractus génital ou autres MST (à savoir virus de l'hépatite B, VIH/SIDA).

ELIGIBILITE

- Couple en mesure de suivre la discipline de cette méthode.
- Femme qui a un cycle menstruel régulier.

QUAND COMMENCER

Au premier jour du cycle après avoir déterminé la période féconde

EFFETS SECONDAIRES

Aucun

INSTRUCTIONS AU CLIENT

- Entraîner la femme à observer les signes ou symptômes suscités.
- Entraîner la femme à bien identifier le col de l'utérus en introduisant le doigt dans le vagin pour bien percevoir les changements de consistance selon la période du cycle menstruel.

- Perception ferme du col pendant la période infertile précédant l'ovulation avec un orifice petit presque fermé.
- Perception d'un col ramolli avec orifice ouvert en période ovulatoire.
- Perception à nouveau d'un col ferme avec orifice fermé après l'ovulation.

Avec cette méthode, les jours pendant lesquels le couple peut avoir des rapports sexuels non protégés sont:

- Durant la première et courte période infertile: un soir sur deux.
- Durant la deuxième et longue période infertile, c'est-à-dire: à partir du 4ème jour après la montée et le maintien élevé de la température et ce, jusqu'aux prochaines règles.

SIGNES DALARME

Aucun

SUIVI

- Le suivi doit être fait au niveau de l'Institution de santé 3mois et 6 mois après le commencement de l'utilisation de la méthode, puis chaque année.
- Le suivi sera effectué également par des visites à domicile.

4-7-6 METHODE DES JOURS FIXES (METHODE DU COLLIER)

La méthode des Jours Fixes ou Méthode du Collier est une méthode naturelle de planification familiale, simple et efficace qui permet d'identifier de manière précise, pendant le cycle menstruel d'une femme les jours/périodes où elle peut tomber enceinte. La femme doit calculer son cycle menstruel pendant une période de six mois afin de s'assurer que son cycle se situe entre 26 et 32 jours.

Cette fenêtre se situe entre le 8ème et le 19ème jour du cycle menstruel chez les femmes dont le cycle a une durée comprise entre 26 et 32 jours.

EFFICACITE

Le taux d'efficacité à l'utilisation correcte est de 95% et le taux d'efficacité à l'utilisation courante est de 75%.

PRESENTATION

Le Collier du Cycle, est un collier avec 32 perles de couleur, un anneau en caoutchouc et un cylindre avec une flèche. Les couleurs des perles aident à connaître les jours où la femme peut tomber enceinte. Il est accompagné d'un calendrier.

COMMENT UTILISER LE COLLIER

La flèche indique la direction dans laquelle il faut déplacer l'anneau

- Le premier jour des règles, la femme place l'anneau sur la perle rouge.
- Elle marque également ce jour sur un calendrier.
- La femme déplace l'anneau chaque jour, d'une perle à l'autre. Elle continue à déplacer l'anneau, même les jours où elle a ses règles.
- La femme ne doit pas avoir de rapports sexuels non protégés le jour où l'anneau se trouve sur la perle BLANCHE. Elle peut tomber enceinte ce jour-là.
- La femme peut avoir des rapports sexuels non protégés lorsque l'anneau se trouve sur une perle marron. Il est peu probable qu'elle tombe enceinte.
- La femme met à nouveau l'anneau sur la perle ROUGE le jour où les prochaines règles reviennent et saute les perles qui restent.

ELIGIBILITE

- Les femmes dont la durée du cycle varie de 26 à 32 jours.
- Les couples qui communiquent bien et qui acceptent d'éviter des rapports sexuels non protégés quand la femme peut tomber enceinte.
- Les deux partenaires sont hors de risques d'attraper des infections sexuellement transmissibles

AVANTAGES

- Meilleure connaissance de la fécondité.
- Plus grande dépendance de ses propres ressources
- Moins de dépendance de services médicaux distants et chers.
- Réduction des coûts de réapprovisionnement pour les méthodes-produits, Non-utilisation de substances artificielles et aucun effet secondaires ou risques médicaux éventuels liés à d'autres méthodes.
- Meilleure communication et plus grande intimité dans le couple.
- Pour certains, possibilité de respecter les normes religieuses et culturelles.

INCONVENIENTS

- Ne protège pas contre les IST
- Ne peut être utilisé que si la femme a des cycles entre 26 et 32 jours
- Le couple doit éviter les rapports sexuels non protégés.

EFFETS SECONDAIRES

- Aucun

INSTRUCTIONS POUR CALCULER LA DUREE DU CYCLE

- Marquez le premier jour des dernières règles.
- Marquez la date prévue des prochaines règles.
- Comptez le nombre de jours à partir du premier jour des dernières règles jusqu'au jour avant la date prévue des prochaines règles, le nombre de jours trouvé est la durée du cycle de la femme.

SECTION II

NORMES EN SOINS MATERNELS

INTRODUCTION

La promotion de la santé de la mère se réalise en faisant prendre conscience à la femme enceinte et à la mère de l'importance de leur santé, de la nécessité de fréquenter les cliniques pré et post-natales, de mener un mode de vie susceptible de favoriser le bon fonctionnement de leur organisme. Cependant, il faut que les services offerts au niveau des institutions et au niveau communautaire soient de bonne qualité.

Les catégories de prestataires par niveau de soins sont:

➤ **Premier niveau de soins:**

- Premier échelon: Les services de santé de premier échelon : centres de santé avec et sans lits – dispensaires – cabinets privés:
 - *Prestataires* : médecin généraliste, infirmière, auxiliaire-infirmière (voir PMS);
- Deuxième échelon: Hôpitaux communautaires de référence (HCR)
 - *Prestataires* : voir PMS.

➤ **Deuxième niveau de soins**: Les hôpitaux départementaux :

- *Prestataires* : **obstétricien –gynécologue, infirmière sage-femme, infirmière et auxiliaire.**

➤ **Troisième niveau de soins**: les hôpitaux universitaires et spécialisés:

- *Prestataires* : **obstétricien-gynécologue, infirmière sage-femme, infirmière de ligne et auxiliaire.**

NB: Le premier échelon est en lien direct avec le niveau communautaire: Agents de santé et matrones.

Au niveau communautaire, la matrone fait l'éducation de la femme enceinte, le suivi du post-partum, la notification des décès et la référence vers le Premier échelon pour les consultations, les accouchements et la vaccination contre le tétanos. Toutefois, si la femme décide d'accoucher à domicile avec l'aide d'une

Manuel de Normes en Santé Maternelle

matrone, cette dernière, pourvu qu'elle soit formée, l'assiste au moment de l'accouchement et du post-partum. Cependant, elle a pour devoir de référer, sans délai, les cas compliqués.

Chapitre 1

1.1. CONSULTATION PRENATALE

La consultation prénatale permet au prestataire de faire le bilan de santé de la femme enceinte afin de lui administrer les soins préventifs, le traitement prophylactique, curatif (au besoin) et les conseils, de détecter promptement les facteurs de risque et d'assurer une maternité à moindre risque pour elle et pour son enfant.

1.2. GROSSESSE A RISQUE

Toutes les grossesses sont considérées à risque. Cependant, certaines femmes enceintes requièrent une attention spéciale, ce sont :

- Les femmes qui ont plus de cinq (5) enfants.
- Les femmes qui ont leur première grossesse à 18 ans ou moins et à 35 ans ou plus.
- Les femmes qui ont une histoire de grossesse antérieure avec complications obstétricales : prématuré, mort-né, bébé avec un poids insuffisant ou excessif, césarienne ou histoire antérieure de césarienne ou de forceps, utérus cicatriciel (myomectomie).
- Les femmes qui ont une histoire de grossesse avec pathologie médicale sérieuse antérieure ou concomitante : maladie du cœur, du foie, anémie, tuberculose, diabète etc.....
- Les femmes avec un statut VIH positif.
- Les femmes avec syphilis.
- Les femmes qui, pendant la grossesse, présentent une hémorragie avec ou sans douleur.

- Les femmes qui ont une malformation du squelette portant sur la colonne, le bassin ou les membres inférieurs.
- Les femmes qui ont un poids inférieur à 103 lbs (47 kilos) pour le premier trimestre ou 125 lbs (57 kilos) pour le troisième trimestre.
- Les femmes qui ont une augmentation de poids dépassant 33 lbs (15 kilos) pendant la grossesse.
- Les femmes qui présentent une élévation de la diastole à partir du 2^{ème} trimestre avec un maxima supérieur à 130 et un minima supérieur à 90 (**élévation de 2 barres au moins à partir de la tension artérielle initiale**).
- Les femmes qui ont une tension artérielle avec maxima inférieur à 8.
- Les femmes qui présentent de l'albumine dans les urines.

1.3. CONSULTATION PRENATALE PAR NIVEAUX DE SOINS

La consultation de la femme enceinte se fera à tous les niveaux :

- Au premier échelon de soins (communauté, SSPE, cabinet privé).
- Au deuxième échelon (HCR).
- Au deuxième niveau (hôpitaux départementaux) et troisième niveau (hôpitaux universitaires)

A la clinique mobile (communauté), la consultation de la femme enceinte se fera par les membres de l'équipe, (médecin, infirmière ou auxiliaire) selon les normes prescrites. Ils se feront assister de la matrone entraînée.

Service de santé de premier échelon (SSPE)

.Dans le cas d'une grossesse à risque, la femme enceinte sera référée vers le centre de santé/hôpital pour un examen plus approfondi et une évaluation du pronostic de la grossesse.

Au centre de santé, la consultation de la gestante se fera par l'auxiliaire l'infirmière-sage femme et ou une infirmière formée en santé maternelle, dans la mesure du possible. Les femmes porteuses d'une grossesse à haut risque seront référées vers le deuxième échelon.

Au 2^{ème} échelon (HCR), le médecin examinera la patiente pour confirmer ou infirmer le diagnostic de grossesse. Il déterminera le risque obstétrical de la femme enceinte, identifiera et traitera les pathologies accompagnant la grossesse.

Au 2^{ème} et 3^{ème} Niveaux : Idem

N.B. la femme avec un statut VIH positif fera l'objet de la même attention que la femme testée négative.

1.4. VISITES PRENATALES

Le nombre minimum de visites prénatales recommandé par le ministère de la santé publique et de la population est de trois (3), à raison d'une visite par trimestre, pour une grossesse normale :

- Une première visite au premier trimestre le plus tôt que possible, définitivement avant la fin du 3^{ème} mois.
- Une seconde au 6^{ème} mois.
- Une autre avant le 9^{ème} mois

A chaque visite, un rendez-vous sera fixé pour la prochaine. Les femmes à risque ou celles dont le cas le nécessite seront vues à des intervalles plus rapprochés.

PREMIERE VISITE PRENATALE

A la première visite, les services suivants seront fournis à la gestante :

a) Premier échelon

- L'éducation en groupe et individuelle en matière de santé maternelle et infantile, y compris la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Les séances d'éducation seront réalisées à chaque visite prénatale.
- Un examen clinique général avec prise de poids, de la taille, de la tension artérielle, de la température etc.....
- Un examen gynécologique et obstétrical avec toucher vaginal combiné au palper pour contrôler la hauteur utérine et apprécier le bassin.
- La première dose de vaccin antitétanique : ½ cc i.m. ou sous-cutané (toujours contrôler la dose recommandée par le fabricant du vaccin et le nombre de doses pour la vaccination complète).
- Un examen au speculum à la recherche de pathologie du col et du vagin et un Pap Smear si possible.
- Préparation du plan d'accouchement ou plan de naissance avec la gestante, à partir du 1^{er} trimestre, Plan d'adhérence si VIH+ (voir annexe)
- Elle recevra du fer, de l'acide folique, des vitamines, des minéraux et, si nécessaire, des suppléments alimentaires.
- Il lui sera conseillé de se procurer un paquet stérile d'accouchement, dans le cas où elle déciderait d'accoucher à domicile.
- Examen de laboratoire à réaliser si possible sinon référer la gestante.

- **DEUXIEME ET TROISIEME VISITES PRENATALES**

A la deuxième et troisième visite, les services suivants seront offerts :

- L'éducation en matière de santé maternelle et infantile.
- Un contrôle du poids, de la tension artérielle et de la température.
- Un examen des membres inférieurs pour le dépistage des œdèmes et des varices.
- Un examen obstétrical avec recherche des signes d'infection urinaire.
- Un examen physique.
- La vaccination antitétanique : ½ cc im ou sc, si cette dernière est incomplète.

b) Deuxième échelon

- Tous les services qui ne sont pas disponibles au premier échelon seront offerts au second échelon.
- Les examens de laboratoire tels que la recherche de l'albumine dans les urines, un contrôle de l'hémoglobine du sang, un test de détection du VIH à répéter trois mois après, le test de syphilis et le sickling test, malaria test, la sonographie (si possible) doivent être réalisés

c) 2^{ème} et 3^{ème} Niveaux

- Tous les services qui ne sont pas disponibles au 1^{er} Niveau (1^{er} et 2^{ème} échelon) seront offerts.

1.5. EDUCATION A LA CLINIQUE PRENATALE

L'éducation à la clinique prénatale supportée par un matériel éducatif et des messages qui porteront sur les points suivants :

- Importance de la clinique prénatale.
- Importance de la vaccination antitétanique complète comme mesure de protection pour la femme et l'enfant qui doit naître.
- Importance du dépistage des IST/VIH/malaria.
- Alimentation en qualité et en quantité suffisante.
- Hygiène de la grossesse : repos, sommeil, tâches trop fatigantes.
- Nécessité du plan d'accouchement
- Intervalle entre les grossesses, si jamais, elle en désire une autre ou la limitation des naissances (planification familiale).
- Importance de l'allaitement maternel pour la mère et l'enfant, particulièrement de l'allaitement exclusif au sein pendant les 6 premiers mois de la vie.
- Signes de complications et signes d'alarme pour que la gestante puisse les reconnaître et recourir à temps aux personnes compétentes.

Cet enseignement, en couple autant que possible, sera simple et comprendra un exposé de 10 mns suivi de 5 mns de discussion. Il pourra être renforcé par l'utilisation de livres et posters, de dépliants, l'éducation dans les quartiers et à domicile, par l'écoute des émissions radiophoniques.

1.6. DEROULEMENT D'UNE CONSULTATION PRENATALE

Le déroulement habituel d'une visite prénatale, de l'entrée de la femme à sa sortie, s'effectue de la façon suivante :

- Accueil

- Enregistrement (préparation ou recherche de dossier, préparation du carnet de santé de la femme).
- Education suivant un plan pré-établi.
- Prise des signes vitaux.
- Examens physique et gynéco-obstétrical : hauteur utérine, bruits du cœur fœtal, etc...
- Examens de laboratoire de routine.
- Vaccination antitétanique.
- Médication et rendez-vous (la femme à risque recevra toujours les soins appropriés à son cas).

NOTE : l'empressement à répondre au rendez-vous fixé est en grande partie fonction de l'accueil et de la qualité des services offerts. De plus, le personnel doit s'intéresser à la santé de tous les membres de la famille de la gestante : partenaire et enfants.

1.7. PERSONNEL EN CLINIQUE PRENATALE

Dans les services de santé de la reproduction des grandes villes, dans les centres de santé avec ou sans lits, les activités de clinique prénatale seront réalisées par une équipe composée du personnel suivant :

- Un médecin
- Une infirmière
- Une infirmière-sage femme
- Un auxiliaire

Au niveau des dispensaires ruraux, la consultation de la femme enceinte sera réalisée par des auxiliaires assistés, si possible, d'agent de santé ou de matrones entraînées ou en entraînement.

Au cours d'une séance de consultation de 4 heures, 32 patientes peuvent être vues : 10 à 15 nouvelles, 17 à 22 anciennes, soit 10 à 15 minutes par nouvelle et 5 à 7 minutes par ancienne. Si le nombre de patiente à voir est plus élevé, il faut

ou prolonger les heures de travail, ou augmenter le nombre de séances de consultation.

1.8. FORMULAIRES UTILISES EN CLINIQUE PRENATALE

Les formulaires utilisés en consultation prénatale sont :

Au niveau des services de SR/PF et centres de santé :

- carte index
- Carnet de santé de la femme
- Dossier de la femme
- Plan d'accouchement / plan de naissance et plan d'adhérence si VIH+

Au niveau des dispensaires :

- Carte index
- Le dossier de la femme.
- Carnet de santé de la femme.
- Plan d'accouchement / plan de naissance ou plan d'adhérence si VIH+.

Chapitre 2

2. PATHOLOGIES LIEES A LA GROSSESSE.

Pour de plus amples informations sur les pathologies liées à la grossesse se référer au « **protocole de prise en charge des complications obstétricales.** ».

A- SAIGNEMENT

2.1. Menaces d'avortement

Les Signes et symptômes :

- Douleurs hypogastriques, *et / ou*
- saignement vaginal minime

Toucher Vaginal : Col long et fermé

Conduite à tenir : repos au lit strict

2.2. Avortement Spontané Incomplet

Les Signes et symptômes :

- Douleurs hypogastriques sévères avec hémorragie vaginale importante.

Toucher Vaginal : col utérin ouvert avec débris tissulaires

Conduite A Tenir : Voir protocole de soins après avortement (chapitre 3)

2.3. Hémorragie du deuxième et troisième trimestre

a) Placenta Praevia :

Les Signes :

- Saignement ou hémorragie (sang rouge vif) par le vagin (sans douleurs), habituellement à partir du 6ème mois de grossesse

Conduite A Tenir :

- Référer vers un hôpital pourvu d'une salle d'opération avec un personnel adéquat et d'un poste de transfusion sanguine fonctionnel.

b) Abruptio Placentae : (décollement prématuré du placenta)

les signes et symptômes:

- Saignement ou hémorragie (sang noirâtre) par le vagin avec douleurs abdominales sévères et continues (contracture utérine)
- Diminution ou absence du bruit du cœur fœtal

Conduite A Tenir :

- Référer vers un hôpital pourvu d'une salle d'opération avec un personnel adéquat et d'un poste de transfusion sanguine fonctionnel.

B- PATHOLOGIES CHRONIQUES

2.4. Hypertension Artérielle

Les Signes :

- Céphalées, troubles visuels, palpitation, raideur de la nuque, élévation de la tension artérielle avec maxima au-dessus de 130 et minima de 90.

Conduite à Tenir :

- **Si hypertension légère**, repos avec traitement anti-HTA.
- **Si Hypertension sévère**, référence vers un centre ou hôpital pour le suivi de la grossesse, conjointement avec l'interniste.

Note : Hypertension sévère : maxima supérieur à 160, minima égal ou supérieur à 120.

2.5. Toxémie Gravidique

Pré-éclampsie légère : Une grossesse de moins de 37 semaines avec :

- TA diastolique comprise entre 90 et 11 mm Hg prise en deux occasions, à 4 heures d'intervalle, après 20 semaines de grossesse,
- plus protéinurie allant jusqu'à 2+

CONDUITE A TENIR :

Si les signes cliniques restent inchangés ou se normalisent, suivre la patiente

deux fois par semaine en consultation externe.

- Surveiller la tension artérielle, les urines
- Informer la cliente et sa famille des signes de danger de pré-éclampsie sévère
- Conseiller le repos au lit, plus qu'à l'accoutumée, au moins 3 à 4 heures durant la journée en position couchée
- Conseiller une diète normale, ne pas abolir le sel
- Référer la cliente à un échelon supérieur pour des soins plus poussés en cas d'aggravation ou complications.

Pré-éclampsie sévère ou éclampsie :

Une grossesse à plus de 37 semaines avec :

- TA diastolique supérieure ou égale 11 mm Hg après 20 semaines de grossesse
- Protéinurie supérieure ou égale à 3+

LES SIGNES :

- oedèmes de la face et des mains,
- protéinurie (albumine dans les urines) avec céphalées,
- troubles visuels,
- Hyper-réflexie tendineuse (pré-éclampsie),
- HTA.

1. prise en charge au premier échelon (dispensaire, centre de santé) :

- Référer au HCR ou à l'hôpital
- S'il y a imminence de crises convulsives, administrer très lentement pendant 5 minutes, avant la référence
 - 4 gm de sulfate de magnésie (MgSO₄) IV ou IM
 - 5 mg. d' Aprésoline IV
 - 40 mg de furosémide en IM
 - Référer immédiatement au niveau supérieur.

N.B : A défaut de sulfate de magnésie, administrer 10mg diazépam IM.

En cas de convulsions : En plus de la médication précédente,

- Ecarter de la patiente tout risque de blessure. Ne jamais la laisser seule
- Placer un bâillon entre ses dents pour empêcher les morsures de la langue
- Allonger la patiente sur le côté gauche ou tête inclinée à gauche pour éviter l'aspiration du contenu gastrique en cas de vomissement

NB : Conduite à tenir : Pour Le Deuxième échelon Et Les hôpitaux Et Les HCR, Se référer Au « PROTOCOLE PRISE EN CHARGE DE COMPLICATIONS OBSTETRIQUES ».

2.6. **Anémie** : la grande majorité des anémies chez nous sont des anémies ferriprives.

LES SIGNES et symptômes:

- Pâleur des conjonctives et téguments,
- vertige,
- dyspnée d'effort, asthénie (fatigue),
- palpitations.

CONDUITE A TENIR :

Administrer :

- Fer (per os ou en injectable)
- Acide folique
- Conseils : alimentation riche en légumes Verts, fruits, œufs, lait etc

2.7. Pathologies infectieuses et grossesses

A) Trichomonase (*trichomona vaginalis*) : elle est une cause très courante d'infection vaginale, avec leucorrhée jaunâtre, mousseuse, malodorante accompagnée de prurit et brûlure vaginale et vulvaire.

Le traitement est réalisé avec le Métronidazole : un ovule vaginal chaque soir pendant 12 jours. Le partenaire doit être traité également avec le Métronidazole à raison de 500mg per os 2 fois par jour pendant 7 à 10 jours ou 2gr per os en dose unique.

B) Chlamydiase (*Chlamydia trachomatis*): Il est souvent responsable de leucorrhée chez la femme. La symptomatologie est silencieuse et représente un danger capable de causer des salpingites chroniques sans signes, pouvant aboutir à l'infertilité.

Le traitement le plus sûr se fait à l'aide de : Erythromycine : 2 comp. ou (500mg) 4 fois par jour pendant 7 jours. Il faut également traiter le partenaire avec le même schéma.

Note : La Doxycycline et la tétracycline sont contre - indiquées pendant la grossesse.

C) Gonorrhée (*Neisseria gonorrhoeae*): Elle est caractérisée par une leucorrhée jaune-verdâtre avec brûlure mictionnelle chez la femme. Sans traitement ou mal traitée, elle peut aboutir à une salpingite et plus tard à l'infertilité par obstruction des trompes.

Le traitement est simple et se fait à base de :

Spectinomycine : 2 grammes i.m en dose unique

Ceftriaxone : 250mg i.m. en dose unique

Cefixime : 400mg per os en dose unique

Il faut rechercher et traiter également tous les partenaires sexuels.

D) VIH/SIDA

La femme enceinte VIH+ peut transmettre le virus à son enfant au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement. Le personnel de santé se doit

d'offrir une assistance et des conseils à propos du VIH/SIDA à la femme enceinte, et la faire bénéficier systématiquement de deux tests de dépistage.

La femme enceinte trouvée séropositive doit être enrôlée dans le programme de PTME et encouragée à accoucher à l'institution de référence. La mère séropositive sera éduquée sur le type d'alimentation pour son bébé. **(voir protocole PTME en annexe)**

E- SYPHILIS :

En plus de provoquer des infirmités et la mort à longue échéance, la syphilis peut entraîner l'avortement et des malformations congénitales chez le fœtus. Elle se transmet de la mère au fœtus par l'intermédiaire du placenta. Toute femme enceinte présentant des lésions dermatologiques suspectes d'être de nature syphilitique doit être investiguée ainsi que son partenaire et soignée en recevant par voie intramusculaire, de la pénicilline type retard (PENADUR, RETARPEN, DOPENFORT ou équivalent) selon le schéma suivant.

a) Syphilis primaire : .4.800.000 unités de benzatine pénicilline (2.400.000 unités ½ dose i.m. dans chaque fesse) en dose unique.

b) Syphilis secondaire : 2.400.000 unités de benzatine pénicilline chaque semaine pendant trois semaines. En cas d'allergie à la pénicilline, utiliser l'érythromycine : 500 mg 4 fois par jour pendant 8 jours/ 15 jours

Note : Le traitement à l'érythromycine est nettement moins efficace que le traitement à la pénicilline.

Il faut rechercher et traiter également les partenaires sexuels.

F- PALUDISME OU MALARIA ET GROSSESSE

Le paludisme peut provoquer l'avortement et nuire au développement harmonieux du fœtus. Toute femme enceinte souffrant de malaria doit être soignée correctement conformément à la formule de traitement préconisée par le programme de contrôle des « maladies transmissibles »

SCHEMAS DE TRAITEMENT CLASSIQUE DE LA MALARIA CHEZ LA FEMME ENCEINTE

1500 mg de chloroquine au total en doses fractionnées, répartie comme suit :

600 mg le premier jour (4 comp. de 150 mg)

450 mg. le deuxième jour (3 comp. de 150mg.)

450 mg. le troisième jour (3 comp. de 150mg)

Il n'y pas de contre indications à l'emploi de la chloroquine durant la grossesse.

CHIMIO-PROPHYLAXIE

Définition :

Consiste à administrer une dose hebdomadaire de chloroquine à un sujet pour empêcher l'apparition des signes de la maladie. Elle n'est pas recommandée chez les autochtones à l'exception de certaines femmes enceintes en très mauvais état général. **Administrer 300 mg de chloroquine par semaine pendant toute la durée de la grossesse pour éviter l'avortement et l'accouchement de nouveau-nés de faibles poids.**

NB. Dans le cas où la femme enceinte est porteuse de la forme gamétocyte, le traitement à la Primaquine est formellement interdit. Des mesures de protection individuelle seront recommandées, telles que l'utilisation de la moustiquaire

imprégnée.

La Primaquine ne doit pas être administrée aux enfants de moins de 6 mois.

G- TETANOS

Cette maladie peut être facilement prévenue par la vaccination complète de la gestante au tétanos toxoïd. Les agents de santé, les matrones, les collaborateurs volontaires, les auxiliaires et d'une façon générale, toute la communauté ont un rôle à jouer pour porter les femmes enceintes à recevoir avant le 8ème mois de grossesse les 2 doses réglementaires de vaccin antitétanique à un mois d'intervalle minimum.

La 2ème dose doit être donnée au moins (1) mois avant l'accouchement.

A noter que la première dose de Tetanos toxoïd peut être administrée dès le 1^{er} mois de grossesse.

Il est conseillé à la femme de recevoir une dose de rappel 12 mois après la 2ème dose, même si elle n'est pas enceinte.

H- TUBERCULOSE PULMONAIRE

Une gestante amaigrie qui présente de la fièvre vespérale, touse ou crache du sang peut être tuberculeuse. La recherche du bacille tuberculeux dans le crachat du matin doit être effectuée pour l'établissement du diagnostic certain de la tuberculose. Cette maladie doit être soignée correctement. Exceptée la pyrazinamide qui doit être maniée avec précaution, les autres drogues contre la tuberculose peuvent être utilisées sans danger selon le schéma de traitement

Au niveau III

Risque III (Grossesse à risque)

Note: la contre-référence ou rétro-alimentation du niveau supérieur vers le niveau inférieur est obligatoire.

LE SYSTEME D'ORIENTATION RECOURS (SOR)

Facteurs de risque	Degré de risque	niveau de prise en charge
Age <17	2	II
> 35	2	II
Primipares jeunes et âgées	3	II
Grandes multipares ((parité >6)	3	II
Pathologies maternelles sévères	3	III
Diabète gestationnel	3	III
Cardiopathies	3	III
Obésité	3	II
Taille <150 cm	3	III
Mort intra-utérine	3	III
DAP< 18 cm	3	III
Boiterie Handicap physique	3	III
Césarienne itérative ou utérus	3	III
Forceps /ventouses au dernier accouchement	2	II
Eclampsie, Coma	3	II
Iso-immunisations	3	III
Accouchements traumatiques	2	II

Facteurs de risque	Degré de risque	niveau de prise en
Hémorragies avant 20 semaines	2	II
Hémorragies après 20 semaines	3	III
Anémies gestationnelles < 10 G	2	II
Hypertension > 14/09 1 ^{er} et 2 ^{ème} trimestre	2	II
Anomalies de la hauteur utérine	2	II
Disparition des mouvements fœtaux	3	III
Présentation du siège	3	III
Position transversale	3	III
3 ^{ème} trimestre HTA > 14/9	3	III
Rupture prématurée des membranes > 12 heures	2	II
Anomalies de la prise de poids	2	II
Céphalées vives (3 ^{ème} trimestre)	3	III
Menaces d'accouchement prématuré	2	II
Travail durée > 10 heures (multipare)	2	II
Durée > 14 heures (primipare)	2	II
Hypertonie Utérine	3	III
Disproportion Fœto –Pelvienne	3	III
Fièvre	2	II

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES (VIH+).

SUIVI PRENATAL

- Outre le suivi prénatal de routine une prise en charge globale du VIH est nécessaire pour la prévention et le traitement des infections opportunistes. Une surveillance pour la prévention le traitement de la malaria, des IST, de la vaginose bactérienne et des autres infections parasitaires est importante afin de diminuer les risques de transmission verticale.
- On insistera dans le counseling en pré-partum sur l'importance de l'accouchement en milieu hospitalier et de l'accompagnateur.
- Prévention I.O :PCP /Toxoplasmose : TMS à débiter au 2^{ème} trimestre de la grossesse.
- TB : PPD > 5 et TB non active INH/B6 à débiter au 2ème trimestre.

TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

- Si la femme enceinte s'est présentée au début du travail et n'a bénéficié d'aucun suivi prénatal, un test de dépistage lui sera proposé afin qu'elle puisse bénéficier de l'intervention au cas où elle serait VIH +.
- Eviter dans la mesure du possible : Les touchers vaginaux répétés, la rupture prématurée des membranes,
- Usage de solution de benzalkonium pour le lavage vulvo-vaginal.
- Usage de gants, de blouse, de masque et de lunettes contre toute exposition du personnel soignant aux éclaboussures de sang (Prise d'ARV en cas d'AES)

Allaitement

La mère est libre de choisir le type d'allaitement (exclusif au sein ou lait maternisé)

- L'allaitement exclusif au sein
- L'allaitement mixte est déconseillé dans tous les cas.

Post-Partum

Counseling sur l'importance du suivi post-partum pour la mère (VIH, Planification familiale, dépistage du Cancer du col utérin) et l'enfant afin d'assurer le suivi du couple mère/enfant.

Accouchement

La rupture prématurée de la poche des eaux (PDE), les méthodes invasives de monitoring fœtal (amniocentèse, amnioscopie), épisiotomie, prise de forceps ou de ventouse, éviter de traire le cordon, utilisation de deux paires de ciseaux.

Chapitre 3

3. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT

Les complications de l'avortement constituent l'une des causes les plus fréquentes de morbidité et de mortalité maternelle, aussi elles doivent être prises en charge dans tout programme de soins maternels. Ces soins constituent un ensemble de services fournis aux femmes ayant eu une fausse couche ou un avortement provoqué.

Les hémorragies et les infections constituent les principales complications de l'avortement. Les services de soins complets après avortement doivent inclure des soins médicaux et une approche préventive qui comprennent trois composantes :

- Traitement d'urgence des complications de l'avortement spontané et de l'avortement provoqué
- Counseling et prestation de services de planification familiale, évaluation et traitement des IST, counseling et prestation de services de VIH.
- Information de la communauté concernant les soins après avortement, par la sensibilisation et la mobilisation communautaire.

3.1.- TRAITEMENT D'URGENCE :

Le traitement d'urgence pour les complications post-abortum comprend :

- Bilan complet de la cliente

- Evaluation rapide (évaluation pour le choc et d'autres conditions qui menacent la vie, réanimation et stabilisation, préparation au traitement ou transfert).
- Evaluation continue et diagnostic.
- Discussion avec la femme concernant sa condition médicale et le plan de traitement.
- Prise en charge de la douleur (avant, pendant et après la procédure).
- Evacuation utérine et traitement

Lors du premier et deuxième trimestre l'avortement incomplet peut être traité par l'aspiration par le vide ou le curetage. L'aspiration par le vide est fortement souhaitée et adaptée elle peut être pratiquée même pour un avortement de 14 semaines : le taux de complications mineures est moins élevé et ne demande pas de dispositions chirurgicales.

- Traitement des complications
- Counseling pendant tout le processus
- Transfert et suivi

Le traitement rapide des complications post-abortum doit être disponible dans toutes les structures médicales ayant la capacité de le faire.

3.2.- PLANIFICATION FAMILIALE POST-ABORTUM :

Les soins après avortement sont incomplets s'ils ne comportent pas des services de planification familiale

La planification familiale post- abortum doit comprendre toutes les composantes de soins de santé de qualité et de l'évaluation individuelle de la situation de chaque femme. Ces services doivent être offerts immédiatement puisque l'ovulation peut se produire dès le 11ème jour après l'avortement. Elle comporte :

- Information sur le retour immédiat de la fécondité (en l'espace de deux semaines). Aussi, il est très important qu'elle commence à utiliser immédiatement un moyen de contraception si elle souhaite attendre avant de tomber enceinte.
- Information et conseil sur les méthodes, leurs caractéristiques, leur efficacité et leurs limitations (y compris les effets secondaires)
- Choix entre les méthodes (méthodes de courtes durées ou méthodes de plus longue durée, méthodes hormonales et non hormonales)
- Assurance sur le réapprovisionnement contraceptif
- Accès à des soins de suivi
- Counseling sur les besoins contraceptifs en fonction de ses propres buts et besoins en santé de la reproduction.

On peut utiliser toutes les méthodes de contraception moderne après un avortement si le prestataire :

- Fait un bilan de la femme pour les précautions standard d'utilisation d'une méthode particulière
- Donne un counseling approprié.

Dans ce contexte, il faut un counseling spécifique qui a pour objet d'aider la femme et/ou son partenaire à :

- Comprendre les facteurs qui ont provoqué la grossesse non souhaitée afin d'éviter sa répétition
- Comprendre le processus du retour immédiat de la période féconde
- Adopter efficacement une méthode contraceptive, si elle le souhaite
- Comprendre les avantages de l'espacement des naissances sans avoir recours à un avortement.

3.3.-LIEN AVEC LES AUTRES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION :

Il est important d'identifier tous les autres services de santé de la reproduction dont une femme a besoin à la suite d'un avortement et de lui offrir une variété de services de soins aussi vaste que possible, par exemple :

- Certaines femmes aimeraient être enceintes immédiatement ou peu de temps après un avortement.
- En ce qui concerne les femmes de 30 à 35 ans, on pourrait leur offrir un dépistage de cancer cervical au moment du traitement ou les référer à un établissement dans lequel on peut faire un dépistage.
- Certaines femmes pourraient nécessiter un traitement pour infection génitale basse ou autres IST. C'est aussi le moment opportun pour que la femme soit testée pour le VIH.

Chapitre 4

4. SOINS A L'ACCOUCHEMENT

Toute grossesse présente quelques risques pour la mère et/ou l'enfant, d'où l'importance d'une assistance d'un prestataire qualifié et d'un système de référence et contre référence efficace et accessible. Les accouchements non accompagnés sont à décourager

- L'accouchement doit se dérouler dans les conditions optimales d'hygiène, de sécurité et de confort.
- Les soins prodigués seront fonction du niveau sanitaire et du type d'accouchement.
- Le prestataire doit être respectueux envers la parturiente.
- Il doit respecter la dignité et l'intimité de celle-ci
- Il doit être formé et doit pratiquer des techniques d'accouchement sans risque dans des conditions salubres.
- Il doit éviter tout examen vaginal et épisiotomie non nécessaire.
- Il doit promouvoir et encourager l'allaitement au sein exclusif.(à discuter pour la femme VIH+)
- Eviter l'utilisation abusive de solution I.V .
- Permettre à la femme de se déplacer à sa guise.

ACTIVITES DE SOINS A L'ACCOUCHEMENT PAR NIVEAU

De façon idéale, tous les accouchements seront suivis d'après ce tableau :

Activités	Communauté	CAL/CSL Dispensaire	Hôpital Dép/ HCR	Hôpital Univers.
1. Accueil	+	+	+	+
2. Enregistrement	-	+	+	+
3. Préparation Lieux	+	+	+	+
4. Préparation matériel	+	+	+	+
5. Surveillance (partogramme)	-	+	+	+
6. Accouchement. Eutocique	+	+	+	+
7. Accouchement. Dystocique	- (référer)	- (référer)	+	+
8. Délivrance normale	+	+	+	+
9. Délivrance	-	+	+	+

artificielle				
10. Episiotomie	-	+	+	+
11. Sutures lésions	-	+	+	+
12. Césarienne	-	-	+	+

A - ACCOUCHEMENT A DOMICILE

La préférence d'accoucher à domicile ne changera pas du jour au lendemain en Haïti. En effet, 75 à 80% des accouchements ont lieu à domicile, spontanément avec l'aide d'un membre de la famille ou d'une matrone, entraînée ou pas. Aussi, faut-il sans cesse améliorer les conditions dans lesquelles les accouchements s'effectuent à domicile en encourageant les femmes :

- à préparer leur accouchement (plan de naissance)
- à maintenir leur maison et leur environnement propres
- à réclamer l'assistance des matrones entraînés

(Voir Programme d'entraînement des matrones)

B. ACCOUCHEMENT EN MILIEU INSTITUTIONNEL

I. SOINS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

SOINS A LA MERE

- Accueillir la femme
- Mener l'interrogatoire
- Demander le carnet de santé de la femme

- Si elle n'a pas de carnet ou si elle n'a pas été suivie pendant la grossesse, demander:
- Nom, prénom
- Le nombre de grossesses antérieures, leur issue, les antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques

Si elle a un carnet:

- Vérifier les observations des différentes visites prénatales
- Voir si la femme connaît son statut VIH
- Voir les risques identifiés pendant la grossesse
- Prendre connaissance des résultats des examens complémentaires

Aussi, demander:

- Quand le travail a commencé
- Si la poche des eaux s'est rompue
- Si elle a eu des saignements
- Si elle a pris quelque chose pour accélérer ou ralentir le travail
- Si elle est accompagnée d'une accoucheuse traditionnelle (matrone)

a. Examiner la femme en travail

L'examen Général

- Demander à la femme d'uriner, de se déshabiller
- Installer la femme sur la table d'examen ou dans son lit
- Faire l'examen général: TA, température, pouls, fréquence respiratoire
- Vérifier l'état des conjonctives
- Observer s'il ya des pertes vaginales

- Procéder à une toilette vulvaire, et si nécessaire, au lavement évacuateur

L'examen Obstétrical

- Faire l'inspection de l'abdomen: sa forme, la présence de cicatrices
- Faire le palper abdominal: position du fœtus, localisation des pôles fœtaux, apprécier l'intensité et le rythme des contractions utérines en les comptant
- Rechercher et compter les bruits du coeur fœtal

Se laver les mains au savon et mettre des gants :

- Faire un toucher vaginal
- Examiner le gant: aspect et odeur des sécrétions ou du liquide amniotique

Se laver les mains après l'examen :

- Noter les renseignements sur le partogramme si disponible tout au long du processus
- Couvrir la femme après l'examen et lors du transfert d'une salle à une autre.
- Se préparer pour un accouchement propre et sûr.

d. SURVEILLER LE TRAVAIL

La surveillance du travail se fera à l'aide du partogramme :

- Durant le travail, un examen obstétrical est fait toutes les 4 heures pendant la phase de latence et toutes les 2 heures pendant la phase active. Cela est fonction de la rapidité d'évolution du travail.
- Remplir le partogramme modifié de l'OMS à partir de la phase active, déplacement à la ligne d'alerte et la ligne d'action. Référez promptement si nécessaire.

2. L'ACCOUCHEMENT

L'accouchement normal le plus fréquent est celui du sommet:

- S'assurer que le matériel nécessaire à l'accouchement est complet et stérile
- Se laver les mains et avant-bras avec du savon
- Faire la toilette vulvaire et porter des gants stériles
- Rassurer la cliente, la calmer
- Lui expliquer les étapes du travail
- Faire comprendre à la femme l'importance de sa collaboration au cours de l'expulsion
- Expliquer à l'avance comment faire des efforts expulsifs et comment récupérer entre les contractions utérines
- Ausculter et compter régulièrement les BDCF
- Demander à la femme de pousser pendant la contraction lorsque la tête est à la vulve
- Surveiller le périnée et le protéger
- Faire au besoin une épisiotomie au moment où la tête est au petit couronnement (en protégeant la tête avec deux doigts à l'intérieur du périnée)

3. SOINS IMMEDIATS AU NOUVEAU-NE A FAIRE EN SALLE D'ACCOUCHEMENT.

- Placer le bébé immédiatement sur le ventre de sa mère. Après avoir placé sur le ventre de sa mère :
 - Le sécher attentivement (en nettoyant le sang et autres sécrétions de la mère) et le recouvrir avec un linge propre et sec tout en essuyant les yeux du bébé (en utilisant un linge ou un coton propre pour chaque œil) et en vérifiant sa respiration.

- Si le bébé ne commence pas à respirer immédiatement, agir immédiatement en appliquant les gestes de réanimation de l'enfant.
- Si le bébé crie ou respire, (poitrine qui se soulève au moins 30 fois par minute), laisser l'enfant avec sa mère.
- Nouer ou clamber le cordon ombilical à deux endroits (à environ 3 cm et 5 cm de l'ombilic) et couper le cordon entre les nœuds en ayant soin de le recouvrir d'un carré de gaze ou de la paume de la main pour éviter les éclaboussures.
- Faire le pansement ombilical
- Evaluer le score d'Apgar à la 1ère minute et à la 5ème minute
- Mettre dans chaque oeil 1 ou 2 gouttes de collyre antiseptique
- Peser et mesurer le nouveau-né : poids, taille, périmètre crânien
- Faire un examen détaillé de toutes les parties du corps pour constater qu'il est normal et bien constitué
- Garder le nouveau-né au chaud: soit contre le corps de sa mère et couvert d'un linge sec pour éviter les déperditions de chaleur.
- Mettre l'enfant au sein avec la collaboration de sa mère
- Remplir la partie accouchement du carnet de la mère

4- FAIRE LA DÉLIVRANCE - PRISE EN CHARGE ACTIVE DU TROISIÈME STADE

- **Administrier l'ocytocine :**

Dans la minute qui suit l'accouchement, palper l'abdomen de la mère pour écarter l'éventualité d'un autre/d'autres bébés et administrer 10 unités d'ocytocine IM

- **Traction mesurée sur le cordon**
 - « Clamper » le cordon à proximité du périnée. Maintenir le cordon et la pince dans une main.
 - Placer l'autre main juste au-dessus du pubis et stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut. La contre traction ainsi exercée refoule le fond utérin et évite une inversion de l'utérus
 - Maintenir une légère tension sur le cordon et attendre une forte contraction de l'utérus (2 à 3 minutes)
 - Lorsque l'utérus s'arrondit ou que le cordon s'allonge, tirer très doucement sur le cordon, en direction du bas, pour extraire le placenta. Ne pas tirer sur le cordon entre les contractions. Ne pas attendre que du sang gicle pour exercer une traction sur le cordon
 - Continuer à appliquer une contre-traction (maintenir la pression vers le haut de l'utérus) avec l'autre main.

Si le placenta ne descend pas dans les 30-40 secondes qui suivent la traction mesurée sur le cordon, relâcher la tension et répéter lors de la prochaine contraction. (Normalement, le placenta se décolle avec 3 ou 4 contractions si on utilise une prise en charge active).

Si le placenta ne se décolle pas dans les 30 minutes, réaliser l'extraction manuelle du placenta, avant de procéder aux soins.

- Prendre le pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire
- Noter la coloration des conjonctives
- Recueillir le placenta à la vulve
- Examiner le placenta pour vérifier s'il est complet
- Si la délivrance tarde où s'il ya crainte d'hémorragie, voir la section concernée du chapitre <suivi post-natal>
- Eviter de faire pression sur le fond utérin comme piston (manoeuvre de CREDE) afin de réduire un risque accru d'hémorragie de la délivrance.

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale, jusqu'à ce que l'utérus se contracte.

5 .SOINS POST-PARTUM IMMEDIATS A LA MERE

- Apprécier le globe utérin de sécurité
- Apprécier l'écoulement sanguin
- Faire une toilette vulvaire
- Rechercher une déchirure possible du périnée et la suturer
- Désinfecter les parties génitales de la femme et mettre une garniture propre
- Laisser la femme allongée à plat sur le dos pendant 15 à 30 minutes
- Surveiller le pouls, la tension artérielle, la coloration des conjonctives la fréquence respiratoire.
- Faire un feed-back à la femme sur le déroulement de l'accouchement.
- Donner des conseils sur l'hygiène de vie; l'allaitement maternel, la PF et les soins au nouveau-né
- Donner la date d'une première visite de suivi post-natal

II- SOINS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT PATHOLOGIQUE

2.1. ACCOUCHEMENT A RISQUE PREVISIBLE

Le carnet de santé de la femme fait un rappel des facteurs de risque, par exemple par rapport aux antécédents obstétricaux (césarienne, dernier né mort-né, etc...)

S'il existe un facteur de risque :

- référer pour un accouchement à l'hôpital
- convaincre la gestante et sa famille de la nécessité d'aller accoucher à l'hôpital

Si le diamètre antéro -postérieur < 18cm :

- référer pour un accouchement à l'hôpital
- convaincre la gestante et sa famille de la nécessité et de l'importance d'aller accoucher à l'hôpital
- Aider les parents à chercher les moyens nécessaires pour effectuer la référence

2.2 PROCIDENCE DU CORDON QUI BAT

- Ne pas tenter de refouler le cordon
- Protéger le cordon avec une compresse imbibée de ringer tiède
- Administrer en IV 0.5mg de salbutamol très lentement
- Convaincre la gestante et sa famille de la nécessité et de l'importance pour la vie de la mère d'accoucher à l'hôpital
- Aider les parents à chercher les moyens nécessaires pour effectuer la référence

2.3- PROCIDENCE DU BRAS

- Ne pas tenter de refouler le bras

- Administrer en IV 0,5 mg de salbutamol très lentement
- Convaincre la parturiente et sa famille de la nécessité et de l'importance pour la vie de la mère et du fœtus d'aller accoucher à l'hôpital
- Aider les parents à chercher les moyens nécessaires pour effectuer la référence

2.4- HEMORRAGIE PENDANT LE TRAVAIL

- Installer une perfusion de dextrans ou à défaut un ringer lactate
- Vérifier les constantes vitales (pouls, tension artérielle, respiration, pâleur) et les mentionner sur la feuille d'évaluation
- Evacuer immédiatement selon le niveau
- Faire accompagner la femme
- Rassurer la famille

2.5- ECLAMPSIE

- Isoler la femme
- Eviter les stimuli (bruits, lumière)
- Assurer que les voies aériennes sont dégagées
- Protéger la langue
- Installer une voie veineuse
- Administrer 4g de MgSo₄ I.V ou IM
- Installer une perfusion de lactate de sodium
- Insérer un cathéter à demeure
- Convaincre la famille de la nécessité et de l'importance d'aller accoucher à l'hôpital pour la mère et le fœtus
- Référer immédiatement
- Faire accompagner la patiente

2-6. TRAVAIL PROLONGE/DYSTOCIQUE

Si les douleurs se prolongent pendant 12 heures ou plus sans que la femme ait accouché il faut soupçonner un travail prolongé/dystocique

RECHERCHER si :		
La présentation de l'enfant	Normale	Anormale
L'engagement de la tête	Engagée	Non engagée
Les battements du Coeur foetal	normaux	Inaudibles, très rapides ou lents
Classer comme	Travail prolongé	Travail dystocique
TRAITER AU		
DISPENSAIRE	référer	référer d'urgence
CENTRE DE SANTE	<ul style="list-style-type: none"> - vider la vessie en posant une sonde si nécessaire - commencer une antibiothérapie en cas de rupture prématurée des membranes à plus de 12 heures - pratiquer une rupture 	<ul style="list-style-type: none"> - commencer une antibiothérapie - commencer la réhydratation - procéder à une symphysiotomie si nécessaire - référer à l'hôpital si nécessaire

	<p>artificielle des membranes si nécessaire</p> <p>-Référer à l'hôpital si l'état de la femme ne s'améliore pas dans les 2 heures</p>	
HOPITAL	<p>comme ci-dessus</p> <p>- Administrer des ocytociques</p> <p>- Envisager une césarienne</p>	<p>- commencer une antibiothérapie</p> <p>- pratiquer une césarienne</p> <p>-pratiquer toute autre intervention chirurgicale qui s'imposerait</p>

Il y a **dystocie** lorsque la progression du travail est arrêtée par des facteurs mécaniques; en ce cas l'accouchement doit se faire par césarienne.

Il y a **travail prolongé** lorsque le travail est actif avec des contractions utérines régulières et la dilatation progressive du col dure plus de 12 heures. Transférer d'urgence à l'hôpital toute les femmes en travail prolongé souffrant de douleurs abdominales importantes ou de faiblesse car elles risquent d'avoir une rupture utérine.

2-7. SOUFFRANCE FOETALE

Les 3 signes de souffrance foetale sont:

- Rythme cardiaque du bébé supérieur à 160 ou inférieur à 120 battements par minutes;
- Ecoulement de méconium (selles du bébé) qui indique que le bébé manque d'oxygène,
- Mouvements agités du bébé.

Ces signes peuvent indiquer que le nouveau-né est en détresse et nécessite des soins de réanimation. Conduite à tenir. (voir tableau suivant)

RYTHME CARDIAQUE	
OBSERVATIONS	<p>Rythme cardiaque > ou égal à 160, < ou égal à 120 battements/minute</p> <p>Changement soudain du rythme cardiaque d'un ton très fort à un son très doux.</p> <p>Un rythme cardiaque égal ou inférieur à 120 est un signe d'alarme grave et demande une action d'urgence</p>
ACTIONS	<p>Ecouter le rythme cardiaque à la fin de chaque contraction. Changer la position de la mère après avoir entendu un rythme anormal.</p> <p>Si le rythme cardiaque reste anormal pendant plus de 3 contractions :</p> <p>a) Donner des liquides à la mère</p> <p>b) Aider la à se mettre sur le côté gauche ou avec les genoux repliés</p>

	<p>sur la poitrine.</p> <p>c) Vérifier le rythme cardiaque toutes les 5 minutes.</p> <p>Si le rythme est toujours anormal</p> <p>a) vérifier qu'il n'y a pas de prolapsus du cordon. Référer.</p> <p>b) Si la référence n'est pas possible, être prêt à réanimer le nouveau-né en détresse après l'accouchement.</p>
b) MECONIUM	
OBSERVATIONS	Liquide amniotique épais mélangé avec du méconium du bébé. Le bébé perd du méconium lorsqu'il souffre de manque d'oxygène.
ACTIONS	<p>Vérifier la position du bébé:</p> <p>a). En cas de présentation par le siège, vérifier attentivement qu'il n'ya pas de disproportion foeto-pelvienne.</p> <p>b). S'il n'ya pas de siège, vérifier le rythme cardiaque du bébé. Si l'accouchement n'est pas imminent : Référer.</p>
c) Mouvement agité du BB	
OBSERVATIONS	<p>Le bébé bouge beaucoup dans l'utérus, comme s'il avait un problème et se débattait pour s'en débarrasser.</p> <p>Le bébé pourrait avoir des convulsions.</p> <p>Normalement, le bébé se déplace très</p>

	peu pendant le travail.
ACTIONS	Vérifier le rythme cardiaque du bébé. Si l'accouchement n'est pas imminent : référer.

2-8. L'ASPHYXIE NEONATALE:

EST A SOUPCONNER SI :	l'enfant ne crie pas ou ne respire pas immédiatement après la naissance	
RECHERCHER	la respiration est déprimée ou absente le rythme cardiaque est sup ou égal à 80/mn	la respiration est déprimée ou absente, le rythme cardiaque est <à 80/ mn >80/minute
CLASSER COMME	Asphyxie néonatale légère	Asphyxie néonatale grave
TRAITER AU		
Dispensaire	<ul style="list-style-type: none"> - Sécher l'enfant avec un linge chaud - Assurer une chaleur ambiante appropriée - Dégager les voies respiratoires - Ventiler en pression positive avec ambu bag - et référer si 	Référer

	nécessaire	
Centre de santé	Comme ci-dessus + - Ventilation avec ambu bag - Massage cardiaque - Référer si nécessaire	Comme ci-dessus + - Ventilation avec ballon et masque - référer
hôpital	Comme ci-dessus + - ventilation avec oxygène - intubation si nécessaire	Comme ci-dessus+ - ventilation avec oxygène - intubation si nécessaire

L'asphyxie néonatale est caractérisée par l'absence ou la dépression de la respiration. Une bonne ventilation du nouveau-né constitue l'aspect le plus important de la réanimation.

2. 9. L'HYPOTHERMIE NEONATALE

Il ya une hypothermie lorsque la température corporelle (axillaire) tombe en dessous de 36,5⁰ C. La fourchette normale est comprise entre 36,5⁰ et 37,5⁰ C.

HYPOTHERMIE NEONATALE

Est à soupçonner si :	les pieds sont froids au toucher, l'enfant crie ou tête faiblement et présente une réduction d'activité (léthargie).	
Rechercher Température axillaire	Comprise entre 36 ⁰ C et 37,5 ⁰ c	Température axillaire inférieure 36,5 ⁰ C
Classer comme	Hypothermie légère 36,5 ⁰ C et 35 ⁰ C	Hypothermie grave < 35 ⁰ C
TRAITER AU		
dispensaire	- sécher avec des serviettes chaudes	

	<ul style="list-style-type: none">- assurer un environnement chaud en maintenant le nouveau-né peau contre peau de la mère ou enveloppé dans des linges ou vêtement chauds- donner le sein fréquemment- mettre l'enfant sous une baladeuse
Centre de santé	Comme ci-dessus
hôpital	Comme ci-dessus+ réchauffer en utilisant les méthodes appropriées (baladeuses, incubateurs)

ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel exclusif pendant les six (6) premiers mois sera systématiquement recommandé

La mise au sein commencera immédiatement, soit dans la ½ heure qui suit la naissance sans administration préalable de biberon d'eau sucrée. Les tétées se feront à la demande et non suivant un horaire rigide.

La promotion du lait artificiel dans les institutions de santé est formellement interdite.

AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

En plus d'être éclairée et persuasive, l'éducation sanitaire doit faire ressortir les avantages de l'allaitement maternel. Citons parmi les plus importants:

- jusqu'à six (6) mois, le lait maternel peut à lui seul assurer une croissance et un développement normaux du nourrisson.
- Le lait maternel est le plus sûr, le plus sain, le plus digestible et le moins cher de tous.

- Le lait maternel est toujours prêt à l'usage et ne surit jamais, quelque soit l'intervalle entre les tétées.
- Le lait maternel protège contre les infections.
- Le lait maternel est le seul que peut prendre en toute sécurité l'enfant qui souffre de diarrhée.
- L'allaitement maternel procure à l'enfant un meilleur développement affectif et psychomoteur.
- L'allaitement maternel exclusif diminue les risques de grossesses trop rapprochées car il retarde l'apparition ou le retour des règles, qui signe l'ovulation. C'est une méthode de planning familial (MAMA).

Le lait maternel ne coûte rien et allège le budget de la famille.

Dans le cas de femme VIH+, se référer aux normes d'alimentation du bébé né de mère séropositive.

Chapitre 5

5. LES SERVICES POST-NATALS

Le but des services post-natals est de s'assurer de l'état de santé de la nouvelle accouchée, de l'intéresser aux choix d'une méthode de planification familiale et de la conseiller sur les soins au bébé.

Ils sont offerts dans les cliniques de soins maternels et infantiles du pays. L'accouchée se présentera à la clinique toujours munie de son carnet de sante de la femme.

Dans les dispensaires ruraux, les services post-natals doivent être offerts aux nouvelles accouchées référées par les matrones, les agents de santé, les collaborateurs volontaires et les guérisseurs traditionnels. Ces prestataires de services communautaires devront toujours motiver les accouchées à solliciter ces dits services. Il en est de même pour les infirmières et les auxiliaires dans les grandes villes du pays. Ces visites s'effectueront dans un délai de 4 semaines après l'accouchement.

Ces services comportent:

- Le contrôle des annexes
- Le contrôle des signes vitaux.
- Le contrôle de l'involution utérine
- Le contrôle du caractère des lochies.

Il est à noter que, dans un contexte d'intégration de services, la consultation post-natale sera l'opportunité pour la mère de faire bénéficier l'enfant d'un examen clinique et de vaccinations.

Au cours de cette visite, la femme recevra des recommandations concernant l'hygiène corporelle, son alimentation, l'allaitement maternel, sur la double protection si elle est VIH+ et les soins au bébé. Une importance particulière sera apportée aux bénéfices pour la mère et l'enfant à espacer les naissances en vue de protéger la santé de la mère, d'assurer les meilleurs soins au dernier né et de favoriser l'allaitement prolongé. Un intervalle de 2 à 3 ans est recommandé entre les grossesses jusqu'à ce que la famille ait atteint la dimension choisie par les parents, période après laquelle il faudra penser à la limitation des naissances.

Les mesures adéquates seront prises pour qu'à la faveur de la consultation post-natale, la femme qui a fait le choix d'une méthode de planification, après counseling approprié, laisse la clinique avec cette méthode compte tenu des disponibilités des indications et contre-indications spécifiques à cette période.

5-1. Qui fait le suivi post-natal?

Ce sont les médecins, les infirmières, les infirmières sages-femmes, auxiliaires, matrones, agents de santé et promoteurs, à tous les niveaux, qui voient des femmes enceintes dans l'exécution de leurs tâches. Comme rappel, voici un tableau des activités de suivi post-natal par niveau de soins.

5-2. Activités De Suivi Post-Natal

Activités (post-natal)	communauté	dispensaire	CSL/CAL	hôpitaux
1. Surveillance état Mère-enfant	+	+	+	+
2. promotion allaitement maternel	+	+	+	+

3. vaccination- enfants	+ (stratégie avancée)	+	+	+
4. IEC/éducation pour la santé	+	+	+	+
5. planification familiale	+	+	+	+
6. prévention et prise en charge des IST/SIDA	+ (prévention)	+ approche syndromique	+	+

SOINS APRES ACCOUCHEMENT

Après l'accouchement, il est recommandé de garder la femme entre 24 et 48 heures à l'institution de santé. La Consultation post-natale comprend la consultation précoce et la consultation post-natale tardive.

1. **Consultation post-natale précoce de 0 à 6 jours après l'accouchement.**

- . Accueillir chaleureusement la femme
- mener l'interrogatoire de la femme
- informer la femme de l'importance et du déroulement de la consultation (avec un ton encourageant) réconfortant
- demander le carnet de santé de la femme pour en tirer les informations utiles
- recueillir les motifs de consultation
- recueillir les informations sur l'activité de la femme, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux

- analyser le volet accouchement du carnet de santé de la mère
- porter les informations recueillies dans le carnet
- procéder à l'examen de la femme
- préparer le matériel d'examen
- faire uriner la femme
- expliquer à la femme le déroulement de l'examen
- prendre la TA, la Température, le poids, le pouls
- demander à la femme de se déshabiller
- apprécier l'état général
- aider la femme à s'installer
- se laver les mains
- rechercher les œdèmes au niveau du visage, des membres inférieurs et supérieurs
- rechercher l'anémie
- examiner les seins
- vérifier la montée laiteuse
- palper l'abdomen et rechercher le globe utérin
- porter des gants stériles ou désinfectés
- examiner la vulve, et périnée et l'anus
- faire un toucher vaginal avec tact pour vérifier l'état du col, de l'utérus des annexes et du vagin.
- apprécier la quantité et la couleur des lochies
- aider la femme à se lever et à s'habiller
- enregistrer les résultants de l'examen dans le carnet et le dossier de la femme
- expliquer les résultats de l'examen à la femme, la rassurer
- vérifier l'état vaccinal de la mère et de l'enfant
- faire le counseling, PF, MAMA,
- Fournir une méthode PF si possible

- Conseiller la mère sur les soins à donner au bébé.
- Donner le rendez-vous à la femme pour la consultation post-natale tardive
- Remercier la femme et lui dire au revoir

2- Consultation post-natale tardive 4 semaines

Notes: faire les mêmes gestes que lors de la consultation post-natale précoce et en plus

- faire examen au speculum si possible
- noter la date et la durée du retour de couches

5-4. - SUITES DE COUCHES PATHOLOGIQUES

PREVENTION DE L'INFECTION :

Les mesures générales de prévention de l'infection telles que recommandées par le Ministère de la Santé Publique et Population ont été présentée en détail dans le Manuel de Normes et de Travail en planification Familiale à l'usage du personnel de santé. Les mesures en question s'appliquent également à la prévention de l'infection en post-natal.

Nous attirons l'attention sur le fait que c'est un processus dynamique impliquant tant le personnel de santé que les bénéficiaires des services. En ce qui concerne la gestante, elles commencent depuis le prénatal (i.e vaccin au tétanos toxoid, identification et traitement des IST) et se poursuivent durant l'accouchement (mesures d'hygiène générale, condition d'asepsie au moment de l'accouchement). Elles continuent durant le post-partum (réparation d'épisiotomie ou de lacérations périnéales dans les délais limités, ne dépassent pas 24 heures, antibiothérapie si nécessaire).

Le tableau ci-dessous présente la démarche à suivre à la recherche d'infection

puerpérale ou de tout autre type et les dispositions à prendre.

L'INFECTION

A SOUPCONNER si la fièvre, c'est-à-dire la température est égale ou supérieure à 38,5⁰ c pendant deux des premiers dix jours du post-partum (ou plus de 24 heures après l'accouchement).

Rechercher les signes suivants :	Oui	Oui
▪ Fièvre	+	+
▪ Ecoulement vaginal purulent et nauséabond	+	-
▪ Abdomen sensible à la palpation (douloureux, dur)	+	+
▪ Douleurs pelviennes	+	+
▪ Involution utérine telle que prévue	-	+
▪ Infection des seins	-	-

CLASSER COMME	Infection puerpérale	Autres infections
TRAITER AU		
1 ^{er} échelon	Traiter selon protocole de prise en charge	
	<p>Administer des antibiotiques</p> <p>Insérer une sonde urinaire</p> <p>Référer à l'hôpital :</p> <p>S'il n'y a pas d'amélioration dans les 48 heures</p> <p>Si la patiente est très malade</p> <p>En présence de choc, placer sous perfusion intraveineuse</p> <p>Commencer une antibiothérapie par voie intraveineuse ou par voie intramusculaire</p> <p>Traiter toute blessure infectée ou des voies</p>	<p>Appliquer le traitement approprié</p> <p>Appliquer un traitement antipaludique en zone holoendémique selon les politiques nationales</p> <p>Transférer s'il n'ya pas d'amélioration au bout de trois jours</p>

	urinaires ou évacuer les débris de placenta restés dans l'utérus	
Hôpital	Comme ci-dessous Changer ou combiner les antibiotiques si nécessaire Traiter tout abcès pelvien, toute thrombophlébite	Poursuivre les investigations et traiter de manière appropriée

Les procédés suivants seront utilisés dans la prise en charge des femmes en période post-natale et selon les pathologies rencontrées.

1- Anomalie de la montée laiteuse

a. sécrétion lactée insuffisante

- vérifier la présence du lait en exprimant le sein
- conseiller à la mère d'allaiter l'enfant à la demande
- laisser l'enfant téter aussi longtemps que possible
- encourager les tétées de nuits
- conseiller le repos
- demander à la mère de boire et de manger suffisamment

b. Engorgement mammaire

- Compresses chaudes sur les seins avant les tétées.
- Massage de la nuque et du dos avant les tétées.
- Expression manuelle ou à l'aide d'un tire- lait avant les tétées.
- Donner le sein à l'enfant à la demande.
- Paracétamol 500mg voie orale.
- Bien suspendre les seins (port de soutien- gorge adéquat).

2- Prise en charge de l'hémorragie primaire du post-partum (HPPP)

Le traitement se fera en fonction de la prise en charge du 3eme stade du travail.

Dans un centre de santé, l'accouchement doit être suivi et effectué par le médecin, l'infirmière sage-femme, l'infirmière ou auxiliaire. L'hémorragie du post-partum est définie comme la perte d'au moins 500 ml de sang à partir des voies génitales après la naissance de l'enfant.

L'hémorragie primaire du post-partum (HPP) se produit dans les 24 heures suivant la naissance de l'enfant.

Devant une HPPP dans un centre de santé, faites les gestes suivants méthodiquement et par ordre.

A- si le placenta n'est pas encore expulsé, vérifier s'il est décollé :

- s'il est décollé, faire l'expulsion et puis faire des massages du fond utérin pour susciter une contraction prolongée,
- s'il n'est pas décollé, faire la délivrance manuelle, si la délivrance est réussie, donner Ergométrine si TA est $<$ ou $=$ 120/80, une ampoule en IM s'il n'y a pas de contre indications (HTA, cardiopathie)
- en cas d'échec de la délivrance manuelle, référer l'accouchée au centre de référence.

B- si le placenta est expulsé :

- a) faire des massages du fond utérin pour susciter une contraction prolongée.
- b) si possible, placer une vessie de glace solide enveloppée dans un linge sur le fond du l'utérus.

c) analyser le partogramme si disponible

- Si les contractions étaient faibles au moment de la dilatation complète : penser à une hypotonie utérine et faire une révision manuelle de l'utérus puis un massage de l'utérus au poing.
- Si sur le partogramme, tout est normal : passer au point (d)

d) Réexaminer le placenta pour s'assurer qu'il n'y a pas eu de rétention d'un cotylédon

C- Le placenta est incomplet : faire l'extraction manuelle du reste du placenta dans les conditions de stricte asepsie puis donner l'Ergométrine 1 ampoule IM+ antibiothérapie.

- Le placenta est complet et l'hémorragie persiste : passer au point suivant :

a) Examen de la vulve, du vagin et du col sous valve à l'aide d'un bon éclairage.

- S'il y a des déchirures vaginales, périnéales et/ ou cervicales : suture sous anesthésie locale+ antibiothérapie pendant 5 jours.
- Il n'y a pas de déchirure visible, ni de source locale d'hémorragie dans le vagin et sur le col, penser à une hypotonie utérine et faire une révision manuelle de l'utérus puis un massage de l'utérus au poing.
- Si l'hémorragie persiste : référence d'urgence au centre de référence avec une perfusion de 500cc de sérum physiologique et/ ou donner à boire une solution de SRO.

Réchauffer la femme durant le transport avec une couverture chaude

- Les personnes disposées à donner du sang doivent être identifiées pour accompagner la femme à l'hôpital.

Note : dans le cas d'une référence à un niveau supérieur, le personnel médical et paramédical prendra les mesures suivantes :

- Réparer toutes lésions génitales (sutures)
- Administrer de l'Ergométrine en IM
- Installer une perfusion de sérum physiologique et/ou donner de l'eau à la demande et/ou du SRO
- Commencer un traitement antibiotique
- Identifier les donateurs potentiels qui accompagneront la malade
- Accompagner la malade

3- Prise en charge de l'hémorragie secondaire du post-partum

L'hémorragie secondaire du post-partum est l'hémorragie qui se produit après 24 heures jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

Dès reconnaissance d'une hémorragie secondaire du post partum :

- Faire la révision utérine et s'il y a expulsion de débris placentaires : perfusion de sérum salé, antibiothérapie, Ergométrine 1 ampoule en IM.
 - Si l'hémorragie persiste ou l'état de la patiente ne s'améliore pas dans les 6 heures : référer immédiatement
 - S'il n'y a pas rétention placentaire avec hémorragie peu abondante : antibiothérapie pendant 5 jours+ Ergométrine et revoir la femme 5 jours après.

HEMORRAGIE DU POST-PARTUM (HPP)

A SOUPCONNER	- En cas de saignement vaginal excessif après l'accouchement, c'est à dire perte de sang >500ml ou plus d'une serviette trempée par
---------------------	---

	heure ; - Saignement de sang rouge vif avec ou sans caillots après l'accouchement..	
Rechercher		
Etat de choc	OUI	OUI
Délivrance du placenta achevée <1heure	OUI	NON
CLASSER COMME	Hémorragie du post- partum	Rétention placentaire
TRAITER AU		
Dispensaire	Référer au CSL/CAL Trouver des donneurs de sang	Référer au CSL/CAL
Centre de santé avec ou sans lits	Placer sous perfusion en présence de choc. Masser l'utérus vigoureusement. Procéder à une compression bi- manuelle de l'utérus ou compresser l'aorte. Administrer des ocytociques. Encourager la parturiente à uriner, faire un sondage	Placer sous perfusion en présence de choc. Encourager la patiente à uriner, faire un sondage vésical si nécessaire. Essayer une traction contrôlée du cordon. ❖ Si la rétention placentaire persiste,

	<p>vésical si nécessaire. Si le saignement est important et ou persiste, référer la parturiente à l'hôpital. Trouver des donneurs de sang. Suturer les déchirures. Explorer ou faire le curetage, le cas échéant. Référer au niveau supérieur si le saignement n'est pas interrompu.</p>	<p>effectuer manuellement l'évacuation du placenta. Si l'évacuation n'est pas possible référer à l'hôpital Trouver des donneurs de sang. Suturer les déchirures.</p>
Hôpital	<p>Comme ci-dessus + Traiter l'état de choc et procéder à une transfusion sanguine. Procéder à une intervention chirurgicale, le cas échéant.</p>	<p>Comme ci-dessus + Procéder a une transfusion sanguine si nécessaire. Procéder à une intervention chirurgicale le cas échéant.</p>

Toute femme ayant eu une hémorragie doit recevoir du fer après l'accouchement.

4. AUTRES PATHOLOGIES DES SUITES DE COUCHES

Une femme présentant des suites de couches pathologiques peut développer :

- Une septicémie puerpérale
- Un abcès du pelvis
- Mastite, abcès mammaire

a) septicémie puerpérale

- Examiner la femme
- Si l'abdomen est douloureux et/ou utérus en subinvolution pendant 5 jours :
 - Pénicilline : 3 millions unités en IM pendant 5 jours
 - Analgésique : 2 comprimés 3 fois par jour pendant 5 jours.
 - Ergométrine : 1 ampoule en IM puis 1 comprimé 3 fois par jour jusqu'à qu'il y ait une involution utérine satisfaisante.
 - Métronidazole : 250mg per os 4 fois par jour pendant 5
 - Fer folate : 1 comprimé 3 fois par jour pendant 5 jours.
- Si possible : examens complémentaires : sang, bilan de coagulation.
- Si abdomen très douloureux + signes péritonéaux : référer.

b) Mastite / abcès mammaire.

- Cloxacillin 500 mg voie orale 4 fois par jour pendant 10 jours.
- Ou Erythromicine 250mg voie orale 3 fois par jour pendant 10 jours
- Paracétamol 500mg au besoin par voie orale.
- Continuer à allaiter dans le sein sain ou normal

- Compresses froides en application sur le sein malade.
- Port de soutien gorge pour assurer le maintien des seins.
- En cas d'abcès : référer la patiente pour incision/ drainage/ antibiothérapie.

Chapitre 6

6. ORGANISATION DU TRAVAIL A LA CLINIQUE PRENATALE

PLANIFICATION DE TRAVAIL

Les cliniques prénatales spécialisées ne seront faites que dans les maternités et les centres pourvus du personnel adéquat. En dehors de ces institutions, les femmes enceintes seront vues chaque jour si possible, au cours de la consultation générale. Au cours d'une année, le nombre de gestantes à voir en clinique prénatale est sensiblement égal à 4% de la population totale de la zone. Le nombre de gestantes programmé permet d'évaluer à la fin de l'année le pourcentage de la couverture prénatale réalisée par un établissement sanitaire.

Calcul de la population cible pour une clinique prénatale d'une zone donnée :

Pour une année, le nombre de gestantes est égal à peu près à 4% de la population totale de la zone.

Population totale X 4 = femmes enceintes

100

Exemple :

Si la population est de 10.000 habitants, le nombre de femmes enceintes est de 400.

10.000 hab.X 4= 400 femmes

100

Calcul du pourcentage de la couverture prénatale

C'est le rapport entre le nombre de femmes enceintes vues à la clinique au cours d'une année et le nombre de femmes enceintes estimées dans la zone.

Ce rapport est généralement multiplié par 100, pour exprimer le pourcentage du total.

Ex. nombre de femmes enceintes de la zone = 400

Nombre de femmes enceintes vues = 200

La couverture prénatale est de : $\frac{200}{400} \times 100 = 50\%$

DIVISION DE TRAVAIL

Au départ, les rôles doivent être nettement définis et partagés équitablement entre les membres de l'équipe sanitaire sur place de telle sorte que chacun puisse savoir exactement ce qu'il a à faire et qu'il n'y ait point de personne à s'esquinter tandis que d'autres s'engourdissent dans l'oisiveté. De plus, il faut établir une certaine synchronisation dans l'action pour que chaque acte posé, le soit au bon moment ; ce qui permet d'éviter l'obstruction et l'impatience parfois justifiée des clientes toujours pressées à partir vaquer à leurs occupations.

QUALITE DES SOINS

Les gestantes référées par les matrones, les agents de santé, les collaborateurs volontaires, les auxiliaires etc. seront prises en charge dès que leur arrivée et traitées avec égard et déférence. Elles doivent être satisfaites de l'accueil et de la qualité des services offerts de telle sorte qu'elles soient disposées à venir réclamer des soins et à faire la promotion de l'institution.

LA COLLECTE DES DONNEES STATISTIQUES

Les différents services offerts seront enregistrés scrupuleusement, au jour le jour dans les registres, formulaires, dossiers des patients/clients, de telle sorte que dans la première semaine du mois qui suit, le rapport mensuel soit déjà expédié à l'administration concernée pour les suites nécessaires. Le nombre de nouvelles gestantes, le nombre d'anciennes gestantes vues pour le mois, le nombre de premières, de deuxième doses, et de doses de rappel de vaccin antitétanique administrées, le nombre de séances d'éducation sanitaire réalisées pour les gestantes constituent l'essentiel du rapport mensuel en matière de consultation prénatale (Référer à l'Annexe : Rapport Mensuel, Carte D'Identité, nombre de femmes ayant bénéficié du pré test et du post test, nombre de femmes testées.)

LA REQUISITION DU MATERIEL

La réquisition générale doit refléter les besoins formulés à tous les niveaux de la consultation prénatale. Le nombre d'unités de chaque article doit être noté avec clarté. Cette réquisition doit être signée par le responsable de la clinique avant d'être expédiée à l'administration de l'institution pour les suites nécessaires.

EVALUATION/SUIVI

Le personnel responsable des activités de clinique prénatale se réunira au moins une fois par mois pour apprécier le travail réalisé, discuter des problèmes rencontrés et prendre les résolutions appropriées. Le superviseur en tournée doit être mis au courant des problèmes rencontrés. Il fera les recommandations qui s'imposent. Un rapport de feed-back doit être envoyé à l'institution.

APPENDICES

APPENDICE SECTION I : PLANIFICATION FAMILIALE

Appendice i : Equipement de base pour une clinique de sante de la reproduction.

Equipement et matériel pour bureau et Salle d'attente

- Bureaux, chaises, classeurs, matériel de bureau, (attaches commerciales, papier, crayons, plumes).
- Registres et formulaires divers : carte index, carte de suivi/rendez-vous, carte de stock, dossiers médicaux divers (Sr. Gynécologique-prénatal) formulaires de CCV, formulaires de supervision, formulaires d'activités communautaires, registre de PF.
- Matériels d'IEC

Equipement et matériel pour examen clinique

- Table de consultation, tabouret, balance avec toise.
- Tensiomètre, stéthoscope, table de Mayo.
- Bocaux pour applicateurs, coton, gaze.
- Pincés hémostatiques diverses, pincés à col, pincés à biopsie du col.
- Spatules de Ayres, spécula (large, moyen, petit) stérilisateur/autoclave, pincés en cœur.
- Lampe sur pied (à col de cygne).
- Hystéromètre, sonde de Novak.
- Pincés à instruments, lampes de microscope, coton, gaze, applicateurs, solution antiseptique, alcool 70° à 95°, lubrifiant, gants jetables non stériles et stériles, masques.
- Seringues et aiguilles jetables stériles.
- Matériel éducatif : posters, feuillets de PF, guide d'éducation en PF, aide

mémoire du promoteur.

Méthodes contraceptives

- Pilules, DIU, condoms, collier, contraceptifs injectables, implants.
- Kit de mini-laparotomie, kit de vasectomie.
- Matériel d'entretien du local et des équipements.
- Manuel administratif, manuel ou guide de normes et procédures.

Equipements et matériels pour insertion et retrait de DIU

Article	Quantité
1- Pincés à col (tenaculum)	3
2- Cup (gallipot)	3
3- Pincés hémostatiques	2
4- Pincés à instruments	1
5- Hystéromètre/sonde utérine	3
6- plateau pour instruments	2
7- Plateau avec couvercle	1
8- Spécuala (3 moyen, 1petit, 1large)	5
9- pince à retrait	1
10- Crochet à retrait	1
11- Pincés de Bozeman	3
12- Pincés en cœur	3
13- ciseaux (courbes et droites)	6
14- boulettes de coton	QS
15- carrés de gaze	QS
16- Serviettes à champs	1à 2 dz
17- Gants jetables stériles (No 7, 7.5, 8)	QS

Les gants ne sont pas nécessaires si le prestataire peut introduire le DIU dans le plongeur, à l'intérieur du sachet stérile. Sinon, il doit porter les gants stériles pour le faire.

Equipement et matériel pour insertion et retrait des implants

Article	Quantité
1- Trocart spécial pour Implants ou inserteur	5à 10
2- Bistouri facultatif	3+QS lames
3- bol métallique	1
4- Pince hémostatique droite (mosquito)	1
5- Pince hémostatique courbe (mosquito)	1
6- pince en U	1
Seringue disposable stérile (10cc)	1
7- aiguilles stériles jetables no. 22g par 1/2	QS
8- Plateau avec couvercle	QS
9- Pince courbe (criles) 5 ½	1
10- Solution anesthésique à 1%, vial de 20cc	1
11- serviettes à champs à stériliser	QS
12- Gants jetables stériles de différentes Pointures (7-71/2-8)	1à 2douzaines
13- Adhésive	QS
14- Pads stériles	QS

Équipement et matériel pour mini-laparotomie

Article	Quantité
1- Ecarteur Faraboeuf	2
2- Pince en cœur	1
3- Paire de ciseaux	1
4- Crochet tubaire	1
5- Babcoch	2
6- Porte-aiguille	1
7- Porte-lames # 3	1
8- Pincés hémostatiques courbes	4
9- Pincés hémostatiques droites	2
10- pince à tissus à griffes	1
11- Pince à tissus sans griffes	1
12- Cathéter avec mandrin	
Temps vaginal	
1- speculum	1
2- pince en cœur	1
3- élévateur utérin	1
4- pince de Posy	1
5- bol	1

Équipement et Matériel pour simples examens de laboratoire

Article	Quantité
1- Microscope	1
2- Miroir pour microscope	1
3- Bouteille compte goutte pour sérum physiologique	1
4- Bouteille compte goutte pour hydroxyde de potassium	1
5- Seringue /aiguilles jetables, stériles	QS
6- Tube pour prélèvement de sang	Qs
7- Tourniquet	3
8- Alcool à 95%	Qs
9- Coton et Gaze	QS
10- Lames et lamelles	QS
11- Sérum physiologique (bouteille)	QS
12- Hydroxyde de potassium (KOH en bouteille)	QS
13- Réactifs pour Gram, Giensa, etc	QS
14- Test de dépistage au VIH	QS
15- Kit pour test de Grossesse	QS
16- Cup pour collection d'urine	QS
17- Tige pour applicateur	QS
18 – Spatules de Ayres	QS
19- Spray pour fixer les prélèvements (Papanicolaou)	QS

Appendice 2 : Questionnaire pour le dossier de la cliente en santé de la reproduction.

A l'usage du personnel des dispensaires

BUT : Eclairer sur le choix du contraceptif et écarter toute contre-indication à une méthode spécifique.

- 1- Etes-vous enceinte actuellement ? Quelle est la date de vos dernières règles ?
- 2- Est-ce que vous allaitez un bébé actuellement ?
- 3- Avez-vous des ennuis d'hypertension ? de diabète ? de céphalée ? d'épilepsie ?
- 4- Avez-vous déjà eu une maladie du foie ou la jaunisse ? de la thyroïde (goitre) ?
- 5- Avez-vous eu déjà des troubles tels que varices, mauvaise circulation du sang (caillots sanguins), apoplexie (paralysie) ?
- 6- Souffrez-vous de fréquentes infections urinaires ?
- 7- Il y a-t-il quelqu'un dans votre famille qui souffre ou qui a souffert d'un cancer au sein, d'un cancer de la matrice ou du col utérin ? du diabète ? d'hypertension ?
- 8- Quelle est la durée de vos règles ? Sont-elles régulières ? Vous arrive t-il de saigner entre vos règles ou après les rapports sexuels ?
- 9- Avez-vous déjà été traitée pour une infection pelvienne ? vaginale ? utérine ? des trompes ? Quand ? Si oui, quel type de traitement avez-vous reçu ?

- 10- Etes-vous sous traitement médical en ce moment pour une maladie concernant le cœur, le foie, les reins, la tuberculose, l'épilepsie ou une maladie infectieuse ?
- 11- Est-ce que vous fumez ? Si oui, combien de cigarettes par jour ?
- 12- Avez-vous déjà subi une opération aux seins ou aux organes de la reproduction ? Si oui, quand et pourquoi ?

Appendice 3 : Liste aide mémoire maladies /symptômes.

A rechercher par le travailleur de santé communautaire

MALADIES / SYMPTOMES / CONDITIONS	OUI	NON
Age supérieur à 35 ans		
Grossesse (pas de règles, et autres symptômes)		
Femme allaitante (bébé âgé de moins de 6 mois)		
Jaunisse (coloration jaune de la peau et conjonctives)		
Lourdeur des seins (boule au sein)		
Suintement sanglant du mamelon		
Gonflement ou forte douleur aux jambes		
Forte douleur thoracique		
Souffle anormalement court après effort		
Maux de tête intenses, habituels		
Règles très abondantes		
Fréquence accrue des périodes		

APPENDICE SECTION II : SOINS MATERNELS

Appendice i : Matériels requis pour le fonctionnement d'une clinique post-natale ou de planification familiale.

- Attache commerciale
- Alcool 70 à 95 degrés
- Abaisse langue
- Benzalkonium
- Bureaux
- Bocal pour fixateurs et autres usages
- Buffet pour instruments
- Balance avec toise
- Classeur
- Chaises
- Tiges pour applicateur
- Coton hydrophile
- Gants
- Jeu de dilatateurs (bougies de Hogar)
- Lames pour Papanicolaou
- Spray fixateur pour Papanicolaou

- Lames à pied
- Lubrifiant
- Pots pour instruments, coton et gaze
- Pincés hémostatiques
- Pincés en cœur
- Stéthoscope médical
- Spéculum large et médium
- Matériel éducatif
- Sonde de Novack
- Sonde utérine ou hystéromètre
- Ciseaux courbes
- Stérilisateur
- Spatule pour prélèvements
- Table pour instruments
- Table d'examen
- Torche électrique
- Tension
- Pince à col ou tenaculum
- Pince à biopsie du col utérin

Le personnel de la consultation post-natale sera le même que celui de la consultation prénatale et le nombre de patientes fixé tout au plus à 24 pour une consultation de 4 heures soit à peu près 10 minutes par patiente.

Les activités de la consultation post-natale seront consignées au carré correspondant de la feuille de rapport journalier qui servira de base au rapport mensuel. Soulignons la nécessité de rechercher, en période post-natale chez les patientes, les raisons qui pourraient rendre dangereuse une grossesse future, en tenant compte des incidents survenus au cours de la grossesse et du dernier accouchement.

Appendice ii : Visite prénatale

Examens de laboratoire :

- Taux d'hémoglobine.
- Recherche de l'albumine et du sucre dans les urines.
- Typage, groupe sanguin, RH, test pour la syphilis, sickling test et test HIV, malaria test..

L'appréciation du taux par la méthode colorimétrique de comparaison, le dépistage de l'albumine et du sucre dans les urines, la réalisation des tests rapides pour la syphilis peuvent être correctement réalisés par une auxiliaire ayant reçu un entraînement approprié.

Les informations relatives au bilan de santé seront consignées dans le dossier et dans le « Carnet de santé de la femme », ce dernier sera remis à la femme enceinte tout en lui expliquant de le garder à domicile et de le présenter à chaque consultation, quel que soit le lieu.

Appendice III : Protocole PTME

GESTANTE ASYMPTOMATIQUE ET CD4 > 250 OU INCONNU

Présentation Maternelle

	GESTANTE			ENFANT
	Ante -partum	Intra- partum	Post-partum	Naissance < 72 hrs
28 - < 36 sem	AZT 300mg BID à 28 semaine *(a, b)	↑AZT 600 mg q 12hrs	D/C AZT	AZT (2mg/kg) qid X 1 sem +NVP (2mg/kg) dose unique. *(f)
≥ à 36 sem	AZT300mg+3TC150mg BID dans le meilleur délai (a,b)	↑AZT600mg+3TC150mg q12hrs	AZT 300mg +3TC150mg X 1 semaine	AZT +3TC (2mg/kg) qid X 1 semaine *(f)
Intra-partum*(e,f)		1)AZT 600mg +3TC150mg q 12hrs ou 2)AZT 600mg q 12hrs / ou 3)NVP 200mg dose unique	1)AZT 300mg +3TC150mg BID X 1 sem. 2)D/C AZT 3)D/C NVP	1)AZT x 6sem +3TC x1sem 2) AZT x 6 sem. 3) NVP dose unique
Post-partum*(f)			Suivi VIH	AZT x 6 sem. *(f) +NVP (2mg/kg) dose unique

GESTANTE, SYMPTOMATIQUE ET /OU CD4 < 250 OU INCONNU

Trithérapie disponible /Gestante sous ARV avt Grossesse | Trithérapie non disponible

Présentation Maternelle

	GESTANTE			ENFANT
	Ante-Partum	Intra-partum	Post-Partum	Naissance < 72 hrs
Ante-partum	Trithérapie à partir 2ème trimestre *(b, c,d) REFERENCE à un Centre ARV. *(g)	Trithérapie + ↑ AZT 600mg q 12hrs	Continuer la Trithérapie	AZT x 1 sem.*(f)
Intra-partum*(e,f)				

Post-Partum*(f)

Intra-partum*(e,f)

Référence pr suivi et trithérapie

AZT x 6sem + NVP dose unique *(f)

GESTANTE AVEC TB ACTIVE ET CD4 < 350 OU INCONNU.

Présentation Maternelle

↓
< à 32 sem.

≥ à 32 sem.

Intra-partum*(e,f)

Post-partum*(f)

GESTANTE

	Ante -partum	Intra partum	Post-partum
< à 32 sem.	RHEZ + Trithérapie 4 à 8 semaines après *(h, i)	Trithérapie +↑ AZT 600mg q 12hrs	Rx TB + Trithérapie
≥ à 32 sem.	RHEZ + AZT 300mg BID et ajouter 3TC 150mg BID à 36 sem. *(k)	↑ AZT 600mg +3TC 150 mg q 12hrs	Rx TB +AZT 300mg +3TC 150mg BID X 1 sem.
Intra-partum*(e,f)		Intra-partum *(e,f) + REFERENCE pour suivi VIH/TB.	Intra-partum*(e,f)
Post-partum*(f)			RHEZ et Trithérapie après phase intensive Rx TB.

ENFANT

Naissance < 72 hrs

AZT x 1 sem. *(f, j)
AZT +3TC X 1 sem. *(f, j)
Intra-partum*(e,f, j)
AZT X 6 sem. + NVP dose unique. *(f, j)

NOTES

- *(a) L'intervention la plus efficace pour réduire les risques de transmission mère-enfant du VIH est de donner la trithérapie. S'il y a possibilité de l'offrir elle doit être administré en prophylaxie aux femmes asymptomatiques.*
- *(b) Les régimes de choix pour initier une trithérapie chez une gestante sont :AZT +3TC+ NVP ou AZT+3TC+ IP(NFV,LPV/r,SQV/r) si le taux de CD4 est > 250 ou inconnu car la NVP n'est pas recommandée avec CD4 > 250 (hépatotoxicité et Syndrome de Lyell).*
- *(c) Si la gestante est dans un état clinique très altéré, la trithérapie peut être initiée au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse.*
- *(d) Si la gestante était s/s Arv antérieurement à la grossesse, la trithérapie sera poursuivie pendant le 1^{er} trimestre sauf si le régime contenait de l'EFV (téatogénicité) ou l'association d4T+ddI(acidose lactique) qui seront discontinués, le régime réadapté et poursuivi .L'AZT doit être remplacé par la NVP sauf si le taux de CD4 est supérieur à 250 (hépatotoxicité et Syndrome de Lyell). A noter qu'il est indispensable d'inclure l'AZT dans le régime de toute femme enceinte sauf en cas de contre-indication (Hb<8), dans ce cas l'AZT sera remplacé par le d4T.*
- *(e) Cette prise en charge(gestante/enfant) sera utilisée pour une parturiente symptomatique ou non qui se présente en intra- partum.*
- *(f) Si la prise de l' AZT ou de la bi/ trithérapie dans l'ante-partum est < 4 semaines, donnez l'AZT à l' enfant immédiatement et pendant 6 semaines,
Pour les enfants prématurés (< 35 sem) on donnera 2 mg /kg q 12 hrs pour l' AZT, la NVP et le 3TC.(applicable à tous les scenarii.)*
- *(g) Si la référence est impossible, commencez l'AZT à 28 semaines, passez à AZT+3TC à 36 semaines de gestation. et donnez la bithérapie en post partum à la mère et à l'enfant..*
- *(h) Si la trithérapie est indiquée au cours du 1er trimestre (femme au stade SIDA, stade III ou IV de l'OMS)., la combinaison AZT/3TC associée à l'Abacavir sera utilisée.*
- *(i) Le régime AZT/3TC/EFV(↑800mg) en cas de traitement concomitant VIH/TB peut être utilisé au cours du 2ème trimestre, moyennant qu'une méthode effective de PF soit utilisée dans le post-partum (Implants, DMPA, S/L de trompes).*
- *(j) Si la femme a reçu moins de 2 mois de traitement anti-TB durant la grossesse, le nourrisson devrait recevoir l'INH 5mg/kg par jour à la naissance. La prophylaxie à l'INH du nourrisson doit être maintenue pendant le traitement anti-tuberculeux maternel. Le BCG étant sensible à l'INH, une seconde dose de BCG doit être administrée lorsque l'INH du nourrisson a été discontinué.*
- *(k) Si la trithérapie est disponible et que le médecin peut en assurer un suivi adéquat pendant le dernier trimestre de la grossesse, elle peut être initiée après 32 sem. de gestation moyennant une bonne tolérance de la médication anti -TB.*

Appendice iv : Minimum requis pour le fonctionnement d'une maternité

Local

1. Une (1) salle d'attente donnant accès à la salle d'admission et comportant des bancs avec dossier et des affiches éducatives. Une (1) toilette desservira la salle d'attente.

2- Salle d'admission

Une (1) assez spacieuse pour disposer le mobilier suivant :

- Une (1) table d'examen avec étrier et marche pied
- Un (1) tabouret
- Un bureau et deux chaises
- Un chariot
- Un lavabo
- Un porte linge
- Un essuie-main
- Une lampe d'examen
- Une poubelle
- Un buffet pour le matériel

Du matériel d'examen tel que :

- Tensiomètre
- Stéthoscope bi-auriculaire
- Ruban métrique
- Balance pour adulte avec toise
- Spécule

- Des gants de dimension 7/2 et 8
- Lubrifiant
- Alèse en caoutchouc
- Thermomètre

3. une salle de travail et/ou d'accouchement

Cette salle sera munie du matériel suivant :

- Lavabo
- Boite de biosécurité
- Bonbonne d'oxygène
- Table de travail et/ou accouchement
- Buffet pour médicaments
- Buffet à linge
- Chariot pour accouchée
- Appareil à suction continu
- Cathéter de petit calibre
- Balance pour nourrisson
- Baladeuse
- Ressuscitateur ou ambu-bag
- Poire et petit cathéter pour suction
- Kits d'accouchement

4. Une salle de post-partum immédiat

5. Une salle de pathologie

6. Une salle de soins aux bébés
7. Une salle pour stérilisation du matériel
8. Une salle opératoire, si possible

LISTE DES ABREVIATIONS

ACV	Accident Cérébro-Vasculaire
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérine
AMPR	Acétate de Medroxyprogestérone
CAL	Clinique/Centre de Santé Avec Lit
CCV	Contraception Chirurgicale volontaire
CDV	Conseils Dépistage Volontaire
CEP	Certificat d'Etudes Primaires
CIC	Contraceptifs Injectables Combinés
COC	Contraceptifs Oraux Combinés
COP	Contraceptifs Oraux Progestatifs (mini-pils)
CSL	Clinique/Centre de Santé Sans lits
DHF	Division d'Hygiène Familiale
DHN	Désinfection à Haut Niveau
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMPA	Dépôt-Medroxyprogestérone (dépo provera)
DSF	Direction Santé de la Famille
FPMD	Family Planning Management Development Project
HPP	Hémorragie du Post partum
HPPP	Hémorragie Primaire du Post Partum
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Information, Education, Communication

IHE	Institut Haïtien de l'enfance
INTRAH	International Training in Health
IM	Intra- Musculaire
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITG	Infection du Tractus Génital
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
Jhpiego	Johns Hopkins program for International Education in Reproductive Health
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MIP	Maladie Inflammatoire Pelvienne
MSH	Management Sciences for Health
MSPP	Ministère de la Santé Publique et de la Population
MST	Maladies Sexuellement Transmissibles
NET- EN	Norethindrone Enanthate (Noristérat)
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisme Non Gouvernemental
PF	Planification Familiale
PFN	Planification Familiale Naturelle
PMS	Paquet Minimum de Services
PTME	Prévention de la transmission mère enfant du VIH
PROMESS	Programme de Médicaments Essentiels
PSP	Pilules à Seul Progestatif
RPM	Rupture Prématuration des Membranes

QS	Quantité Suffisante
Rx	Radiographie – Traitement
SIDA	Syndrome d’Immuno-Déficienc Acquis
SRO	Sel de Réhydratation Ora
VHB	Virus de l’Hépatite B
VIH	Virus d’Immunodéficienc Humaine

BIBLIOGRAPHIE

- Manuel de normes de travail en Planification Familiale et en Soins Maternels
A l'usage du personnel de santé, MSPP. Juillet 1999
- Soins maternels et néonataux de base :
Un guide destiné au prestataire qualifié,
Edition Rebecca Chase, JHPIEGO, septembre 2004
- Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement :
Guide destiné à la Sage-femme et au médecin
Département Santé et Recherche génésiques, OMS, 2004
- Protocoles de prise en charge des complications obstétricales
MSPP
- Le Paquet Minimum de services (PMS)
MSPP, avril 2006
- Planification familiale
Un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier
Organisation Mondiale de la Santé et Ecole de Santé Publique
Bloomberg/
Centre pour les Programmes de communication de Johns
Hopkins
Baltimore et Genève. JHU/CCP et OMS, 2008.

