



**PROTOCOLES  
DE SERVICES DE SR  
AU SENEGAL**



# PREFACE

Le Sénégal, à l'instar des autres pays de la communauté internationale, vise à atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) surtout, les OMD 4 & 5.

Pour ce faire, il est fondamental de standardiser la prise en charge des cibles pour améliorer la qualité et la disponibilité des services de Santé de la Reproduction.

Ces documents de politiques, normes et protocoles (PNP) en Santé de la Reproduction sont le fruit d'un travail d'équipe multidisciplinaire comprenant tous les acteurs évoluant dans le domaine. Il s'agit des prestataires de services SR, des décideurs, des universitaires et des partenaires au développement.

Au vu des avancées rapides de la science, les documents de politique normes et protocoles ne doivent pas être figés mais plutôt dynamique en tenant compte des nouvelles évidences.

Cela a été bien compris par les acteurs de la SR qui viennent pour la troisième fois de réviser les PNP en Santé de la Reproduction incluant les concepts et les besoins nouveaux des personnels.

Ainsi afin de permettre aux prestataires de faire face aux différentes situations rencontrées dans leur pratique quotidienne et aux exigences des utilisateurs des services SR de nouveaux sujets sont abordés avec la plus grande attention.

Que toutes les institutions et les personnes ressources du département, des ONG et des universitaires, qui de par leur contribution ont permis la réalisation de ces documents de référence, veuillent trouver l'expression de mes remerciements.

Le Ministre de la Santé de l'Hygiène  
Publique et de la Prévention

**MODOU DIAGNE FADA**

# LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU	Aspiration Manuelle Intra-Utérine	KG	Kilogramme
ATCDS	Antécédents	LMD	Lutte contre les Maladies Diarrhéiques
ATB	Antibiotique / Antibiothérapie	LNG	Levonorgestrel
ASP	Abdomen Sans Préparation	LT	Ligature des Trompes
ASPF	Association Sénégalaise pour la Promotion de la Famille	MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
ASC	Agent de Santé Communautaire	MAO	Méthode d'Auto-Observation
BCG	Vaccin BCG	MIP	Maladie Inflammatoire du Pelvis
BW	Réaction de Bordet et Wasserman	MN	Mort-Né
CAT	Conduite à tenir	N/A	Non Applicable
Cf	Confère	NET-EN	Norethindrone Enanthate
CGO	Clinique Gynécologique et Obstétricale	NFS	Numération Formule Sanguine
CEFOREP	Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées	PARTO	Partogramme
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	PDC	Produit de Conception
CI	Contre-Indication	PDE	Poche des Eaux
CIPD	Conférence Internationale sur la Population et le Développement	PFN	Planification Familiale Naturelle
CPN	Consultation Périnatale	PEV	Programme Elargie de Vaccination
COC	Contraceptifs Oraux Combinés	PL	Ponction lombaire
Cp	Comprimés	PF	Planification Familiale
CPS	Contraceptifs à Progestatifs Seuls	PO	Par voie Orale
CR	Centre Régional	PP	Pilule Progestative /Placenta Preavia
CS	Centre de Santé	PPS	Point de Prestation de Services
EPS	Etablissements Publiques de Santé	PS	Poste de Santé
CU	Contraction Utérines	PU	Prélèvement Urétral
DDR	Date des Dernières Règles	PV	Prélèvement Vaginal
DHN	Désinfection à Haut niveau	RAM	Rupture Artificielle des Membranes
DIU	Dispositif Intra-Utérin	RPM	Rupture Prématuration des Membranes
DMPA	Dépôt Médroxyprogestérone Acétate	RV	Rendez-Vous
DSW	Dextran	RX	Radiographie
EPS	Etablissements Publiques de Santé	SAA	Soins Après Avortement
FT	Fiches Techniques	SAT	Sérum Antitétanique
FR	Facteur de Risque	SFE	Sage femme d'Etat
GG	Grossesse Gémellaire	SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
GEU	Grossesse Extra Utérine	SIG	Système d'Information à des fins de Gestion
GSRH	Groupe Sanguin Facteur Rhésus	SMI	Santé Maternelle et Infantile
HB	Hémoglobine	SNG	Sonde Naso-Gastrique
HCG	Humane Chorionic Gonadotrophine	SNAN	Service National de l'Alimentation et de la Nutrition
HU	Hauteur Utérine	SOU	Soins Obstétricaux d'Urgence
HTA	Hypertension artérielle	SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
HR	Hôpital Régional	SOUB	Soins Obstétricaux d'Urgence de Base
HRP	Hématome rétro-placentaire	SOUc	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets
ICP	Infirmier Chef de Poste	SR	Santé de la Reproduction
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat	TA	Tension Artérielle
IEC	Information, Education, Communication	TC	Temps de coagulation
IM	Intramusculaire	TV	Toucher Vaginal
ITG	Infection du Tractus Génital	TE	Test d'Emmel
IST	Infection Sexuellement Transmissible	TS	Temps de Saignement
IVD	Intraveineuse Directe	TTT	Traitement
IVL/IVA	Inspection Visuelle au Lugol/ Inspection Visuelle à l'Acide acétique	VS	Vitesse de sédimentation
JHP/IEGO	John Hopkins Program for International Education in Reproductive Health	VAT	Vaccin Antitétanique
		VIH	Virus d'immunodéficience Acquis
		VME	Version par manœuvre externe
		VMI	Version par manœuvre interne

**COMPOSANTE I :**

**SANTE MATERNELLE  
PERINATALE  
ET NEONATALE**



**I.I.**

**MATERNITE A MOINDRE RISQUE**

**I.I.I.**

**PLANIFICATION FAMILIALE**



# I. CONTRACEPTION/ESPACEMENT DES NAISSANCES

Définition contraception/espacement des naissances	Définition de la Planification pour l'Espacement idéal des Grossesses pour la Santé) PEIGS
<p>Lespacement des naissances est un ensemble de moyens et méthodes donnant aux couples et aux individus, le loisir d'avoir le nombre d'enfants qu'ils veulent, au moment choisi par eux, et ce avec le maximum d'informations sur les conséquences possibles de leur décision au niveau personnel et social »</p> <p>La contraception est utilisée pour planifier les naissances. La planification familiale pour un espacement idéal des grossesses pour la santé (PEIGS) dure 36 mois.</p>	<p>La PEIGS est un concept qui détermine le temps qui doit s'écouler entre un accouchement ou un avortement et une nouvelle grossesse pour une fertilité saine. Cet intervalle est au moins de deux ans et au maximum 5 ans pour un accouchement et 6 mois pour un avortement. C'est une porte d'entrée efficace pour renforcer et redynamiser la PF dans les milieux sensibles parce qu'elle vise la bonne santé du couple mère enfant apparaissant ainsi comme un intervention préventive dans le cadre d'une approche de promotion de la santé de la mère et de l'enfant.</p>

I.1. Etapes de l'offre de services		I.1.1. LA CAUSERIE				
Les étapes de l'offre de PF		Définition de la causerie :	Les différentes étapes de la causerie			
			1. Planification des causeries	2. Préparation de la causerie	3. Déroulement de la causerie	4. Evaluer la séance de causerie
1. Causerie		La causerie est une technique de communication interpersonnelle entre un individu et un groupe (15 à 20 personnes). En matière d'offre de services, elle vise à fournir le maximum d'information sur l'espacement des naissances et sur les méthodes de contraception moderne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les besoins, les cibles et les thèmes et les sites</li> <li>• Etablir un calendrier spécifiant les thèmes et les responsabilités</li> <li>• Identifier les ressources humaines, matérielles et financières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer le lieu et le matériel</li> <li>• Installer l'auditoire (face à face)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saluer et se présenter</li> <li>• Introduire le thème</li> <li>• Evaluer les connaissances par des questions ouvertes</li> <li>• Faire le tri des réponses</li> <li>• Récapituler en renforçant les bonnes réponses</li> <li>• Développer le thème:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compléter les informations</li> <li>- Utiliser les aides-visuelles</li> <li>- Bien articuler</li> <li>- Utiliser un langage accessible</li> </ul> </li> <li>• Tester la compréhension en posant des questions aux participants;</li> <li>• Encourager les participants à poser des questions et à discuter entre eux</li> <li>• Ramener avec tact les participants qui tentent de sortir du débat.</li> <li>• Evaluer les connaissances (acquises) par des questions ouvertes.</li> <li>• Faire la synthèse                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conclure en remerciant les participants</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dénombrer les participants</li> <li>• Noter les principales préoccupations des participants</li> <li>• Apprécier l'organisation</li> </ul>
2. Counseling						
3. Bilan de la cliente						
4. Offre de méthode						

## I.1.2. LE COUNSELING

Définition du Counseling	Etapes du counseling			
	I. Counseling initial			
	a. Bienvenue ou salutations cordiales	b. Entretien	c. Renseignements	
Le counseling est un processus par lequel une personne est aidée à exprimer ses besoins ou problèmes, à identifier les solutions possibles, et à prendre une décision libre et éclairée en matière de Planification Familiale.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'inviter à s'asseoir et la mettre à l'aise</li> <li>• Faire les présentations</li> <li>• La/le rassurer sur le caractère privé de l'entretien</li> <li>• Demander le motif de la visite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser des questions afin d'identifier les besoins du ou de la client (e)</li> <li>• Recueillir les informations utiles sur la / le client (e)(age, gestité, parité) les</li> <li>• antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux et familiaux               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recueillir les informations de la cliente sur ses antécédents d'utilisation de la PF</li> <li>- Si ce n'est pas un nouveau / nouvelle client (e), lui demander si rien n'a changé depuis sa dernière visite</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la cliente ce qu'elle sait des méthodes contraceptives en posant des questions ouvertes;               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Corriger les informations erronées;</li> <li>- Informer les clients sur l'espacement idéal des grossesses pour la santé</li> <li>- Informer sur le coût et lieu d'offre des méthodes</li> <li>- Donner les informations suivantes sur toutes les méthodes disponibles :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation</li> <li>- Avantages</li> <li>- Inconvénients/effets secondaires</li> <li>- Mode d'utilisation/action</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• L'informer sur la réversibilité et la possibilité de changer de méthode à tout moment               <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer de la compréhension de la cliente en lui posant des questions.</li> </ul> </li> </ul>	
d. Choix	e. Explication	f. Rendez-vous	g. Visite de Suivi	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser la/le client choisir elle-même sa méthode</li> <li>• Dire au client que le choix définitif dépendra de l'examen clinique et ou de l'administration de la liste de vérification</li> <li>• Répéter les informations sur les méthodes</li> </ul> <p>NB faire le bilan de la cliente et appliquer les checks list/listes de contrôle. Si client éligible passer aux explications (counseling spécifique)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la cliente la méthode choisie</li> <li>• Demander à la femme ce qu'elle a retenu de la méthode choisie</li> <li>• Corriger les erreurs et renforcer les bonnes réponses</li> <li>• Expliquer la méthode choisie en renforçant les informations sur les points suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentation</li> <li>- Avantages</li> <li>- Inconvénients/effets indésirables et limites</li> <li>- Mode d'utilisation/action, durée d'action</li> <li>- Examiner la cliente</li> <li>- L'informer sur les résultats de l'examen                   <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Si elle est éligible lui offrir la méthode</li> </ul> </li> <li>- Lui donner les instructions                   <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Si elle n'est pas éligible l'aider à choisir une autre méthode en lui présentant à nouveau les autres méthodes</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fixer le rendez-vous ou Retour</li> <li>• Lui dire qu'elle peut revenir en cas de besoin et à tout moment</li> <li>• La remercier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueillir avec courtoisie</li> <li>• S'informer sur l'utilisation de la méthode</li> <li>• Demander si la cliente est satisfaite de sa méthode</li> <li>• S'informer sur les éventuels problèmes.</li> <li>• Effectuer l'examen clinique et/ ou gynécologique au besoin               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si Diu effectuer le contrôle</li> </ul> </li> <li>• Réapprovisionner au besoin</li> </ul>	

### I.1.3. Bilan/Evaluation du client

Le bilan/évaluation du client consiste à faire l'interrogatoire et, si indiqué, faire :	Objectifs du bilan/évaluation	Conditions du bilan/évaluation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'examen physique général</li> <li>• L'examen gynécologique</li> <li>• Les investigations para-cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classer le client selon les critères de recevabilité médicale de l'OMS</li> <li>• S'assurer de son éligibilité</li> <li>• Dépister les affections y compris les pathologies de l'appareil génital empêchant l'adoption de certaines méthodes et les prendre en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Local</b> : le bilan de la cliente doit se faire dans un endroit calme, assurant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• La discrétion</li> <li>• La confidentialité</li> <li>• La sécurité du client.</li> </ul> </li> <li>• <b>Prestataire</b> : doit avoir des aptitudes en communication et les qualités d'un bon conseiller et assurer une CIP soutenue tout au long du bilan/évaluation.</li> </ul>

#### Etapas du bilan

Toutes les étapes du bilan/évaluation du client et le contenu y afférent ne sont pas indispensables pour toutes les méthodes. Leur pertinence est fonction d'abord du type de prestation sollicitée et ensuite des résultats de l'interrogatoire.

### I. Interrogatoire

Informations sur l'identité du client	Anamnèse	Antécédents Obstétricaux	Antécédents Gynécologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom et prénoms</li> <li>• Age</li> <li>• Adresse</li> <li>• Etat matrimonial</li> <li>• Profession</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antécédents familiaux : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabète</li> <li>- Cancer du sein</li> <li>- HTA, etc....</li> </ul> </li> <li>• Antécédents personnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestité</li> <li>• Parité</li> <li>• Age du dernier enfant</li> <li>• Maladie associée à la dernière grossesse</li> <li>• Césarienne, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Age des ménarches</li> <li>• Troubles du cycle</li> <li>• Infection génitale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcération</li> <li>- Leucorrhées</li> <li>- Douleurs pelviennes, etc...</li> </ul> </li> <li>• Tumeurs génitales <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrome,</li> <li>- Cancer, etc...</li> </ul> </li> </ul>

Antécédents Médicaux	Antécédents Chirurgicaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardio-vasculaires <ul style="list-style-type: none"> <li>o HTA</li> <li>o Cardiopathie</li> <li>o Anémie</li> <li>o Thrombophlébite</li> <li>o Embolie pulmonaire, etc...</li> </ul> </li> <li>- Hépatiques <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ictère</li> <li>o Hépatites</li> <li>o Tumeurs, etc...</li> </ul> </li> <li>- Acné</li> <li>- Chute des cheveux</li> <li>- Dermatose, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chirurgie pelvienne</li> </ul>
	<h4>Contraception antérieure</h4>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Types de méthodes utilisées</li> </ul>
	<h4>Informations permettant d'apprécier l'état actuel du client</h4> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Date des dernières règles,</li> <li>- Régularité du cycle,</li> <li>- Durée et volume de règles,</li> <li>- Dysménorrhée</li> </ul>

Symptômes d'infection génitale		
<b>Femme</b>		<b>Homme</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcération,</li> <li>- Leucorrhées anormales               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Jaunâtres</li> <li>o Blanchâtres</li> <li>o Epais</li> <li>o Nauséabondes</li> </ul> </li> <li>- Végétation vénériennes</li> <li>- Dyspareunie               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Profonde</li> <li>o Superficielle</li> </ul> </li> <li>- Douleurs pelviennes</li> <li>- Douleurs mictionnelles, etc...</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulcération,</li> <li>- Ecoulement urétral</li> <li>- Végétations vénériennes (crêtes de coq)</li> <li>- Symptomato­logie cardio-vasculaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Maux de tête</li> <li>o Légers</li> <li>o Sévères</li> <li>o Dyspnée d'effort</li> <li>o Vertiges</li> <li>o Douleur thoracique (précordiale), etc...</li> </ul> </li> </ul>
<b>Symptomato­logie hépatique</b>	<b>Symptomato­logie pulmonaire</b>	<b>Symptomato­logie abdominale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspepsie</li> <li>• Douleur de l'hypochondre droit</li> <li>• Coloration jaune de la peau et des muqueuses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs thoraciques</li> <li>• Toux productive ou non associée à une fièvre vespérale ou non, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Constipation</li> <li>• Ballonnement</li> <li>• Douleurs,               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Localisées</li> <li>- Diffuses, etc...</li> </ul> </li> </ul>
<b>Membres Inférieurs</b>	<b>Facteurs interférant ou influençant la contraception</b>	<b>Habitudes sexuelles</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oedèmes</li> <li>• Douleurs à la marche, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise de médicaments :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tranquillisants (phénobarbital),</li> <li>- Antiépileptiques,</li> <li>- Phénytoine),</li> <li>- Antibiotiques (rifampicine)</li> </ul> </li> <li>• Tabagisme :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de cigarettes par jour</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de partenaires,</li> <li>• Voie sexuelle, etc...</li> </ul>

Au terme de l'interrogatoire, le prestataire peut être amené à éliminer l'existence d'une grossesse chez une cliente en aménorrhée. En effet, l'offre d'une méthode contraceptive a longtemps été conditionnée à la présence des règles au moment de l'administration. Ceci constitue un obstacle important à l'accès à la PF pour une importante partie des femmes qui le plus souvent ne sont pas enceintes lors de la consultation. Elles sont soit en aménorrhée pour diverses causes soit en période inter menstruelle. Afin de réduire ces occasions manquées, et éviter le coût des tests de grossesse souvent inutiles, l'utilisation de ce cet algorithme basé sur un questionnaire, permet d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte au moment de l'administration de la méthode.

## Comment être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte

Posez les questions 1 à 6. Dès que la cliente répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions ci-après.

NON	1. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	OUI
NON	2. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	OUI
NON	3. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	OUI
NON	4. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours (ou au cours des 12 derniers jours si vous avez l'intention d'utiliser le DIU) ?	OUI
NON	5. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours (ou au cours des 12 derniers jours si vous avez l'intention d'utiliser le DIU) ?	OUI
NON	6. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	OUI

Si la cliente a répondu NON à toutes les questions, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse. La cliente doit attendre ses règles ou passer un test de grossesse.

Si la cliente a répondu OUI à l'une des questions et si elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, donnez-lui la méthode qu'elle désire.

<b>2. Examen physique général</b>		<b>3. Examen gynécologique</b>	
<b>Les étapes de l'examen sont les suivantes:</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer le matériel</li> <li>• Expliquer au client le processus de l'examen</li> <li>• Inviter le client à vider sa vessie pour faciliter l'examen, prendre le poids et la taille pour apprécier l'état nutritionnel (une surcharge pondérale ou perte de poids)</li> <li>• Aider le client à s'installer sur la table</li> <li>• Prendre la tension artérielle et le pouls :</li> <li>• Apprécier l'état général à la recherche de varices, cicatrices pelviennes, anomalies de la pilosité, des muqueuses (anémie, ictère), de dermatoses, lésions buccales, etc...</li> <li>• Examiner les appareils : en fonction des résultats de l'interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cœur et vaisseaux : auscultation, à la recherche de souffle, battements irréguliers, etc...et recherche de signe de thrombo-phlébite aux membres inférieurs</li> <li>- Foie : volume et sensibilité à la palpation</li> <li>- Abdomen : masse, point douloureux, signes d'irritation péritonéale (contracture, défense, cri de l'ombilic), etc...</li> <li>- Aires ganglionnaires : ganglions anormaux (augmentés de volumes, sensibles, suppurés, etc...)</li> </ul> </li> <li>• Informer sur les résultats de l'examen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer à la cliente l'objectif et la procédure</li> <li>• Examiner les seins tout en enseignant la technique de l'auto observation des seins à la cliente,</li> <li>• Aider la cliente à se mettre en position gynécologique</li> <li>• Examiner les organes génitaux externes : ulcérations, inflammation, lésions de grattage, malformations, pertes (leucorrhées, sang)</li> <li>• Poser le spéculum.</li> <li>• Inspecter le vagin et le col à la recherche de pertes vaginales anormales (sang, sécrétions muco-purulentes ou blanchâtres épaisses ou verdâtres, etc...), d'ulcérations, d'inflammation, de malformation, etc...),</li> <li>• Faire un prélèvement vaginal et / ou cervical au besoin,</li> <li>• Faire le test de dépistage du cancer du col : Inspection visuelle au lugol/ Inspection visuelle à l'acide acétique (IVL/IVA)</li> <li>• Faire le TV combiné au palper abdominal : à la recherche des caractéristiques de l'utérus et des annexes (position, taille, mobilité, sensibilité)</li> </ul>	
<b>4. Examen des organes génitaux</b>		<b>5. Résultats</b>	
<b>Chez l'homme</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspecter les organes génitaux à la recherche d'anomalie de la pilosité, d'ulcération, d'écoulement urétral, de tuméfaction des bourses</li> <li>• Palper les testicules à la recherche d'anomalie au niveau de l'épididyme; masser l'urètre pour extérioriser une sécrétion anormale.</li> <li>• Toucher rectal : à la recherche d'une inflammation ou d'une tumeur de la prostate</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la fin de l'examen clinique, il convient de synthétiser les résultats et d'en informer le client dans un langage accessible. Ceci permettra au client de participer à l'appréciation de son état de santé le jour de la consultation, étape importante pour sa prise de décision et son adhésion aux traitements qui lui seront prescrits.</li> <li>• Cette synthèse permet la classification selon les critères d'éligibilité de l'OMS qui déterminent l'adéquation des différentes méthodes contraceptives en soutesant les risques et les avantages, sur le plan sanitaire, par rapport à des "conditions" spécifiques.</li> <li>• Sur le plan pratique, appliquer la fiche de consultation rapide qui synthétise l'ensemble des éléments du bilan décrit ci dessus</li> <li>• Une condition est définie de sorte à inclure les caractéristiques biologiques de la femme telle que l'âge ou les antécédents en matière de procréation et toute condition médicale connue et pré-existante, par exemple le diabète ou l'hypertension artérielle.</li> </ul>	
<b>La présence d'une condition spécifique influençant l'admissibilité pour l'utilisation d'une méthode contraceptive se range dans l'une des quatre catégories :</b>			
<b>Classe 1</b>	Une condition pour laquelle il n'existe pas de restriction pesant sur l'emploi de la méthode contraceptive : Utiliser la méthode quelles que soient les circonstances.		
<b>Classe 2</b>	Une condition pour laquelle les avantages liés à l'emploi de la méthode dépassent généralement les risques théoriques ou prouvés : Utiliser généralement la méthode.		
<b>Classe 3</b>	Une condition pour laquelle les risques théoriques ou prouvés dépassent généralement les avantages liés à l'emploi de la méthode. L'emploi de la méthode n'est généralement pas recommandé à condition qu'il n'existe pas d'autres méthodes appropriées ou que celles-ci ne soient pas acceptables.		
<b>Classe 4</b>	Une condition qui représente un risque de santé inacceptable lié à l'emploi de la méthode contraceptive. La méthode ne devrait pas être utilisée.		

NB : Le prestataire doit prendre en compte chacun des différents critères avant d'offrir la méthode.

## Fiche de Consultation rapide pour les Critères de recevabilité médicale de l'OMS —

concernant l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives suivantes : les contraceptifs oraux combinés (COC), l'acétate de médroxyprogestérone-dépôt (DMPA), l'énanthane de noréthistérone (NET-EN), les implants aux progestatifs-seuls, et le dispositif intra-utérin au cuivre (Cu-IUD)

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	DMPA	Implants	Cu-IUD
Grossesse		SO	SO	SO	
Allaitement au sein	< 6 semaines du post-partum				
	De 6 semaines à 6 mois du post-partum				NC
	6 mois ou plus du post-partum				
Post-partum	< 21 jours, allaitement				NC
	< 48 heures, y compris immédiatement suivant l'expulsion du placenta	NC	NC	NC	
	≥ 48 heures à < 4 semaines				
Infection puerpérale					
Post-abortum	Immédiatement après avortement septique				
Tabagisme	Âge ≥ 35 ans, < 15 cigarettes par jour				
	Âge ≥ 35 ans, ≥ 15 cigarettes par jour				
Facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires					
Hypertension	Antécédents (TA ne pouvant pas être mesurée)				
	TA contrôlée et pouvant être mesurée				
	TA élevée (systolique 140-159 ou diastolique 90-99)				
	TA élevée (systolique ≥ 160 ou diastolique ≥ 100)				
Pathologie vasculaire					
Thrombose veineuse profonde (TVP) et embolie pulmonaire (EP)	Antécédents de TVP/EP				
	TVP/EP aigus				
	TVP/EP et traitement par anticoagulants				
	Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée				
Mutations thrombogéniques avérées					
Cardiopathie ischémique (actuelle ou antécédents) ou accident cérébro-vasculaire (antécédents)				A	P
Hyperlipidémie avérée					
Valvulopathie cardiaque compliquée					
Lupus érythémateux disséminé	Anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus				
	Thrombocytopénie sévère		A	P	A
	Traitement immunosuppresseur				A
Céphalées	Non migraineuses (légères ou sévères)	A	P		
	Migraines sans aura (âge < 35 ans)	A	P		
	Migraines sans aura (âge ≥ 35 ans)	A	P		
	Migraines avec aura (quel que soit l'âge)			A	P
Saignements vaginaux	Iréguliers, peu abondants				
	Abondants ou prolongés, réguliers ou non				
	Inexpliqués (avant évaluation)				A

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

A/P (Adoption/Poursuite) : Pour certains états de santé, la classification peut varier selon que la femme adopte une méthode contraceptive ou poursuit son utilisation. Par exemple, une cliente qui demande la pose d'un DIU en même temps qu'elle se présente avec une MIP rentre dans la Catégorie 4, et l'on ne devrait pas lui poser un DIU. Toutefois, le cas d'une femme qui porte déjà un DIU alors qu'une MIP se développe rentre dans la Catégorie 2. Dans ce dernier cas, la femme peut généralement garder son DIU et il faudrait la soigner avec le DIU en place. En l'absence de la mention A ou P, la catégorie indiquée s'applique à l'adoption comme à la poursuite.

SO (Sans Objet) : Les femmes enceintes n'ont pas besoin de contraception.

NC (Non classé) : L'état de santé ou la caractéristique ne rentre pas dans la classification OMS pour cette méthode.

\* Une évaluation de toute grossesse non diagnostiquée doit être effectuée dès que possible.

\*\* Les anticonvulsifs regroupent : phénytoïne, carbamazépine, barbituriques, primidone, topiramate, topiramate, oscarbazépine et lamotrigine. La lamotrigine est rangée dans la Catégorie 1 pour les implants.

ETAT DE SANTE OU CARACTERISTIQUES		COC	DMPA	Implants	Cu-IUD
Maladie trophoblastique gestationnelle	Taux de β-hCG en diminution ou indétectables				
	Taux de β-hCG durablement élevés ou maladie maligne				
Cancers	Col utérin (en attendant le traitement)				A
	Endomètre				A
	Ovaire				A
Maladie du sein	Grossesse non diagnostiquée	*	*	*	
	Cancer en cours				
	En rémission depuis 5 ans				
Déformation utérine due aux fibromes ou anomalies anatomiques					
IST/MIP	Concubine actuelle, chlamydia, gonorrhée				A
	Vaginite				
	Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) actuelle				A
	Autres IST (VIH et hépatite exclus)				
	Risque accru d'IST				A
	Risque individuel d'exposition aux IST très élevé				A
Tuberculose pelvienne					A
Diabète	Maladie non vasculaire				
	Maladie vasculaire ou diabète durant > 20 ans				
Affection asymptomatique des voies biliaires (en cours ou traitée)					
Cholestase (antécédents)	En rapport avec la grossesse				
	Liée à l'emploi de contraceptifs oraux				
Hépatite	Aiguë ou pousoïc	A	P		
	Chronique ou sujet porteur				
Cirrhose	Légère				
	Grave				
Tumeurs hépatiques (adénome ou carcinome hépatocellulaire)					
VIH	Sujet séropositif ou à risque élevé de VIH				
SIDA	Pas de traitement antirétroviral (TAR)				A
	Etat clinique satisfaisant sous TAR	voir interactions médicamenteuses			
	Etat clinique insatisfaisant sous TAR	voir interactions médicamenteuses			
Interactions médicamenteuses, y compris la prise de :	Inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse				A
	Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse				
	Ritonavir, inhibiteurs de la protéase et boostés par le ritonavir				
	Rifampicine ou rifabutine				
Traitement par anticonvulsifs**					

cette version de la fiche de consultation rapide en un seul tableau tous les états de santé/caractéristiques des catégories 3 et 4 de l'OMS (contraindication aux méthodes contraceptives).

Source : Adaptée de l'OMS, 2002, pour l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2002. Accessible à l'adresse : <http://www.who.int/medicines/contraception/>

II. Méthodes contraceptives			
Méthodes naturelles	Méthodes hormonales	Méthodes Barrières	Contraception Chirurgicale Volontaire (CCV)
<p>Les méthodes naturelles comprennent l'ensemble des méthodes basées sur la capacité du couple à identifier la phase fertile au cours de chaque cycle menstruel et à s'abstenir durant cette période.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les méthodes d'auto-observation (MAO) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méthode de la glaire cervicale ou Billings</li> <li>- Méthode de la température</li> <li>- Méthode sympto-thermique.</li> </ul> </li> <li>• La méthode du calendrier ou du rythme ou OGINO</li> <li>• Méthode des jours fixes/collier du cycle</li> <li>• La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)</li> </ul>	<p>Il s'agit de l'ensemble des méthodes utilisant des hormones oestoprogestatives et progestatives synthétiques. Ce sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les Contraceptifs Oraux Combinés (C.O.C.)</li> <li>• Contraceptifs à Progestatifs seuls (CPS) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implants</li> <li>- Injectables Progestatifs</li> <li>- Pilules Progestatives</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le préservatif masculin et féminin</li> <li>• Le diaphragme</li> <li>• Les spermicides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ligature des trompes</li> <li>• Vasectomie</li> </ul>
		<b>Dispositif Intra-Utérin (DIU)</b>	

## II.1. Méthodes naturelles

### II.1.1. Les méthodes d'auto-observation (M.A.O.)

A. Méthode de la glaire (Billings)		
1. Décrire la méthode Billings	2. Expliquer à la cliente les périodes sèches et humides de son cycle	3. Donner les instructions suivantes
<p>Elle se base sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale se produisant sous l'influence des variations des hormones.</p>	<p>Période sèche :Après les règles, la plupart des femmes ont un ou plusieurs jours sans glaire et il y a une sécheresse vaginale. Ceci correspond aux jours inféconds.</p> <p>Période humide : Dès que la femme éprouve une sensation d'humidité vaginale quelque soit l'aspect, elle doit s'abstenir : Il s'agit là de la période féconde. Cette glaire deviendra de plus en plus abondante, filante, translucide, élastique, ressemblant au blanc d'œuf.</p> <p>Le dernier jour, au cours duquel ces caractères de la glaire sont plus importantes, est appelé jour pic. Il indique que l'ovulation est proche ou vient de se faire. Après le jour pic, éviter les rapports sexuels pendant les 3 jours suivants car ils ne sont pas sûrs.</p> <p>Dès le 4ème jour on peut avoir des rapports sexuels jusqu'aux prochaines règles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter les rapports sexuels pendant la menstruation.</li> </ul> <p>Ces jours ne sont pas sûrs dans les cycles courts;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant la période sèche qui suit les règles, il est recommandé d'avoir un rapport un jour sur deux pour éviter de confondre le sperme avec la glaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se toucher deux fois par jour matin et soir et se laver les mains avant et après</li> <li>• Noter les caractéristiques de la glaire chaque soir sur la fiche (Code ASPF)</li> <li>• Ne commencer les rapports qu'à partir du 4ème jour après le pic de glaire.</li> <li>• S'abstenir des rapports sexuels à tout moment s'il existe un doute sur l'évaluation de la glaire (ex: Leucorrhée, saignement)</li> </ul> <p>Expliquer que la méthode ne protège aucunement contre les IST/SIDA.</p>

B. Méthode de la température		
1. Décrire la méthode	2. Expliquer le mode d'utilisation de la méthode	3. Instructions
<p>Elle repose sur l'augmentation de la température corporelle observée après l'ovulation.</p>	<p>Expliquer à la cliente le principe de la méthode en s'aidant d'une feuille de température. La température est inférieure à 36° pendant la première phase du cycle et augmente de 0,4 après l'ovulation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montrer comment prendre la température chaque jour</li> <li>• Montrer à la cliente : un thermomètre et lui apprendre à lire les chiffres.</li> <li>• La température doit être prise par voie buccale, rectale ou vaginale chaque matin à la même heure avant de se lever. Toujours utiliser la même voie et le même thermomètre dévolu à cet effet.</li> <li>• Noter la température sur la fiche chaque matin</li> <li>• Après utilisation, nettoyer et ranger le thermomètre</li> <li>• S'abstenir de rapports sexuels à compter du 1er jour des règles jusqu'au soir du 3ème jour consécutif où la température reste élevée. Les rapports sont alors autorisés jusqu'à l'apparition des prochaines règles.</li> <li>• Expliquer à la femme les facteurs affectant la courbe thermique :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise de la température à des heures variées et quand les conditions ne sont pas respectées</li> <li>- Toute maladie pouvant occasionner une fièvre</li> <li>- Changement d'environnement</li> <li>- Mauvaise nuit, stress, insomnie, prise d'alcool</li> </ul> </li> <li>• Expliquer que la méthode ne protège aucunement contre les IST/SIDA</li> </ul>

### C. La méthode sympto-thermique

La méthode de la courbe thermique n'est pas très utilisée seule. Pour plus d'efficacité, elle est associée à la méthode Billings (C'est ce qu'on appelle la méthode sympto-thermique). Elle ne protège aucunement contre les IST/SIDA.

### D. Méthode du calendrier

1. Expliquer le mode d'utilisation de la méthode	2. Instructions	3. Suivi
C'est une méthode contraceptive, permettant de déterminer les périodes fertiles à partir de calcul fait sur les cycles menstruels précédents.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exemple</b> : Si les 6 derniers cycles durent 28, 26, 29, 27.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1<sup>er</sup> jour fertile : <math>26 - 20 = 6</math></li> <li>- Dernier jour fertile : <math>29 - 10 = 19</math></li> <li>- Dire à la femme d'éviter les rapports sexuels du 6<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour du cycle inclus</li> </ul> </li> <li>• Expliquer que la méthode ne protège aucunement contre les IST/SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La 1<sup>ère</sup> visite de contrôle se fera 15 jours après puis une visite par mois</li> <li>• Pendant 3 mois.</li> <li>• Demander à l'occasion des visites si le couple est satisfait de la méthode.</li> <li>• Vérifier la maîtrise de la méthode par le couple à partir de la 4<sup>ème</sup> visite,</li> <li>• Demander au couple de se présenter au besoin.</li> </ul>

### E. Méthode des jours fixes ou «collier du cycle»

1. Définition la méthode et le taux d'efficacité	2. Critères d'éligibilité	3. Avantages de la MJF	4. Inconvénients de la MJF	5. Mode d'utilisation
<p>Méthode moderne, simple, abordable, efficace basée sur une connaissance de la fertilité selon laquelle les utilisateurs évitent les rapports sexuels sans protection du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour du cycle et utilise un collier de perles colorées qui marquent chaque jour du cycle, y compris les jours où la femme peut tomber enceinte en identifiant la période du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour du cycle comme étant la période fertile donc la période d'abstinence.</p> <p>Le taux d'efficacité si l'utilisation est correcte est de 95%.</p> <p>Il s'agit d'éviter les grossesses imprévues en sachant quand s'abstenir des rapports sexuels sans protection pendant les jours fertiles. Pour cela utilise un collier de perles colorées qui marque chaque jour du cycle, y compris les jours où la femme peut tomber enceinte</p> <p>2 Mécanisme d'action Absence de rencontre des gamètes mâles et femelles par l'abstinence ou le rapport protégé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes ayant des cycles durant de 26 à 32 jours +++</li> <li>• Les couples qui peuvent éviter les rapports sexuels non protégés du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour du cycle</li> <li>• Les couples qui ne courent pas de risque accru de contracter une IST</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficace à 95%</li> <li>• Pas d'effets secondaires</li> <li>• Ne nécessite pas de prise de médicaments ou d'acte chirurgical</li> <li>• Enforce la communication dans le couple</li> <li>• Ne coûte pas cher.</li> </ul>	<p>Les inconvénients de la MJF sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne protège pas contre les IST-VIH/SIDA</li> <li>• Méthode contraignante (oubli de pousser l'anneau)</li> <li>• Le partenaire doit collaborer</li> <li>• Ne peut pas être utilisé quand le cycle est inférieur à 26 jours ou supérieur à 32 jours.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le premier jour du cycle, représenté par le premier jour des règles, positionner l'anneau noir sur la perle ROUGE.</li> <li>• Déplacer quotidiennement l'anneau dans le sens indiqué de la flèche rouge</li> <li>• Lorsque l'on se situe au niveau des perles blanches (du 8<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> jour) éviter les rapports non protégés.</li> <li>• Dès l'apparition des règles se repositionner sur la perle rouge.</li> </ul>
	<p><b>Suivi</b></p> <p>Périodicité des visites</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 mois,</li> <li>- 6 mois</li> <li>- Puis tous les ans</li> </ul> <p>En cas de problèmes revenir à tout moment</p>	<p><b>Evaluer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la méthode convient toujours à la femme :</li> <li>• Vérifier que son cycle menstruel le plus récent a duré de 26 à 32 jours</li> <li>• Vérifier si elle est enceinte (se baser sur les check lists)</li> <li>• Si la méthode convient toujours au couple</li> <li>• Déterminer si le couple veut toujours utiliser la méthode et peut éviter d'avoir des rapports sexuels sans protection les jours de perles blanches</li> <li>• Déterminer si le couple peut utiliser la méthode correctement</li> </ul>		

II.1.2. MAMA		
1. Définition	Conditions	2. Le mécanisme d'action
C'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée. Elle repose sur l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois du Post-partum.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femme dans les 6 premiers mois du post-partum</li> <li>Allaitement fréquent à la demande</li> <li>Aménorrhée</li> <li>Pas d'apports d'aliments complémentaires.</li> </ul>	La succion du mamelon par le bébé stimule l'hypophyse qui produit de la prolactine entraînant un blocage de l'ovulation.

3. Les avantages		4. Expliquer les inconvénients	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Méthode de contraception très efficace si bien utilisée</li> <li>Taux d'efficacité à 98% si conditions suivantes sont réunies</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune protection ne contre les IST/SIDA</li> <li>Contraignante (par rapport aux heures de tétées)</li> <li>La courte durée d'application (6mois)</li> <li>L'efficacité qui diminue si une des conditions n'est pas remplie L'ovulation peut se produire à tout moment</li> <li>Nécessite la disponibilité constante de la mère</li> <li>Ne protège pas contre les IST</li> </ul>	
Sur le plan de la contraception	Sur le plan de la santé		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Pas d'effets secondaires</li> <li>Ne coûte rien</li> <li>N'interfère pas avec les rapports sexuels</li> </ul>	Enfant	Mère	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immunisation jusqu'à 6 mois</li> <li>Renforce l'affection mère/enfant</li> <li>Assure un meilleur développement psychomoteur</li> <li>Réduit le risque infectieux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diminue le saignement post-partum</li> <li>Réduit le risque d'anémie</li> </ul>	

5. Contre-indications	6. Instructions	7. Suivi
<p>Mener un interrogatoire minutieux pour apprécier le choix de la cliente et procéder à un examen minutieux des seins à la recherche de malformations ou de pathologie telles que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les seins ombiliqués : donner des conseils spécifiques</li> <li>Abcès du sein : traitement de l'abcès et conseils spécifiques pour la prévention</li> <li>Dermatose telle que Candidose, eczéma : traitement et conseils spécifiques</li> <li>Crevasses, gerçures, engorgement, tumeurs : traitement et conseils spécifiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tétées fréquentes à la demande nuit et jour</li> <li>Donner les 2 seins à chaque tétée</li> <li>Vider complètement un sein, donner l'autre, et à la prochaine tétée, prendre soin de commencer par ce dernier</li> <li>Intervalle maximum : le jour 4H, la nuit 6H</li> <li>En cas d'absence, exprimer le lait (à donner à l'enfant à la cuillère), le conserver au maximum 8H à température ambiante,</li> <li>72H au réfrigérateur et 3 mois au congélateur dans un récipient propre, avec couvercle</li> <li>Insister sur les mesures hygiéno-diététiques : <ul style="list-style-type: none"> <li>Propreté des mains</li> <li>Alimentation équilibrée et beaucoup de boissons pour la mère</li> </ul> </li> <li>En cas de menstruation ou si l'enfant commence à prendre d'autres aliments, conseiller à la mère de choisir immédiatement une autre méthode contraceptive.</li> </ul>	<p>Prise en charge des problèmes et des cas spécifiques (traitement et conseils adaptés)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Engorgement</li> <li>Crevasses</li> <li>Gerçures</li> <li>Abcès, etc...</li> </ul> <p>Nécessité d'une visite de suivi tous les 2 mois pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluer l'efficacité de la méthode</li> <li>La préparer à l'adoption d'une autre méthode en cas de non respect des conditions ou à la fin des 6 mois</li> </ul>

## II.2. Méthodes hormonales

II.2.1 Les contraceptifs oraux combinés			
1. Définition	2. Types		3. Le mécanisme d'action
Contraceptifs oraux comprenant un œstrogène et un progestatif (E/P). Il existe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pilule normo-dosée</b> 50 microgrammes d'œstrogènes</li> <li>• <b>Pilule faiblement dosée</b> 30 à 35 microgrammes d'œstrogènes</li> </ul>	<b>Monophasique</b>	Toutes les 21 pilules actives contiennent la même quantité d'œstrogènes/progestatifs (E/P)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Blocage de l'ovulation</li> <li>• Epaissement de la glaire cervicale</li> <li>• Altération de l'endomètre</li> </ul>
	<b>Biphasique</b>	Les 21 pilules actives contiennent 2 combinaisons différentes d'E/P (10/11)	
	<b>Triphasique</b>	Les 21 pilules actives contiennent 3 combinaisons différentes d'E/P (6/5/10)	
4. Les avantages		5. Les inconvénients	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité entre 98 et 99 %</li> <li>• Effet immédiat si pris dans les 5 premiers jours du cycle</li> <li>• N'interfère pas avec les rapports sexuels</li> <li>• L'emploi peut être facilement arrêté</li> <li>• Les menstruations sont moins abondantes</li> <li>• Réduit le risque d'anémie.</li> <li>• Réduit les crampes menstruelles (dysménorrhées)</li> <li>• Peut rendre les cycles menstruels plus réguliers</li> <li>• Protège contre les cancers des ovaires et de l'endomètre</li> <li>• Diminue les maladies bénignes des seins et des kystes ovariens</li> <li>• Protège contre certaines causes de MIP(maladie inflammatoire du pelvis)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• C'est d'un emploi quotidien et continu</li> <li>• L'oubli augmente les risques d'échec (CAT en cas d'oubli voir ci dessous)</li> <li>• Les COC peuvent entraîner des effets secondaires</li> <li>• Céphalées, vertiges, nausées</li> <li>• Spotting, aménorrhée, acné</li> <li>• Ils peuvent compliquer certains états pathologiques (maladies thrombo-emboliques)</li> <li>• La prise concomitante avec certains médicaments (anti-tuberculeux et anticonvulsivants) peut en réduire l'efficacité</li> <li>• Ils ne protègent aucunement contre les IST/SIDA.</li> </ul>	

### 6. Mode d'administration

- La prise doit débuter entre le 1er et le 5ème jour des règles
- Si la prise est faite après les 5 premiers jours du cycle : commencer les pilules à tout moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte et utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant les premiers 7 jours
- Dans le post-partum, commencer
- A partir de 6 mois si la femme allaite et utilise la MAMA.
- Après 6 semaines si la cliente allaite et n'utilise pas la MAMA.
- Après 3 semaines si la cliente n'allait pas.
- Dans le post-abortum, commencer immédiatement ou dans les 7 premiers jours.

## Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des contraceptifs oraux combinés

Afin de déterminer si les COC sont médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 11. Dès que la cliente répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 11.

NON	1. Allaitiez-vous actuellement un bébé de moins de 6 mois ?	OUI
NON	2. Avez-vous accouché dans les 3 dernières semaines ?	OUI
NON	3. Fumez-vous et avez-vous plus de 35 ans ?	OUI
NON	4. Êtes-vous sujette à des maux de tête intenses et répétés, souvent localisés d'un seul côté ou pulsatiles, avec des nausées et aggravés par la lumière, le bruit ou le mouvement ?	OUI
NON	5. Vous a-t-on dit que vous avez le cancer du sein ?	OUI
NON	6. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale, un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons, ou une crise cardiaque ?	OUI
NON	7. Suivez-vous régulièrement un traitement contre la tuberculose ou les crises d'épilepsie, ou prenez-vous du risonavir en tant que traitement antirétroviral ?	OUI
NON	8. Souffrez-vous d'une maladie de la vésicule biliaire ou d'une grave maladie du foie ou de la jaunisse (les yeux ou la peau jaunes) ?	OUI
NON	9. Vous a-t-on dit que vous avez une tension artérielle élevée ?	OUI
NON	10. Vous a-t-on dit que vous avez du diabète (taux élevé de sucre dans le sang) ?	OUI
NON	11. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale, comme le lupus ?	OUI

Si la cliente répond NON à toutes les questions 1 à 11, elle peut utiliser les COC. Passez aux questions 12 à 17.

Si la cliente répond OUI à l'une des questions 1 à 7, les COC ne lui conviennent pas. Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou référez-la à un prestataire qualifié.  
Si la cliente répond OUI à l'une des questions 8 à 11, il ne faut pas lui donner de COC sans une évaluation plus approfondie. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des instructions supplémentaires.

Posez les questions 12 à 17 afin d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Dès que la cliente répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 17.

OUI	12. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	13. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	NON
OUI	14. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	15. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	16. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	17. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	NON

Si la cliente répond OUI à au moins une des questions 12 à 17 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. La cliente peut commencer la prise des COC immédiatement.

Si ses dernières règles ont commencé au cours des 5 derniers jours, elle peut commencer la prise des COC immédiatement. Le recours à un contraceptif d'appoint est inutile.

Si les dernières règles ont commencé il y a plus de 5 jours, dites à la cliente qu'elle peut prendre les COC immédiatement, mais informez-la qu'elle devra utiliser entre-

Si la cliente répond NON à toutes les questions 12 à 17, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse. La cliente devra attendre ses règles ou passer un test de grossesse.

Donnez-lui les COC mais dites-lui qu'elle devra commencer à les prendre dans les cinq jours suivant l'apparition de ses prochaines règles.  
Donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-

### 7. Instructions

- La prise doit être quotidienne et à la même heure, même en l'absence de rapports sexuels
- Pour les plaquettes de 21 comprimés, observer un arrêt de 7 jours avant la prise de la plaquette suivante.
- Pour les plaquettes de 28 comprimés, l'arrêt n'est pas observé: la prise est continue. Les 7 derniers comprimés contiennent du fer uniquement.
- En cas de vomissements ou de diarrhée dans les 30 minutes qui suivent la prise de la pilule, prendre une autre pilule, ou utiliser une méthode de barrière en cas de rapports sexuels dans les 48H, tout en continuant la prise régulière, quotidienne de la pilule..

### En cas d'oubli

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si oublié d'une ou de 2 pilules : en prendre une dès rappel puis continuer à prendre une pilule chaque jour.</li> <li>• Si oublié de 3 pilules ou plus au cours des 2 premières semaines du cycle : prendre une pilule dès que possible, utiliser une méthode de barrière, ou s'abstenir pendant 7 jours et s'il y a eu rapport sexuel dans les 5 derniers jours, utiliser la contraception d'urgence.</li> <li>• Si oublié pendant 3 jours ou plus au cours de la dernière semaine du cycle :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre une pilule dès que possible</li> <li>- Finir la plaquette et ne pas boire les comprimés de fer enchaîner avec une nouvelle plaquette le jour suivant</li> <li>- Utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours</li> <li>- Et s'il y a eu rapport sexuel dans les 5 derniers jours, utiliser la contraception d'urgence.</li> </ul> </li> <li>• Si oublié pendant 3 jours ou plus au cours de la dernière semaine du cycle :             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre une pilule dès que possible</li> <li>- Finir la plaquette et ne pas boire les comprimés de fer enchaîner avec une nouvelle plaquette le jour suivant</li> <li>- Utiliser une méthode de barrière ou s'abstenir pendant 7 jours</li> <li>- Et s'il y a eu rapport sexuel dans les 5 derniers jours, utiliser la contraception d'urgence.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Si pendant 2 mois, vous n'avez pas vos menstruations, ou si vous présentez les signes ci-dessous, revenir en consultation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs à la poitrine avec ou sans essoufflement</li> <li>• Maux de tête prononcés</li> <li>• Intenses douleurs aux jambes</li> <li>• Absence de saignement ou des saignotements pendant la semaine sans pilule ;             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si vous prenez les plaquettes de 21 comprimés ou après la fin de la plaquette de 28 comprimés : Instructions                 <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La prise doit être quotidienne et à la même heure, même en l'absence de rapports sexuels</li> <li>2. Pour les plaquettes de 21 comprimés, observer un arrêt de 7 jours avant la prise de la plaquette suivante.</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>• Pour les plaquettes de 28 comprimés, l'arrêt n'est pas observé: la prise est continue. Les 7 derniers comprimés contiennent du fer uniquement.</li> <li>• En cas de vomissements ou de diarrhée dans les 30 minutes qui suivent la prise de la pilule, prendre une autre pilule, ou utiliser une méthode de barrière en cas de rapports sexuels dans les 48 H, tout en continuant la prise régulière, quotidienne de la pilule.</li> </ul>
--	--

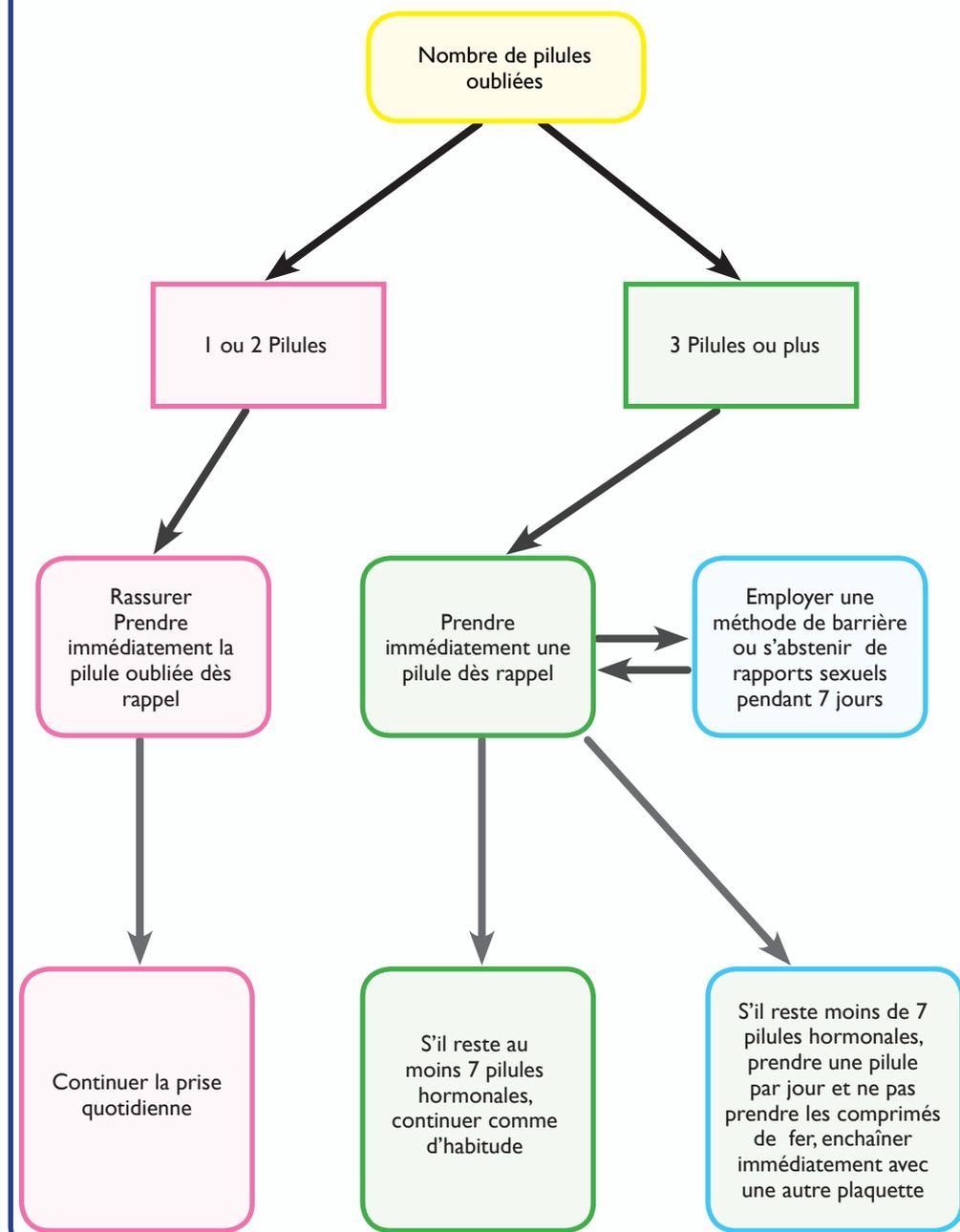
### 8. Suivi

Lors de la première consultation		Lors de la visite de contrôle	
Pour les femmes de Classe 2,	Pour les femmes qui ne nécessitent pas de surveillance particulière	Demander si la cliente est satisfaite.	
		Si OUI	Si NON
Donner une plaquette et fixer le rendez-vous à la fin de la 3 <sup>ème</sup> semaine;	Donner 6 plaquettes et fixer le rendez-vous au début de la prise de la 6 <sup>ème</sup> plaquette..	Si la femme est de classe 1 ou 2, redonner 6 plaquettes.	Demander les effets secondaires et les prendre en charge.

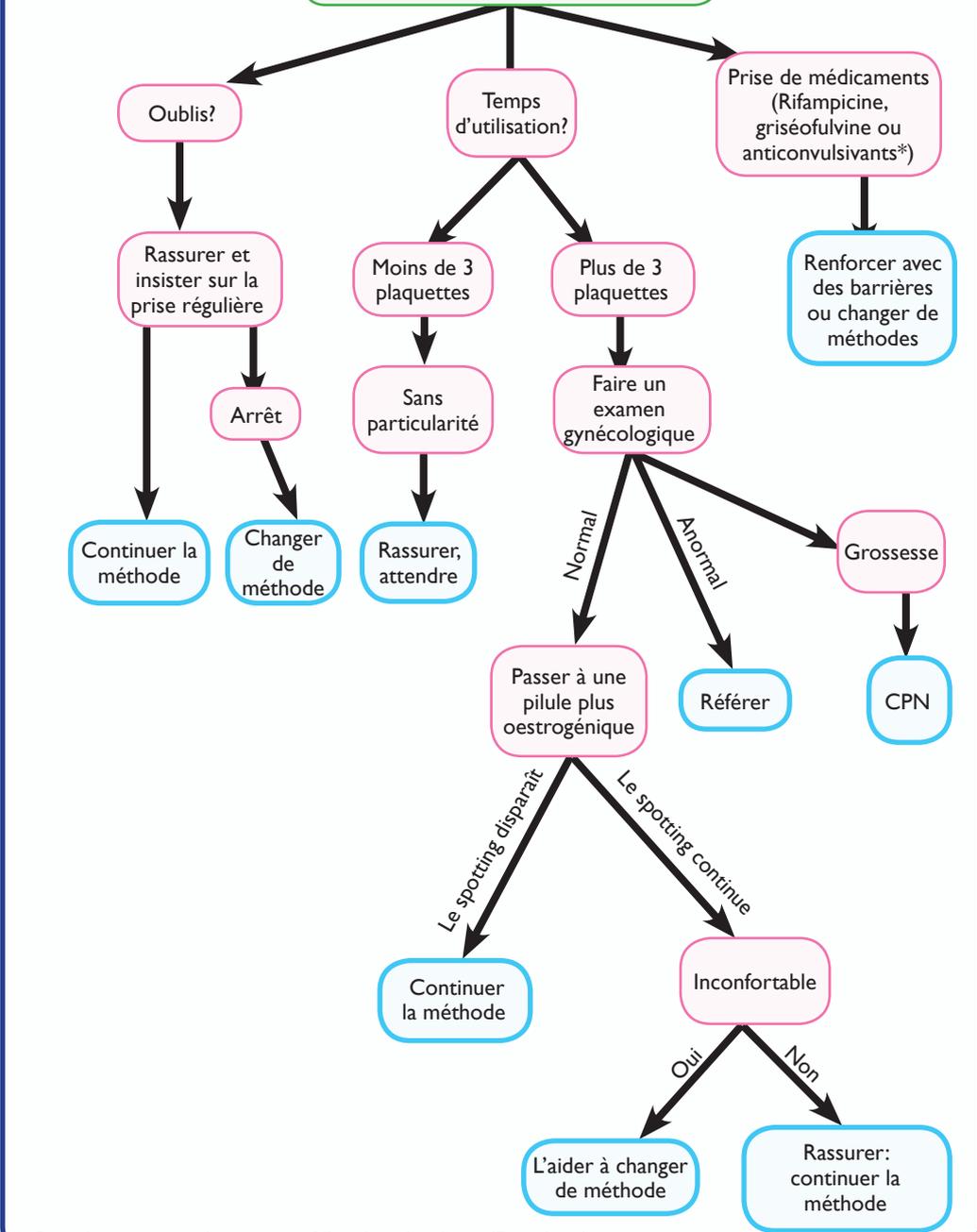
### 9. Conduite à tenir devant les effets secondaires

- Voir les arbres de décisions suivantes
- Spotting sous COC
- Tension mammaire sous COC
- Migraine sous COC
- Elévation de la T.A. sous COC
- Aménorrhée sous COC
- Aménorrhée après arrêt COC

## OUBLI DE PRISE DE PILULE COMBINÉE

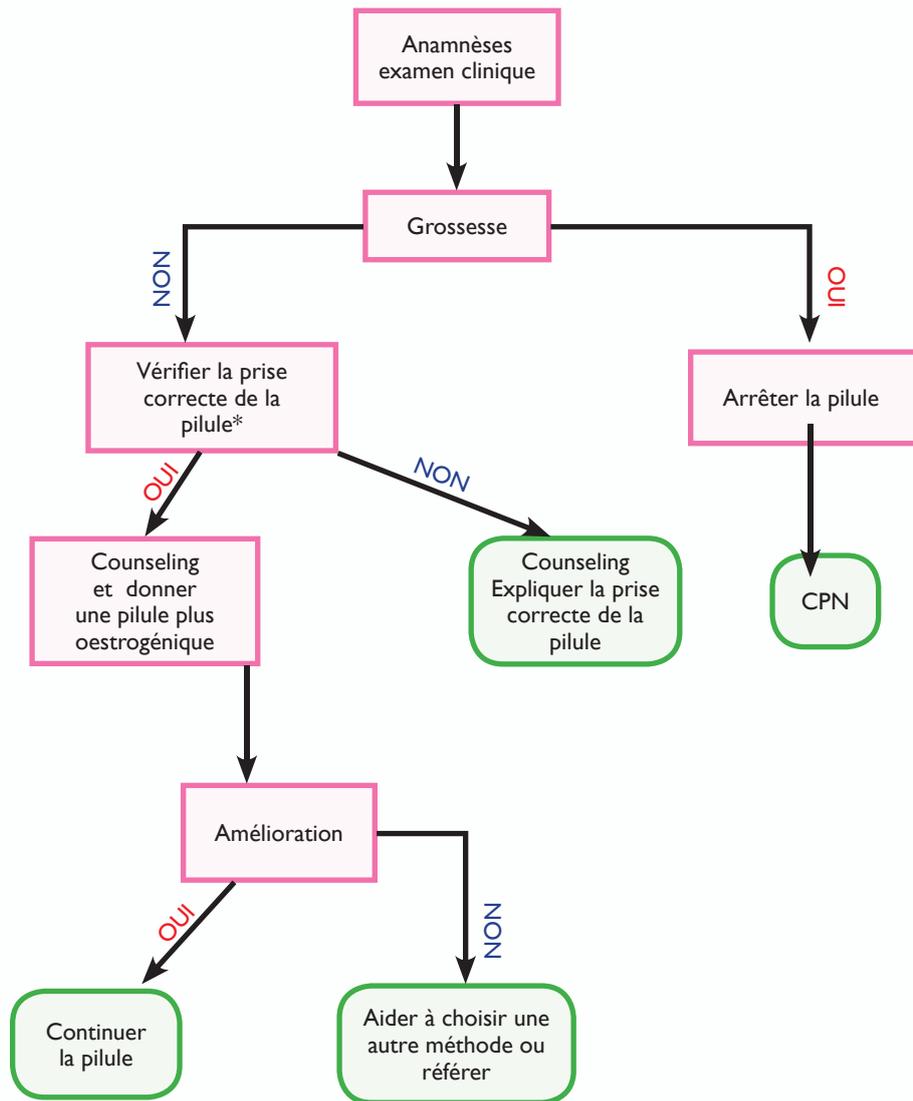


## SPOTTING SOUS COC



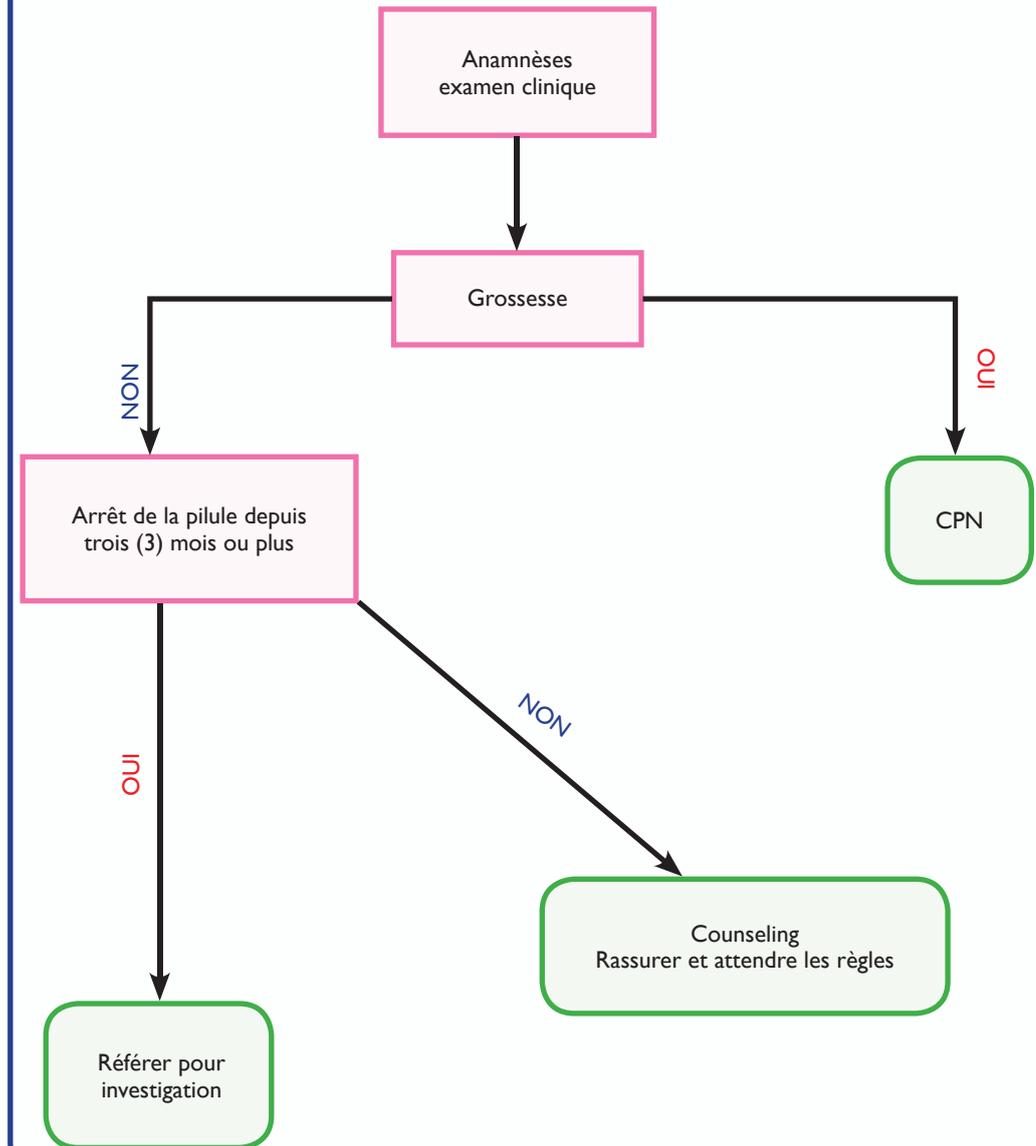
\* Pour les anticonvulsivants, sauf l'acide valproïque (Depakine)

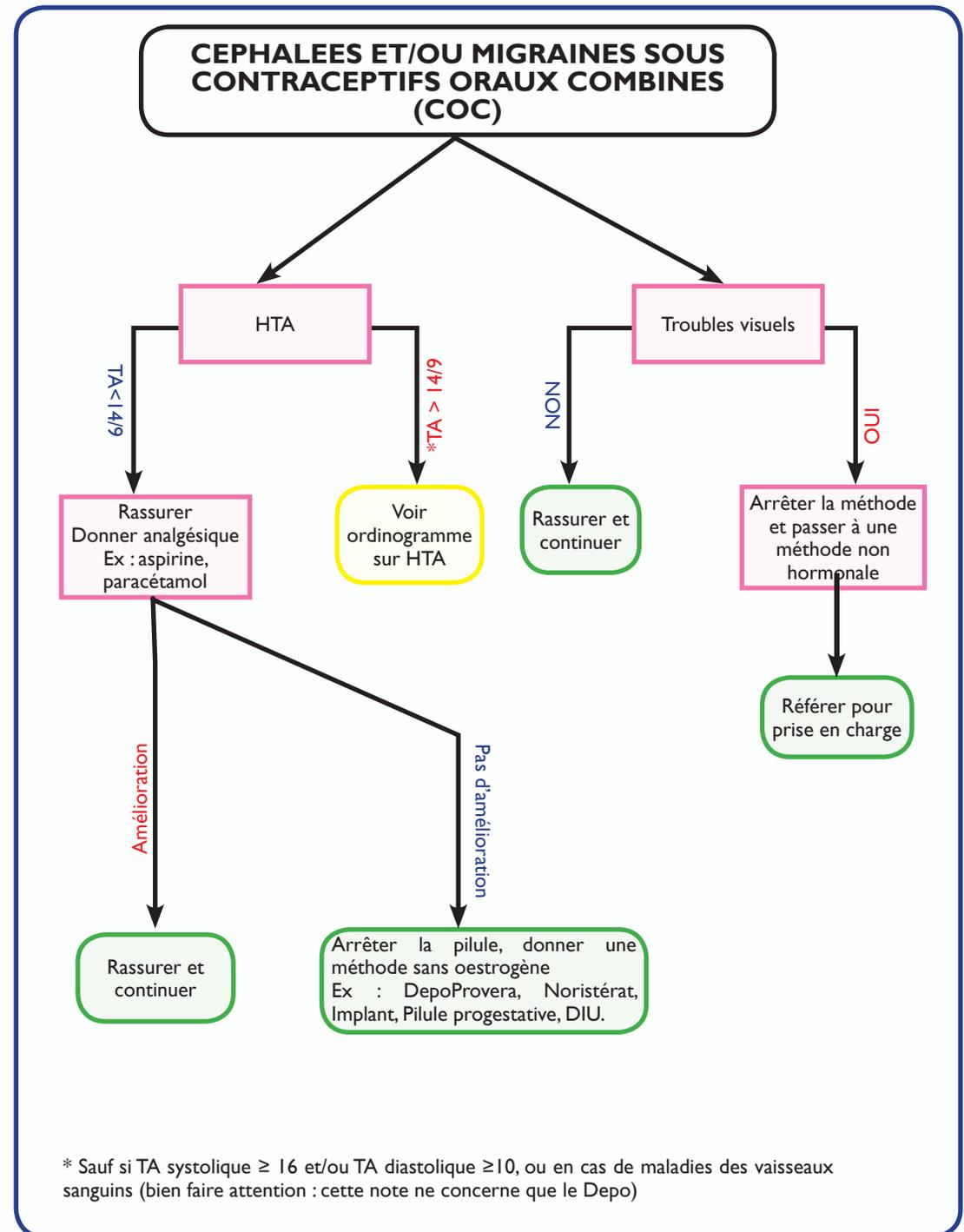
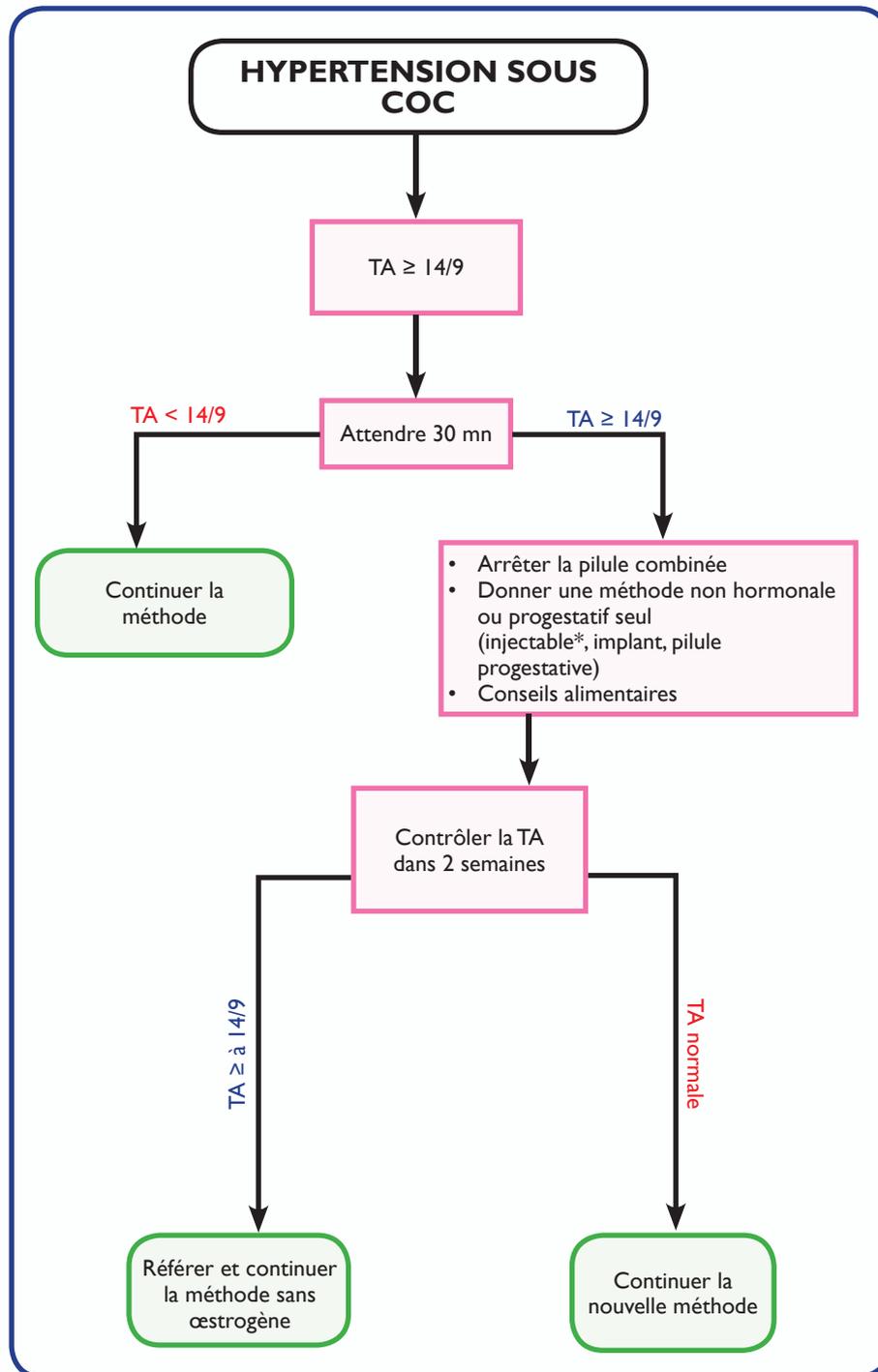
## AMENORRHEE SOUS COC



\* La prise continue de deux (02) plaquettes de 21 comprimés (sans arrêter pendant 7 jours) entraîne une aménorrhée.

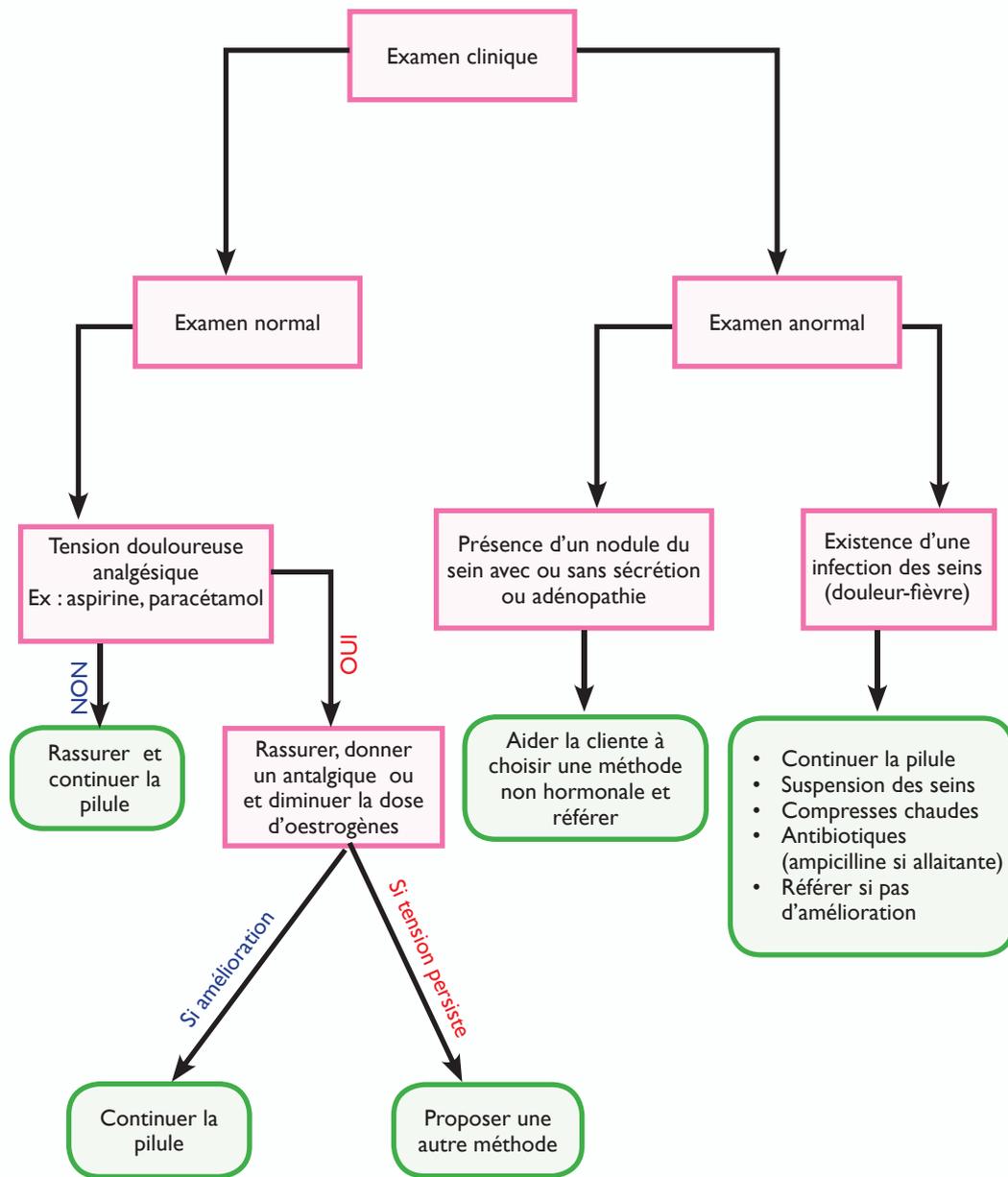
## AMENORRHEE APRES ARRET DES COC





\* Sauf si TA systolique ≥ 16 et/ou TA diastolique ≥ 10, ou en cas de maladies des vaisseaux sanguins (bien faire attention : cette note ne concerne que le Depo)

## TENSION MAMMAIRE SOUS COC



### 2.2.2. Contraceptifs à Progestatifs seuls (CPS)

Dans le cadre du bilan pour les CPS, il faudra utiliser la liste de contrôle rapide

#### 2.2.2.1. LES INJECTABLES

##### 1. Définition

Ce sont des produits contraceptifs injectables à base de progestatifs seuls.

Différents types, durée d'action et mode d'administration

- Dépo-provéra en IM (150mg acétate de depo medroxyprogestérone DMPA) agit pendant 3 mois
- Depo-subQ en sous-cutanée (104 mg d'acétate de médroxyprogestérone DMPA), nouvelle formule de DMPA à dose réduite, agit pendant 3 mois
- Noristérat en IM (200 mg d'énanthate de noréthindrone- NET-en) agit pendant 2 mois.

##### 2. Le mécanisme d'action

- Bloquent l'ovulation
- Épaississent la glaire cervicale
- Atrophient l'endomètre
- Ralentissent le transport des gamètes dans les trompes de Fallope

##### 3. Les avantages

- Efficaces à 99 %
  - Efficacité immédiate en moins de 24 heures après l'injection
  - 3 mois de protection pour le Dépo-provéra
  - 2 mois de protection pour le Noristérat
  - N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels
  - Ne contient pas d'oestrogène
  - Moins de crampes menstruelles
  - Protège contre l'anémie
  - Protège contre les cancers de l'endomètre
  - Protège contre les fibromes utérins
  - Diminuent les maladies bénignes des seins
- Diminuent le risque de MIP par épaissement de la glaire cervicale qui ferme

##### 4. Les inconvénients

Présente des effets secondaires tels que :

- Aménorrhée
- Spotting
- Saignements
- prise de poids
- céphalées
- diminution de la libido
- Retour à la fécondité retardé
- Aucune protection ne contre les infections du tractus génital (ITG) et IST/SIDA.

##### 5. Mode d'administration

Quand administrer

- L'injection doit être faite entre le 1<sup>er</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour du cycle
- Si elle est faite après les 7 premiers jours du cycle : faire l'injection à tout moment si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte et utiliser une méthode de barrière pendant les premiers 7 jours

Dans le post-partum, commencer

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

Dans le post-abortum, commencer immédiatement ou dans les 7 premiers jours.

## Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou NET-EN)

Afin de déterminer si le DMPA est médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 8. Dès que la cliente répond **OUI** à *une* question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 8.

<b>NON</b>	1. Vous a-t-on dit que vous avez le cancer du sein ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	2. Avez-vous déjà eu une attaque cérébrale ou une crise cardiaque, ou avez-vous actuellement un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	3. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaunes) ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	4. Vous a-t-on dit que vous avez du diabète (taux élevé de sucre dans le sang) ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	5. Vous a-t-on dit que vous avez une tension artérielle élevée ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	6. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors de vos règles ou après un rapport sexuel ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	7. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale, comme le lupus ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	8. Allaitiez-vous actuellement un bébé de moins de 6 semaines ?	<b>OUI</b>

Si la cliente répond **NON** à toutes les questions 1 à 8, elle peut recevoir le DMPA. Passez aux questions 9 à 14.

Si la cliente répond **OUI** à la question 1, le DMPA ne lui convient pas. Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou référez-la à un prestataire qualifié.

Si la cliente répond **OUI** à l'une des questions 2 à 7, il ne faut pas lui administrer le DMPA, sans une évaluation plus approfondie. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des instructions supplémentaires.

Si la cliente répond **OUI** à la question 8, dites-lui de revenir pour l'administration du DMPA dès que possible une fois que son bébé aura 6 semaines.

Posez les questions 9 à 14 afin d'être raisonnable sûr que la cliente n'est pas enceinte. Dès que la cliente répond **OUI** à *une* question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 14.

<b>OUI</b>	9. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	10. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	11. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	12. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	13. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	14. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	<b>NON</b>

Si la cliente répond **OUI** à au moins une des questions 9 à 14 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptômes de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut recevoir le DMPA immédiatement.

Si ses dernières règles ont commencé au cours des 7 derniers jours, elle peut recevoir le DMPA immédiatement. Le recours à un contraceptif d'appoint est inutile.

Si la cliente répond **NON** à toutes les questions 9 à 14, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.

Elle doit passer un test de grossesse ou attendre ses prochaines règles avant de recevoir le DMPA.

Donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-

Comment administrer	Instructions à la clientèle après injection
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En intramusculaire profonde au deltoïde ou au muscle fessier selon la préférence de la cliente</li> <li>• S'assurer que la dose a été administrée totalement</li> <li>• Ne pas masser le point d'injection</li> <li>• Si la femme n'a pas reçu la totalité de la dose (perte de produit, reflux, ampoule cassée), refaire une autre injection.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle doit revenir pour une injection <ul style="list-style-type: none"> <li>- Toutes les 13 semaines pour le Dépo-provéra</li> <li>- Tous les 2 mois pour le Noristérat</li> </ul> </li> </ul> <p>NB : La date de réinjection est à préciser avec exactitude</p>

#### Toutefois

En dehors des dates habituelles	Après 4 semaines de retard
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'injection peut être donnée avec 2 semaines d'avance avant la date de rendez vous</li> <li>• L'injection peut être donnée avec 4 semaines de retard pour le DMPA et 2 semaines pour le Noristerat sans nécessité d'utiliser une contraception</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrer la dose de Depo-Provera si on est raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte,</li> <li>• Abstention, ou rapport protégé pendant 7 jours</li> <li>• En cas de rapport sexuel dans les cinq jours, CU plus la dose de Depo-Provera</li> </ul>

Demander à la cliente de revenir en cas de signes d'alarme
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménorrhée après plusieurs cycles réguliers (suspicion de grossesse)</li> <li>• Douleurs vives au bas ventre GEU</li> <li>• Saignement abondant ou prolongé</li> <li>• Tuméfaction ou douleur au niveau du point d'injection - abcès</li> <li>• Maux de tête prolongés avec trouble de la vision.</li> </ul>

## Aide-mémoire pour la réinjection de DMPA

Les visites de réinjection des clientes sous DMPA doivent être programmées toutes les 13 semaines. Selon les lignes directrices 2008 de l'OMS, une cliente peut se faire réinjecter, sans que l'éventualité d'une grossesse ait besoin d'être écartée, si elle se présente, au plus tôt, 2 semaines avant ou, au plus tard, 4 semaines après sa date de rendez-vous. Les clientes venant après la fin de la marge de réinjection peuvent aussi se faire réinjecter, une fois l'éventualité d'une grossesse écartée. Si vous vous trouvez face à une cliente venant pour une réinjection, suivez les étapes décrites dans cet aide-mémoire. Pour les clientes venant recevoir leur première injection, servez-vous de la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)*.

**Etape 1. Consultez vos dossiers pour retrouver la date de la dernière injection de votre cliente, ou demandez-lui quelle est sa date de rendez-vous pour la réinjection.**

- Si elle arrive au maximum 2 semaines avant ou 4 semaines après sa date de rendez-vous, elle est dans la marge de réinjection ➔ Passez à l'Etape 2. (*La marge de réinjection approuvée est soulignée en vert sur l'exemple à droite*).
- Si elle vient plus de 4 semaines après sa date de réinjection, elle se trouve hors de la marge de réinjection ➔ Voir face 2.

**Etape 2. Demandez à la cliente si de nouveaux problèmes de santé se sont déclarés depuis sa dernière injection.**

- Si ce n'est pas le cas ➔ Passez à l'Etape 3.
- Parmi les problèmes de santé pouvant entraîner un changement de méthodes, on trouve les migraines avec aura (si elles se sont développées ou aggravées par l'emploi du DMPA), ou les états de santé décrits dans la *Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage du DMPA (ou du NET-EN)*.
  - Si la poursuite du DMPA est écartée ➔ Aidez la cliente à choisir une autre méthode.
  - Si la méthode demeure appropriée ➔ Passez à l'Etape 3.

**Etape 3. Rassurez la cliente quant aux effets secondaires, en particulier les changements intervenant au niveau des saignements.**

- Rappelez aux clientes que des saignements abondants ou irréguliers aboutissant à une aménorrhée sont des effets secondaires courants qui ne nuisent pas à leur santé. Si la cliente ne se montre pas inquiète ➔ Passez à l'Etape 4.
- Si elle se fait du souci ➔ Gérer la situation en fonction des recommandations énoncées dans les *Protocoles de services de santé de la reproduction*. Si elle souhaite poursuivre l'utilisation du DMPA ➔ Passez à l'Etape 4.

**Etape 4. Faites la réinjection à la cliente.**

**Etape 5. Conseillez à la cliente d'utiliser des préservatifs, en plus du DMPA, pour se protéger des IST et du VIH.**

**Etape 6. Fixez une date pour la prochaine injection (13 semaines plus tard).**

- Demandez à la cliente de faire son possible pour venir à cette date. Expliquez qu'elle est libre de revenir à tout moment si elle souhaite poser des questions ou faire part de ses inquiétudes. Précisez qu'elle doit toujours revenir — peu importe la longueur de son retard.

### Exemple : Comment programmer une visite de réinjection

Mois A						
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
3						
4						

Mois B						
1	2	3	4	5	6	7
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Mois C						
1	2	3	4	5	6	7
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						

Mois D						
1	2	3	4	5	6	7
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

■ = La marge de réinjection (semaines 11 à 17 pour le DMPA)  
✗ = Le dernier jour de la marge de réinjection

**Si une cliente arrive plus de 4 semaines après son rendez-vous pour la réinjection, elle se trouve hors de la marge de réinjection approuvée ➔ Solvez les Instructions énoncées sur cette page.**

- Écartez l'éventualité d'une grossesse avant de procéder à la réinjection ➔ Utilisez les options 1 à 4 ci-dessous. † ‡
- Déterminez si la nécessité de revenir durant la marge de réinjection risque de demeurer un problème pour la cliente. Si c'est le cas ➔ Discutez d'autres options plus adaptées à la cliente.

**Option 1 – Liste de contrôle pour la grossesse (adaptée)**

Écartez l'éventualité d'une grossesse à l'aide des questions suivantes, adaptées de la Liste de contrôle pour la grossesse. En posant ces questions à votre cliente, vous devez remplacer « le jour X » par la date qui correspond au dernier jour de la marge de réinjection pour votre cliente (que vous déterminerez en comptant 4 semaines après son rendez-vous pour la réinjection). Si possible, référez-vous à un calendrier lors de votre entretien avec la cliente.

- Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis **le jour X** ?
- Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique (préservatifs, par ex.) depuis **le jour X** ?
- Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaité-vous exclusivement ou presque, et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?
- Utilisez-vous des pilules contraceptives d'urgence après chaque rapport sexuel non protégé depuis **le jour X** ?

Si la cliente répond OUI à au moins une des questions ci-dessus ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle répond aux critères de recevabilité médicale et souhaite continuer l'usage du DMIPA, faites-lui la réinjection et dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.

Si la cliente répond NON à toutes les questions ci-dessus, l'éventualité d'une grossesse ne peut pas être écartée ➔ Passez aux options 2, 3 ou 4 ci-dessous.

**Option 2 – Test de grossesse**

Utilisez un test de grossesse pour écarter l'hypothèse que la cliente est enceinte. Si le test est négatif et qu'il n'y a pas de signe clinique évident d'une grossesse ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si la cliente répond aux critères de recevabilité et souhaite continuer l'utilisation du DMIPA, faites-lui la réinjection et dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.

**Option 3 – Examen pelvien bimanuel (si vous ne disposez pas de test de grossesse)**

Procédez à un examen pelvien bimanuel pour déterminer la taille de l'utérus afin d'effectuer une comparaison lors de la visite de suivi. S'il n'y a pas de signe ou de symptôme de grossesse, donnez-lui des préservatifs (ou une autre méthode d'appoint) et demandez-lui de revenir dans 4 semaines ou lorsque son cycle menstruel aura repris, en fonction de ce qui arrive en premier.

- Si elle revient et qu'elle a ses règles ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle satisfait aux critères de recevabilité, faites-lui la réinjection. Si ses règles ont commencé il y a plus de sept jours, dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.
- Si, après 4 semaines, elle n'a toujours pas ses règles, procédez à un second examen pelvien pour déterminer si l'utérus s'est élargi. Si ce n'est pas le cas et qu'il n'y a aucun signe ou symptôme de grossesse et qu'elle a utilisé des préservatifs ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si la cliente répond aux critères de recevabilité et souhaite continuer l'utilisation du DMIPA, faites-lui la réinjection et dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.

**Option 4 – Examen abdominal (face à l'impossibilité d'effectuer un test de grossesse ou un examen pelvien)**

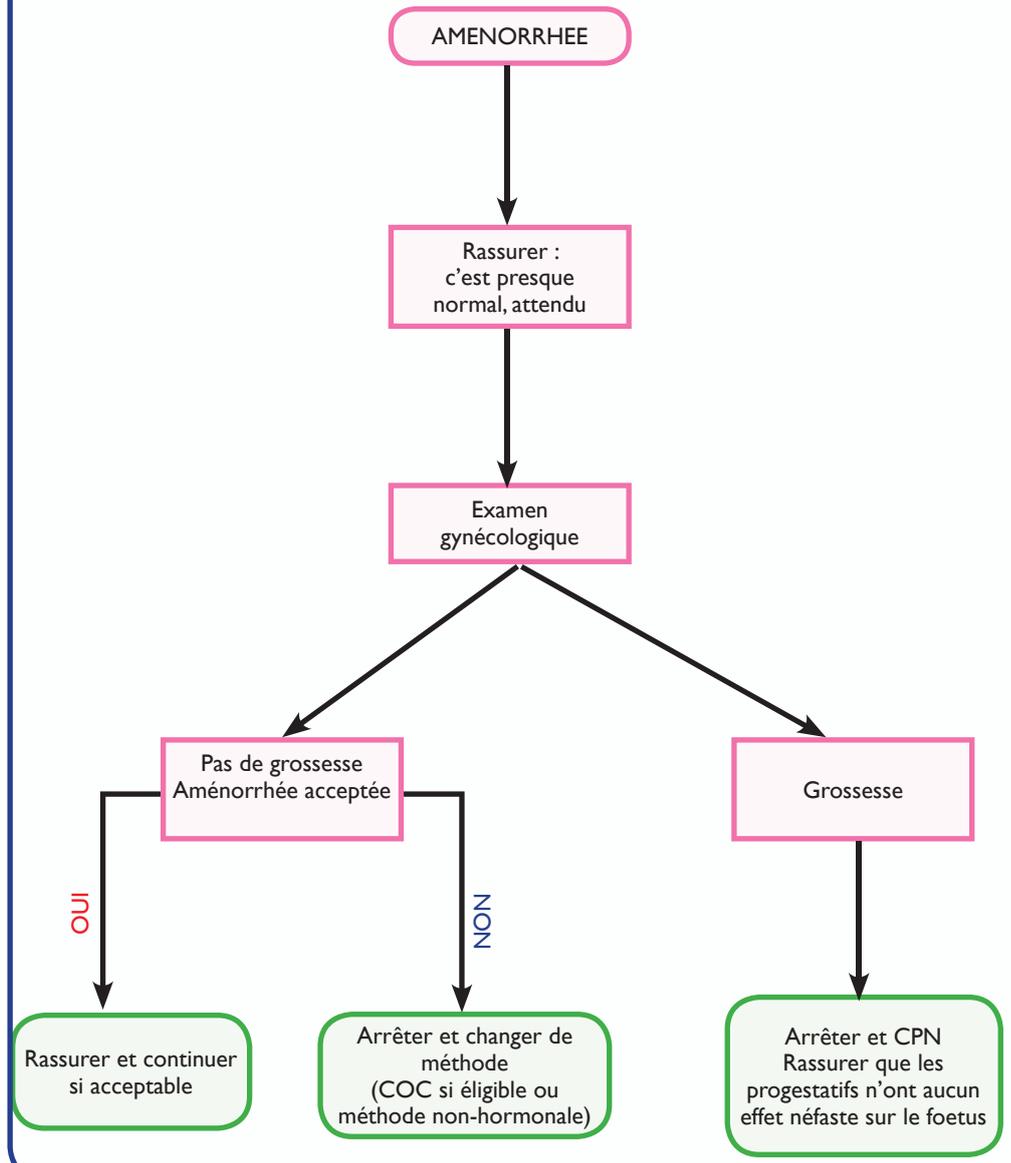
Donnez-lui des préservatifs (ou une autre méthode d'appoint) et demandez-lui de revenir d'ici 12 à 14 semaines ou lorsque son cycle menstruel aura repris, en fonction de ce qui se produira en premier.

- Si elle revient et qu'elle a ses règles ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle remplit les critères de recevabilité, faites-lui la réinjection. Si ses règles ont commencé il y a plus de 7 jours, dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.
- Si elle n'a toujours pas ses règles, procédez à l'examen abdominal. Si l'utérus n'est pas élargi et qu'il n'y a aucun signe ou symptôme de grossesse et qu'elle a utilisé une méthode d'appoint de manière correcte et systématique ➔ Retournez à l'Étape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle répond aux critères de recevabilité et souhaite poursuivre l'utilisation du DMIPA, faites-lui la réinjection et dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.

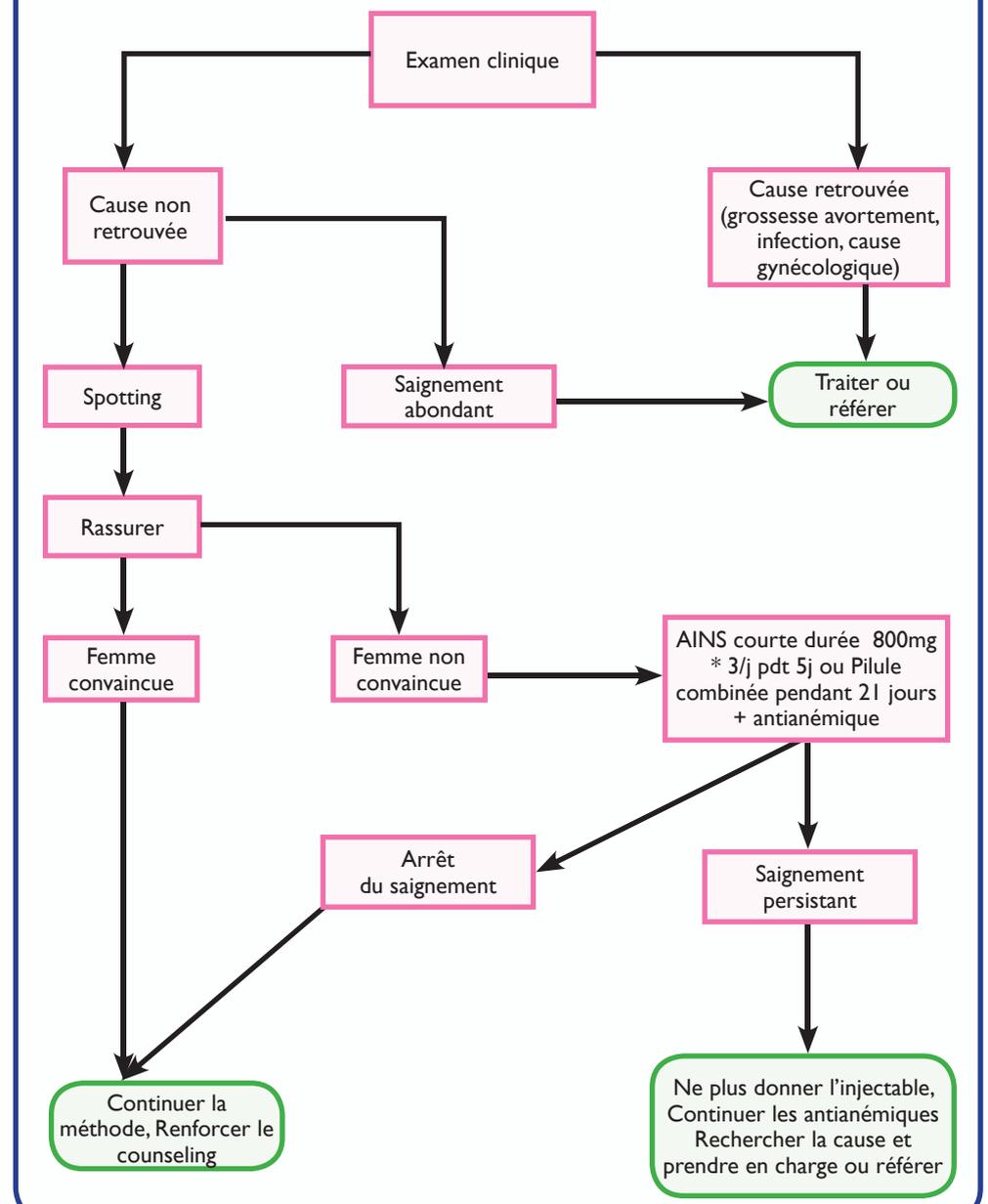
† Dans certains pays, les directives nationales n'exigent pas que l'éventualité de la grossesse soit écartée avant la réinjection. Dans de telles situations, expliquez à la cliente que l'injection lui est donnée même s'il est possible qu'elle soit enceinte, car il est entendu que l'injection ne met pas fin ou ne nuit pas à une grossesse en cours. Faites la réinjection et dites-lui de s'abstenir de rapports sexuels ou d'utiliser des préservatifs au cours des 7 prochains jours.

‡ Bien des femmes recevant des injections de DMIPA n'auront pas leurs règles pendant plusieurs mois, même après avoir arrêté la méthode. Par conséquent, demander à une cliente de revenir lors de ses prochaines règles signifie que sa prochaine injection sera inutilement retardée, la laissant ainsi sans protection contraceptive.

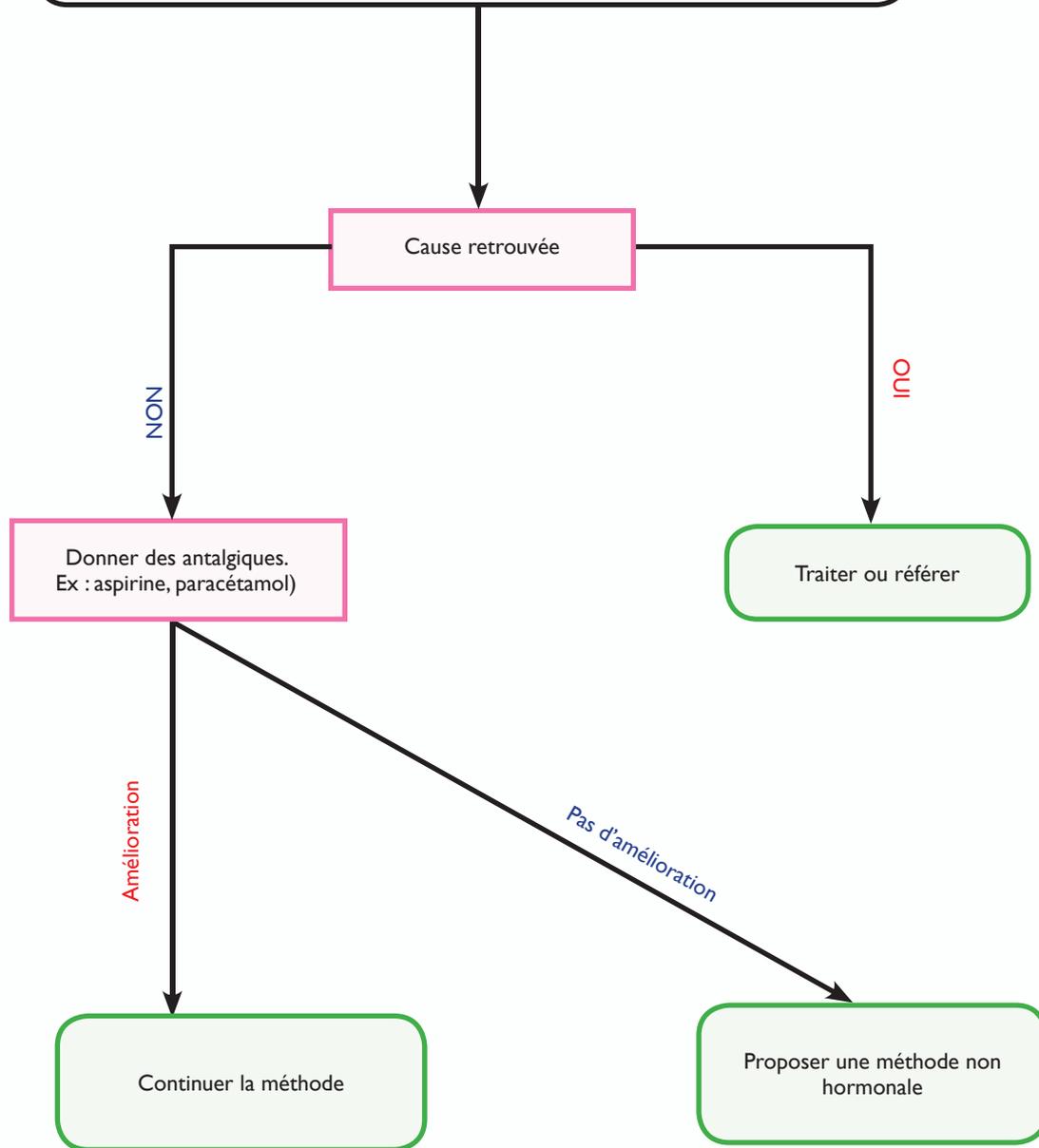
### CONDUITE A TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES AMENORRHEE SOUS INJECTABLE (DMPA)



### SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE



## CEPHALEES SOUS INJECTABLE

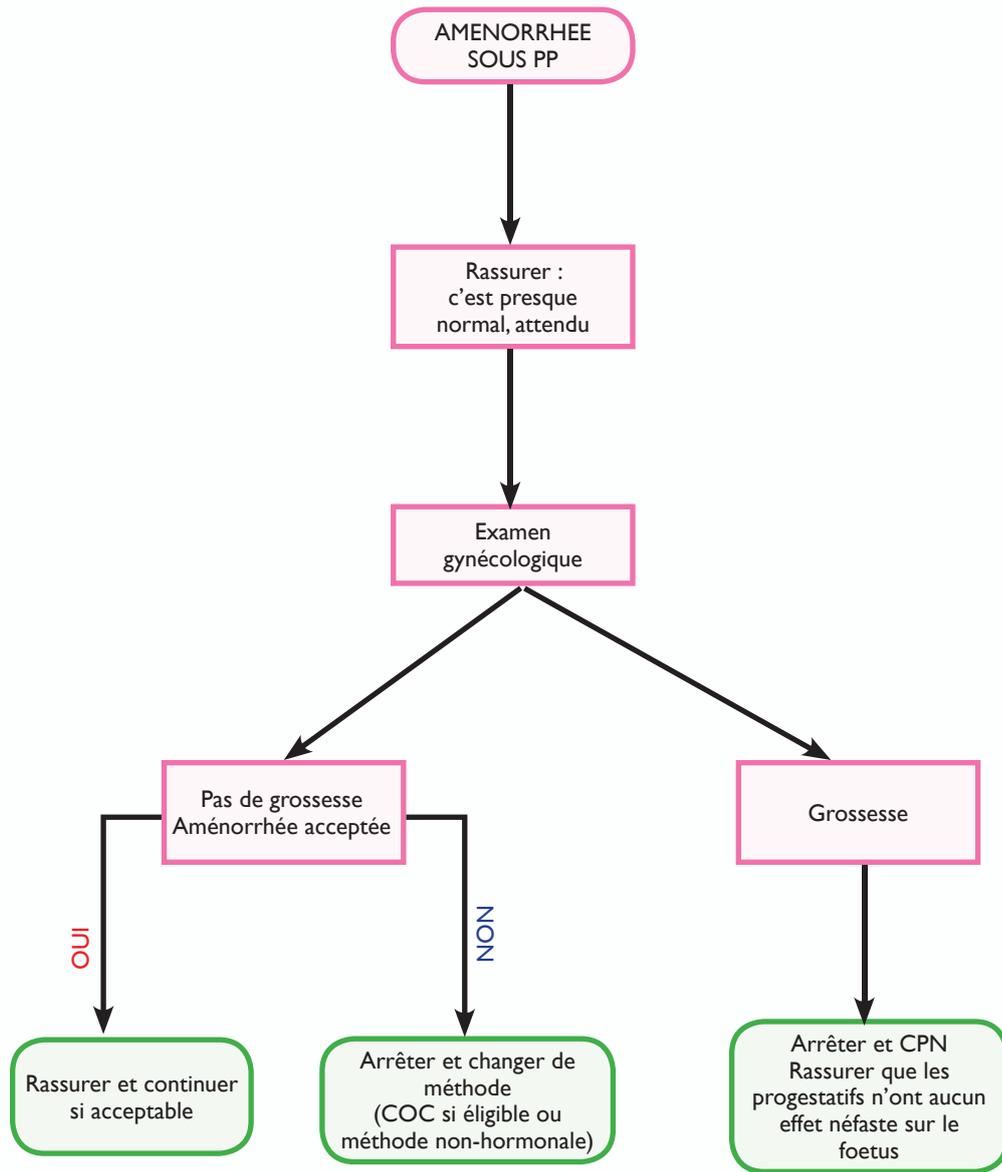


### Autres Effets Secondaires des Injectables

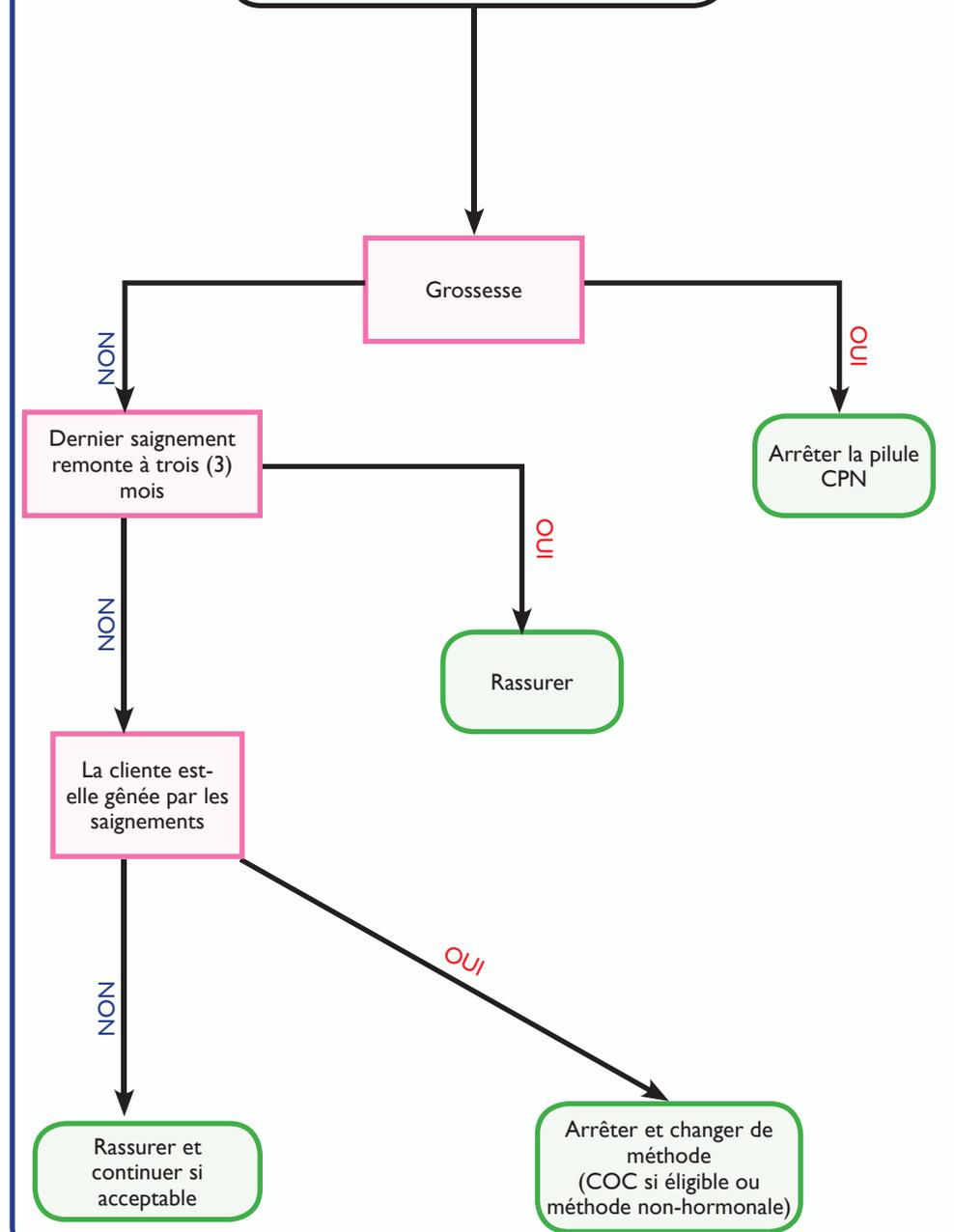
Effets secondaires	Conduite à tenir
<b>Prise de poids (&gt; de 2 kg par mois)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer un conseil de régime hypocalorique               <ul style="list-style-type: none"> <li>Si amélioration                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Continuer les injections</li> </ul> </li> <li>Si pas d'amélioration au bout d'un mois                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Aider à choisir une autre méthode</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Nausée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si nausée dans les premiers 3 mois :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Rassurer</li> </ul> </li> <li>Si nausée après 3 mois :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Si grossesse                   <ul style="list-style-type: none"> <li>CPN</li> </ul> </li> <li>Si pas de grossesse                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher une autre cause (trouble digestif, parasitose)</li> <li>Traiter</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<b>Acné</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conseiller les soins de visage avec des produits anti-sécrétoires à usage local</li> <li>Si la cliente est sous NET-EN (Noristérat),               <ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer un changement avec le DMPA (Dépo-Provéra)</li> </ul> </li> <li>ou</li> <li>Aider à faire le choix d'une autre méthode</li> </ul>
<b>Ballonnement abdominal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si grossesse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Arrêter méthode -&gt; CPN</li> </ul> </li> <li>Si pas de grossesse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher la cause</li> <li>Traiter</li> </ul> </li> <li>Si cause non-retrouvée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Conseiller un régime pauvre en féculents et riche en légumes et fruits</li> <li>Aider à faire le choix d'une autre méthode</li> </ul> </li> </ul>
<b>Baisse de la libido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher autre cause</li> <li>Faire counseling</li> <li>Si autre cause non-retrouvée :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Proposer un changement une autre méthode</li> </ul> </li> </ul>

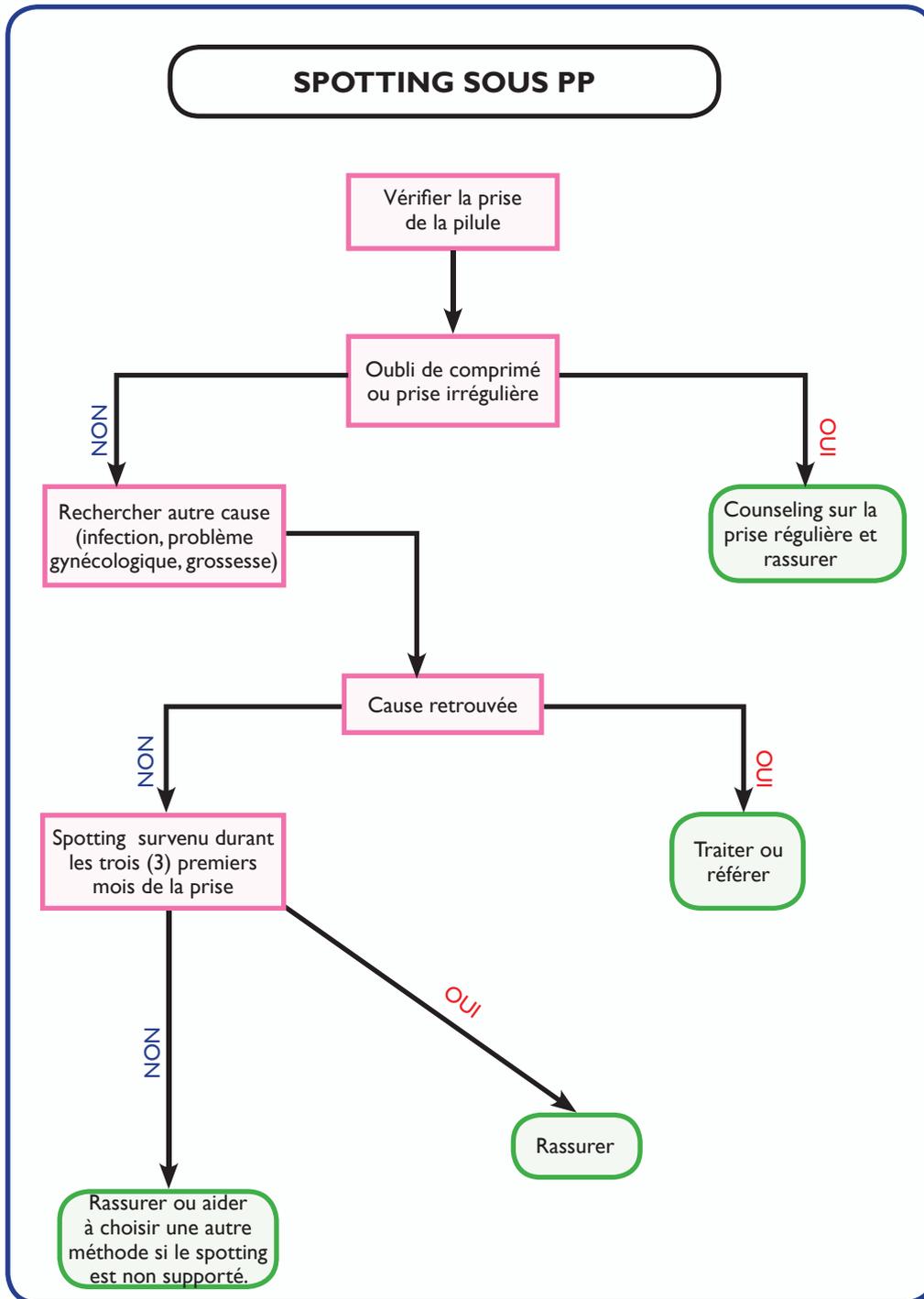
2.2.2.2. Pilules progestatives (PP)			
<b>1. Définition</b>		<b>2. Le mécanisme d'action</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Les PP sont des contraceptifs oraux à base de progestatifs seuls utilisés en prise continue</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Blocage de l'ovulation</li> <li>Épaississement la glaire cervicale</li> <li>Atrophie de l'endomètre empêchant la nidation</li> </ul>	
<b>3. Les avantages des PP</b>		<b>4. Les inconvénients des PP</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Très efficaces (si la prise est correcte) 90-97 %</li> <li>Réversibilité immédiate</li> <li>N'interfèrent pas avec les rapports sexuels</li> <li>N'influencent pas la lactation</li> <li>Diminuent le flux menstruel</li> <li>Diminuent les crampes menstruelles</li> <li>Protègent contre les cancers de l'endomètre</li> <li>Diminuent les maladies bénignes des seins</li> <li>Diminuent les risques de MIP</li> <li>Pas d'effets liés aux œstrogènes</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Effets secondaires :</li> <li>Spotting, saignements</li> <li>Aménorrhée</li> <li>Tension mammaire</li> <li>Nausée</li> <li>Céphalées</li> <li>Prise ou perte de poids</li> <li>Utilisation contraignante : nécessité de respect de l'heure de prise</li> <li>Risque d'oubli</li> <li>Ne protège pas contre les IST/SIDA.</li> </ul>	
<b>5. Mode d'administration</b>			
Commencer la prise entre le 1er et le 5ème jour du cycle menstruel A tout moment si on est raisonnablement sûre que la femme n'est pas enceinte			
<b>Dans le post-partum</b>			
<b>Avec allaitement</b>		<b>Dans le post-abortum</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise à partir de 6 mois si la cliente utilise la MAMA</li> <li>Prise à partir de 6 semaines si la cliente n'utilise pas la MAMA</li> <li>Sans allaitement immédiatement ou dans les 3 semaines</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise immédiate ou dans les 5 jours qui suivent</li> </ul>	
<b>Instructions</b>	<b>En cas d'oubli de PP</b>		<b>6. Suivi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise quotidienne ininterrompue et à la même heure : dès la fin d'une plaquette, enchaîner avec une autre</li> <li>En cas de vomissements dans les 30 mn qui suivent la prise, reprendre une autre Pilule</li> </ul>	<b>Si oubli de prendre une pilule</b>	<b>Si oubli de 2 pilules consécutives ou plus:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visite initiale : donner 6 plaquettes</li> <li>Donner rendez vous dans 6 mois et demander à la cliente de revenir dès qu'un problème se pose</li> <li>Si la cliente présente des problèmes ou des effets secondaires, se référer à la prise en charge des effets secondaires</li> <li>Lors de toutes les visites, préciser à la cliente de revenir au centre en cas des signes d'alarmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>Aménorrhée de plus de 3 mois</li> <li>Céphalées intenses</li> <li>Douleurs vives au bas ventre</li> <li>Troubles de la vision</li> <li>Saignements très abondants.</li> </ul> </li> </ul>
	Dès rappel et continuer à prendre une pilule chaque jour.	Reprendre la prise d'une pilule par jour dès rappel mais utiliser des condoms ou s'abstenir de relations sexuelles pendant 7 jours consécutifs <ul style="list-style-type: none"> <li>En cas de diarrhée persistante continuer la prise et renforcer par une méthode barrière jusqu'à la fin du traitement</li> <li>Continuer la prise même en l'absence de rapports sexuels</li> <li>Si risque d'IST/SIDA, encourager l'utilisation du condom</li> <li>Si désir d'arrêt, revenir au centre.</li> </ul>	
NB : La cliente peut utiliser les pilules progestatives même au delà de 6 mois après l'accouchement			

## CONDUITE A TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES AMENORRHEE SOUS PP



## SAIGNEMENT SOUS PP





### 2.2.2.3 LES IMPLANTS

1. Définition	2. Durée d'action				3. Le mécanisme d'action
Les implants sont une méthode contraceptive composée de capsules fines et flexibles remplies de progestatifs insérées juste sous la peau à la partie interne du bras. Il peut s'agir de : <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 capsules de lévonorgestrel (Norplant)</li> <li>• 1 capsule d'étonogestrel (Implanon)</li> <li>• 2 capsules de Lévonorgestrel (Jadelle)</li> </ul>	Norplant		Jadelle	Implanon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epaissement de la glaire cervicale</li> <li>• Blocage partiel de l'ovulation</li> <li>• Atrophie de l'endomètre</li> </ul>
	7 ans	Si poids < 70 kg	5 ans	Si poids < 80 kg	
	5 ans	Entre 70 et 80 kg			
4 ans	Si poids > 80 kg	4 ans	Si poids > 80 kg	3 ans	

4. Les avantages	5. Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficace (taux d'efficacité : 90 à 100 %)</li> <li>• Réversible</li> <li>• N'affecte pas l'allaitement</li> <li>• Retour immédiat de la fécondité</li> <li>• Pas d'effets liés aux oestrogènes</li> <li>• N'interfère pas avec les rapports sexuels</li> <li>• Prévention de l'anémie chez certaines femmes (aménorrhée, diminution du flux menstruel)</li> <li>• Diminue le risque des MIP (Maladies inflammatoires pelviennes)</li> <li>• Discrète</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effets secondaires</li> <li>• Spotting</li> <li>• Aménorrhée</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Vertiges</li> <li>• Nausées</li> <li>• Tension mammaire</li> <li>• Nervosité</li> <li>• Prise de poids</li> <li>• Petite procédure chirurgicale pour l'insertion et le retrait (Personnel formé)</li> <li>• Ne protège pas contre les IST/SIDA</li> </ul> <p><i>Ces inconvénients sont plus fréquents pour le Norplant.</i></p>

### 6. Complications

- Sont rares
- Infection du site d'insertion
- Retrait difficile
- Expulsion de capsules

## Liste de contrôle pour les clientes souhaitant commencer l'usage des implants contraceptifs

Afin de déterminer si les implants sont médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 1 à 6. Dès que la cliente répond **OUI** à *une question*, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 6.

<b>NON</b>	1. Vous a-t-on dit que vous avez le cancer du sein ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	2. Avez-vous actuellement un caillot de sang dans les jambes ou dans les poumons ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	3. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaunes) ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	4. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale comme le lupus ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	5. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors de vos règles ou après un rapport sexuel ?	<b>OUI</b>
<b>NON</b>	6. Allaitiez-vous actuellement un bébé de moins de 6 semaines ?	<b>OUI</b>

Si la cliente répond **NON** à *toutes les questions 1 à 6*, elle peut se faire insérer les implants. Passez aux questions 7 à 12.

Si la cliente répond **OUI** à la *question 1*, les implants ne lui conviennent pas. Informez la cliente sur les autres méthodes disponibles ou référez-la à un prestataire qualifié.  
 Si la cliente répond **OUI** à *l'une des questions 2 à 5*, elle ne peut pas recevoir les implants sans une évaluation plus approfondie. Évaluez la cliente ou référez-la à un prestataire qualifié, et donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des instructions supplémentaires.  
 Si la cliente répond **OUI** à la *question 6*, dites-lui de revenir pour l'insertion des implants dès que possible une fois que son bébé aura 6 semaines.

Posez les questions 7 à 12 afin d'être raisonnablement sûr que la cliente n'est pas enceinte. Dès que la cliente répond **OUI** à *une question*, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 12.

<b>OUI</b>	7. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	8. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitiez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	9. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	10. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	11. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	<b>NON</b>
<b>OUI</b>	12. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	<b>NON</b>

Si la cliente répond **OUI** à *au moins une des questions 7 à 12* et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. Elle peut recevoir des implants immédiatement.  
 Si ses dernières règles ont commencé *au cours des 7 derniers jours (5 jours pour l'Implanon)*, la cliente peut recevoir des implants immédiatement. Le recours à un contraceptif d'appoint est inutile.  
 Si ses dernières règles ont commencé *il y a plus de 7 jours (5 jours pour l'Implanon)*, la cliente *peut* recevoir des implants *immédiatement*, mais informez-la qu'elle *devra* utiliser des préservatifs ou s'abstenir de relations sexuelles pendant les 7 prochains jours. Donnez-lui des préservatifs à utiliser pendant les 7 prochains jours.

Si la cliente répond **NON** à *toutes les questions 7 à 12*, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse.  
 Elle doit passer un test de grossesse ou attendre ses prochaines règles avant de se faire insérer des implants.  
 Donnez-lui des préservatifs à utiliser entre-temps.

## 7. Mode d'administration : Quand commencer ?

Période gynécologique	Dans le post-abortum	Dans le post-partum
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre le 1er et le 7ème jour des règles</li> <li>• A tout moment si la femme était jusqu'alors couverte par une autre méthode</li> <li>• A tout moment si l'on est raisonnablement sûr que la femme n'est enceinte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immédiatement ou</li> <li>• Dans les 7 jours qui suivent l'évacuation Utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si MAMA au 6è mois</li> <li>• Si n'allaite pas : immédiatement ou dans les 3 semaines</li> <li>• Si allaite sans MAMA : après 6 semaines</li> </ul>

## Administration de la méthode

Administration de la méthode	Instructions après l'insertion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparation du matériel (matériel complet et stérile)</li> <li>• Préparation de la cliente :</li> <li>• Explication de la procédure,</li> <li>• Lavage du bras,</li> <li>• Installation</li> <li>• Préparation du prestataire : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenue adéquate,</li> <li>- Lavage des mains,</li> <li>- Port de gants stériles.</li> </ul> </li> <li>• Insertion des capsules en respectant la technique appropriée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter toute souillure.</li> <li>• Ne pas mouiller le pansement.</li> <li>• Refaire le pansement au 3<sup>ème</sup> jour et demander à la cliente de l'enlever au 5<sup>ème</sup> jour.</li> <li>• Peut reprendre ses activités, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mais éviter de soulever des objets lourds avec le bras ayant les implants le 1er jour.</li> </ul> </li> <li>• Peut reprendre les activités sexuelles (moins de 24 heures)</li> <li>• La zone d'insertion peut être enflée ou un peu douloureuse</li> <li>• Après cicatrisation pas de soins particuliers</li> <li>• Son effet contraceptif se termine si la durée d'action est dépassée en fonction du poids</li> <li>• Peut changer de méthode à tout moment</li> </ul>

## 8. Suivi

La femme doit se présenter à la structure si elle présente les signes d'alarme suivants:	Visites de contrôle
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vives douleurs au bas ventre (symptôme de GEU ?)</li> <li>• Pus ou saignement à l'endroit de l'insertion</li> <li>• Expulsion des capsules</li> <li>• Maux de tête sévères ou trouble de la vision.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1<sup>er</sup> contrôle à 1 mois (après l'insertion),</li> <li>• Puis tous les ans</li> <li>• Si la femme revient pour le suivi, vérifier le degré de satisfaction</li> <li>• Rechercher l'existence d'effets secondaires.</li> </ul>

Conduite à tenir devant des effets secondaires et des complications		
Effets Secondaires et Complications	Conduite à tenir	
Aménorrhée	Si pas de grossesse	• Rassurer la cliente
	Si grossesse confirmée	• Retirer les implants • Expliquer que la dose de progestatif n'a pas d'effet nuisible sur le fœtus • Prendre en charge pour CPN.
	Si suspicion GEU	• Référer
Nausées, vertiges, nervosité	Si pas de grossesse,	• Rassurer la cliente
	Si grossesse confirmée	• Retirer les implants • Expliquer que la dose de progestatif n'a pas d'effets nuisibles sur le fœtus • Prise en charge pour CPN
Prise ou perte de poids	> 5 kg par rapport au poids initial	• Conseiller à la cliente de voir son régime alimentaire • De faire des exercices physiques si nécessaire
Infection au site d'insertion	Avec suppuration	• Retrait • Antibiothérapie adéquate • Soins locaux • Prescription d'une autre méthode ou • Insertion d'un jeu dans l'autre bras
	Sans suppuration	• Soins locaux + antibiothérapie • Si au bout de 7 jours pas d'amélioration
Expulsion de capsules (manque 1 à 2)	Si pas infection	• Retrait • Insérer 1 nouveau jeu
	Si infection	• Retrait • Retirer les capsules restantes (voir infection au site)
Saignements	Eliminer une cause organique ou une grossesse.	• Donner du fer
	Si saignement peu abondant	• Rassurer
	Si saignement persiste	• 1 cycle de COC 30 mcg
	Si saignement persiste malgré COC	• Retrait • Conseiller une autre méthode
	Si saignement abondant	• Retrait • Conseiller une autre méthode

2. 3. LE DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)			
1. Définition	2. Les types de DIU	3. Durée d'action	4. Mécanismes d'action du DIU au cuivre
Le DIU (stérilet) est un petit objet que l'on insère dans la cavité utérine pour éviter une grossesse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les DIU Inertes (Boucle de Lippes)</li> <li>• Les DIU Bio-actifs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avec cuivre (Copper T - 220, Nova T, Tcu-380 A, Multiload 375)</li> <li>- Aux hormones (levoNova, Progestasert)</li> </ul> </li> </ul>	13 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empêche la fécondation par:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La réduction du nombre des spermatozoïdes et de leur mobilité</li> <li>- L'accélération du péristaltisme tubaire et du transport de l'ovule vers la cavité utérine</li> </ul> </li> <li>• A un effet inflammatoire (corps étranger dans l'utérus) empêchant la nidation</li> </ul>

5. Avantages	6. Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité 99 %</li> <li>• Discrète</li> <li>• Réversible</li> <li>• N'affecte pas l'allaitement</li> <li>• Aucune interaction avec les médicaments</li> <li>• Longue durée d'action (13 ans) pour Tcu 380 A</li> <li>• N'interfère pas avec les rapports sexuels</li> <li>• Peut être retiré à tout moment par un personnel formé</li> <li>• Peu coûteux.</li> </ul> <p><i>N.B. Pour le Progestasert : possibilité de diminution d'un flux menstruel et des crampes</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite un personnel formé</li> <li>• Nécessite un suivi médical</li> <li>• L'insertion et le retrait peuvent être plus ou moins douloureux</li> <li>• Ne protège pas contre les IST/SIDA</li> <li>• Possibilité d'effets secondaires temporaires               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crampes utérines modérées</li> <li>- saignements vaginaux irréguliers ou abondants</li> <li>- Augmentation de la dysménorrhée</li> </ul> </li> </ul>

7. Mode d'administration	8. Procéder au bilan de la cliente à la recherche des éléments suivants
<p>Entre le 1<sup>er</sup> et le 12<sup>ème</sup> jour des règles</p> <p>A n'importe quel moment du cycle si la femme n'a pas eu de rapports sexuels ou utilise une méthode contraceptive fiable</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le bilan s'effectue à l'aide d'une liste de contrôle pour le DIU. Il s'agit d'un outil de sélection facile à utiliser et destinée aux prestataires de santé qui posent des dispositifs intra-utérins (DIU).</li> <li>• La première partie de la liste de contrôle (Questions 1-7) ainsi que les questions permettant d'écartier la possibilité d'une grossesse peuvent être remplies par un agent autre que le prestataire chargé de la pose des DIU.</li> <li>• Les clientes exclues après avoir donné une ou plusieurs réponses positives aux questions de la liste de contrôle pour le DIU peuvent cependant toujours opter pour ce dispositif si une évaluation médicale complémentaire permet d'exclure la condition suspectée. Les utilisateurs de la liste ont la possibilité</li> <li>• D'adapter le langage et le style pour les accorder au contexte culturel et linguistique de leurs clientes, mais il faut veiller à ce que la signification de base des questions reste inchangée.</li> </ul>
<p><b>Dans le post-partum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immédiat, dans les 48 heures</li> <li>• Après 4 semaines</li> <li>• Si MAMA à partir du 6<sup>ème</sup> mois.</li> </ul>	
<p><b>Dans le post-abortum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immédiatement ou dans les 7 premiers jours si pas d'infections pelviennes ou si avortement aseptique</li> </ul>	
<p><b>Expliquer à la cliente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les différentes étapes de la technique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen physique</li> <li>- Gynécologique et éventuellement para-clinique</li> </ul> </li> <li>• Les éventuels effets secondaires temporaires               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Crampes utérines modérées</li> <li>- Saignements vaginaux irréguliers ou abondants</li> <li>- Augmentation de la dysménorrhée</li> </ul> </li> </ul>	

## Liste de contrôle pour la sélection des clientes souhaitant un DIU au cuivre

D'abord, il faut être raisonnable sûr que la cliente n'est pas enceinte. Si la femme n'a pas ses règles le jour de la visite, posez les questions 1 à 6. Dès qu'elle répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 6.

OUI	1. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	2. Avez-vous accouché il y a moins de 6 mois, allaitiez-vous exclusivement ou presque et est-il exact que vous n'avez pas eu vos règles depuis l'accouchement ?	NON
OUI	3. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	4. Vos dernières règles ont-elle commencé au cours des 12 derniers jours ?	NON
OUI	5. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 12 derniers jours ?	NON
OUI	6. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	NON

Si la cliente répond OUI à l'une des questions 1 à 6 et qu'elle ne présente aucun signe ou symptôme de grossesse, vous pouvez être raisonnablement sûr qu'elle n'est pas enceinte. Passez aux questions 7 à 14. Cependant, si la cliente répond OUI à la question 1, le DIU ne peut être inséré que passé un délai de 4 semaines après l'accouchement. Demandez à la cliente de revenir à ce moment-là.

Si elle répond NON à toutes les questions 1 à 6, on ne peut pas écarter la possibilité d'une grossesse. La cliente doit attendre ses règles ou passer un test de grossesse.

Afin de déterminer si le DIU est médicalement sans danger pour la cliente, posez-lui les questions 7 à 14. Dès qu'elle répond OUI à une question, arrêtez-vous et suivez les instructions figurant après la question 14.

NON	7. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors de vos règles ou après un rapport sexuel ?	OUI
NON	8. Vous a-t-on dit que vous avez un cancer quelconque des organes génitaux, une maladie trophoblastique ou une tuberculose pelvienne ?	OUI
NON	9. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale, comme le lupus ?	OUI
NON	10. Ces 3 derniers mois, avez-vous eu plus d'un partenaire sexuel ?	OUI
NON	11. Ces 3 derniers mois, croyez-vous que votre partenaire a eu une autre partenaire ?	OUI
NON	12. Ces 3 derniers mois, vous a-t-on dit que vous avez une IST ?	OUI
NON	13. Ces 3 derniers mois, votre partenaire a-t-il appris qu'il avait une IST ou, à votre connaissance, en avait-il des symptômes – écoulement du pénis, par exemple ?	OUI
NON	14. Êtes-vous séropositive pour le VIH et avez-vous un sida avéré ?	OUI

Pendant l'examen pelvien, le prestataire doit déterminer la réponse aux questions 15 à 21.

Si la cliente répond NON à toutes les questions 7 à 14, procédez à l'EXAMEN PELVIEN.

Si la cliente répond OUI à l'une des questions 7 à 9, il ne faut pas insérer de DIU. Il convient de procéder à une évaluation plus approfondie de son état. Si la cliente répond OUI à l'une des questions 10 à 13, le DIU ne lui convient pas, sauf si on peut écarter de manière fiable la possibilité d'une chlamydie ou d'une gonococcie.

Si la cliente répond OUI à la 2<sup>e</sup> partie de la question 14 et qu'elle n'est pas sous thérapie antirétrovirale, l'insertion du DIU n'est généralement pas recommandée. La cliente sous thérapie antirétrovirale et dont l'état clinique est satisfaisant peut généralement se faire insérer le DIU. Les femmes séropositives qui n'ont pas un sida avéré peuvent aussi généralement utiliser un DIU.

NON	15. Y a-t-il un ulcère quelconque sur la vulve, le vagin ou le col de l'utérus ?	OUI
NON	16. Le déplacement du col provoque-t-il des douleurs dans le bas-ventre ?	OUI
NON	17. Une sensibilité anormale est-elle présente ?	OUI
NON	18. Y a-t-il des pertes purulentes au niveau du col ?	OUI
NON	19. Le col saigne-t-il facilement au toucher ?	OUI
NON	20. La cavité utérine présente-t-elle une anomalie anatomique interdisant la pose convertible du DIU ?	OUI
NON	21. Vous a-t-il été impossible de déterminer la taille et/ou la position de l'utérus ?	OUI

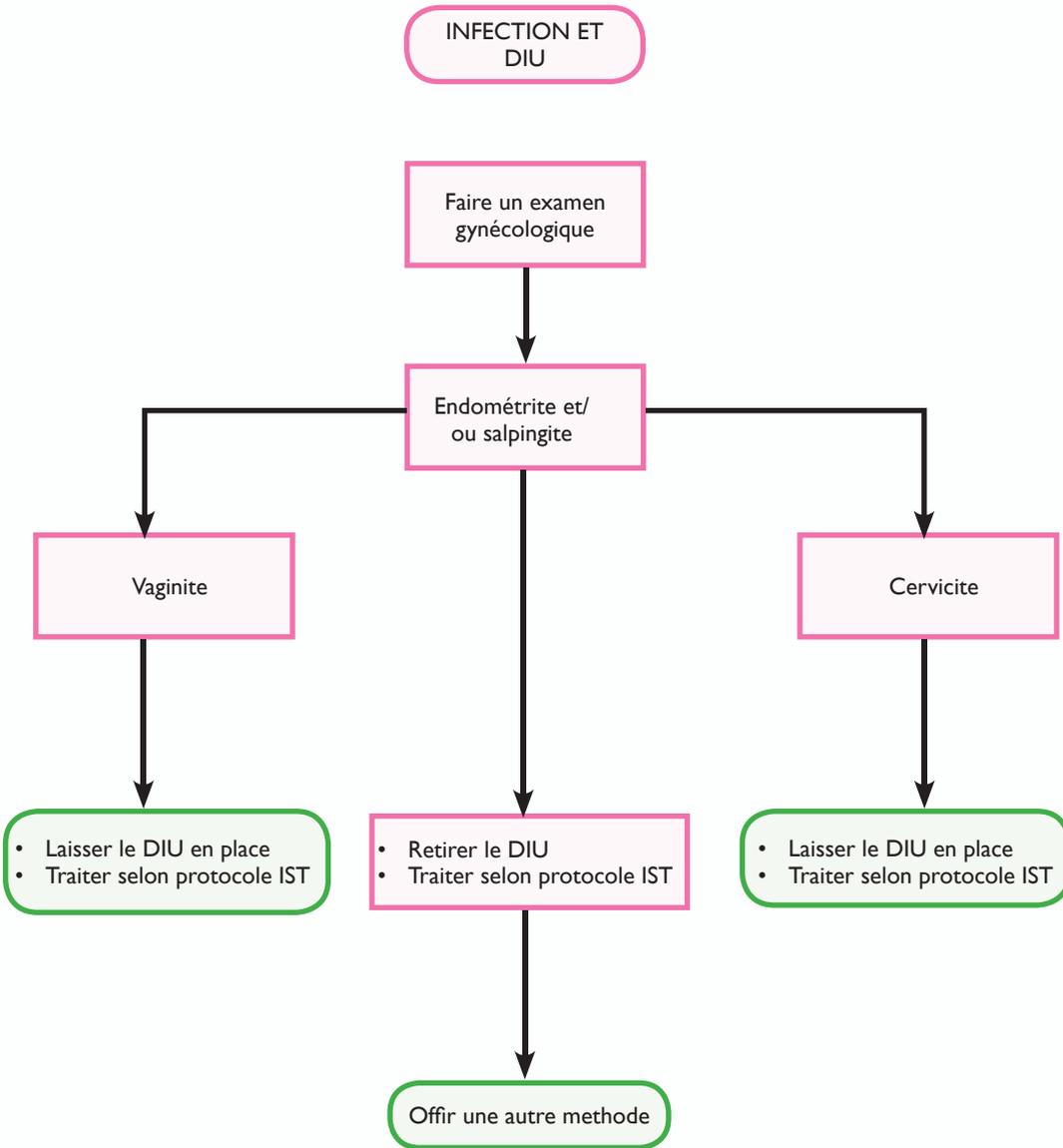
Si la réponse à toutes les questions 15 à 21 est NON, vous pouvez insérer un DIU.

Si la réponse à l'une des questions 15 à 21 est OUI, il ne faut pas insérer de DIU sans une évaluation plus poussée. Consultez les explications pour savoir comment procéder.

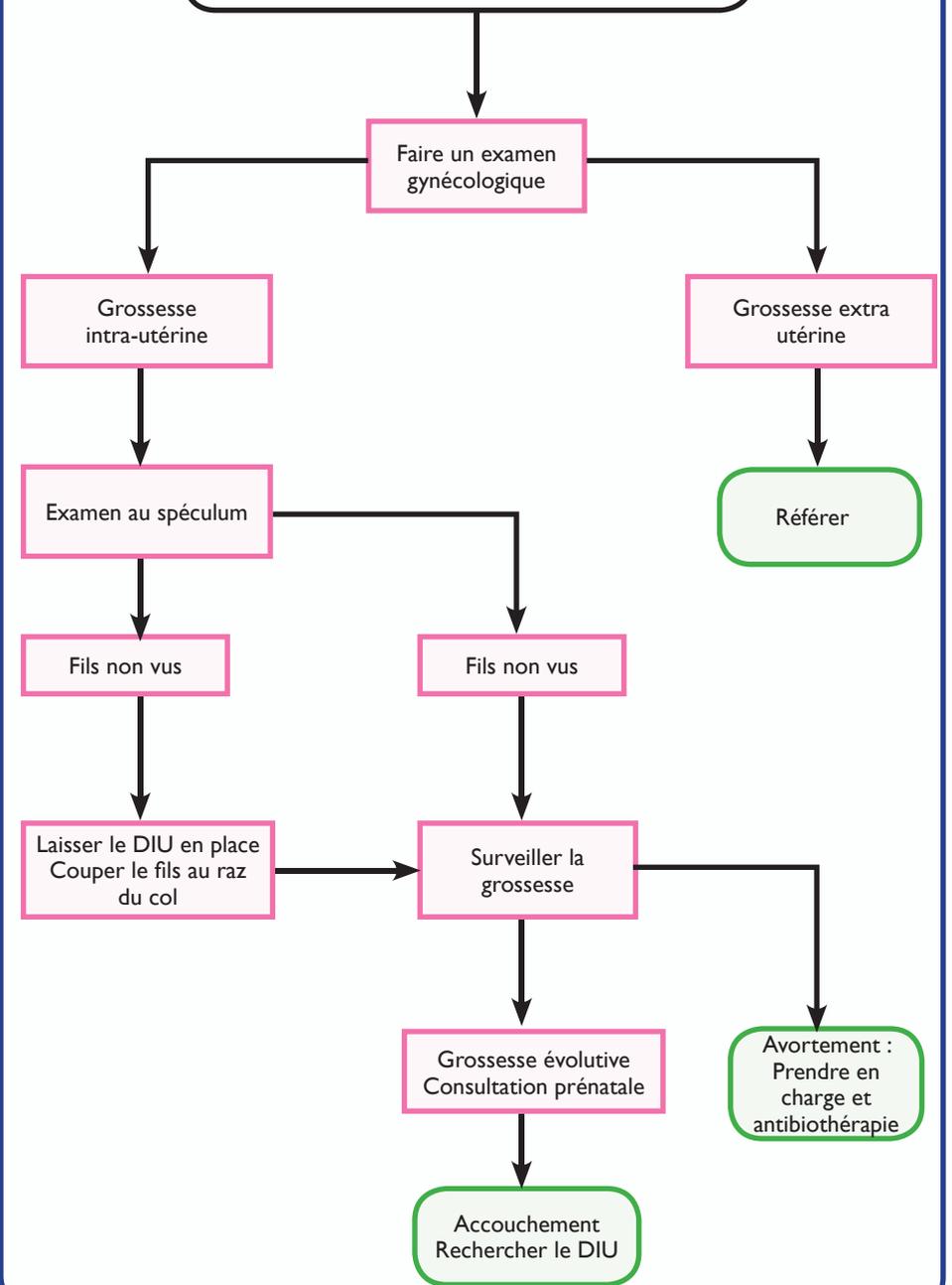
8. Les instructions à la cliente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de crampes pelviennes dans les 3 jours après l'insertion</li> <li>• Reprendre les rapports sexuels 1 semaine après</li> <li>• Possibilité de saignement après la pose</li> <li>• Vérifier les garnitures (possibilité d'expulsion plus importante surtout pendant la 1<sup>ère</sup> semaine)</li> <li>• Vérifier les fils 1 fois par mois après les règles</li> <li>• Apprendre à la femme comment vérifier les fils : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se laver les mains au savon</li> <li>- Adopter la position accroupie, debout avec un pied sur une chaise ; ou couchée</li> <li>- Introduire l'index jusqu'au fond du vagin</li> <li>- Toucher les fils sur le col sans tirer</li> </ul> </li> <li>• Ne pas utiliser de tampons intra vaginaux pendant les règles</li> <li>• Respecter les mesures d'hygiène.</li> </ul>

9. Suivi	
1. Donner des informations concernant le suivi	2. Visite de Suivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer la femme sur le calendrier de suivi : 1 mois - 6 mois - tous les ans ;</li> <li>• Dire à la cliente de revenir à la clinique à chaque fois qu'elle présente un des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- DIU expulsé</li> <li>- Fils non sentis</li> <li>- Bout en plastique du DIU senti au niveau du col</li> <li>- Fils anormalement longs</li> <li>- Saignements très abondants.</li> </ul> </li> <li>• Dire à la cliente de revenir à la clinique en cas de signes d'alarme à savoir : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection : (pertes vaginales, douleurs pelviennes, fièvre).</li> <li>- Saignement anormal</li> <li>- Retard de règle de plus de 15 jours (TCU 380 A)</li> </ul> </li> <li>• Signes d'alarme spécifiques au Progestasert ; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aménorrhée</li> <li>- Troubles de la vision</li> <li>- Douleur vive au niveau de la poitrine</li> <li>- Douleur vive au niveau des mollets</li> </ul> </li> <li>• Demander à la cliente de revenir à tout moment au besoin</li> </ul>	<p>Elle doit se faire selon le calendrier suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 mois après l'insertion,</li> <li>• 6 mois après,</li> <li>• Puis une fois par an</li> </ul> <p>Lors de la visite, il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la cliente si elle est satisfaite, si elle n'a pas de problèmes ou de questions concernant son DIU</li> <li>• Vérifier si le DIU est en place</li> <li>• Vérifier si la cliente ne présente pas une infection</li> <li>• Dépister l'apparition d'effets secondaires et de complications</li> <li>• Pour les clientes des classes 2 et 3, le suivi sera plus rapproché et en fonction des cas.</li> </ul>

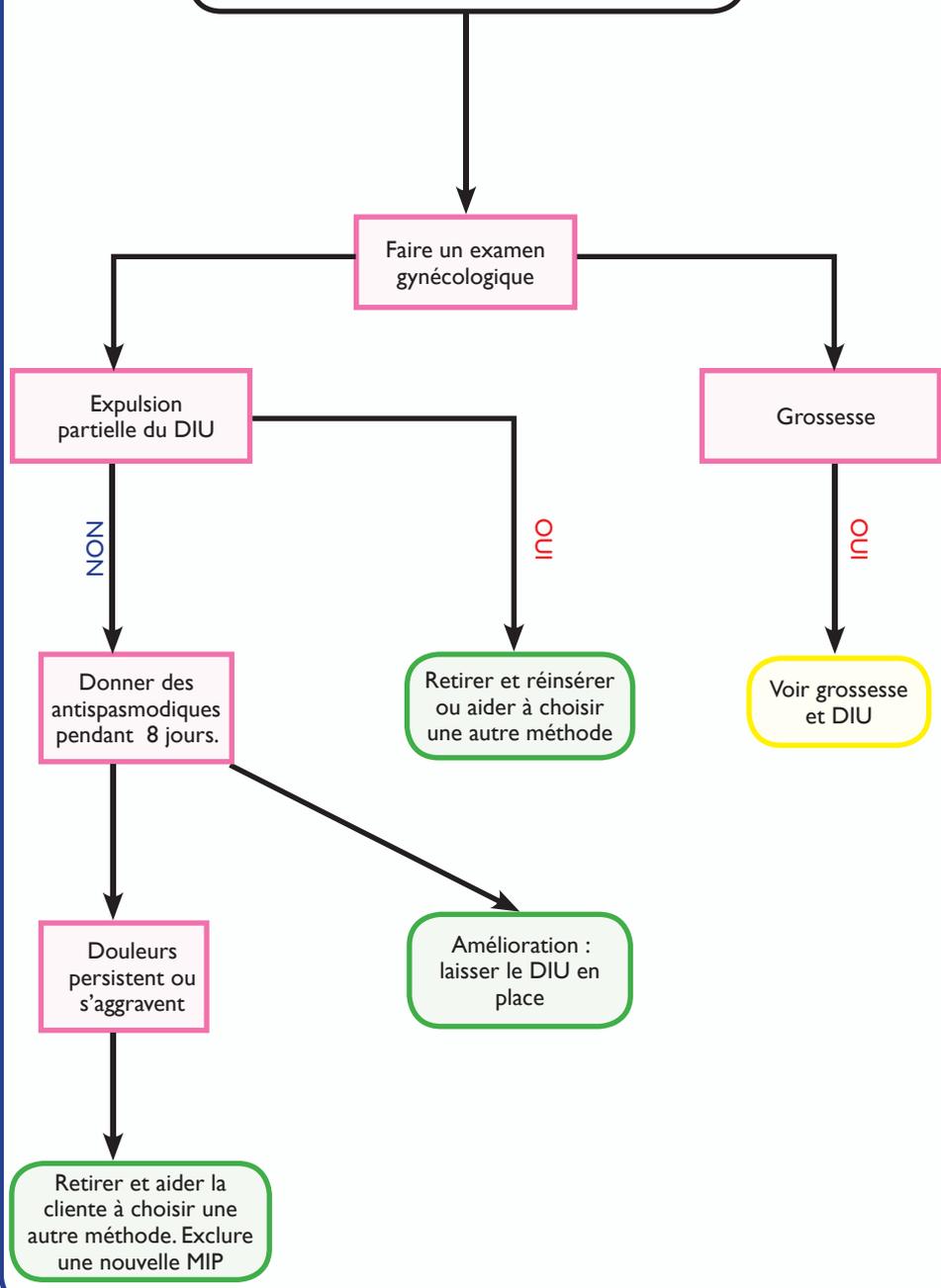
## PRISE EN CHARGE DES EFFETS SECONDAIRES ET DES COMPLICATIONS



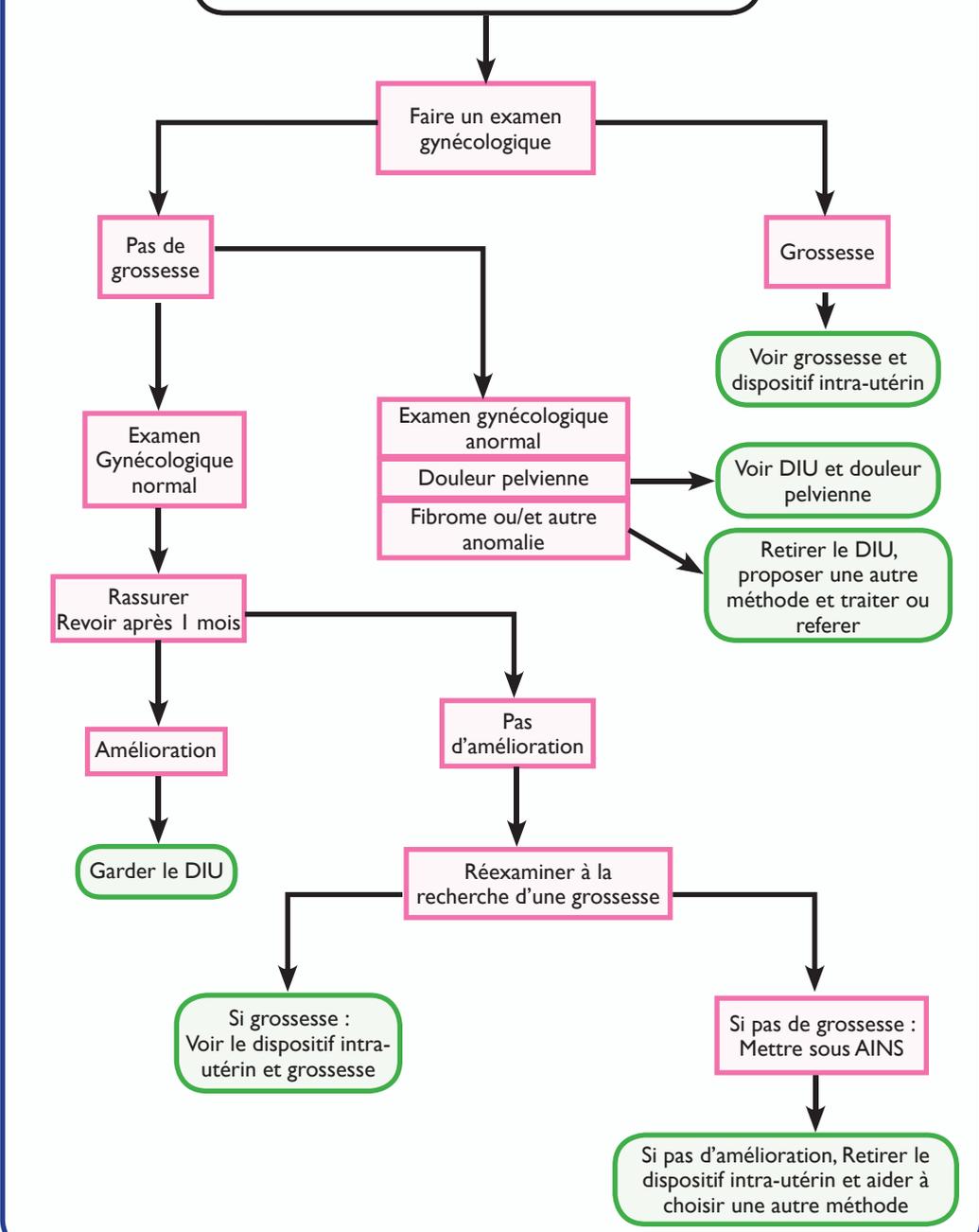
## GROSSESSE SUR DIU



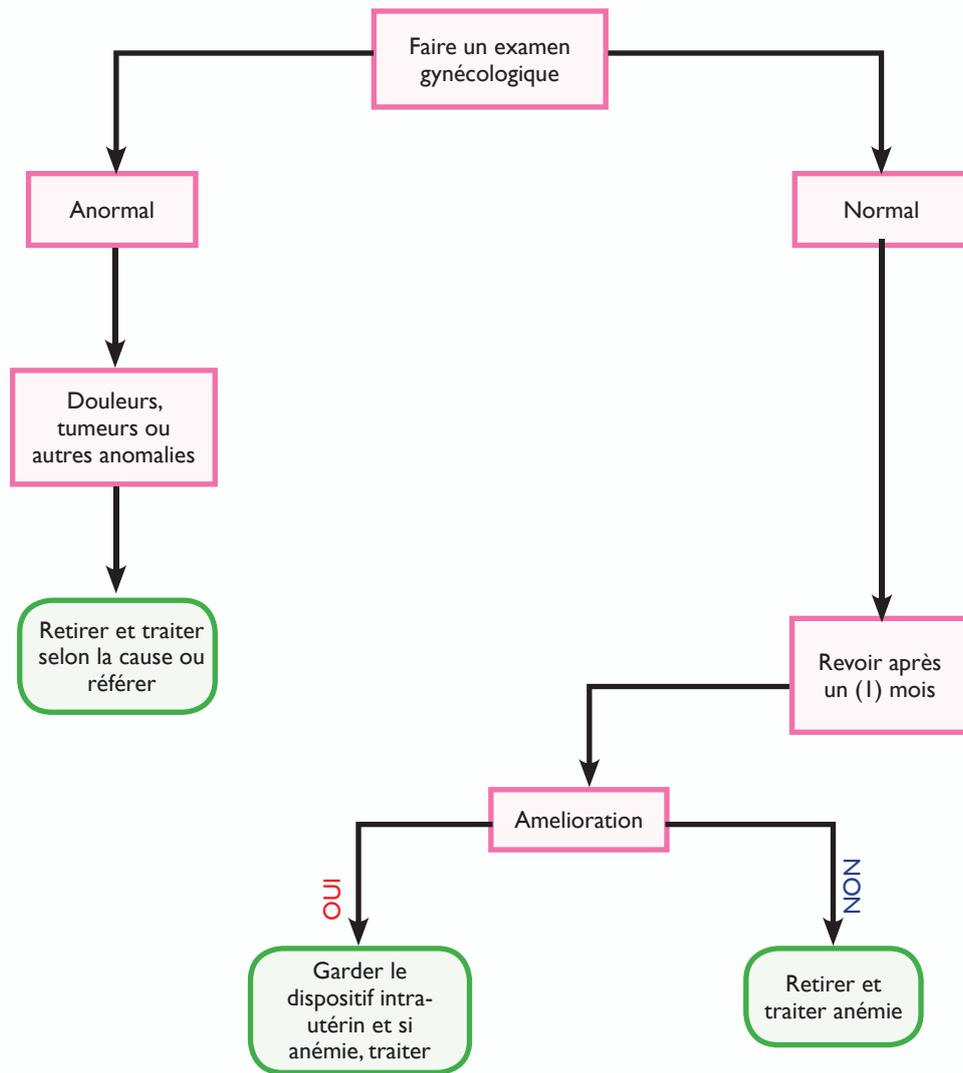
## DIU ET DOULEUR PELVIENNE



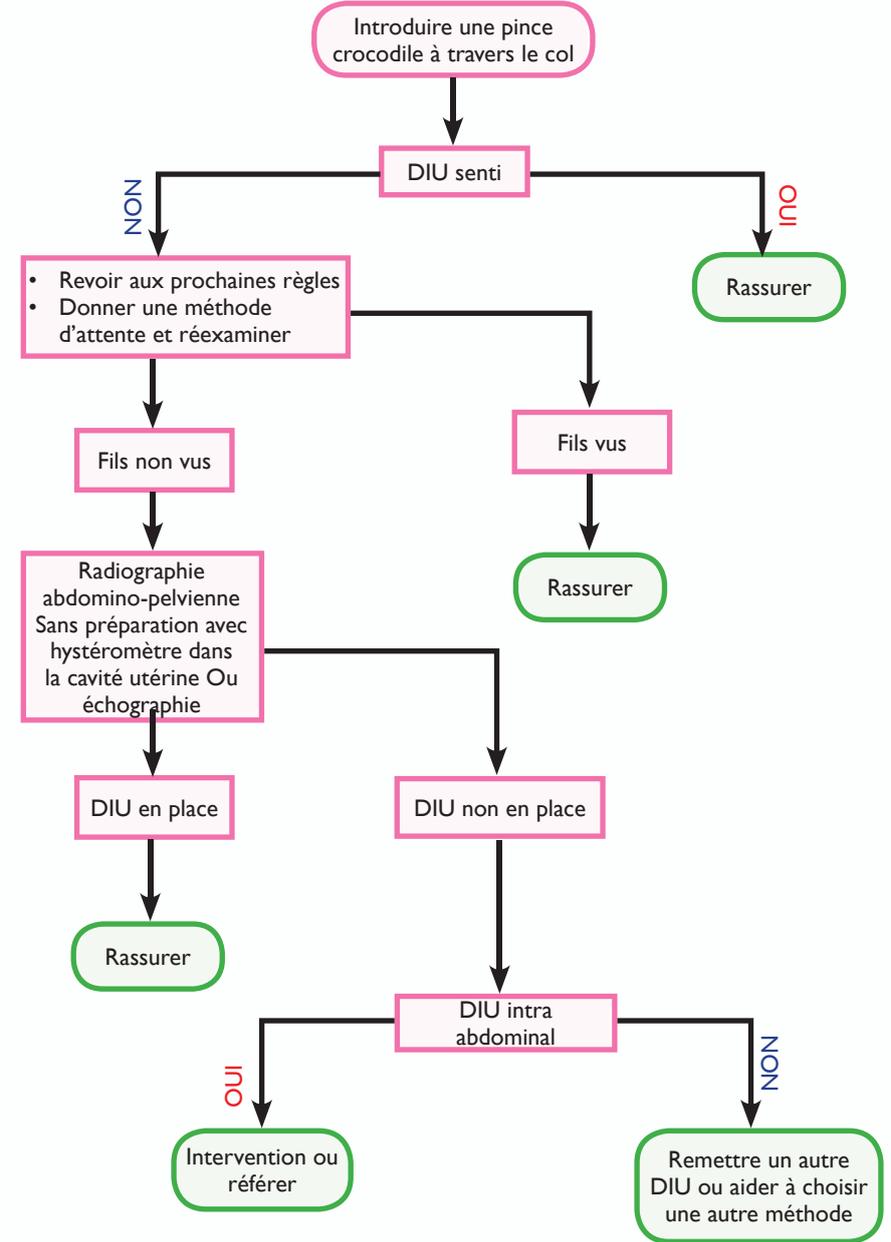
## DIU ET METRORRAGIE



**DIU ET MENORRAGIE DE PLUS DE 3 MOIS**  
NB : toujours rechercher, prévenir et traiter une anémie



**FILS DU DIU NON VUS, SANS NOTION DE GROSSESSE**



2.4. La Contraception d'Urgence		
1. Définition	2. Indications	3. Méthodes de CU
La contraception d'urgence est une méthode contraceptive d'exception qui permet d'éviter la survenue d'une grossesse non désirée après un rapport sexuel non ou mal protégé. Elle peut être offerte à n'importe quel moment du cycle menstruel	La CU doit être utilisée dans les situations suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violence sexuelle</li> <li>• Rapport sexuel sans aucun moyen contraceptif</li> <li>• Méthode contraceptive mal utilisée : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Préservatif mal mis, déchiré ou non retiré à temps</li> <li>- Utilisation incorrecte du diaphragme</li> <li>- Retrait tardif du pénis lors de la méthode de retrait</li> <li>- Prise anarchique de pilule</li> <li>- Non prise de l'injection au delà de 4 semaines après la date de rendez-vous</li> <li>- Non respect de la période d'abstinence ou rapport sexuel non protégé durant la PFN</li> </ul> </li> </ul>	Méthode hormonale (PCU et pilules classiques) Pilule contraceptive d'urgence (PCU) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilise le Lévonorgestrel 750 µg Exemple : le Pregnon®, le Norlevo®, l'Optinor®, Duet destinées uniquement à la CU</li> <li>- Le Postinor 2® pas commercialisé au Sénégal.</li> <li>- Pilules classiques comprennent</li> <li>- Les pilules combinées oestro-progestatives et/ou méthode de YUZPE (Néogynon®, Stédiril®, Loféménal®, Microgynon*, Sécuril®, Adépal®)</li> <li>- Les pilules à progestatifs seuls (Ovrette® et Microval®, Microlut®)</li> <li>- Méthode mécanique</li> <li>- Dispositif Intra Utérin (Tcu 380A)</li> </ul>
4. Mécanismes d'action	5. Mode d'administration	
En fonction des méthodes utilisées, atrophie l'endomètre	La CU doit être offerte dans les 120 heures (5 jours) qui suivent l'acte sexuel pour la méthode hormonale. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée dans les suites immédiates soit 12 à 24 heures (efficacité de 95%). Elle baisse par la suite au fur et à mesure que le délai d'utilisation passe à 95% dans les 24heures, à 85% dans les 48 heures et 58% entre 48 et 72 heures).	
Pour la méthode mécanique, l'administration peut se faire jusqu'au 7 <sup>ème</sup> jour		
<b>Pilules</b> (progestatifs seuls) <b>*Dose nécessaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,750 mg de levonorgestrol par prise</li> </ul>	Pregnon®/Duet®	- Prendre un comprimé à renouveler 12h plus tard ou prendre 2 comprimés en prise unique
	Norlevo® à 2 comprimés	- Prendre un comprimé à renouveler 12h plus tard ou prendre 2 comprimés en prise unique.
	Norlevo® à 1 comprimé	- Prendre en prise unique
	Ovrette®	- Prendre 20 cp à renouveler 12h plus tard
	Microval®/Microlut®	- Prendre 25 cp à renouveler 12h plus tard.
<b>Pilules</b> Oestro-progestatives <b>*Dose nécessaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0,006 mg de levonogrestrol</li> <li>- +0,12 mg d'éthinylœstradiol par prise</li> </ul>	<b>Normo-dosées</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Néogynon®/Stédiril®</li> </ul>	- Prendre 2 cp à renouveler 12h plus tard
	<b>Mini-dosées</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Loféménal® /Microgynon</li> <li>• Sécuril® et Adépal®</li> </ul>	- Prendre 4 cp à renouveler 12h plus tard
	<b>Pour le DIU</b>	- L'insertion peut se faire dans les 7 jours qui suivent le rapport sexuel non ou mal protégé.
6. Avantages	7. Inconvénients	8. Efficacité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention des grossesses non- désirées</li> <li>• Méthode sûre et efficace plutôt elle est prise plus elle est efficace</li> <li>• Utilisable à tout moment du cycle</li> <li>• Limitent le recours à l'avortement</li> <li>• Bonne innocuité</li> <li>• Peut servir de méthode régulière pour le DIU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite un personnel qualifié (DIU)</li> <li>• La CU ne protège pas contre les IST/VIH</li> </ul>	L'efficacité varie également en fonction des méthodes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 85% pour la CU utilisant les pilules progestatives seules</li> <li>• 75% pour les pilules COC</li> <li>• 99% pour le DIU</li> </ul>

9. Critère d'éligibilité	10. Offre de services de contraception d'urgence	11. Les effets indésirables et CAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PCU et Pilules classiques</li> <li>• Toute femme qui a eu un rapport sexuel non ou mal protégé</li> <li>• Absence de grossesse</li> <li>• Dispositif Intra-Utérin:</li> <li>• Toute femme qui a eu un rapport sexuel non ou mal protégé</li> <li>• Absence de grossesse</li> <li>• Absence d'infection génitale</li> <li>• Absence de cancer du col ou de l'endomètre</li> <li>• Absence de Saignements vaginaux inexplicables</li> </ul>	<p>Les informations clés suivantes doivent être données au cours du counseling :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle ne doit être utilisée que de façon exceptionnelle et ne peut donc pas remplacer une contraception régulière. La cliente doit bénéficier de conseils et de services pour l'adoption d'une méthode contraceptive</li> <li>• Elle est réservée aux situations d'urgence et de détresse</li> <li>• Elle n'est pas une méthode d'interruption de grossesse</li> <li>• Elle ne protège pas des IST/VIH</li> <li>• En cas de retard des règles suivantes, la cliente doit revenir en consultation : il peut s'agir d'un échec de la méthode et d'une grossesse évolutive. Dans ce cas, la prise de la CU n'a pas de conséquence sur la grossesse.</li> <li>• Les méthodes disponibles au Sénégal</li> </ul>	<p>Ce sont ceux des méthodes hormonales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La possibilité de céphalées, asthénie, tension mammaire, nausées, et de vomissements troubles des règles, spotting</li> </ul> <p>Ces signes digestifs sont plus fréquents avec les pilules combinées et disparaissent en général dans les 24 heures.</p> <p>En cas de vomissements dans les 2 heures qui suivent la prise, il est nécessaire de renouveler la prise et de prendre des médicaments anti-émétiques. En cas de vomissements sévères continus, utiliser la voie vaginale</p>
<p><i>NB Si une cliente sous CU présente une diarrhée sévère pendant plus de 24 heures après la prise, il est recommandé de renouveler la dose. Si possible donner une 2<sup>e</sup> dose en cas de besoins.</i></p>		

Effets secondaires du DIU	Conduite à tenir
Crampes : Elles peuvent apparaître dans les 24 à 48 heures qui suivent la pose du DIU	Rassurer la cliente
Si la douleur persiste au-delà de 3 à 5 jours, revenir à la structure	Vérifier si le DIU est bien inséré Prescrire antalgiques ou anti-inflammatoires non stéroïdiens au besoin
Saignements : Phénomènes courants pendant les trois premiers mois qui suivent la pose d'un DIU	Rassurer la cliente et traiter si nécessaire
En cas de persistance ou d'aggravation du saignement, revenir à la structure	Prescrire anti-inflammatoires non stéroïdiens au besoin
Pertes vaginales : Elles peuvent se produire durant les semaines qui suivent la pose du DIU	Rassurer la cliente
Si les pertes sont abondantes et accompagnées de douleurs pelviennes ou de fièvre, revenir à la structure immédiatement	Traiter selon les normes

### 12. Visite de suivi

- Elle n'est pas nécessaire ; la cliente pourra toutefois revenir au niveau de la structure en cas de besoin
- Les prestataires de services peuvent conseiller ou orienter les clients vers les services de PF ou d'autres services SR

Méthode	Quand commencer
Préservatif	Immédiatement après la prise des PCU ; les préservatifs protègent doublement contre la grossesse et le VIH/IST
Orale	Le jour qui suit la prise de la PCU
Injectables	Immédiatement ou dans les 7 premiers jours du cycle (méthode d'appoint si dans les 7 premiers jours du cycle)
Implants	Entre J1 et J7 du cycle (donner une méthode d'appoint)
DIU	Immédiatement

2.5. LES METHODES BARRIERES	Les méthodes mécaniques	Les méthodes chimiques ou spermicides
Les méthodes barrières sont des méthodes contraceptives qui empêchent la pénétration des spermatozoïdes dans la cavité utérine. Il existe différents types.	Bloquent l'entrée des spermatozoïdes • Condom masculin • Condom féminin • Diaphragme • Eponge • Cape cervicale	Inactives ou détruisent les spermatozoïdes • Comprimés / cônes • Crèmes • Gelées • Mousses

2.5.1. LE CONDOM MASCULIN	
1. Décrire le condom en le montrant	2. Expliquer le mécanisme d'action
C'est une fine gaine en latex, plastique portée sur le pénis en érection avant le rapport sexuel	• Empêche le sperme d'entrer en contact avec les voies génitales féminines. • Empêche la transmission d'organismes pathogènes entre les partenaires

3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients	5. Bilan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 78 - 99% sans spermicides</li> <li>- 99% avec spermicides</li> </ul> </li> <li>• Protège contre les IST/SIDA (latex)</li> <li>• Seule méthode réversible pour les hommes</li> <li>• N'exige pas d'ordonnance, ni de bilan médical</li> <li>• Pas d'effet secondaire systémique</li> <li>• N'interfère pas avec l'allaitement maternel</li> <li>• Peut constituer une méthode d'attente ou d'appui</li> <li>• Peut améliorer l'éjaculation précoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilités de déchirures du condom, et de fuites</li> <li>• Interfère avec les rapports sexuels</li> <li>• Diminution du plaisir sexuel</li> <li>• Interrompt les préludes du rapport</li> <li>• Nécessite une motivation du partenaire</li> <li>• Possibilité d'allergie au latex.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun bilan n'est nécessaire</li> </ul>

6. Administrer la méthode	7. Suivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer le mode d'utilisation à l'aide d'un modèle anatomique et / ou de la fiche technique prévue à cet effet. Insérer la fiche technique</li> <li>• Donner les instructions <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utiliser un spermicide pour en renforcer l'efficacité</li> <li>- Ne pas enduire le condom de lubrifiant</li> <li>- Conserver le condom à l'abri de la chaleur</li> <li>- Utiliser un condom pour chaque rapport sexuel</li> <li>- Après usage prendre toutes les dispositions utiles pour éviter la réutilisation,</li> <li>- Ne pas jeter dans les poubelles, mais enterrer ou jeter dans les WC et latrines</li> <li>- Ne pas utiliser si l'emballage est rompu</li> <li>- Insister sur les conditions d'achat et de conservation (éviter chaleur - stabilité 5 ans)</li> <li>- Disposer d'un nombre suffisant en cas de besoin</li> <li>- Vérifier la date de péremption (5 ans à partir de la date de fabrication)</li> <li>- Utiliser une CU en cas de mauvaise utilisation</li> <li>- Eviter les rapports sexuels «secs» en enduisant de lubrifiant au besoin l'anus ou le vagin</li> </ul> </li> <li>• Fournir aux clients le nombre désiré.</li> <li>• A titre indicatif 40 par trimestre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander si le client est satisfait</li> <li>- Vérifier la bonne utilisation du condom</li> <li>- Réapprovisionner</li> <li>• En cas d'allergie au latex (urticaire ou éruption cutanée sur le corps, étourdissement difficulté à respirer, perte de connaissance pendant ou après l'utilisation du préservatif) : arrêter la méthode, aider le client à choisir une autre méthode et référer vers des services compétents.</li> </ul>

2.5.2. LE CONDOM FEMININ	
1. Définition	2. Expliquer le mécanisme d'action
C'est un mince fourreau de plastique en polyuréthane mou et transparent. Il est formé de deux anneaux. L'un est fermé et doit être placé en contact avec le col utérin, l'autre est ouvert à l'extérieur devant être placé au niveau des petites lèvres.	Avant les rapports sexuels, la femme place le préservatif dans son vagin, empêchant ainsi le sperme d'entrer en contact avec les voies génitales féminines.

3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients	5. Bilan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 71-95% si employé correctement et constamment</li> </ul> </li> <li>• Maîtrisé par la femme</li> <li>• Protège contre les IST/VIH et les grossesses non désirées</li> <li>• N'exige pas d'ordonnance ni de bilan médical</li> <li>• Pas d'effets secondaires ; pas d'allergie</li> <li>• N'interfère pas avec l'allaitement maternel</li> <li>• Méthode d'attente ou d'appui</li> <li>• Peut améliorer l'orgasme chez la femme</li> <li>• Sensation de contact naturel</li> <li>• Consistance plus souple</li> <li>• Peut être posé à l'avance jusqu'à 8 heures avant le rapport sexuel et n'interrompt pas les rapports sexuels</li> <li>• Peut ne pas être enlevé immédiatement après le rapport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exige l'adhésion du partenaire</li> <li>• La femme doit toucher ses parties génitales</li> <li>• Peut faire du bruit lors des rapports</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucun bilan n'est nécessaire</li> </ul>

6. Administrer la méthode	7. Suivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer le mode de fonctionnement grâce au modèle anatomique et/ou de la fiche technique prévue à cet effet.</li> <li>• La femme peut choisir l'une des 4 positions suivantes pour l'insertion :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assise sur le bord d'une chaise</li> <li>2. Couchée sur le dos, cuisses repliées</li> <li>3. Accroupie</li> <li>4. Debout avec appui d'un pied sur une chaise.</li> </ol> </li> <li>• D'une main, elle pince l'anneau interne en forme de 8, de l'autre main, elle écarte les lèvres de la vulve, le condom est alors comprimé puis introduit le plus loin possible.</li> <li>• Donner les instructions suivantes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas enduire de lubrifiant sur le condom</li> <li>• Conserver le condom à l'abri de la chaleur</li> <li>• Utiliser un condom pour chaque rapport sexuel</li> <li>• Après usage, prendre toutes les dispositions utiles pour éviter la réutilisation, ne pas jeter dans les poubelles, mais enterrer ou jeter dans les W.C. et latrines</li> <li>• Ne pas utiliser si l'emballage est rompu</li> <li>• Insister sur les conditions d'achat et de conservation (éviter chaleur – stabilité 5 ans)</li> <li>• Disposer d'un nombre suffisant en cas de besoin</li> <li>• Vérifier la date de péremption (5 ans à partir de la date de fabrication)</li> <li>• Utiliser une CU en cas de mauvaise utilisation</li> </ul> </li> <li>• Peut être posé 8h avant les rapports sexuels</li> </ul>	<p>Demander si le client est satisfait</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérifier la bonne utilisation du condom</li> <li>• Réapprovisionner</li> </ul>

2.5 3. LE DIAPHRAGME	
1. Définition	2. Expliquer le mécanisme d'action
<p>Le diaphragme a la forme d'une cupule en latex munie d'un ressort pour en renforcer le bord. La taille varie de 50 à 105 mm de diamètre. Il doit être utilisé avec un spermicide (gel, crème).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empêche les spermatozoïdes d'arriver dans le tractus génital supérieur en faisant obstacle devant le col.</li> </ul>

3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Efficacité               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 87 - 98%</li> </ul> </li> <li>• N'interfère pas avec l'allaitement maternel</li> <li>• Pas d'effet secondaire systémique</li> <li>• Peut être inséré 6 heures avant le rapport</li> <li>• Peut être inséré et contrôlé par l'utilisatrice</li> <li>• N'exige pas la coopération masculine</li> <li>• Permet les rapports pendant les règles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessite une grande motivation et un bon apprentissage</li> <li>• Nécessite un examen gynécologique</li> <li>• Doit être gardé en place pendant 6h après le dernier rapport sexuel</li> <li>• Utilisation inconmode</li> </ul>

5 Bilan		
ELEMENTS A RECHERCHER	Classe	CONDUITE A TENIR
Anomalie vaginale	Classe 4	Aider à choisir une autre méthode et référer
Infection génitale	Classe 2	Traiter et donner la méthode
Infection urinaire (à répétition)	Classe 4	Aider à choisir une autre méthode, traiter ou référer
Prolapsus génital	Classe 4	Aider à choisir une autre méthode et référer
Post-Partum immédiat	Classe 3	
Allergie au latex	Classe 4	Choisir une autre méthode

N.B:

Classe 1 : Sans restriction = (indiquée)

Classe 2 : Les avantages sont supérieurs aux risques

Classe 3 : Les risques sont supérieurs aux avantages (C.I. relatives)

Classe 4 : Proscrire la méthode (C.I. absolue)

6. Administrer la méthode	
1. Expliquer le mode d'administration	2. Instructions pour la pose, administration
<p>Pour être efficace, le diaphragme doit être mis en place correctement. Lorsque la méthode est acceptée, le rôle du prescripteur est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer la taille du diaphragme à utiliser et dont le diamètre correspond à la distance cul-de-sac vaginal postérieur, symphyse pubienne, mesurée par toucher vaginal</li> <li>• Placer le diaphragme choisi et vérifier qu'il est bien ajusté entre le cul-de - sac postérieur et la symphyse pubienne couvrant le col. Un diaphragme trop petit peut glisser et découvrir le col d'autant plus qu'il y a expansion du vagin lors de l'acte sexuel. Un diaphragme trop grand peut s'allonger verticalement et découvrir latéralement le col, il peut occasionner une dyspareunie.</li> <li>• Apprendre à la femme l'insertion du diaphragme : la femme commence par se laver les mains. Un produit spermicide est ensuite appliqué sur la face interne et sur le bord du diaphragme.</li> </ul> <p>La femme peut choisir l'une des 4 positions suivantes pour l'insertion :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Assise sur le bord d'une chaise</li> <li>2. Couchée sur le dos, cuisses repliées</li> <li>3. Accroupie</li> <li>4. Debout avec appui d'un pied sur une chaise.</li> </ol> <p>D'une main, elle pince le bord du diaphragme en forme de 8, de l'autre main, elle écarte les lèvres de la vulve, le diaphragme est alors comprimé puis introduit le plus loin possible le long de la paroi postérieure. La partie antérieure du diaphragme est alors pressée derrière la saillie du pubis. En position debout, l'introduction est horizontale. En position couchée, l'introduction est verticale. Un applicateur en plastique peut être utilisé pour l'insertion. Après la pose, la femme doit vérifier si le col est bien recouvert ; ensuite elle doit se lever et marcher un peu pour voir si elle ne ressent pas de gêne. Le retrait du diaphragme se fait en introduisant l'index derrière le bord interne qui est situé derrière le pubis. Une fois retiré, le diaphragme est lavé au savon ordinaire, et éponge, avec de l'eau tiède, puis essuyé et mis dans une boîte jusqu'à nouvelle utilisation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cas de perte ou gain de poids supérieur à 5 kg et après accouchement ou avortement, revenir à la clinique pour réajustement</li> <li>• Laisser le diaphragme en place au moins 6 H après le rapport sexuel et enlever avant 24 H</li> <li>• Ajouter du spermicide pour chaque rapport sans retirer le diaphragme en cas de rapports successifs</li> <li>• Ajouter du spermicide si le rapport n'est pas fait dans l'heure qui suit l'insertion du diaphragme</li> <li>• Vérifier l'étanchéité</li> <li>• Pas de toilette vaginale avant les 6 heures suivant le dernier rapport</li> <li>• Changer de diaphragme au bout de 2 ans</li> <li>• Après utilisation, laver le diaphragme à l'eau et au savon ordinaire rincer et éponger</li> <li>• Vérifier l'étanchéité.</li> <li>• Garder le diaphragme à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'humidité.</li> </ul>

7. Suivi		8 Prise en charge des effets secondaires	
La cliente est- elle satisfaite ?		Effets secondaires	Conduite a tenir
OUI	NON		
• Continuer après vérification DDR	• Aider à choisir une autre méthode et/ou • Prise en charge des effets secondaires	• Infection urinaire simple récidivante • Allergie • Compression Pelvienne • Infection vaginale • Infection grave	• Traiter et aider à choisir une autre méthode • Autre méthode • Ajuster le dispositif • Traiter, donner des conseils et au besoin changer de méthode • Changer et aider à choisir une autre méthode • Traiter et renvoyer

## 2.5.4. LES SPERMICIDES

### 2.5.4. I. Counseling spécifique

1. Définir les spermicides	2. Expliquer le mécanisme d'action
Les spermicides sont des produits chimiques qui sont introduits dans le vagin avant le rapport sexuel, rendant inactifs les spermatozoïdes.	Action chimique : détruit la membrane cellulaire des spermatozoïdes affectant leur mouvement et leur capacité à féconder.

3. Expliquer les avantages	4. Expliquer les inconvénients	5. Bilan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• N'interfère pas avec l'allaitement maternel</li> <li>• Peut être une méthode d'attente ou d'appoint</li> <li>• Facile à utiliser</li> <li>• Pas d'ordonnance ni bilan médical</li> <li>• Peut servir de lubrifiant</li> <li>• Pas d'effet secondaire systémique</li> <li>• Réversible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excès d'humidité vaginale</li> <li>• Interfère avec le rapport sexuel</li> <li>• Peut donner une allergie, irritation vaginale</li> <li>• Exige une motivation continue</li> <li>• Efficacité <ul style="list-style-type: none"> <li>- 70-90 % si utilisé seule</li> <li>- 70-99 % avec condom</li> </ul> </li> <li>• Pas de toilette vaginale dans les 6 heures après le rapport</li> <li>• Ne protègent pas actuellement des IST/SIDA</li> </ul>	Rechercher une allergie aux spermicides

## II. Administration de la méthode

### Expliquer le mode d'utilisation

1. Mousses ou crèmes	2. Comprimés, ovules, gelées,
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien agiter le flacon avant usage</li> <li>• Introduire l'applicateur profondément dans le vagin, la femme étant couchée sur le dos, ou debout</li> <li>• Vider le contenu de l'applicateur et le retirer</li> <li>• Immédiatement, à moins d'une heure avant le rapport sexuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humecter les comprimés et les ovules secs</li> <li>• Insérer profondément dans le vagin de la femme, en position couchée</li> <li>• Attendre 10 minutes avant d'avoir le rapport sexuel.</li> <li>• Donner les instructions suivantes <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre les mêmes quantités de spermicide pour chaque rapport</li> <li>- Attendre au moins 6 heures après le dernier rapport avant toute douche vaginale</li> <li>- Bien entretenir l'applicateur</li> <li>- Laver avec savon et eau tiède</li> <li>- Rincer et sécher</li> <li>- Ne pas partager l'applicateur avec une autre femme</li> <li>- En l'absence de rapport sexuel 1 heure après avoir placé un spermicide dans le vagin, il faut en renouveler la dose.</li> </ul> </li> </ul>

3. Suivi	
La cliente est-elle satisfaite ?	
Oui	Non
• Vérifier DDR et continuer	• Aider à choisir une autre méthode, et/ou prise en charge des effets secondaires

4. Prise en charge des effets secondaires	
Effets Secondaires	Conduite à Tenir
Allergie	Aider la femme à choisir une autre méthode

## 2.6. CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (CCV)

La CCV regroupe des méthodes chirurgicales irréversibles de prévention de la grossesse. Ces méthodes peuvent être appliquées comme suit :

Chez l'homme : Vasectomie

Chez la femme : Ligature des trompes (LT)

A. Ligature des Trompes	
1. Définir la LT	2. Expliquer le mécanisme d'action
C'est une procédure chirurgicale par laparotomie, mini laparotomie ou laparoscopie destinée à supprimer le potentiel génésique (tout risque de grossesse) de la femme.	Empêche la rencontre entre le spermatozoïde et l'ovule par le biais d'une occlusion des trompes (section, cautérisation, anneaux, clip).

3. Expliquer les avantages	4. Inconvénients	5. Bilan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 99,8% d'efficacité</li> <li>• Méthode irréversible</li> <li>• N'interfère pas avec l'allaitement et les rapports sexuels</li> <li>• Pas d'effets secondaires à long terme</li> <li>• N'interfère pas avec la physiologie gynécologique (cycle menstruel)</li> <li>• Ne nécessite pas d'approvisionnement et de suivi particulier</li> <li>• Peut se faire sous anesthésie locale (mini laparotomie)</li> <li>• Prévention de grossesse à haut risque</li> <li>• Protège contre les cancers de l'ovaire ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de regret, Méthode irréversible</li> <li>• Nécessite un acte chirurgicale</li> <li>• Pas de protection contre les IST/SIDA</li> <li>• Peut nécessiter une anesthésie générale (laparoscopie, laparotomie)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insister sur les éléments suivants</li> <li>• Décision doit être réfléchie et volontaire</li> <li>• Un minimum de 2 visites est requis</li> <li>• La cliente doit signer une fiche de consentement volontaire avant la procédure</li> <li>• Le consentement du mari est souhaité et doit être recherché</li> <li>• Le prestataire ne doit pas influencer le choix</li> <li>• Insérer</li> </ul>
N.B. La cliente a le droit de changer d'avis n'importe quel moment, même sur la table.		

Eléments	Conduite a tenir
Femme entre 7 et 42 jours post-partum	Catégorie D
Pré-éclampsie sévère / éclampsie	Catégorie D
Rupture prématurée des membranes 24 heures avant l'accouchement	Catégorie D
Infection du post-partum ou post-abortum	Catégorie D
Hémorragie sévère (> 500 ml) avant ou après l'accouchement ou l'avortement	Catégorie D
Traumatisme sévère du tractus génital lors de l'accouchement ou de l'avortement	Catégorie D
TA > 160/100 mmHg	Catégorie D
Infection cutanée sur l'abdomen	Catégorie C Référer, Antibioprophylaxie recommandée
Cardiopathie non-complicquée	Catégorie C
Cardiopathie complicquée	Catégorie S
Saignement vaginal non diagnostiqué normal ou abondant	Catégorie D
Maladie inflammatoire pelvienne évolutive ou dans les 3 derniers mois	Catégorie D
IST y compris une cervicite purulente	Catégorie D
Poids corporel > 80 kg	Catégorie S
Hémoglobine < 9g/al	Catégorie D
Hépatite virale aiguë	Catégorie D
Maladie trophoblastique maligne	Catégorie D

N.B.

*Catégorie A : Pas de restriction*

*Catégorie C : Faire avec plus de préparation et précautions*

*Catégorie D : Ajourner la procédure jusqu'à ce que la condition soit diagnostiquée et traitée.*

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

6. Administration de la methode			
Quand intervenir?			
Période gynécologique		Signes de grossesse	
A n'importe quel moment si on est raisonnablement sure que la femme n'est pas enceinte		Prise en charge des complications	
Dans le Post-partum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En post-partum immédiat</li> <li>• Après 42 jours de post-partum</li> </ul>	Infection du site de l'incision :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettoyer avec un antiseptique</li> <li>• Administrer des ATB oraux pdt 7 à 10 j</li> </ul>
En Post-abortum : en l'absence d'infection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Immédiatement,</li> <li>• Ou dans les 7 premiers jours.</li> </ul>		
1. Instruction avant intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser un contraceptif jusqu'au moment de la procédure</li> <li>• Ne pas manger pendant 8 h avant la chirurgie</li> <li>• Ne prendre aucun médicament pendant 24 h avant la procédure</li> </ul>	Abcès :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nettoyer avec un antiseptique</li> <li>• Inciser et drainer l'abcès</li> <li>• Traiter la plaie</li> <li>• Administrer des ATB oraux pdt 7 à 10 j</li> </ul>
2. Instruction après l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veuillez à ne pas mouiller la plaie pendant 2 jours</li> <li>• S'abstenir de rapports sexuels pendant une semaine -</li> <li>• Eviter de soulever les charges lourdes pendant une semaine</li> <li>• Donner un rendez-vous entre J5 et J7</li> <li>• Demander à la cliente de revenir en cas de signes d'alarme</li> </ul>	Graves douleurs abdominales :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminer une GEU</li> </ul>
Signes de complications liées à l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Vertiges</li> <li>• Douleurs abdominales persistantes</li> <li>• Douleurs abdomino-thoraciques</li> <li>• Saignement ou liquide s'écoulant de la plaie</li> <li>• Hématurie</li> </ul>		

### 7. Suivi

Demander à la cliente de revenir à tout moment quand elle le désire.

## B. VASECTOMIE

<b>1. Définir la vasectomie</b>	<b>2. Expliquer le mécanisme d'action</b>
La vasectomie est une méthode irréversible et volontaire pour mettre fin à la fécondité de l'homme.	Ligature et section des canaux déférents qui empêche les spermatozoïdes de se mêler au sperme (le sperme ne contient plus de spermatozoïde).
<b>3. Expliquer les avantages</b>	<b>4. Expliquer les inconvénients</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 99,8 % d'efficacité</li> <li>• Méthode irréversible</li> <li>• N'interfère pas avec les rapports sexuels et la fonction sexuelle (érection)</li> <li>• Ne nécessite pas d'approvisionnement ni de dépense supplémentaire.</li> <li>• Jouissance sexuelle accrue</li> <li>• Plus grande fréquence de l'acte sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de regret : Méthode irréversible</li> <li>• Efficacité retardée (après 3 mois)</li> <li>• Ne protège pas contre les IST/SIDA</li> <li>• Risque de complications liées à l'intervention. (vive douleur au scrotum ou dans les testicules, saignement sous la peau, infection au site d'insertion)</li> </ul>

5. Bilan	
Eléments	Conduite à tenir
Antécédents ou diabète courant	Catégorie C
Troubles de la coagulation	Catégorie S
Cardiopathie et/ou symptômes pulmonaires	Catégorie S
Manifestations évoquant une atteinte rénale	Catégorie C
TA > 160/100 mm Hg	Catégorie S
Taux de l'hémoglobine < 9g/dl	Catégorie D
Infection de la zone scrotale ou inguinale	Catégorie D
MST courante, balanite, épididymite ou orchite	Catégorie D
Antécédents de chirurgie ou traumatisme scrotale	Catégorie C
Infection systématique ou gastro-entérite	Catégorie D
Varicocèle énorme	Catégorie C
Filariose si inguino-scrotale	Catégorie D
Tumeur intrascrotale	Catégorie D
Hernie inguinale	Catégorie S
Testicules ectopiques	Catégorie S
Drépanocytose	Catégorie A

N.B.

Catégorie A : Pas de restriction

Catégorie C : Faire avec plus de préparation et précautions

Catégorie D : Ajourner la procédure jusqu'à ce que la condition soit diagnostiquée et traitée.

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

6. Administration de la methode	7. Suivi
<p>Instruction après l'intervention</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Porter un soutien scrotal (slip serré) pendant 2 à 3 J</li> <li>• Ne pas mouiller la plaie</li> <li>• Nécessite une méthode d'attente au moins pendant 3 mois</li> <li>• Éviter de soulever les charges lourdes, les travaux ou exercices pénibles pendant 3 jours</li> <li>• En cas de douleurs du scrotum, prendre 1 à 2 comprimés d'analgésique toutes les 4 - 6 heures</li> <li>• Revenir après 1 semaine pour enlever les points de suture</li> <li>• Revenir pour un test de sperme après 3 mois</li> <li>• Revenir en cas de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection de la plaie</li> <li>- Tuméfaction et douleur persistante</li> <li>- Fièvre</li> <li>- Saignement ou liquide s'écoulant du site de l'incision</li> </ul> </li> </ul>	<p>Demander au client de revenir à tout moment s'il le désire</p>

8. Prise en charge des effets secondaires communs	
Effets Secondaires	Traitement
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection de la plaie</li> <li>- Hématome (scrotal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En présence d'infection cutanée, traiter avec des antibiotiques. En cas d'abcès, drainer et traiter tel qu'indiqué.</li> <li>- Appliquer un pansement chaud et humide à l'endroit et fournir un soutien scrotal. Observer - disparaît tout seul.</li> </ul>

## L'INFECONDITE

1. Définition de l'infécondité	2. Principales étiologies	
	Chez la femme	Chez l'homme
<p>L'infécondité est l'incapacité à avoir des enfants. Elle comprend autant l'incapacité pour un couple de concevoir que celle pour une femme de mener une grossesse à terme donnant naissance à un enfant vivant (fausse couche ou un mort-né)</p> <p>Un couple est jugé infécond après 12 mois de rapport sexuel sans protection. Les causes peuvent se retrouver aussi bien chez l'homme que chez la femme</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes vaginales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diaphragme</li> <li>- Infection</li> <li>- Malformation</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes cervicales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sténose</li> <li>- Infection</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes utérines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endométrite</li> <li>- Atrophie de l'endomètre</li> <li>- Synéchie utérine</li> <li>- Adénomyose</li> <li>- Malformations</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes tubaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstruction tubaire (+++)</li> <li>- Endométriose tubaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes péritonéales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Endométriose</li> <li>- Adhérences</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes ovariennes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysgénésie gonadique</li> <li>- Polykystose</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes hypothalamo-hypophysaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adénome à prolactine</li> <li>- Syndrome de sheehan</li> <li>- Anorexie mentale</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causes immunitaires</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infertilités inexplicées</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prostate</li> <li>- Epididyme</li> <li>- Testicules</li> </ul> </li> <li>• Impuissance</li> <li>• Ejaculation rétrograde</li> <li>• Varicocèle</li> <li>• Obstruction du canal déférent</li> </ul>

NB : Tant chez l'homme que chez la femme les IST sont l'une des causes les plus fréquentes d'infécondité

Eléments du diagnostic	Examen clinique
Démarche diagnostique : elle doit être simple et la moins coûteuse possible.	Elle doit débiter par une anamnèse approfondie axée surtout sur les antécédents et les aspects psycho-sociaux associés à l'infertilité, à cette étape il est souhaitable de solliciter la collaboration d'une assistante sociale. Il faut ensuite examiner la femme et l'homme de façon complète en insistant sur l'appareil génital pour rechercher des anomalies pouvant orienter vers une étiologie particulière et guider les examens complémentaires.

Exploration paraclinique	Etapas	
Elle doit être menée de manière méthodique et réfléchie pour éviter de demander des examens inutiles et coûteux. Les séquences ou étapes suivantes sont proposés:	1 <sup>ère</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Courbe de température pendant 3 cycles (fiche thermique)</li> <li>• Echographie gynécologique</li> <li>• Hystérosalpingographie précédée d'un bilan infectieux (Prélèvement vaginal, sérologies)</li> </ul>
	2 <sup>ème</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test post-coïtal</li> <li>• Exploration des causes masculines: Examen clinique et Spermogramme</li> <li>• Etude de la glaire cervicale</li> </ul>
	3 <sup>ème</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Biopsie d'endomètre</li> <li>• Dosages hormonaux</li> <li>• Explorations endoscopiques</li> </ul>
	4 <sup>ème</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epreuves de stimulation hormonale</li> </ul>

Principes thérapeutiques	
Prévention	Traitement curatif
Elle repose surtout sur les conseils d'hygiène et sur le dépistage précoce des infections génitales y compris les IST.	Il est fonction de l'étiologie, on doit aller du plus simple au plus compliqué. Dans notre contexte où plus de 80% des infertilités sont dues à des séquelles inflammatoires post-infectieuses, la grande majorité des patients relève plutôt des techniques de procréation médicalement assistée (insémination, fécondation in vitro), plus rarement de la chirurgie.

## LA PREVENTION DES INFECTIONS

Introduction	
<p><b>La prévention des infections, dans le cadre des services de SR, a deux grands objectifs :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minimiser les infections imputables à des micro-organismes qui sont causes de graves infections de plaies, d'abcès abdominaux ou scrotaux, d'inflammation pelvienne, de gangrène, de tétanos, etc...</li> <li>• Prévenir la transmission de graves maladies telles l'hépatite B et le VIH.</li> </ul>	<p><b>Ainsi, les responsables de ces services doivent réduire au minimum le risque de transmission de ces infections aux :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultants</li> <li>• Prestataires</li> <li>• Personnes chargées du nettoyage et de l'élimination des déchets en suivant les pratiques adéquates de contrôle des infections. Les consultations de SR demandent une vigilance particulière.</li> <li>• La communauté</li> </ul>

A. Définitions	Asepsie	Antiseptie	Décontamination	Nettoyage	Désinfection de haut niveau:	Stérilisation
<p>Prévenir les infections Consiste à placer des barrières entre l'hôte et les micro-organismes ; ces barrières peuvent être des procédés physiques, chimiques ou mécaniques. Retenir les termes suivants :</p>	<p>Technique permettant de réduire à un niveau de sécurité ou d'éliminer les micro-organismes sur les surfaces vivantes et les objets inanimés.</p>	<p>Consiste à inhiber ou à détruire les micro-organismes qui se trouvent sur les tissus vivants.</p>	<p>Procédé qui consiste à inhiber ou à détruire les micro-organismes sur les objets inanimés afin de les rendre moins dangereux à manier pour le personnel.</p>	<p>Procédé qui consiste à enlever les matières organiques ou les autres matières visibles à l'œil nu comme la poussière sur la peau ou sur les objets.</p>	<p>Procédé qui consiste à éliminer la plupart des micro-organismes à l'exception des endospores, sur les objets inanimés.</p>	<p>C'est la destruction de tous les micro-organismes y compris les endospores bactériennes sur les objets inanimés.</p>

B. Lavage des mains	
Lavage simple des mains	
Se laver les mains est probablement la mesure la plus importante pour éviter les infections.	
Il faut se laver les mains avant :	Il faut se laver les mains après :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'examiner un client</li> <li>• De commencer toutes autres activités</li> <li>• De mettre des gants (stériles ou désinfectés à haut niveau)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'examen d'un client</li> <li>• Toutes activités pendant lesquelles les mains ont pu être contaminées à savoir :</li> <li>• Manipulation des objets souillés</li> <li>• Contact avec des muqueuses, du sang ou des liquides organiques</li> <li>• Avoir enlevé les gants</li> </ul>
<p><i>NB : Il faut se laver les mains avec du savon ordinaire antimicrobien pendant 15 à 30 secondes, les rincer sous un jet d'eau propre puis les sécher soit à l'air libre soit à l'aide d'une serviette individuelle propre, une face pour chaque main.</i></p>	
Lavage chirurgical des mains	
Le lavage chirurgical des mains avec une solution antiseptique diminue le nombre de micro-organismes résidents et contribue ainsi à renforcer l'asepsie.	

Matériel nécessaire:	Procédures:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Savon, antiseptique de préférence</li> <li>• Bâtonnet ou brosse dure pour nettoyer les ongles</li> <li>• Eau courante (de préférence pouvant être réglée par le pied ou le genou)</li> <li>• Brosse douce ou éponge pour nettoyer la peau.</li> <li>• Serviettes stériles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enlever tous les bijoux</li> <li>• Tenir les mains plus haut que le coude, bien les mouiller, appliquer l'antiseptique</li> <li>• En commençant par le bout des doigts, frotter et laver en faisant des mouvements circulaires, jusqu'au coude d'une main et faire de même pour la deuxième main</li> <li>• Rincer séparément chaque bras, le bout des doigts en premier, en tenant les mains au dessus du coude</li> <li>• Laver pendant 3 à 5 minutes</li> <li>• Utiliser une serviette pour chaque main, essuyer en partant des doigts vers le coude</li> <li>• Maintenir les mains au-dessus de la taille et ne rien toucher</li> </ul>

## C. Traitement du matériel et des instruments

### I. Décontamination et Nettoyage

#### I.1. Des instruments chirurgicaux

- Une bonne décontamination et un nettoyage correct sont nécessaires pour optimiser la stérilisation.
- Après utilisation, plonger doucement les instruments dans un seau en plastique contenant une solution chlorée à 0,5% fraîchement préparée et laisser pendant 10mn.
- Rincer les objets à l'eau pour enlever toutes traces de sang ou liquide organique, si on ne les nettoie pas immédiatement.
- Frotter les instruments avec une brosse en les tenant sous l'eau savonneuse pour éviter les éclaboussures.
- Bien nettoyer les dents, les jointures et vis ; une vieille brosse à dents fait bien l'affaire.
- Rincer à nouveau avec de l'eau propre pour éviter toute trace de détergent.
- Sécher à l'air ou essuyer avec une serviette propre. Il n'est pas nécessaire de faire sécher les instruments qui vont être bouillis

#### Préparation de la solution chlorée diluée à 0,5% pour la décontamination

Formule	% de chlore concentré	-		=	Nombre de parts d'eau nécessaire par part de chlore concentré
	% de chlore désiré dans la solution (0,5)				
	Marque d'eau de javel	Concentration en chlore		Comment diluer pour obtenir une solution à 0,5%	
	• Bref Javel Sénégal 12° chlorum	3,6%		6 parts d'eau pour 1 part de javel	
	• Eau de javel Baol – Sénégal • Eau de javel La Croix – Sénégal 8° chlorum	2,4%		4 parts d'eau pour 1 part de Javel	

- 1° Chlorure est équivalent à environ 0,3% de chlore
- Durée de décontamination: 10 minutes

1.2. Des aiguilles et seringues.	1.3. Du linge et des champs opératoires	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laisser l'aiguille attachée à la seringue après usage</li> <li>• Remplir la seringue avec une solution à 0,5% en aspirant avec l'aiguille.</li> <li>• Immerger tout dans une solution chlorée à 0,5% pendant 10 minutes en les plaçant horizontalement dans un plateau.</li> <li>• Ejecter la solution chlorée de la seringue.</li> <li>• Si seringue à usage unique, séparer l'aiguille capuchonnée du corps de la seringue, mettre l'aiguille dans une boîte à tranchant et jeter la seringue dans une poubelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tremper le linge et les champs contaminés pendant 10 minutes dans une solution chlorée à 0,5%.</li> <li>• Les laver après la décontamination avec un détergent et de l'eau chaude.</li> <li>• Bien rincer.</li> <li>• Faire sécher au soleil ou à la machine. Ne pas trop les toucher pour éviter de les re contaminer</li> <li>• Si les champs opératoires sont séchés à l'air, les repasser lorsqu'on ne dispose pas d'autoclave</li> </ul>	<p>1.4. Des surfaces (tables, sol, paillasse, matelas, chaises) souillées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les essuyer chaque fois avec une solution chlorée à 0,5% si elles sont souillées.</li> </ul>
<p><i>NB :selon la politique en vigueur, les aiguilles et seringues ne sont plus décontaminés mais directement jetées dans les boîtes de sécurité</i></p>		

<b>2. Désinfection à haut niveau (DHN)</b> <b>La désinfection de haut niveau par ébullition ou produit chimique ou par vapeur détruit les virus, bactéries, et champignon</b>		
<p>2-1. Par ébullition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immerger dans l'eau les objets décontaminés et nettoyés. L'eau doit recouvrir de 2,5cm les objets à DHN.</li> <li>• Mettre un couvercle sur le récipient et amener l'eau à l'ébullition à gros bouillons.</li> <li>• Mettre la minuterie dès le début de l'ébullition (ne plus ajouter alors ni eau, ni objet et ne rien retirer non plus).</li> <li>• Baisser le feu pour que l'eau continue à bouillir au même rythme.</li> <li>• Faire bouillir pendant 20 minutes à partir du début de l'ébullition.</li> <li>• Enlever les objets avec des pinces préalablement désinfectées à haut niveau (le retrait aura lieu pendant l'ébullition)</li> <li>• Faire sécher à l'air les instruments désinfectés à haut niveau à l'écart des insectes, de la poussière et des surfaces contaminées.</li> <li>• Les instruments DHN peuvent être utilisés immédiatement ou stockés pendant une semaine au maximum dans un récipient DHN, couvert, sec.</li> </ul>	<p>2-2. Par vapeur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre les objets à désinfecter (préalablement décontaminés et nettoyés) dans un couscoussier bien ranger et aérermettre le chrono en marche pendant 20mn</li> <li>• Laisser refroidir</li> </ul>	<p>2-3. Par produit chimique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DHN à base de chlore</li> <li>• Immerger les objets à désinfecter (préalablement décontaminés et nettoyés) dans un bac couvert contenant une solution de chlore à 0,5% avec de l'eau de robinet ou à 0,1% avec de l'eau bouillie pendant 20 minutes.</li> <li>• Après 20 minutes, utiliser des gants DHN ou stériles pour sortir les instruments</li> <li>• Rincer soigneusement avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes, si la DHN est faite avec une solution chlorée à 0,1%.</li> </ul> <p><i>Par contre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• si la solution chlorée est dosée à 0,5%, rincer avec de l'eau de robinet.</li> <li>• Sécher à l'air, à l'égard des insectes, de la poussière et des surfaces contaminées ou sécher avec un tissu doux en coton stérile ou DHN.</li> </ul>
<p><i>NB : ne jamais laisser les instruments dans l'eau qui a arrêté de bouillir (risque de contamination)</i></p>		

<b>3. Stérilisation</b>			
<b>La stérilisation assure la destruction de tous les micro-organismes y compris les endospores bactériennes.</b>			
<b>A. l'autoclave (chaleur humide)</b>	<b>B. Au Poupinel (chaleur sèche)</b>	<b>C. Aux produits chimiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Température 121°C</li> <li>• Pression 106Kpa</li> <li>• Durée 20 minutes (objets non enveloppés)</li> <li>• 30 minutes (objets enveloppés).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 170°C pendant 1 heure (60mn) ou</li> <li>• 160°C pendant 2 heures ou (120mn).</li> </ul>	<p>Les instruments qui pourraient être abîmés s'ils sont bouillis (exemple : laparoscopie), peuvent être désinfectés à haut niveau sans danger avec des désinfectants chimiques tels que : Le glutaraldéhyde et le formaldéhyde DHN à base de glutaraldéhyde ou formaldéhyde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Immerger les objets à désinfecter (préalablement décontaminés et nettoyés) dans un bac couvert contenant une solution de formaldéhyde à 8% pendant 8heures ou Glutaraldehyde (cidex) à 2% pendant 24 heures</li> <li>• Après 20mn,</li> <li>• Utiliser des gants désinfectés à haut niveau ou stériles pour sortir les instruments de la solution (les pinces peuvent abîmer les instruments)</li> <li>• Rincer soigneusement avec de l'eau qui a été bouillie pendant 20 minutes et refroidie</li> <li>• Sécher à l'air, à l'écart des insectes, de la poussière et des surfaces contaminées, ou sécher avec un tissu doux en coton ou DHN</li> </ul>	
<b>F. emmagasinement des instruments traités</b>	<b>D. Préparation de la peau et des muqueuses avant une opération :</b>	<b>E. Manipulation des aiguilles</b>	<b>F. Evacuation des déchets contaminés.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doivent être gardés dans un récipient stérilisé ou DHN dans un endroit propre et sec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne pas raser les poils se trouvant sur la zone d'incision mais les couper au ras si nécessaire.</li> <li>• Vérifier si le client ne présente pas d'allergie à l'iode (si oui utiliser un produit non iodé).</li> <li>• Nettoyer la peau avec du savon et de l'eau.</li> <li>• Appliquer un antiseptique en suivant des mouvements circulatoires et partant du champ opératoire vers l'extérieur.</li> <li>• Ne pas revenir sur les zones déjà traitées.</li> <li>• Attendre que l'antiseptique agisse avant de commencer la procédure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Après utilisation</li> <li>• Evacuer l'aiguille dans une boîte à tranchant</li> <li>• Incinérer la boîte et son contenu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre des gants de ménage épais pour transporter les déchets contaminés dans des récipients couverts, prévus à cet effet.</li> <li>• Jeter tous les objets tranchants ou pointus dans une boîte à tranchant.</li> <li>• Verser soigneusement les liquides contaminés dans un évier, des toilettes munies de chasse d'eau ou dans une fosse septique.</li> <li>• Brûler ou enterrer les déchets solides contaminés.</li> <li>• Décontaminer et nettoyer les gants et les récipients.</li> <li>• Enlever les gants et se laver les mains.</li> </ul>
<p><i>NB : La minuterie débute quand l'appareil affiche 121°C.</i></p>			

## **I.I.2.**

# **SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POST PARTUM**



## SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE : Les Consultations Prénatales

### INTRODUCTION

Le but du suivi prénatal est d'aider la femme à mener sa grossesse jusqu'à terme et à accoucher dans les meilleures conditions de sécurité pour elle et son enfant.

Pour ce faire, la prise en charge devra assurer :

Le suivi de la grossesse

La préparation à l'accouchement

La communication pour le changement de comportement (CCC)

I. Première Consultation Prénatale (CPN I)		I.1. Objectifs spécifiques		
La CPNI est définie comme la visite prénatale ayant lieu au premier trimestre de la grossesse (jusqu'à la 14ème semaine d'aménorrhée incluse).		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostiquer la grossesse</li> <li>• Rechercher les pathologies associées à la grossesse et les facteurs morbides</li> <li>• Rechercher les signes de danger</li> <li>• Eduquer informer et sensibiliser la femme enceinte</li> <li>• Mener les activités préventives prioritaires (prévention de l'anémie, du tétanos néo natal, du paludisme et de la transmission mère-enfant du VIH)</li> <li>• Mener les activités curatives</li> <li>• Etablir le plan de suivi</li> </ul>		
I.1. Objectifs spécifiques				
I.2. Etapes				
I.2.1. Accueil		I.2.2. Interrogatoire		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il doit se faire dans un cadre adéquat garantissant la confidentialité, la sécurité, le confort.</li> <li>• Le prestataire devra être chaleureux, disponible et avoir une attitude d'écoute, donner des explications nécessaires et limiter le temps d'attente.</li> </ul>		Le prestataire cherche à préciser :		
		I. L'état civil	2. Les signes fonctionnels éventuels	3. La date de dernières règles :
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nom prénom,</li> <li>• Age,</li> <li>• Situation matrimoniale,</li> <li>• Profession,</li> <li>• Adresse exacte,</li> <li>• Contact téléphonique, etc...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Début,</li> <li>• Mode de survenue d'installation,</li> <li>• Evolution</li> <li>• Traitement éventuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la femme ne connaît pas avec précision la date des dernières règles (DDR),</li> <li>• S'aider d'un calendrier évènementiel où sont notés les dates des évènements religieux et locaux</li> </ul>

Le prestataire cherche à préciser :					
4. Le terme de la grossesse :	5. Les antécédents obstétricaux :	6. Les antécédents gynécologiques	7. Les antécédents médico-chirurgicaux :	8. Les antécédents sociaux à risque :	9. Les antécédents familiaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>la date de l'accouchement est calculée par la règle de Nägele:               <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> jour des règles + 14 jours) –3 mois</li> </ul> </li> <li>ou               <ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> jour des règles + 14 jours) + 9 mois</li> </ul> </li> <li>Exemple : DDR : 12 mars terme : 26 décembre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>nombre de grossesse(s),</li> <li>avortements (inférieur à 22 SA)</li> <li>parité (à partir de 22 SA),</li> <li>nombre d'enfants vivants,</li> <li>morts-nés (frais ou macérés),</li> <li>nombre d'enfants décédés et causes de décès,</li> <li>notion de césarienne et indication (protocole opératoire obligatoire),</li> <li>accouchement prématuré,</li> <li>hypotrophie,</li> <li>macrosomie,</li> <li>pathologies au cours des grossesses et accouchements antérieurs               <ul style="list-style-type: none"> <li>oedèmes,</li> <li>HTA,</li> <li>protéinurie,</li> <li>convulsions,</li> <li>hémorragies après accouchement</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>infections génitales</li> <li>autres pathologies cervico-vaginales               <ul style="list-style-type: none"> <li>dysplasies,</li> <li>herpès,</li> <li>condylomes et</li> <li>autres infections sexuellement transmissibles...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notion de diabète,</li> <li>d'hypertension artérielle,</li> <li>de cardiopathie,</li> <li>signes d'appel d'une infection à VIH               <ul style="list-style-type: none"> <li>(amaigrissement important supérieur à 10 % du poids habituel,</li> <li>diarrhée chronique de durée supérieure à un mois,</li> <li>fièvre prolongée de durée supérieure à un mois,</li> <li>zona,</li> <li>tuberculose,</li> <li>prurit généralisé,</li> <li>muguet,</li> <li>passé transfusionnel,</li> <li>date d'une éventuelle contamination connue au VIH,</li> <li>traitement ARV...)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>profession de la cliente,</li> <li>profession du conjoint/partenaire,</li> <li>statut matrimonial,</li> <li>notion de voyages et d'émigration,</li> <li>comportement sexuel à risque,</li> <li>toxicomanie, ... ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drépanocytose,</li> <li>diabète,</li> <li>HTA,</li> <li>traitement ARV</li> </ul>

## I.2. Etapes

### I.2.3. Examen Clinique

1. Préparer la cliente :	2. Se préparer	3. Examen général	4. Examen obstétrical	5. Inspection	6. Palpation
<ul style="list-style-type: none"> <li>expliquer le but et le processus de l'examen,</li> <li>lui demander de vider sa vessie,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>se laver les mains à l'eau et au savon et les sécher avec une serviette individuelle ou à l'air libre ;</li> <li>Communiquer avec la cliente durant tout le processus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il consiste en la mesure du poids,</li> <li>de la taille,</li> <li>de la tension artérielle,</li> <li>l'examen des muqueuses,</li> <li>la recherche des œdèmes ou de varices.</li> </ul> <p>Il ne faut pas oublier de regarder la patiente marcher à la recherche d'une boiterie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Demander à la cliente de se dévêtir</li> <li>l'installer sur la table d'examen ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>concerne les seins,</li> <li>l'abdomen,</li> <li>la vulve,</li> <li>l'attitude à la marche.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>seins et abdomen</li> <li>membres inférieurs</li> </ul>

7. Examen au spéculum	8. Au niveau Centre de santé et Hôpital	9. Toucher vaginal	10. Examen des autres appareils
Aspect macroscopique du col	<ul style="list-style-type: none"> <li>• il est associé, si possible à l'Inspection visuelle à indiqué,</li> <li>• aux tests à l'acide acétique (IVA) et au lugol (IVL) pour la recherche d'éventuelles anomalies cervicales ;</li> <li>• l'existence de zone blanche après l'application de l'acide acétique et qui est iodo-négative doit conduire à réaliser une colposcopie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il permet d'apprécier :</li> <li>• l'état du col,</li> <li>• le volume de l'utérus,</li> <li>• l'état des annexes, et</li> <li>• l'existence des pertes éventuelles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est centré sur la recherche d'anomalies cliniques</li> </ul>

1.2.4. Examens complémentaires		
Les examens obligatoires sont	Les examens conseillés	Les examens facultatifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groupage sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières si Rhésus négatif (test de Coombs indirect)</li> <li>• Numération Formule Sanguine</li> <li>• Test d'Emmel</li> <li>• Sérologie syphilitique (RPR/TPHA)</li> <li>• La sérologie HIV (counseling dépistage à l'initiative du prestataire)</li> <li>• Recherche d'albumine avec les bandelettes. A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures</li> <li>• Rechercher une Maladie Rénale Chronique par les bandelettes urinaires multifonction et le dosage de la créatinémie</li> </ul>	<p>Ils doivent être demandés après un counseling dans tous les points de prestations.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche de l'antigène HBs, Ac Anti HCV</li> <li>• Le frottis cervicovaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sérologies : toxoplasmose et rubéole</li> <li>• Glycémie à jeun</li> <li>• Echographie pelvienne, si disponible, afin de confirmer la grossesse et de préciser situation, évolutivité, et âge gestationnel</li> <li>• Les examens orientés en fonction du contexte : nitrites, glycosurie, leucocyturie sur bandelettes (multistix), protéinurie des 24h, examen cytobactériologique des urines (ECBU), prélèvement vaginal/examen bactériologique créatinémie, calcémie, protidémie, albuminémie, uricémie, transaminases, taux de prothrombine, numération CD4...</li> </ul>

la PTME	En cas de sérologie négative
<ul style="list-style-type: none"> <li>• en cas de sérologie VIH positive, il faut :</li> <li>• Assurer une prise en charge promotionnelle par le prestataire en relation, si possible, avec le service social. Elle devra en particulier cibler : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les conseils hygiéno-diététiques et l'appui nutritionnel,</li> <li>- La promotion des rapports protégés,</li> <li>- La promotion du dépistage du partenaire, de la descendance, et des co-épouses,</li> <li>- L'identification des signes d'alerte (douleurs pelviennes, saignement génital, ...),</li> <li>- Les entretiens avec le pédiatre ou la personne compétente pour discuter des modalités de prise en charge et de l'alimentation de l'enfant à naître</li> </ul> </li> <li>• Une mise sous traitement ARV s'il existe une indication</li> <li>• Une simple prophylaxie ARV programmée à partir de la 14ème semaine d'aménorrhée</li> </ul>	<p>Il faut insister sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La promotion des rapports protégés pour les femmes ayant des comportements à risque,</li> <li>• La promotion du dépistage du partenaire, et des co-épouses</li> </ul>

I.2.5. Prescriptions	I.2.6. Mise à jour des supports, signes de danger et rendez vous
<ul style="list-style-type: none"> <li>• la supplémentation en fer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 mg par jour et acide folique 400 µg.</li> <li>- Eviter autant que faire se peut l'absorption de thé, café, tabac, argile blanc.</li> </ul> </li> <li>• la vaccination antitétanique en fonction du statut vaccinal</li> <li>• la prescription de moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action (MILDA)</li> <li>• les conseils hygiéno-diététiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- repos,</li> <li>- alimentation variée... (insister pour les femmes maigres et les adolescentes)</li> </ul> </li> <li>• expliquer l'importance de l'allaitement maternel exclusif</li> <li>• Recommander une sexualité à moindre risque</li> <li>• établir un plan d'accouchement</li> <li>• Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé</li> <li>• rassembler le matériel nécessaire pour un accouchement (5 pagnes propres, un savon, une bouteille d'eau de javel pour la décontamination)</li> <li>• Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence</li> <li>• Mobilisation des ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant</li> <li>• la promotion du dépistage volontaire du VIH dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.</li> </ul> <p>Ces mesures doivent être effectuées à tous les niveaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplissage correct des registres et carnet de santé</li> <li>- Explication du calendrier de surveillance</li> <li>- Reconnaissance des signes danger (douleurs à type de contraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées, saignement génital,...)</li> <li>- Sensibilisation sur les dangers des pratiques néfastes</li> <li>- Information sur le prochain rendez-vous</li> </ul> <p><i>NB :- faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter ou référer</li> </ul>

## II. Consultation Prénatale (CPN 2)

Elle est définie comme la consultation ayant lieu au deuxième trimestre de la grossesse.

<b>2.1. Objectifs Spécifiques</b>		<b>2.2. Examen clinique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer l'évolution de la grossesse</li> <li>• Prendre en charge les signes de danger et les pathologies intercurrentes</li> <li>• Assurer les mesures préventives</li> </ul>		<b>2.2.1. Accueil</b>	<b>2.2.2. Interrogatoire.</b>
		Il doit se faire dans les mêmes conditions que la CPNI	Il cherchera : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des plaintes éventuelles               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Début</li> <li>- Mode de survenue d'installation</li> <li>- Evolution</li> <li>- Traitement éventuel</li> </ul> </li> <li>• La perception des mouvements actifs fœtaux,</li> <li>• La confirmation de la date de dernières règles.</li> </ul>
<b>2.2.3. Examen général</b>		<b>2.2.4. Examen obstétrical</b>	
Il consiste en la mesure <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du poids,</li> <li>• De la taille,</li> <li>• De la tension artérielle,</li> <li>• L'examen des muqueuses,</li> <li>• La recherche des œdèmes ou de varices.</li> </ul> <p><i>Il ne faut pas oublier de regarder la patiente marcher à la recherche d'une boiterie.</i></p>		Inspection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins,</li> <li>• L'abdomen</li> <li>• Le visage</li> <li>• Les membres inférieurs (<i>oedème</i>)</li> </ul>
		Palpation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins</li> <li>• L'utérus (souplesse, présence de ballottement fœtal)</li> <li>• Les membres inférieurs</li> </ul>
		Mesure de la hauteur utérine	
		Auscultation	• Recherche la présence de bruits du cœur fœtal.
		Examen au spéculum	• Recherche des anomalies cervicales.
		Toucher vaginal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprécie l'état du col</li> <li>• L'existence de pertes éventuelles.</li> </ul>
<b>2.3. Examen des autres appareils</b>	<b>2.4. Examens complémentaires</b>		
Comme lors de la CPNI, il est centré sur la recherche d'anomalies cliniques.	Examens obligatoires : <ul style="list-style-type: none"> <li>• RPR/TPHA si test négatif au 1er trimestre</li> <li>• Recherche d'albumine avec les bandelettes. A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures et une créatininémie.</li> <li>• Examens conseillés : Recherche de l'Ag HBs au 6ème mois, Ac Anti HCV</li> <li>• Examens facultatifs : Echographie pelvienne, si disponible, afin de préciser l'évolutivité et la morphologie fœtale.</li> <li>• Examens orientés</li> <li>• NFS si anémie clinique</li> <li>• Test de O'Sullivan au 6ème mois si antécédents de macrosomie fœtale</li> <li>• Prélèvement vaginal/examen bactériologique,</li> </ul>		

## 2.5. Prise en charge préventive

- Supplémentation en fer et acide folique,
- Vaccination antitétanique selon statut vaccinal,
- Vérification de l'utilisation de moustiquaire imprégnée, et
- Traitement Préventif Intermittent (TPI) :
  - Consiste en l'administration de la 1<sup>ère</sup> dose de Sulfadoxine Pyriméthamine cp de 500mg (S) et 25mg (P) (3 comprimés) à partir de la 16<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée ou dès perception des mouvements actifs du fœtus par la gestante.
  - Cette administration doit se faire selon le principe du Traitement Direct Observé (TDO) (les comprimés sont administrés durant la consultation en présence du prestataire,)
- Conseils hygiéno-diététiques,
- Rétro information sur la CPN et l'évolution de la grossesse,
- Counseling sur la reconnaissance des signes de danger (arrêt des mouvements du fœtus, douleurs à type de contraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées, saignement génital,...)
- Sensibilisation contre les pratiques néfastes
- Plan l'accouchement (idem CPNI)
- PTME

## La PTME

### En cas de sérologie VIH positive,

Il faut :

- Assurer une prise en charge promotionnelle par le prestataire en relation – si possible – avec le personnel social en ciblant particulièrement :
- Les conseils hygiéno-diététiques et l'appui nutritionnel,
- La promotion des rapports protégés,
- La promotion du dépistage du partenaire, de la descendance, et des co-épouses,
- L'identification des signes d'alerte
  - Douleurs pelviennes,
  - Saignement génital, etc.
- Les entretiens avec le pédiatre ou la personne compétente pour discuter des modalités de prise en charge et de l'alimentation de l'enfant à naître
- Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN au-delà de 14 SA, il faudra faire le bilan et démarrer la trithérapie aussitôt après préparation (éducation thérapeutique).

### En cas de sérologie négative

Il faut insister sur :

- La promotion des rapports protégés,
- La promotion du dépistage du partenaire, et des co-épouses

NB :

- *Faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires*
- *Traiter ou référer*

### 3ème Consultation Prénatale (CPN 3)

Elle est définie comme la visite ayant lieu au troisième trimestre de la grossesse, et avant le 9ème mois.

3.1. Objectifs Spécifiques		3.2. Examen clinique	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer l'évolution de la grossesse</li> <li>• Rechercher les signes de danger</li> <li>• Prendre en charge les pathologies de la grossesse</li> <li>• Evaluer le pronostic de l'accouchement</li> </ul>		3.2.1. Accueil idem CPN1&2	3.2.2. Interrogatoire idem CPN1&2
3.2.3. Examen général	3.2.4. Examen obstétrical		3.2.5. Examen des autres appareils
idem CPN1&2	<b>Inspection</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins</li> <li>• L'abdomen</li> <li>• Les membres inférieurs</li> </ul>	idem CPN1&2	
	<b>Palpation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins et l'utérus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse,</li> <li>- Présence de ballotement fœtal et</li> <li>- La position du fœtus</li> </ul> </li> <li>• Les membres inférieurs</li> <li>• Mesure de la hauteur utérine</li> </ul>		
	<b>Auscultation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche la présence de bruits du cœur fœtal.</li> </ul>		
	<b>Examen au spéculum :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche des anomalies cervicales.</li> </ul>		
	<b>Toucher vaginal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprécie l'état du col,</li> <li>• L'état du segment inférieur,</li> <li>• Le type de présentation</li> <li>• L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglantes)</li> </ul>		
	<b>Pelvimétrie clinique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche du promontoire,</li> <li>• Mesure du diamètre de Trillat</li> <li>• Du diamètre bi-ischiatique</li> </ul>		
	Cet examen sera orienté vers la recherche de pathologie du troisième trimestre <ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome vasculo-rénaux,</li> <li>• Placenta praevia, etc.</li> <li>• Le diagnostic de la présentation</li> <li>• L'évaluation pronostique de l'accouchement.</li> </ul>		

### 3.3. Examens complémentaires

Examens obligatoires	• Examens facultatifs	• Examens orientés
<ul style="list-style-type: none"><li>• RPR/TPHA si test négatif au 1<sup>er</sup> trimestre</li><li>• Faire sérologie HIV</li><li>• Recherche d'albumine avec les bandelettes. (A partir de deux croix, demander une albuminurie des 24 heures)</li><li>• Rechercher une Maladie Rénale Chronique par les bandelettes urinaires multifonction et le dosage de la créatinémie</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Echographie pelvienne, afin de préciser<ul style="list-style-type: none"><li>- L'évolutivité</li><li>- La trophicité fœtale</li><li>- La situation du placenta</li><li>- La position du foetus</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NFS si anémie clinique</li><li>• Prélèvement vaginal/examen bactériologique</li></ul>

### 3.4. Prise en charge préventive, et promotionnelle

Prise en charge préventive, idem CPN2 avec

<ul style="list-style-type: none"><li>• TPI</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'administration de la 2<sup>ème</sup> dose de Sulfadoxine Pyriméthamine cp de 500mg (S) et 25mg (P) (3 comprimés) à partir de la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée et toujours en TDO avec utilisation de MILDA.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• PTME</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN au-delà de 14 SA, il faudra faire<ul style="list-style-type: none"><li>- Le bilan</li><li>- Démarrer la trithérapie aussitôt après préparation (éducation thérapeutique)</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Etablissement avec la femme d'un plan d'accouchement</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé</li><li>• Rrassembler le matériel nécessaire pour un accouchement<ul style="list-style-type: none"><li>- 5 pagnes propres</li><li>- Un savon</li><li>- Une bouteille d'eau de javel pour la décontamination</li></ul></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence</li><li>• Prévoir des ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant</li><li>• Pour les cas sociaux, référer au service social</li><li>• Orientation vers la 1<sup>ère</sup> classe des mères</li></ul>	

NB :

- Faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires
- Traiter ou référer

#### 4. Quatrième Consultation Prénatale (CPN-4)

Elle doit avoir lieu obligatoirement au 9<sup>ème</sup> mois de la grossesse.

Elle sera orientée vers l'évaluation pronostique de l'accouchement, la recherche de causes potentielles de dystocie et de syndromes vasculo-rénaux

4.2. Examen clinique															
4.2.1. Accueil	4.2.2. Interrogatoire	4.2.3. Examen général	4.2.4. Examen obstétrical												
idem CPN1 à 3	idem CPN1 à 3	idem CPN1 à 3	<table border="1"> <tr> <td>Inspection</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins</li> <li>• L'abdomen</li> <li>• Les membres inférieurs</li> <li>• Le visage</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Palpation</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins et l'utérus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse</li> <li>- Présence de ballotement fœtal</li> <li>- La position du fœtus</li> </ul> </li> <li>• Les membres inférieurs.</li> <li>• Mesure de la hauteur utérine</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Auscultation</td> <td>• Recherche la présence de bruits du cœur fœtal.</td> </tr> <tr> <td>Examen au spéculum</td> <td>• Recherche des anomalies cervico-vaginales.</td> </tr> <tr> <td>Toucher vaginal</td> <td>                     Apprécie                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état du col</li> <li>• L'état du segment inférieur</li> <li>• Le type de présentation</li> <li>• L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglantes)</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Pelvimétrie clinique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche du promontoire</li> <li>• Mesure du diamètre de Trillat</li> <li>• Du diamètre bi ischiatique</li> </ul> </td> </tr> </table>	Inspection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins</li> <li>• L'abdomen</li> <li>• Les membres inférieurs</li> <li>• Le visage</li> </ul>	Palpation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins et l'utérus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse</li> <li>- Présence de ballotement fœtal</li> <li>- La position du fœtus</li> </ul> </li> <li>• Les membres inférieurs.</li> <li>• Mesure de la hauteur utérine</li> </ul>	Auscultation	• Recherche la présence de bruits du cœur fœtal.	Examen au spéculum	• Recherche des anomalies cervico-vaginales.	Toucher vaginal	Apprécie <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état du col</li> <li>• L'état du segment inférieur</li> <li>• Le type de présentation</li> <li>• L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglantes)</li> </ul>	Pelvimétrie clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche du promontoire</li> <li>• Mesure du diamètre de Trillat</li> <li>• Du diamètre bi ischiatique</li> </ul>
Inspection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins</li> <li>• L'abdomen</li> <li>• Les membres inférieurs</li> <li>• Le visage</li> </ul>														
Palpation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les seins et l'utérus                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Souplesse</li> <li>- Présence de ballotement fœtal</li> <li>- La position du fœtus</li> </ul> </li> <li>• Les membres inférieurs.</li> <li>• Mesure de la hauteur utérine</li> </ul>														
Auscultation	• Recherche la présence de bruits du cœur fœtal.														
Examen au spéculum	• Recherche des anomalies cervico-vaginales.														
Toucher vaginal	Apprécie <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'état du col</li> <li>• L'état du segment inférieur</li> <li>• Le type de présentation</li> <li>• L'existence de pertes génitales éventuelles (blanches ou sanglantes)</li> </ul>														
Pelvimétrie clinique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche du promontoire</li> <li>• Mesure du diamètre de Trillat</li> <li>• Du diamètre bi ischiatique</li> </ul>														
4.3. Examen somatique des autres appareils		4.4. Examens complémentaires													
idem CPN1,2&3		Examens obligatoires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RPR/TPHA si test négatif au 2<sup>ème</sup> trimestre</li> <li>• Recherche d'albumine avec les bandelettes. A partir de deux croix, rechercher la protéinurie des 24 heures.</li> <li>• Dosage de la créatinémie (possibilité d'insuffisance rénale sans hypertension artérielle ni protéinurie)</li> <li>• Vérifier la sérologie VIH</li> </ul>												
		Examens facultatifs	• Echographie pelvienne, si disponible, afin de préciser l'évolutivité, et la trophicité fœtale, la situation du placenta, et la position du fœtus												
		Examens orientés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NFS si anémie clinique</li> <li>• Prélèvement vaginal/examen bactériologique</li> </ul>												

#### 4.5. Prise en charge préventive

idem CPN 1, 2&3 avec

- Etablissement avec la femme d'un plan d'accouchement :
  - Choix du lieu d'accouchement avec le prestataire de soins de santé
  - Matériels nécessaires pour l'accouchement idem CPN 3
- Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence
- Prévoir des ressources financières pour le transport et les dépenses d'urgence au moment de l'accouchement pour la mère et l'enfant
- Identification du centre et moyen de transport à utiliser en cas d'urgence

#### PTME

- Si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN, il faudra faire le bilan et démarrer la trithérapie aussitôt après préparation (éducation thérapeutique).
- Administration de la 3<sup>ème</sup> dose de SP sous TDO, un mois après la deuxième dose si la femme est séropositive

NB :

- faire la synthèse de l'examen clinique et des examens complémentaires
- Traiter ou référer

### 5- MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

1. Definition	2. Contre-indications générales à la tocolyse	1. Les tocolytiques de première intention
C'est l'apparition de contractions utérines 4/20 minutes, douloureuses avec des modifications cervicales au cours d'une grossesse entre 22 et 34 SA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souffrance fœtale aiguë</li> <li>• Chorioamniotite</li> <li>• Métrorragies inexpliquées</li> <li>• Col modifié ou col court à l'écho (&lt; 25 mm à l'écho).</li> <li>• Corticothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les inhibiteurs calciques</li> <li>• Les bêta-mimétiques (salbutamol).</li> </ul>

#### 1. Les tocolytiques de première intention

1.1. Tocolyse aux inhibiteurs calciques (Nifédipine® ou Adalate®)	1.1.1. Contre-Indications	1.1.2. Modalités du Traitement (Il existe 2 protocoles, que l'on choisira selon le cas)	
On conseille d'utiliser préférentiellement les inhibiteurs calciques en cas de diabète, de métrorragies sur praevia, de grossesse multiple et de les éviter en cas d'hypertension artérielle ou d'hypotension inférieure à 9/5.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle et hypotension artérielle maternelle (PA &lt; 9/5)</li> <li>• Association avec le sulfate de magnésium</li> <li>• Défaillance cardiaque notamment secondaire aux bêta-mimétiques</li> <li>• Pré-éclampsie</li> <li>• Antécédent d'ischémie myocardique</li> </ul>	Protocole d'attaque	Protocole d'entretien
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adalate sublingual : 10 mg (CI absolue HTA ou prééclampsie)</li> <li>• Répété 15 minutes plus tard si persistance des CU (et TA stable), maximum 40 mg en 1 heure puis arrêt.</li> <li>• Surveillance de la tension artérielle pendant 2 heures par 15 min.</li> <li>• Si hypotension maternelle (PA systolique &lt; 8) : Ephédrine 2 à 3 cc IVD de l'ampoule diluée prête sur le chariot d'anesthésie (soit 6 à 9 mg)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adalate LP 20 mg par 6 heures puis par 8 heures.</li> <li>• Surveillance TA 30 min après la prise</li> <li>• Transaminases 1x par semaine</li> <li>• Effets indésirables : céphalées, rash cutané</li> <li>• L'échec des inhibiteurs calciques autorise les bêta-mimétiques dans les 2 heures qui suivent la dernière prise.</li> </ul>

## I.2. Tocolyse aux $\beta$ -mimétiques

I.2.1. Contre-indications $\beta$ -mimétiques	I.2.2. Modalités du traitement	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles du rythme cardiaque et cardiopathies</li> <li>• Intolérance aux <math>\beta</math>-mimétiques (tachycardie, OAP)</li> <li>• Diabète pré-existant ou gestationnel</li> </ul>	<b>Traitement d'attaque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Débit initial</b> : 15 ml/h (1,5 mg/h ou 25 gamma/mn)</li> <li>• <b>Dose maximale</b> ; 34 ml/h</li> <li>• A l'arrêt des CU                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir un débit efficace pendant 1H,</li> <li>- Puis diminution jusqu'à 10 ml/h.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Traitement d'entretien :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Après 48 heures de tocolyse IV, le relais est fait par Salbumol cp</li> <li>• 2cp/3 H puis 2cp/4H</li> <li>• 2. Corticothérapie anténatale</li> </ul>
	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Immédiate</b> : pouls maternel doit rester <math>\leq</math> 120/min ; 25 mg de Tenormine peuvent être donnés per os en cas de tachycardie</li> <li>• <b>J2</b> : contrôle de la kaliémie</li> </ul>	<b>Betaméthasone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>1 cure</b> = 12 mg soit 3 ampoules de Célestène</li> <li>• Faire 2 cures à 24 h d'intervalle</li> </ul>

## I.3. Prévention

Communauté	Contre-indications au transport	Interventions efficaces
Conseiller aux femmes, tôt dans la grossesse, d'être attentives aux signes et symptômes du travail préterme imminent, lesquels incluent : des contractions, une perte de liquide vaginal, un saignement vaginal, un changement au niveau de la pression pelvienne, douleur sourde au bas du dos ou écoulement vaginal	Situation clinique de la patiente instable, monitoring fœtal non rassurant, accouchement imminent, non disponibilité de personnel qualifié pour l'accompagnement lors du transport, conditions du voyage dangereuses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage et traitement de la bactériurie asymptomatique</li> <li>• Dépistage et traitement de la vaginose bactérienne chez les femmes qui ont eu un accouchement prématuré antérieur                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- RPMP</li> <li>- Bébé de faible poids à la naissance)</li> </ul> </li> <li>• Tocolyse avec les inhibiteurs calciques</li> <li>• Corticothérapie anténatale</li> </ul>

## SURVEILLANCE DE L'ACCOUCHEMENT

Le travail comprend trois stades :

1er stade	2ème stade	3ème stade
L'effacement et la dilatation du col	L'expulsion du fœtus	L'expulsion des annexes (placenta et annexe)

### I. DIAGNOSTIC DE LA PHASE DU TRAVAIL

Symptômes et signes	Stade	Phase
<ul style="list-style-type: none"> <li>Col non effacé</li> <li>Non dilaté</li> </ul>	Faux travail / travail	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatation du col de 0 à 3cm</li> </ul>	Premier stade	Phase de latence
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatation du col à 4cm et plus</li> <li>Rythme de dilatation de 1cm/h au moins</li> <li>Début de descente foetale</li> </ul>	Premier stade	Phase active
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatation complète (10 cm)</li> <li>Poursuite de la descente foetale</li> <li>Pas de forte envie de pousser</li> </ul>	Deuxième stade	Phase initiale
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dilatation complète (10 cm)</li> <li>Présentation atteint le plancher pelvien</li> <li>Forte envie de pousser</li> </ul>	Deuxième stade	Phase finale ou expulsive

#### I.1. Au Premier stade

I.1.1. Accueil			
Il doit se faire dans un cadre adéquat garantissant :	<ul style="list-style-type: none"> <li>La confidentialité</li> <li>La sécurité</li> <li>Le confort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluer rapidement l'état général de la femme                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouls</li> <li>- Tension artérielle</li> <li>- Respiration</li> <li>- Température</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devant les signes d'urgence (cf tableau) ou d'état de choc :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre immédiatement en charge selon les protocoles</li> </ul> </li> <li>En l'absence de signes de danger ou d'urgence                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Procéder au respect du concept de l'accouchement humanisé.</li> </ul> </li> </ul>
Le prestataire devra être :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chaleureux,</li> <li>Disponible</li> <li>Avoir une attitude d'écoute</li> <li>D'empathie.</li> </ul>		
Il doit donner :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des explications nécessaires sur le déroulement de l'accouchement</li> <li>Éviter le temps d'attente</li> </ul>		
Le prestataire peut :	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accepter la présence d'un accompagnant choisi par la cliente</li> </ul>		

## 1.1.2. L'interrogatoire

1.1.2. L'interrogatoire			
Etat civil	Histoire du travail	Antécédents	Grossesse actuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>Nom prénom,</li> <li>Age,</li> <li>Situation matrimoniale,</li> <li>Profession,</li> <li>Adresse exacte,</li> <li>Contacts téléphoniques, etc,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contractions :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Début</li> <li>Fréquence</li> </ul> </li> <li>Perte des eaux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Début</li> <li>Couleur</li> </ul> </li> <li>Perte de sang :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Début</li> <li>Quantité</li> </ul> </li> <li>Mouvements actifs du fœtus</li> <li>Préoccupation de la cliente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si ce n'est pas sa première grossesse, demander à la cliente :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Combien de fois elle a été enceinte</li> <li>Combien de fois elle a accouché</li> <li>Nombre d'avortements</li> <li>Si elle a subi une ou des césariennes,</li> <li>Une extraction aux forceps</li> <li>A la ventouse obstétricale ou</li> <li>Si elle a eu une autre complication, comme une hémorragie du post-partum ;                   <ul style="list-style-type: none"> <li>Si elle a eu une déchirure périnéale du troisième degré.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examen du carnet de santé à la recherche de :</li> <li>Facteurs morbides et signes de danger pendant la grossesse</li> <li>Date prévue de l'accouchement</li> <li>Déterminer s'il s'agit d'un accouchement prématuré</li> <li>Plan d'accouchement</li> <li>Statut :               <ul style="list-style-type: none"> <li>GSRH</li> <li>Syphilis</li> <li>Vaccination antitétanique</li> <li>Taux d'hémoglobine</li> <li>HIV</li> <li>Hépatite B et C</li> <li>Choix d'allaitement</li> </ul> </li> <li>En l'absence de carnet de santé, poser des questions sur les éléments ci-dessus</li> </ul>

## 1.1.3. L'examen de la cliente

Se laver les mains au savon avant et après chaque examen :

Inspection	Palpation	Auscultation	Toucher vaginal
<ul style="list-style-type: none"> <li>Une cicatrice de césarienne ;</li> <li>Un anneau de rétraction dans la partie basse de l'abdomen (s'il y en a un, vider la vessie, B12 et observer à nouveau).</li> <li>Observer la réaction de la patiente aux contractions et les mentionner dans le dossier (détresse, efforts de poussée, gémissement)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fréquence et la durée des contractions</li> <li>S'il y a une contraction ininterrompue</li> <li>La position du fœtus, longitudinale ou transverse</li> <li>La présentation, tête, siège, autre</li> <li>S'il y a plus d'un fœtus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecouter le coeur foetal : compter le nombre de battements cardiaques en une minute</li> <li>Signes de danger si le rythme inférieur à 110 ou supérieur à 160</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Installer la cliente jambes fléchies et écartées</li> <li>Pratiquer l'examen vaginal avec précaution (ne pas commencer pendant une contraction)</li> <li>L'examen au spéculum doit toujours précéder le toucher vaginal s'il y a un saignement ou s'il y en a eu un, à quelque moment que ce soit, au-delà de 7 mois de grossesse.</li> </ul>

## 1.1.4. Surveillance du travail

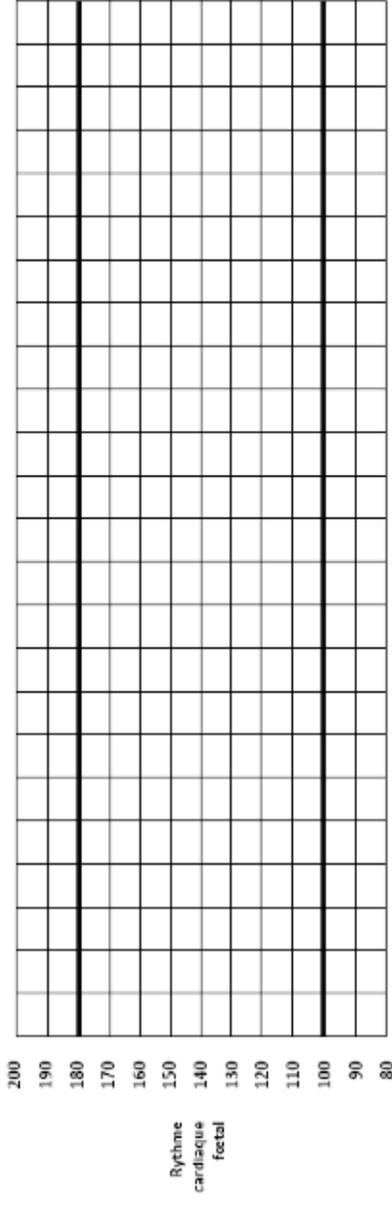
Apporter un soutien psychologique durant tout le processus

Communication	Hygiène	Mobilité	Urines	Alimentation	Respiration
<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer tout ce qui va être fait</li> <li>Solliciter son autorisation</li> <li>Lui faire part des résultats</li> <li>Créer un climat dans lequel elle se sent soutenue et encouragée pour accoucher et où elle a le sentiment qu'on respecte sa volonté</li> <li>Encourager la présence d'un accompagnant si possible</li> <li>Veiller à son intimité et à la confidentialité des actes et entretiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'encourager à se laver, à prendre un bain ou une douche au début du travail</li> <li>Désinfecter la région vulvo-périnéale avant chaque examen</li> <li>Se laver les mains au savon avant et après chaque examen</li> <li>Veiller à la propreté des locaux prévus pour l'accouchement</li> <li>Nettoyer immédiatement toute projection ou tout écoulement de liquide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'encourager à se déplacer librement</li> <li>L'encourager à adopter la position qu'elle voudra pendant le travail et l'accouchement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'encourager à vider sa vessie régulièrement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'encourager à boire et à manger à sa convenance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lui enseigner les techniques respiratoires pour le travail et l'accouchement.</li> <li>L'encourager à expirer plus lentement qu'à l'accoutumée et à se détendre à chaque expiration</li> </ul>

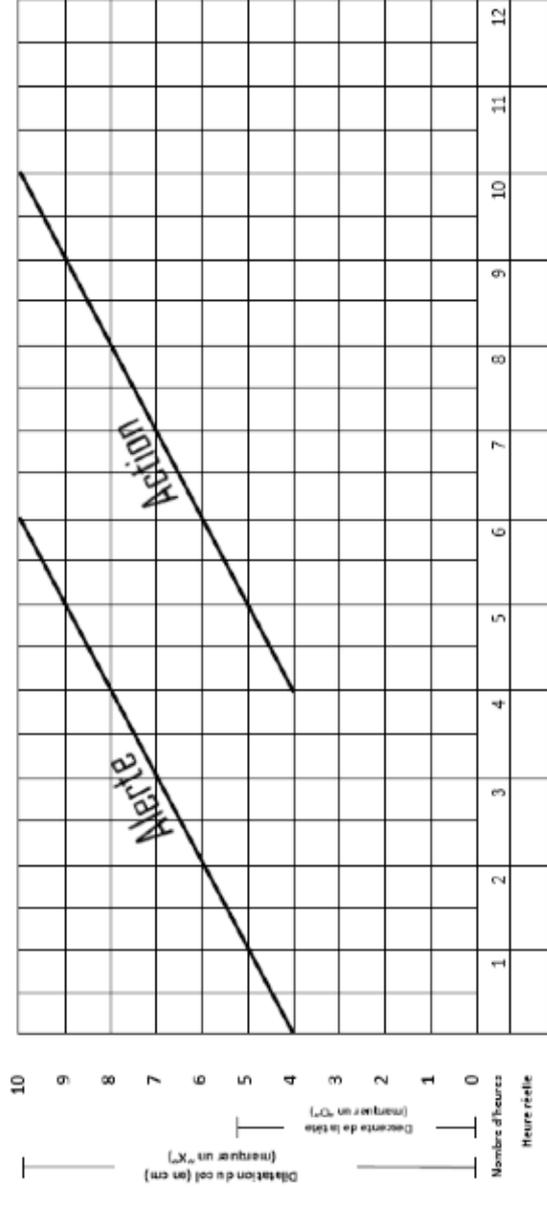
1.2. Pendant la phase active du travail (1er stade et début 2ème stade)	2. La courbe s'incline vers la droite et s'écarte de la ligne d'alerte zone de vigilance	3. La courbe atteint la ligne d'action
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le prestataire note régulièrement sur le partogramme:</li> <li>• Les contractions utérines : fréquence et intensité</li> <li>• Les bruits du cœur fœtal : fréquence (norme entre 110 et 160 battements par minute) et régularité</li> <li>• La dilatation du col</li> <li>• L'état de la poche des eaux</li> <li>• L'aspect du liquide amniotique</li> <li>• La variété de la présentation et le niveau de la présentation</li> <li>• Les constantes (température, TA et pouls)</li> <li>• L'appréciation de l'évolution du travail jusqu'à l'accouchement grâce à la courbe</li> <li>• Les éventuelles anomalies au cours du travail</li> <li>• Le partogramme permettra de prendre des décisions appropriées :</li> <li>• La courbe suit la ligne d'alerte ou reste à gauche de celle-ci</li> <li>• La dilatation progresse normalement à une vitesse de 1 cm ou plus par heure. Il s'agit d'un travail normal.</li> </ul>	<p>Il faudra alors rechercher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un obstacle mécanique <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disproportion fœto-pelvien</li> <li>- Bassin rétréci</li> <li>- Gros fœtus</li> <li>- Hydrocéphalie</li> <li>- Présence d'une tumeur en position praevia</li> <li>- Fibrome</li> <li>- Kyste de l'ovaire</li> </ul> </li> <li>• Une anomalie de la présentation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siège</li> <li>- Front</li> <li>- Face</li> <li>- Transversale)</li> </ul> </li> <li>• Une inertie utérine : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contractions trop rares</li> <li>- Trop peu intenses</li> </ul> </li> <li>• Si toutes les conditions obstétricales sont bonnes, rompre artificiellement les membranes.</li> <li>• Surveiller tous les ¼ d'heure : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les BDC</li> <li>- La couleur du liquide amniotique à la recherche d'une souffrance fœtale.</li> </ul> </li> <li>• Au moindre doute sur les conditions obstétricales ou en cas d'apparition d'une souffrance fœtale : prendre en charge selon les niveaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre en charge selon les niveaux</li> </ul>

# LE PARTOGRAPHE

Nom \_\_\_\_\_ Gestité \_\_\_\_\_ Parité \_\_\_\_\_ Dossier No. \_\_\_\_\_  
 Date d'admission \_\_\_\_\_ Heure d'admission \_\_\_\_\_ Rupture des membranes \_\_\_\_\_ heure

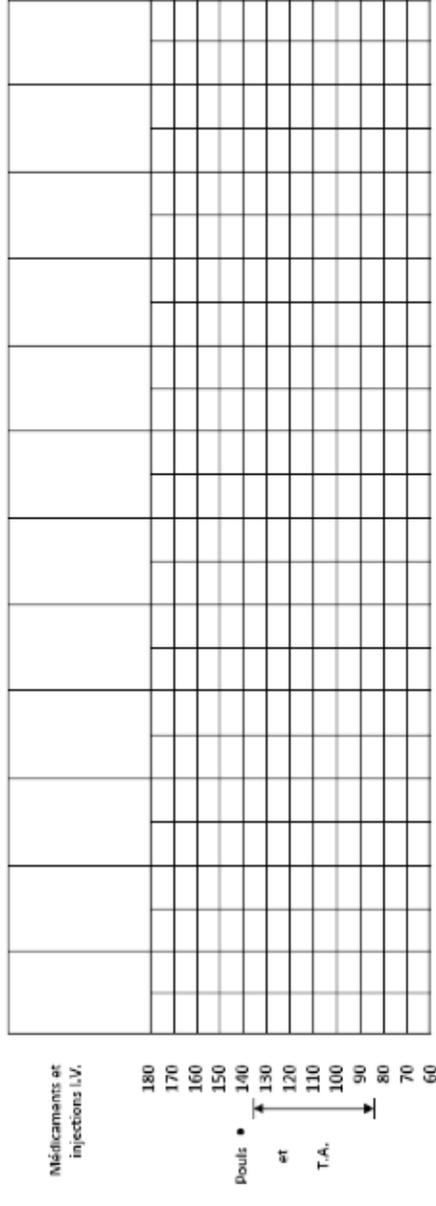


Liquide amniotique  
 Modelage de la tête



Nombre de contractions an 10 min. 5  
 4  
 3  
 2  
 1

Oxytocine U/L gouttes/min. \_\_\_\_\_



Temp. °C \_\_\_\_\_

urine { prot. \_\_\_\_\_  
 acet. \_\_\_\_\_  
 vol. \_\_\_\_\_

I.3. Pendant la phase expulsive	I.4. Au 3ème stade du travail
<p><b>(2ème stade)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dégagement du fœtus</li> <li>• Diriger les efforts expulsifs</li> <li>• Aider au dégagement de la tête en contrôlant le périnée</li> <li>• Faire une épisiotomie si nécessaire (surtout chez les parturientes excisées)</li> <li>• Attendre le mouvement de restitution</li> <li>• Procéder au dégagement des épaules</li> <li>• Poser l'enfant sur le ventre de sa mère</li> <li>• Clamper tardivement et sectionner le cordon</li> <li>• Installer le bébé sur la poitrine de sa mère, peau à peau</li> <li>• Essuyer le bébé avec un linge propre</li> <li>• L'envelopper avec un linge doux et sec puis dans une couverture et veiller à ce que sa tête soit bien couverte pour éviter qu'il ne se refroidisse</li> <li>• Palper l'abdomen pour écarter l'éventualité de la présence d'un deuxième enfant et poursuivre en prenant activement en charge le troisième stade du travail</li> <li>• Féliciter la mère et lui annoncer le sexe de son bébé si possible</li> </ul>	<p><b>(la délivrance)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procéder à la Délivrance Active</li> <li>• Vérification de l'absence d'un second fœtus</li> <li>• Injection d'utérotonique 10 UI de syntocinon</li> <li>• Clampage tardif du cordon ombilical (2 à 3 minutes) (voir chapitre SPNN)</li> <li>• Traction contrôlée du cordon et contre pression simultanée sur l'utérus</li> <li>• Massage utérin</li> <li>• Surveillance toutes les quinze minutes pendant 2 heures</li> </ul> <p>A noter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner soigneusement le placenta et les membranes</li> <li>• Examiner le périnée et réparer une éventuelle épisiotomie ou déchirure des parties molles</li> <li>• Pour garder son efficacité, l'ocytocine doit toujours être conservée dans une chambre froide à une température comprise entre 2 et 15 °c (au frais).</li> </ul>
<p><b>Soins essentiels du nouveau né (SPNN)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise au sein précoce dans la demi heure,</li> <li>• Le maintien de la température,</li> <li>• Les soins du cordon ombilical, et</li> <li>• Les soins des yeux,</li> <li>• Administration Vitamine k oral systématique chez tout nouveau-né,</li> <li>• La réanimation des nouveau-nés qui ne respirent pas à la naissance,</li> <li>• Les soins complémentaires pour les nourrissons de faible poids (supplémentation en fer 2mg/kg à J 42) voir chapitre SPNN</li> </ul>

## SURVEILLANCE DU POST PARTUM

Le post partum peut être divisé en trois parties			
Le post partum (ou suites de couches)	Le post partum immédiat	Le post partum précoce	Le post partum tardif
Comprend la période qui s'étend de l'accouchement jusqu'à six semaines après. Il se termine par le retour de couches (retour de la menstruation) sauf dans le cas d'aménorrhée de nourrice. Les soins du post partum ont pour objet le suivi du couple mère-enfant afin de dépister d'éventuelles complications.	Concerne la surveillance du couple mère-enfant pendant les premières heures qui suivent l'accouchement. Elle se fera dans la salle de travail sur la table d'accouchement ou dans un local qui lui est proche,	Concerne la surveillance de la mère et du nouveau-né pendant leur séjour à la maternité (48 h à 72 h) et la consultation du 9 <sup>ème</sup> jour,	Concerne la surveillance de la mère et du nouveau-né du 9 <sup>ème</sup> au 42 <sup>ème</sup> jour du post partum.

Classification	Période
Post partum immédiate	48 heure suivant l'accouchement
Post partum précoce	48 <sup>ème</sup> heure après l'accouchement jusqu'au 8 <sup>ème</sup> jour
Post partum Tardif	9 <sup>ème</sup> au 42 <sup>ème</sup> jour après accouchement

Tenant compte de cette classification le calendrier des consultations post natales :	Période
La première visite ou CPoN 1 (avant la sortie de la cliente)	J1 à J3
CPoN J4-J8 reste toujours une CPoN 1 (mais pas de qualité)	J4 à J8
La deuxième visite ou CPoN 2	J9 à J15
La troisième visite ou CPoN 3	J16 à J42

### I. 1<sup>ère</sup> consultation post natale ou CPON 1

Mère	Nouveau né
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher les situations d'urgence (saignements, convulsions, fièvre, HTA)</li> <li>• L'encourager à boire, à manger et à uriner</li> <li>• L'encourager à ne rien mettre dans le vagin</li> <li>• Surveiller la montée laiteuse, les mollets, l'involution utérine, la diurèse et les lochies</li> <li>• Rechercher une perte urinaire</li> <li>• Donner des conseils sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La nutrition</li> <li>- La planification familiale</li> <li>- L'allaitement maternel exclusif</li> <li>- La vaccination</li> <li>- La surveillance nutritionnelle et pondérale de l'enfant (SNP)</li> </ul> </li> <li>• Conseil pour utilisation de MILDA</li> <li>• Conseil ou suivi PF</li> <li>• Conseiller le dépistage VIH et Hépatite B (si non fait)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins essentiels et préventifs continus aux nouveau-nés,</li> <li>• Allaitement maternel exclusif</li> <li>• Maintien de la température</li> <li>• Soins du cordon ombilical</li> <li>• Vaccinations</li> <li>• Détection des signes de danger et référence</li> <li>• Application continue des activités de prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME), incluant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La prophylaxie ARV</li> <li>- L'encadrement du choix du mode d'alimentation</li> <li>- Les conseils sur la PF (triple protection)</li> <li>- L'accompagnement psychosocial</li> <li>- Dépistage et PEC des autres membres de la famille.</li> </ul> </li> </ul>

## 2. 2<sup>ème</sup> consultation post natale ou CPON 2

Consulter le carnet : le statut HIV, les complications durant l'accouchement et le traitement reçu

Interrogatoire	Examen	Prescriptions/Activités promotionnelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la femme               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La date d'accouchement</li> <li>- Les plaintes                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleurs</li> <li>- Fièvre</li> <li>- Saignements</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• S'enquérir des problèmes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urinaires</li> <li>- Digestifs</li> <li>- Mammaires</li> </ul> </li> <li>• Demander à la femme si elle a choisi une méthode contraceptive</li> <li>• S'enquérir de l'état psychologique voire psychiatrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prendre les constantes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Température</li> <li>- Tension artérielle</li> </ul> </li> <li>• Rechercher les autres signes de danger</li> <li>• Rechercher les oedèmes</li> <li>• Examiner               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les muqueuses</li> <li>- Les seins</li> <li>- Les mollets</li> </ul> </li> <li>• Apprécier l'involution utérine</li> <li>• Examiner la vulve et le périnée               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déchirure</li> <li>- Ecoulement                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quantité</li> <li>- Odeur des lochies</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer sur               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les signes de danger</li> <li>- Les signes d'urgence</li> </ul> </li> <li>• MILDA</li> <li>• Vaccination antitétanique</li> <li>• Fer</li> <li>• SNP</li> <li>• Prophylaxie ARV si indiqué</li> <li>• Conseil ou suivi PF</li> <li>• Hygiène nutrition</li> </ul>

## 3. 3<sup>ème</sup> consultation post natale ou CPON 3:

Consulter le carnet : le statut HIV, les complications durant l'accouchement et le traitement reçu

Interrogatoire	Examen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour de couches</li> <li>• Qualité de la continence urinaire et anale</li> <li>• Problèmes liés aux rapports sexuels éventuels</li> <li>• Qualité de l'allaitement et problèmes mammaires</li> <li>• Etat psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tension artérielle et poids</li> <li>• Examen minutieux des seins</li> <li>• Examen abdominal : qualité de la sangle abdominale et de la cicatrice en cas de césarienne</li> <li>• Examen vulvopérinéel : béance vulvaire, état du périnée, recherche de prolapsus, d'incontinence urinaire et de fistule obstétricale.</li> <li>• Examen au spéculum : sécrétions cervicovaginales, aspect du col.</li> <li>• Réaliser l'IVA/ IVL ou un frottis cervicovaginal.</li> <li>• Toucher vaginal: trophicité du vagin, tonicité des releveurs de l'anus, aspect du col utérin</li> </ul>

Examens complémentaires selon le contexte	Prescriptions/Activités promotionnelles	MILDA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBU</li> <li>• Bilan vasculo-rénal et consultation néphrologique</li> <li>• Hyperglycémie provoquée par voie orale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement si nécessaire</li> <li>• VAT selon le calendrier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil sur la PF suivi du service selon le choix</li> <li>• Conseil sur l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation de la mère</li> <li>• Evaluation clinico-biologique en cas de séropositivité au VIH</li> <li>• Rappel du calendrier vaccinal</li> </ul>

NB : Une femme allaitante qui présente une tuberculose doit recevoir un traitement antituberculeux complet tout en continuant à allaiter son bébé.  
 Femme tuberculeuse qui allaite Tous les antituberculeux sont compatibles avec l'allaitement et les femmes qui les prennent peuvent continuer sans risque d'allaiter leur enfant. La mère et l'enfant doivent rester ensemble et le nourrisson doit continuer à se nourrir au sein de la manière habituelle.  
 Cependant, les concentrations d'antituberculeux dans le lait maternel sont insuffisantes pour prévenir ou traiter la tuberculose chez le nourrisson. Celui-ci doit recevoir une chimio prophylaxie par isoniazide pendant 6 mois.

**I.1.3.**

**SOINS OBSTETRICAUX  
ET NEONATALS D'URGENCE**

**SONU**



# SONU I

CONDUITE À TENIR DEVANT LES  
INFECTIONS DE LA GROSSESSE, DU POST  
PARTUM ET DU POST ABORTUM



## I. DEFINITION

Infections maternelles survenant pendant la grossesse/l'accouchement liées directement ou indirectement à l'état gravide	Les situations à risque d'infection	Certaines infections indirectement liées à la grossesse peuvent la compliquer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chorioamniotite</li> <li>• Endométrite</li> <li>• Pelvipéritonite</li> <li>• Péritonite</li> <li>• Thrombophlébite pelvienne</li> <li>• Septicémie</li> <li>• Infection mammaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie</li> <li>• Avortements clandestins</li> <li>• Manœuvres endo-utérines</li> <li>• Rupture prématurée des membranes</li> <li>• Rétention placentaire</li> <li>• Travail prolongé</li> <li>• Engorgement mammaire</li> <li>• Crevasses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infections urinaires</li> <li>• Infections sexuellement transmissibles (IST)</li> <li>• Infection à VIH</li> <li>• Paludisme</li> <li>• La tuberculose</li> <li>• Hépatite virale</li> <li>• Appendicite</li> <li>• Etc</li> </ul>

## 2. DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR PAR NIVEAU

### 2.1. CHORIOAMNIOTITE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre dépassant 38°C, pouls accéléré</li> <li>• Utérus sensible et douloureux</li> <li>• Ecoulement spontané et continu de liquide amniotique fétide, parfois purulent.</li> </ul> <p>Rechercher toujours une notion de rupture prématurée des membranes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Chorioamniotite (Infection du chorion et de l'amnios au cours du travail)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le moins de touchers vaginaux possible</li> <li>• Ampicilline : 2g IM</li> <li>• Paracétamol per os : 1g</li> <li>• Référer en accompagnant la patiente</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire le moins de touchers vaginaux possible</li> <li>• Perfuser du sérum glucosé à 5%</li> <li>• Ampicilline : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2g IV toutes les 6 heures pendant 3 jours</li> <li>- Relais par voie orale pendant 7 jours</li> </ul> </li> <li>• Gentamycine 160 mg IM/j pendant 5 jours</li> <li>• Accoucher la patiente si l'expulsion est imminente et qu'il n'existe pas de dystocie</li> <li>• Arrêter traitement après accouchement par voie basse</li> <li>• Transférer sous perfusion et antibiotiques si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre sup. à 39°C malgré les antibiotiques</li> <li>- Il existe des signes de gravité</li> <li>- Dystocie</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hospitaliser et perfuser</li> <li>• Maintenir l'antibiothérapie</li> <li>• Hâter l'évacuation utérine : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Déclencher le travail ou activer le travail</li> <li>- Césariser</li> </ul> </li> </ul>

## 2.2. ENDOMETRITE AIGUE DU POST PARTUM

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre inférieure à 39°C, pouls accéléré, sans altération de l'état général</li> <li>• Douleur abdominale basse</li> <li>• Lochies fétides, parfois hémorragiques</li> <li>• Utérus gros, mou, sensible et douloureux</li> <li>• Col ramolli, largement ouvert</li> <li>• Culs de sac libres et indolores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endométrite aiguë du post partum (Infection de l'utérus qui survient entre le 4ème et le 8ème jour dans les suites de couches)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> </ul>	
		• Ampicilline	• 2 g IM
		• Métronidazole cp	• 500mg (2 cp de 250mg)
		• Paracétamol	• 1g per os
		• Ocytocine	• 10 U en IM (pas de methylergométrine)
		• Transférer	
		• Perfuser sérum glucosé	• 5%
		• Ampicilline	• 2g IV toutes les 8h
		• Gentamycine	• 160mg par jour en IM
		• Métronidazole :	• 500 mg en perfusion toutes les 8h
		• Antipyrétique en perfusion	• (paracétamol 1g /8h) jusqu'à apyrexie
		• Echographie (si disponible):	• Rechercher une rétention placentaire pour évacuer l'utérus par une aspiration
		• Evacuer l'utérus par aspiration	• Si echographie non disponible
		• Ocytocine en perfusion:	• 10UI dans 500 cc x 2/j
		• Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours :	• Ampicilline 2g/j • Métronidazole 500 mg X 3/j
		• Référer	• Si persistance symptomatologie ou complication
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem avec</li> <li>• Prélèvement de lochies</li> <li>• Echographie puis évacuation utérine si indiqué</li> <li>• Antibiothérapie adaptée</li> <li>• Ocytocine en perfusion</li> <li>• Faire hystérectomie si uterus nécrotique</li> </ul>	

### 2.3. ENDOMETRITE AIGUE DU POST ABORTUM

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte de tentative abortive</li> <li>• Température supérieure à 39°C, frissons et pouls accéléré</li> <li>• Altération de l'état général</li> <li>• Douleurs pelviennes</li> <li>• Pertes malodorantes</li> <li>• Métrorragies</li> <li>• Utérus sensible et parfois lésions traumatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Endométrite du post abortum (Infection de l'utérus survenant après un avortement septique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser le transport</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 g IM</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole cp</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500mg per os</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracétamol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1g per os</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocytocine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 U en IM</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfuser sérum glucosé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5%</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilline</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2g IV toutes les 8h</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gentamycine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 160mg par jour en IM</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 500 mg en perfusion toutes les 8h</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antipyrétique en perfusion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (paracétamol 1g/8h) jusqu'à apyrexie</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echographie (si disponible):</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rechercher une rétention ovulaire pour évacuer l'utérus par une aspiration manuelle intra utérine</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocytocine en perfusion:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10UI dans 500 cc x 2/j</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccination antitétanique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si indiqué</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>sérum anti D</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femme Rhésus négatif</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relais par voie orale 48h après l'apyrexie et pendant 10 jours :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampicilline 2g/j</li> <li>• Métronidazole 500 mg X 3/j</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Counseling pour la contraception</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si persistance symptomatologie ou complication</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfuser sérum glucosé 5%</li> <li>• Prélèvement de pertes</li> <li>• Echographie puis évacuation utérine si indiqué</li> <li>• Antibiothérapie adaptée</li> <li>• Ocytocine</li> <li>• Réanimation</li> <li>• Traitement chirurgical</li> </ul>	



SONU 2

PRISE EN CHARGE DU TRAVAIL  
DYSTOCIQUE



## I. DEFINITION

Il s'agit d'une anomalie du travail :

- Dystocie dynamique
- Dystocie de dilatation : dystocie de la phase active
- Dystocie d'expulsion
- Dystocie mécanique
- Dystocie osseuse
- Dystocie fœtale
- Dystocie de présentation

## 2. CONDUITE GENERALE

Elle obéit à 3 principes:

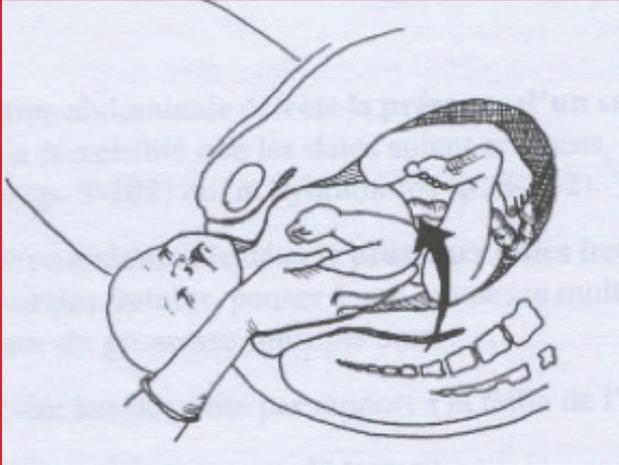
Principe 1	Principe 2	Principe 3
<ul style="list-style-type: none"><li>• Etablir un partogramme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rechercher les 3 types d'obstruction évidente telle qu':<ul style="list-style-type: none"><li>- Un bassin rétréci,</li><li>- Une disproportion foeto-pelviennne,</li><li>- Une présentation dystocique</li></ul></li><li>- Transférer :<ul style="list-style-type: none"><li>• CS 2</li><li>• Hôpital</li></ul></li></ul>	<p>Réguler la prise en charge en fonction de l'évolution :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Accoucher par voie basse si tous les paramètres sont normaux</li><li>• Transférer au niveau supérieur le plus proche pour césarienne si dystocie.</li></ul>

## 3. CONDUITE SPECIFIQUE

### 3.1. DYSTOCIE DYNAMIQUE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"><li>• Col dilaté entre 4 et 9 cm</li><li>• Contractions utérines inefficaces : moins de 3 contractions en 10 min</li><li>• Arrêt de la dilatation cervicale entre 4 et 9 cm</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dystocie de la phase active</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Référer vers le centre de santé</li><li>• Eliminer une dystocie mécanique ou de présentation</li><li>• Rompre artificiellement les membranes</li><li>• Placer une perfusion d'ocytocine contrôlée et progressive (annexe)</li><li>• Accoucher par voie basse</li><li>• Transférer au niveau hospitalier si la dilatation stagne</li><li>• Césariser si dystocie persistante et/ou souffrance fœtale</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Absence d'engagement à dilatation complète (10 cm) avec détérioration de la situation obstétricale (maternelle ou fœtale)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dystocie d'expulsion</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Référer vers le centre de santé</li><li>• Si engagement : appliquer une ventouse</li><li>• Pas d'engagement : transférer vers le niveau hospitalier</li><li>• Si engagement : appliquer une ventouse</li><li>• Pas d'engagement : césariser</li></ul>

### 3.2. DYSTOCIE MECANIQUE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les contractions utérines de bonne qualité sont inefficaces</li> <li>• Dilatation et présentation ne progressent pas</li> <li>• Pelvimétrie clinique anormale</li> <li>• Lignes innominées suivies au-delà des deux tiers antérieurs</li> <li>• Promontoire atteint avec une promonto rétro-pubien compris entre 8,5 et 10cm</li> <li>• Epines sciatiques très saillantes</li> <li>• Bi ischiatique inférieur à 9cm.</li> </ul>	Dystocie osseuse (bassin rétréci) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bassin limite</li> <li>• Bassin chirurgical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référer vers le centre de santé</li> <li>• Référer vers l'hôpital</li> <li>• Césariser tout bassin chirurgical</li> <li>• Faire une EPREUVE DU TRAVAIL devant un bassin limite</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauteur utérine excessive avec débord de la tête fœtale au dessus du pubis</li> <li>• Dilatation traînante</li> <li>• Descente lente de la tête fœtale</li> <li>• « Dystocie des épaules » au cours de l'expulsion</li> </ul>	Dystocie par macrosomie fœtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale ;</li> <li>• Transférer la femme vers le centre de</li> <li>• Dépister les femmes à risque de macrosomie fœtale ;</li> <li>• Transférer la femme au niveau hospitalier</li> <li>• Césariser toute macrosomie excessive :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hauteur utérine supérieure à 40 cm</li> <li>• Diamètre bipariétal supérieur à 100 mm</li> <li>• Poids fœtal estimé supérieur à 4500 grammes.</li> </ul> </li> <li>• Gérer la dystocie des épaules :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ne jamais tirer sur la tête fœtale ;</li> <li>• Ne pas faire d'expressions utérines ;</li> <li>• Demander de l'aide ;</li> <li>• Installer la femme sur un plan dur les fesses débordant la table ;</li> <li>• Demander à l'aide de pousser fermement les genoux fléchis de la patiente vers sa poitrine;</li> <li>• Essayer de dégager les épaules sans forcer en sollicitant de votre aide une pression sus pubienne ;</li> <li>• Si l'épaule n'est toujours pas dégagée :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduire une main dans le vagin</li> <li>• Saisir l'humérus du bras postérieur et, tout en le maintenant fléchi au niveau du coude, le ramener vers soi en le faisant glisser le long de l'abdomen, ce qui laisse à l'épaule antérieure la place nécessaire pour pivoter sous la symphyse pubienne.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
		
Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Débord à la palpation de la tête fœtale par rapport au détroit supérieur</li> <li>• Echographie : importance de l'hydrocéphalie</li> </ul>	Dystocie par hydrocéphalie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer au CS toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie</li> <li>• Transférer au niveau hospitalier toute suspicion de fœtus malformé et surtout d'hydrocéphalie</li> <li>Césariser si :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrocéphalie mineur et proposer une dérivation ventriculaire ;</li> <li>• Accoucheur non expérimenté pour pratiquer une craniotomie.</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echographie</li> </ul>	Dystocie par tumeur fœtale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer au CS</li> <li>• Transférer au milieu hospitalier</li> <li>• Césariser si déformation volumineuse ;</li> <li>• Proscrire l'embryotomie si technique non maîtrisée(risque maternel).</li> </ul>

### 3.3. DYSTOCIE DE PRESENTATION

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utérus étalé transversalement ;</li> <li>• Excavation vide ;</li> <li>• Toucher vaginal : palper épaule et grill costal ;</li> <li>• Si poche des eaux rompue: c'est une épaule négligée</li> </ul>	Dystocie par présentation transversale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référez au CS</li> <li>• Référez au niveau hospitalier</li> <li>• Pendant la grossesse</li> <li>• Faire une version par manœuvres externes (en dehors des contre-indications usuelles) à 36 semaines ;</li> <li>• Césarianiser si échec à 38 semaines.</li> <li>• Si contre-indication : faire une césarienne</li> <li>• Pendant l'accouchement</li> <li>• Dilatation complète et poche des eaux intacte: rompre et tenter version par manœuvre interne et grande extraction du siège (en dehors des contre- indications habituelles, obstétricien expérimenté et bloc opératoire fonctionnel avec anesthésiste sur place).</li> <li>• Présentation transverse sur deuxième jumeau : faire une version par manœuvre interne, suivi d'une grande extraction du siège</li> <li>• Césarianiser dans tous les autres cas: maturité fœtale acquise (âge gestationnel au delà de 37 semaines), épaule négligée</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation longitudinale ;</li> <li>• Face fixée au détroit supérieur ;</li> <li>• Toucher vaginal : retrouver le menton et jamais la fontanelle antérieure. Il faut préciser sa variété (antérieure ou postérieure).</li> </ul>	Présentation de la face	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référez au CS</li> <li>• Accoucher par voie basse: la face en mento-antérieure et à progression normale</li> <li>• Transférer à l'hôpital le plus proche si la face est en mento-postérieure</li> <li>• Césarianiser: la face en mento-postérieur, ou mento-antérieure avec dystocie et ou souffrance fœtale ;</li> <li>• Accoucher par voie basse: la face en mento-antérieure et à progression normale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présentation longitudinale céphalique</li> <li>• Occiput et petite fontanelle triangulaire en arrière</li> <li>• Déflexion minime de la tête</li> </ul>	Sommet légèrement défléchi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer vers le centre de santé si présentation non engagée, dystocie de progression ou souffrance fœtale.</li> <li>• Terminer l'accouchement par voie basse si tête engagée et progression normale.</li> <li>• L'épisiotomie doit être large pour le dégagement en occipito-sacré (risques de déchirures graves du périnée)</li> <li>• Idem</li> <li>• Césarianiser: si dystocie de progression ou d'engagement ou souffrance fœtale.</li> <li>• Accoucher par voie basse: si conditions obstétricales favorables, placer une perfusion d'ocytociques et extraire la tête par une ventouse</li> </ul>



SONU 3

PREECLAMPSIE / ECLAMPSIE



Définition	Situation	Diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> <li>C'est un accident aigu paroxystique, compliquant la toxémie gravidique, caractérisée par des crises convulsives. Elle apparaît : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans les 3 derniers mois de la grossesse</li> <li>- Au cours du travail</li> <li>- Après l'accouchement (dans les 48 H qui suivent la délivrance)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition à partir de la 20ème chez une gestante présentant une HTA, des oedèmes et une protéinurie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HTA (TAS <math>\geq</math> 160 mmhg et ou TAD <math>\geq</math> 110 mmhg)</li> <li>Céphalées</li> <li>Oedèmes</li> <li>Douleur épigastrique</li> <li>Crises d'éclampsie</li> </ul>

### Prise en charge

#### Mesures générales

##### POSTE DE SANTE

A	B	C	D
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (si troubles de la conscience ou convulsion)</li> <li>Canule de Mayo</li> <li>Aspiration buccale/ trachéo-bronchique</li> <li>Position : décubitus latéral gauche, tête en extension</li> <li>Oxygener (si extracteur d'oxygène disponible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voie veineuse (<math>\geq</math> 18 G)</li> <li>Placer un sérum salé ou Ringer lactate 500 à 1000 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir et traiter l'éclampsie</li> <li>Sulfate de magnésie (++) :</li> <li>Dose de charge 4 g en intramusculaire (2g dans chaque fesse)</li> <li>1g en IM toutes les heures au cours du transfert</li> <li>Anticonvulsivants d'action rapide au moment des crises (à répéter si nécessaire)</li> <li>Diazépam : 2,5 à 5 mg dilués dans 10cc en IV</li> <li>Midazolam : 1 à 2mg en IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référer immédiatement avec la voie veineuse</li> </ul>

##### CENTRE DE SANTE

A	B	C	D	E	F
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la liberté des voies aériennes supérieures (si troubles de la conscience ou convulsion)</li> <li>Canule de Mayo</li> <li>Aspiration buccale/ trachéo-bronchique</li> <li>Position : décubitus latéral gauche, tête en extension</li> <li>Oxygener (extracteur d'oxygène)</li> <li>Placer une sonde vésicale (diurèse horaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Voie veineuse (<math>\geq</math> 18G)</li> <li>Placer un sérum salé ou Ringer lactate 500 à 1000 ml</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévenir et traiter l'éclampsie</li> <li>Sulfate de magnésie (++) :</li> <li>Dose de charge 4 g en perfusion dans 250 cc de sérum glucosé 5% en 20 minutes, ou</li> <li>Poursuite du traitement d'entretien si dose de charge déjà administrée au poste de santé</li> <li>Dose d'entretien : 1g en IVL toutes les heures</li> <li>Anticonvulsivants d'action rapide au moment des crises (à répéter si nécessaire)</li> <li>Diazépam : 2,5 à 5 mg dilués dans 10cc en IV</li> <li>Midazolam : 1 à 2mg en IV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Traiter l'Hypertension Artérielle</li> <li>Nicardipine ou Loxen<sup>o</sup> 10mg (une ampoule) dans 500 cc de sérum glucosé en perfusion continue de 8 heures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance</li> <li>Conscience</li> <li>Fréquence respiratoire (FR &gt; 16 c/mn)</li> <li>Tension Artérielle</li> <li>Diurèse horaire</li> <li>Reflexes rotuliens</li> <li>E – Accélérer le travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Référer la patiente vers une structure avec bloc chirurgical</li> <li>Femme non en travail (en cas d'éclampsie, l'accouchement doit avoir lieu dans un délai de 12h)</li> <li>Oligo-anurie (diurèse inférieure à 30 ml/h)</li> <li>Trouble de la coagulation</li> <li>Ictère</li> <li>HTA persistante</li> <li>Trouble de la conscience persistante</li> </ul>

## HOPITAL

- Prise en charge identique (mesures générales)
- Corriger l'hypovolémie
- Lutter contre la vasoconstriction (antihypertenseur)
- Inhibiteur calcique (Loxen)
- Béta bloquant (Trandate)
- Prévenir et traiter la crise d'éclampsie
- MgSO4 > benzodiazépine
- Interrompre la grossesse
- Déclenchement
- Césarienne
- Prendre en charge les complications
- Crises à répétition
- Trouble profond de la conscience (coma)
- OAP
- Défaillance organique
- Coagulopathie

**SONU 4**  
**CONDUITE À TENIR DEVANT LES**  
**HÉMORRAGIES DE LA GROSSESSE, DE**  
**L'ACCOUCHEMENT ET DU POST PARTUM**



## I. PRINCIPES

1. PRINCIPES	2. RECONNAITRE UN ETAT DE CHOC HEMORRAGIQUE	3. MESURES GENERALES	
		Poste et Centre de santé	Hôpital
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devant tout saignement anormal (quantité ou durée), il faut :</li> <li>• Mettre rapidement en condition la patiente selon les mesures universelles ;</li> <li>• Rechercher rapidement la cause de l'hémorragie, la traiter ;</li> <li>• Transférer la patiente ou le nouveau-né, chaque fois que leur état est grave et demande des capacités humaines ou techniques en dehors de celles de la structure d'accueil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pâleur cutanée, soif vive et muqueuses sèches, sueur profuse</li> <li>• Froideur des extrémités, asthénie et angoisse</li> <li>• Pouls rapide et filant, tension artérielle basse</li> <li>• Hypotension sévère</li> <li>• Agitation, obnubilation et confusion voire perte de connaissance</li> <li>• Polygnée (supérieure à 24/mn)</li> <li>• Tachycardie (supérieure à 110 pulsations/mn), pouls filant.</li> <li>• Oliguri-anurie (inférieure à 30 ml/h)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en position la patiente :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Membres inférieurs surélevés ;</li> <li>◦ Tête basse ;</li> <li>◦ Sur le côté gauche, ou à défaut avec un billot (champ enroulé) sous la fesse droite, si elle est en fin de grossesse.</li> </ul> </li> <li>• Prendre deux bonnes voies veineuses : avec de grosses intranules (gauge 16 ou 18), courtes et bien fixées</li> <li>• Oxygénation si disponible</li> <li>• Remplir avec les cristalloïdes (ringer lactate, sérum salé) et les macromolécules en fonction de l'état de la patiente et des pertes sanguines (annexe).</li> <li>• Assurer une hémostase temporaire par des moyens physiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tamponnement de lésions des voies génitales accessibles qui saignent</li> <li>◦ Compression utérine bimanuelle (externe puis interne)</li> <li>◦ Compression de l'aorte trans-abdominale</li> <li>◦ Préhension du col déchiré par des pinces</li> <li>◦ Hémostase mécanique des hémorragies du segment inférieur (placenta bas inséré)</li> <li>◦ Transférer toute patiente présentant :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une hémorragie grave (plus de 1500 cc) ;</li> <li>- Un ou plusieurs signes d'alarme ou de choc ;</li> <li>- Un état altéré ou aggravé avec le temps.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem avec</li> <li>• Bilan biologique (GSRh, NFS, Créatininémie, crase sanguine) ou en fonction de l'étiologie</li> <li>• Transfuser si les pertes sanguines sont supérieures à 1500 cc (volume pour volume), en plus du remplissage vasculaire :</li> <li>• Utiliser du sang total frais chaque fois que possible.</li> <li>• Utiliser des médicaments :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'adrénaline, si la tension artérielle est basse: 1 mg dans 500 cc de sérum salé à 30 gouttes/minute ;</li> <li>- Spécifiques (ocytociques pour l'atonie utérine par exemple).</li> </ul> </li> <li>• Traiter simultanément la cause de l'hémorragie: si elle relève d'un traitement chirurgical (lésions génitales, rupture utérine, placenta praevia...)</li> <li>• Surveiller le traitement sur :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état de conscience ;</li> <li>- La fréquence respiratoire;</li> <li>- L'état circulatoire (tension artérielle, pouls, coloration téguments...);</li> <li>- La diurèse horaire (sonde vésicale).</li> </ul> </li> <li>• Dans les suites d'hémorragie grave: rechercher et traiter ou transférer les complications sévères de l'hémorragie du post-partum (l'insuffisance rénale aiguë, l'œdème aigu du poumon, les troubles de la coagulation et les autres complications ischémiques (cœur, hypophyse...))</li> </ul>
<p>NB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne pas attendre la chute de la tension artérielle pour commencer à agir (indicateur tardif et mauvais de la volémie maternelle)</li> <li>- La diminution de la diurèse et l'accélération du pouls reflète bien et mieux l'hypovolémie.</li> </ul>			
4. RECONNAITRE LES CAUSES		5. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En début de grossesse: traumatisme génital, avortement spontané ou provoqué, grossesse extra-utérine, môle hydatiforme.</li> <li>• En fin de grossesse ou pendant le travail : décollement du placenta, placenta praevia, rupture utérine.</li> <li>• Dans le post-partum : inertie utérine, rétention du placenta, lésion parties molles et de l'utérus.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avortement simple</li> <li>• Avortement septique</li> <li>• Avortement molaire</li> <li>• Grossesse extra-utérine</li> </ul>	

## 5. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE LA PREMIERE PARTIE DE LA GROSSESSE

### 5.1. AVORTEMENT SIMPLE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>Hémorragies génitales, souvent continues, après un retard des règles (préciser la date des dernières règles et l'abondance des saignements)</li> <li>Douleurs pelviennes sous forme de crampes utérines rythmées</li> <li>Au spéculum: une hémorragie qui vient de la cavité utérine</li> <li>Au toucher vaginal :               <ul style="list-style-type: none"> <li>Un utérus mou grvide correspondant à l'âge de la grossesse ;</li> <li>Un col fermé, parfois perméable à la pulpedu doigt;</li> <li>Des culs de sacs libres et non douloureux.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Menace d'avortement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier, référer et accompagner</li> <li>Organiser le transport</li> <li>Repos au lit et antispasmodiques (voie orale ou rectale);</li> <li>Progestérone naturelle par voie vaginale pour la grossesse jeune (inférieure à 10 semaines) et per os au-delà, si la grossesse est évolutive et qu'il existe une insuffisance lutéale.</li> <li>Idem</li> <li>L'échographie abdominale (si elle est disponible et si l'état de la femme le permet) précise l'état de la grossesse et oriente le diagnostic.</li> <li>Sérum anti D si RH négatif</li> <li>Idem</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Une hémorragie plus importante avec caillots.</li> <li>Des crampes utérines plus intenses et plus rapprochées.</li> <li>Au toucher vaginal : un col ouvert avec parfois des débris ovulaires sentis au doigtier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avortement inévitable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier,</li> <li>Référer</li> <li>Accompagner</li> <li>Organiser le transport</li> </ul> <p><b>Avant 12 semaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>S'abstenir, si le saignement est modéré et l'expulsion complète et spontanée ;</li> <li>Si col ouvert faire le curage</li> <li>Si col non perméable au doigt, transférer au centre de santé le plus proche après mise en condition (en fonction de l'état clinique)</li> <li>Misoprostol : donner une dose unique de 600 µg (3 cp) per os</li> </ul> <p><b>Au-delà de 12 semaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en condition la patiente et la transférer immédiatement au Centre de santé ou Hôpital</li> <li>Sérum anti D si RH négatif</li> </ul> <p><b>Avant 12 semaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (protocole SAA).</li> <li>Misoprostol : donner une dose unique de 600 µg (3 cp) per os</li> </ul> <p><b>Au-delà de 12 semaines</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Placer une perfusion d'ocytocine (10 unités internationales d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé, au débit de 20 à 30 gouttes/mn) jusqu'à l'expulsion;</li> <li>S'il persiste une hémorragie sur rétention placentaire (utérus gros, mou, mal involué), compléter par un curage digital ;</li> <li>Examiner le produit de conception</li> <li>Ocytocine et antibiotique</li> <li>Sérum anti D si RH négatif</li> <li>Idem</li> </ul>

## 5.2. AVORTEMENT MOLAIRE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes sympathiques exagérés de grossesse</li> <li>• Discordance entre le volume utérin et l'âge de la grossesse</li> <li>• Utérus plus gros que l'âge de la grossesse avec parfois de gros ovaires (kystes lutéiniques)</li> <li>• Vésicules de différentes tailles, si avortement en cours</li> <li>• Images en « flocons de neige » ou « nid d'abeille » avec parfois de gros kystes ovariens à l'échographie (si disponible).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avortement molaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> <li>• Référer vers le centre de santé</li> <li>• Evacuer utérus rapidement de préférence par aspiration manuelle intra utérine sous perfusion d'ocytocine (10 unités d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé 20 à 30 gouttes/mn),</li> <li>• Contrôler la vacuité utérine,</li> <li>• Faire attention à la perforation utérine lors de l'aspiration (utérus gros et fragile)</li> <li>• Sérum anti D si RH négatif</li> <li>• Traitement de l'anémie</li> <li>• Deuxième AMIU (toilette de Bret)</li> <li>• Conseil PF</li> <li>• Informer sur la pathologie et l'importance du suivi</li> <li>• Référer au niveau supérieur pour le suivi</li> <li>• Surveiller pendant deux ans à cause du risque de maladie trophoblastique persistante (môle invasive ou choriocarcinome)</li> <li>• Dosage des béta H.C.G. une fois par mois pendant 3 mois, durant lesquelles elles doivent normalement devenir négatives</li> <li>• Puis tous les 3 mois pendant six mois et</li> <li>• Puis tous les 6 mois pendant deux ans;</li> <li>• Donner une contraception pour éviter toute grossesse pendant deux ans.</li> <li>• Prise en charge en fonction du score pronostic de la mole</li> </ul>

### 5.3. GROSSESSE EXTRA UTERINE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard de règles (préciser la date des dernières règles)</li> <li>• Signes sympathiques de grossesse</li> <li>• Pertes brunes ou noires</li> <li>• Douleurs annexielles du côté de la grossesse extra-utérine</li> <li>• Au toucher vaginal : qui est souvent normal, un col fermé et un utérus petit, rarement on palpe une petite masse latéro-utérine douloureuse</li> <li>• Echographie (si disponible)</li> <li>• Le dosage de la béta.H.C.G. (si disponible)</li> <li>• Coélioscopie (si disponible)</li> <li>• Aménorrhée, avec métrorragies</li> <li>• Douleurs pelviennes variables</li> <li>• Abdomen: distendu et sensible</li> <li>• Toucher vaginal : douloureux au niveau du cul de sac postérieur</li> <li>• Etat de pré-choc ou de choc par hémorragie interne</li> <li>• Echographie (si disponible et l'état de la femme stable)</li> <li>• Coélioscopie (si disponible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse extra utérine non rompue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> <li>• Mettre en condition et réanimer selon l'état de la patiente et transférer en urgence dès suspicion ou diagnostic de grossesse extra-utérine, Centre de santé, Hôpital le plus proche</li> <li>• Idem</li> <li>• Laparotomie en urgence sous anesthésie générale dès diagnostic de grossesse extra-utérine:</li> <li>• Enlever la trompe (salpingectomie) rompue ou antérieurement malade ou s'il existe un choc hémorragique avec signes de gravité ou</li> <li>• Inciser et évacuer la trompe intacte et d'apparence saine (salpingostomie) dans le sens longitudinal et évacuer le produit ovulaire, s'assurer de l'hémostase du lit de la grossesse extra-utérine, avant de refermer l'incision, qui peut être laissée telle quelle ou</li> <li>• Conserver la trompe: dans l'avortement tubaire de l'œuf, si l'état tubaire est bon et que la trompe ne saigne pas.</li> <li>• Traitement médical si les conditions techniques réunies et si l'état clinique et paraclinique le permettent</li> <li>• Conduite à tenir post-opératoire :</li> <li>• Surveiller: l'état général, la tension artérielle et l'abdomen.</li> <li>• Donner des antalgiques s'il existe des douleurs pelviennes.</li> <li>• Prévenir les accidents thrombo-emboliques chez les femmes à risque (lever précoce).</li> <li>• Mettre sous cyclines : 200 mg/j en une seule prise pendant 3 semaines si infection à chlamydia (confirmée ou suspecte).</li> <li>• Donner une contraception oestroprogestative pendant quelques mois avant une nouvelle grossesse.</li> <li>• Sérum anti D si Rh négatif</li> <li>• Faire HSG à 3 mois pour voir l'état de la trompe controlatérale</li> </ul>

## 6. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DE FIN DE GROSSESSE OU DU TRAVAIL

### 6.1. PLACENTA PRAEVIA

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métrorragies : Sang rouge plus ou moins abondant, survenant au repos ou durant une activité normale, sans douleur, en un ou plusieurs épisodes</li> <li>• Un état de choc corrélé à l'importance de l'hémorragie extériorisée</li> <li>• Utérus est souple.</li> <li>• Présentation souvent haute dans l'utérus (dystocique).</li> </ul> <p>ATTENTION :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poser soigneusement un spéculum vaginal pour éliminer les autres causes de saignements cervico-vaginaux (infection, traumatisme, cancer...).</li> </ul> <p>NE JAMAIS faire un toucher vaginal intra cervical à la recherche du placenta, si la femme n'est pas mise en condition et dans un centre obstétrico- chirurgical.</p> <p>L'échographie (si disponible)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placenta praevia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en condition la femme et la transférer en urgence vers le Centre de santé le plus proche</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La femme n'est pas en travail : transférer à l'hôpital</li> <li>• La femme est en travail:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rompre largement les membranes, si le saignement est important, le col dilaté, le placenta praevia non recouvrant et les membranes accessibles et terminer rapidement l'accouchement sous perfusion d'ocytocine, si la parturiente est en phase d'expulsion. Pratiquer une délivrance artificielle.</li> </ul> </li> </ul>	
		<p><b>En fin de grossesse :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rompre artificiellement les membranes si le saignement est important et les membranes accessibles, et terminer l'accouchement par voie basse. Sinon :</li> <li>• Césariser la femme si :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le placenta praevia est recouvrant,</li> <li>- L'hémorragie persiste ou s'aggrave malgré la rupture artificielle des membranes,</li> <li>- Il existe une dystocie ou une souffrance fœtale</li> </ul> </li> <li>• Maintenir l'hospitalisation et la surveillance vigilante: si le saignement est stabilisé, attendre le terme pour terminer l'accouchement.</li> <li>• Indiquer, à l'arrêt du saignement si nécessaire et sous surveillance: repos au lit, tocolyse (béta-mimériques) selon le cas et sous surveillance, et antibiothérapie.</li> </ul>	<p><b>En cours de travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoucher par voie basse: si                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragie minime sans altération de l'état de la mère,</li> <li>- Placenta praevia non recouvrant et membranes accessibles: rompre artificiellement les membranes.</li> <li>- Présentation céphalique basse et comprime le placenta praevia, et pas de souffrance fœtale ,</li> <li>- Remettre le nouveau-né au pédiatre le plus vite possible.</li> </ul> </li> <li>• CESARISER tous les autres cas.</li> </ul>

## 6.2. DECOLLEMENT PREMATURE DU PLACENTA NORMALEMENT INSERE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métrorragies: de sang noir, minime ou nul, parfois rouge.</li> <li>• Douleurs utérines: constantes et brutales survenant en dehors de tout travail.</li> <li>• Absence de relâchement de l'utérus (hypertonie).</li> <li>• Etat de choc: dans les formes graves et évoluées, en discordance avec un saignement minime et une HTA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HRP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rompre largement les membranes si le col est ouvert, mettre en condition et évacuer la patiente vers Centre de santé</li> <li>• Si la femme est en phase expulsive, terminer rapidement l'accouchement, faire la délivrance artificielle et révision utérine, placer une perfusion d'ocytocine et transférer vers le Centre de santé.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accoucher par voie basse si travail avancé : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rompre les membranes: si le col est ouvert, puis</li> <li>- Terminer l'accouchement si expulsion imminente et eutocie,</li> <li>- Maintenir la perfusion d'ocytocine dans les suites d'accouchement</li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer rapidement: l'état fœtal et obstétrical (dilatation, présentation...)</li> <li>• Bilan biologique (GSRH, NFS, Créatininémie)</li> <li>• Evacuer l'utérus le plus vite possible, quel que soit l'âge gestationnel, lorsqu'il existe un état de choc, parallèlement à la mise en condition de la parturiente <ul style="list-style-type: none"> <li>- Césariser: si le col est fermé, s'il existe une dystocie ou une souffrance fœtale, ou à dilatation débutante (inférieur à 3 cm) après rupture artificielle des membranes.</li> <li>- Accoucher par voie basse si travail avancé : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rompre les membranes: si le col est ouvert, puis</li> <li>- Terminer l'accouchement si expulsion imminente et eutocie,</li> <li>- Maintenir la perfusion d'ocytocine dans les suites d'accouchement</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conduite à tenir post-thérapeutique</li> <li>• Surveiller de façon stricte (quel que soit le mode d'accouchement) : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'état général, le globe de sécurité et le saignement à travers l'examen de la garniture,</li> <li>- La tension artérielle, le pouls et la diurèse.</li> </ul> </li> <li>• Remettre le plus vite possible le nouveau-né au pédiatre.</li> </ul>

## 6.3. RUPTURE UTERINE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douleurs utérines avec hémorragie ou choc maternel.</li> <li>• Rechercher rapidement à l'interrogatoire les situations à risque élevé de rupture : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utérus fragilisé</li> <li>- Traumatisme utérin</li> <li>- Dystocie mécanique non diagnostiqué et prolongé</li> <li>- Utilisation intempestive et non contrôlée d'ocytocine ou de prostaglandines ;</li> <li>- Utérus cicatriciel (gynécologique mais surtout obstétricale)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rupture Utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transférer la femme vers centre de santé ou l'hôpital le plus proche et dans les meilleurs délais possibles: le choc hémorragique, quand il s'installe, est brutal et grave :</li> <li>• Mettre la patiente en condition et la transférer en urgence, si elle est en dehors ou au début du travail ;</li> <li>• Arrêter toute perfusion d'ocytocine si elle existait, mettre une perfusion de sérum salé et administrer une antibiothérapie (Ampicilline 2 g IVD).</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> <li>• Opérer la femme simultanément à sa mise en condition ;</li> <li>• SUTURER l'utérus: si désunion ou petite rupture utérine (peu étendue ou sous séreuse: incomplète).;</li> <li>• Faire une ligature des trompes, si la patiente est grande multipare ou si l'état de l'utérus conservé ne permet pas une autre grossesse (prévenir la femme ou sa famille).</li> <li>• Faire une hystérectomie sub-totale : si le délabrement utérin ou l'hémorragie sont importants ou si la déchirure est complexe.</li> <li>• Elle sera totale si lésions s'étendent en bas vers le col et le vagin (chirurgien expérimenté en chirurgie gynécologique)</li> </ul>

## 7. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE HEMORRAGIE DU POST-PARTUM

### 7.1. RETENTION PLACENTAIRE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- D'expulsion du placenta 30 mn après l'accouchement.</li> <li>- D'un ou de plusieurs cotylédons de la surface maternelle placentaire, à l'examen du placenta</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétention placentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport (accouchement inopiné)</li> <li>• Mettre en condition</li> <li>• Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et la révision utérine).</li> <li>• Faire une délivrance artificielle douce: sortir le placenta après l'avoir décollé, ou les cotylédons restants, sans s'acharner.</li> <li>• Administrer du 600 ug de misoprostol (3cp) en per os, sublinguale ou intrarectal</li> <li>• Faire la compression utérine manuelle externe d'abord puis interne</li> <li>• Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus; s'aider de compression de l'aorte abdominale (par le poing sur l'ombilic), si l'hémorragie persiste pendant le transfert</li> <li>• Idem + Administration séquentielle de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Injection IV de 10 U d'ocytocine suivi ;</li> <li>• D'une perfusion de 20 unités puis ;</li> <li>• De l'injection intramurale de 10 U d'ocytocine puis</li> <li>• Ergométrine 0,25 mg en IM ou 0,125 en IVD toutes les 5 minutes sans dépasser 1,5 mg</li> <li>• Misoprostol : 600 µg en per os, sublinguale ou intrarectal</li> </ul> </li> <li>• Hospitaliser et traiter le choc selon l'état de la femme</li> <li>• Pratiquer une révision utérine</li> <li>• Si le saignement persiste malgré le respect des séquences, opérer la femme pour arrêter l'hémorragie</li> <li>• Ligaturer les vaisseaux utérins ou hypogastriques</li> <li>• Sinon pratiquer une hystérectomie d'hémostase en dernier recours</li> </ul>

## 7.2. INERTIE UTERINE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hémorragie genitale après accouchement</li> <li>• Utérus mou</li> <li>• Pas de lésion des parties molles</li> <li>• Examen du placenta normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atonie utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport (accouchement inopiné)</li> <li>• Mettre en condition</li> <li>• Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et la révision utérine).</li> <li>• Vider la vessie</li> <li>• Faire une révision utérine douce</li> <li>• Administrer 600 ug de misoprostol (3cp) en per os, sublinguale ou intrarectal</li> <li>• Faire la compression utérine manuelle externe d'abord puis interne</li> <li>• Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus; s'aider de compression de l'aorte abdominale (par le poing sur l'ombilic), si l'hémorragie persiste pendant le transfert</li> <li>• Idem + Administration séquentielle de :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Injection IV de 10 U d'ocytocine suivi ;</li> <li>- D'une perfusion de 20 unités puis ;</li> <li>- De l'injection intramurale de 10 U d'ocytocine puis</li> </ul> </li> <li>• Ergométrine 0,25 mg en IM ou 0,125 en IVD toutes les 5 minutes sans dépasser 1,5 mg</li> <li>• Misoprostol : 600 µg en per os, sublinguale ou intrarectal</li> <li>• Transférer si l'hémorragie persiste avec :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus; ou</li> <li>- S'aider de compression utérine avec un ballonnet (1,5 litre de sérum physiologique dans un gant stérile relié à une sonde de foley)</li> </ul> </li> <li>• Hospitaliser et traiter le choc selon l'état de la femme.</li> <li>• Pratiquer une révision utérine,</li> <li>• Si le saignement persiste malgré le respect des séquences, opérer la femme pour arrêter l'hémorragie :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ligaturer les vaisseaux utérins ou hypogastriques</li> <li>- Technique de capitonnage : B-Linch, O'Cho</li> <li>- Sinon pratiquer une hystérectomie d'hémostase en dernier recours</li> </ul> </li> </ul>

### 7.3. SAIGNEMENTS CERVICO-VAGINAUX

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patiente qui saigne et qui a un bon globe de sécurité et dont le placenta est complet à l'examen</li> <li>• Examen sous valve identifie des lésions cervico-vaginales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lésions cervico-vaginales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport (accouchement inopiné)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eliminer rapidement les autres causes d'hémorragie (examen sous valves et révision utérine)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suturer les lésions vaginales simples</li> <li>• Tamponner le vagin avec des compresses, des mèches ou des petits champs</li> <li>• Transférer sous perfusion d'ocytocique en maintenant le massage de l'utérus</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> <li>• Suturer les lésions vaginales et cervicales après s'être assuré de la vacuité utérine</li> <li>• Mettre en condition et transférer en urgence vers l'Hôpital le plus proche: si l'hémorragie est importante ou accompagne une inertie utérine, ou si les lésions cervico-vaginales sont complexes. Suturer les lésions ou pratiquer une hystérectomie pour arrêter l'hémorragie: l'indication est fonction des lésions constituées (hautes ou basses).</li> </ul>

### 8. PATHOLOGIES DES SUITES DE COUCHES CHEZ LA MERE

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Paludisme               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Température élevée (38°5)</li> <li>- Céphalées, frisson</li> <li>- Courbatures</li> <li>- Goutte épaisse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier, référer et accompagner</li> <li>• Organiser le transport</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TDR</li> <li>• Conditionner et référer</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quinine administrée par voie intraveineuse</li> <li>• 25 mg/kg/jour de quinine base répartis en deux ou trois perfusions par jour dans du sérum glucosé à 10% ou 5% à défaut</li> <li>• La durée de la perfusion est de 4 heures               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les deux perfusions sont espacées de 10 à 12 heures si on fait deux perfusions par jour et</li> <li>- Une perfusion de 4 heures toutes les 8 heures si on fait trois perfusions par jour.</li> </ul> </li> <li>• La durée du traitement par la quinine va de 5 à 7 jours. Cependant si l'évolution est favorable après trois jours de traitement, il est recommandé de faire le relais par la voie orale avec ACT conformément au traitement du paludisme simple.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les Thrombophlébites Puerpérales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mollet douloureux, tendu, luisant, chaud</li> <li>- Douleur à la dorsiflexion du pied</li> <li>- Température élevée</li> <li>- Pouls accéléré</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REFERER</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Héparine de bas poids moléculaire à dose curative</li> <li>• Repos au lit avec membre surélevé pendant 72h</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REFERER si pas d'amélioration au bout de 72h</li> <li>• Héparine de bas poids moléculaire à dose curative</li> <li>• Repos au lit avec membre surélevé pendant 72h</li> <li>• Recherche de complications</li> <li>• Surveillance biologique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echodoppler</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Abcès</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou</li> <li>- 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour</li> </ul> </li> <li>• Référer</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Engorgement mammaire <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seins chauds, pleins et lourds</li> <li>- Apparence brillante et tendue</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Position du bébé (prise correcte du sein)</li> <li>• Allaitement à la demande</li> <li>• compresses froides entre les tétés</li> <li>• Application d'un tissu chaud sur l'aréole juste avant les tétés</li> <li>• Exprimer un peu de lait avant les tétés</li> <li>• Exprimer du lait entre les tétés</li> <li>• Paracétamol 500mg x 3 par jours si nécessaire</li> <li>• Idem</li> <li>• Idem</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Mastite <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fièvre</li> <li>- Tuméfaction/ placard douloureux,</li> <li>- Rouge et chaud</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuer l'allaitement</li> <li>• Bandage ou soutien gorge</li> <li>• Compresse froide sur les seins entre les tétés</li> <li>• Exprimer à la main le lait du sein affecté après chaque tétée</li> <li>• Antibiothérapie : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pénicilline M (cloxacine) : 50 mg/kg/j ou</li> <li>- 250 mg d'Erythromycine per os, 3 fois par jour</li> </ul> </li> <li>• Incision / pansement</li> <li>• Idem</li> <li>• Idem</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'Anémie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anémie sévère : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémoglobine &lt; 7 g/dl et/ou</li> <li>- Pâleur importante des paumes et muqueuses ou</li> <li>- Toute pâleur des muqueuses avec signes d'intolérance : dyspnée, fatigabilité</li> </ul> </li> <li>- Anémie modérée <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémoglobine entre 7 et 11 g/dl ou</li> <li>- Pâleur des paumes et des muqueuses</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anémie modérée <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner 120 mg de fer et 400 µg d'acide folique par jour pendant 6 mois associé à de la vitamine C.</li> <li>- Si absence d'amélioration au bout d'un mois, référer pour exploration : NFS, fer sérique au minimum.</li> <li>- Anémie sévère : REFERER</li> </ul> </li> <li>• Anémie sévère : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfusion</li> <li>- Exploration</li> </ul> </li> <li>• Idem</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'HTA <ul style="list-style-type: none"> <li>- PA systolique ≥ 140 mmHg et/ou</li> <li>- PA diastolique ≥ 90 mmHg</li> <li>- En position assise</li> <li>- Brassard adapté</li> <li>- Technique adéquate à 2 consultations successives espacées d'une semaine</li> </ul> </li> <li>• L'hypertension artérielle est considérée comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modérée si 140/90 ≤ PA &lt; 160/100 mmHg</li> <li>- Sévère si PA ≥ 160/100 mmHg</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA modérée :</li> <li>• Alphaméthylodopa : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 750 mg à 2000 mg par jour.</li> </ul> </li> <li>• Si échec, REFERER</li> <li>• HTA modérée :</li> <li>• Alphaméthylodopa : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 750 mg à 2000 mg par jour, si échec</li> <li>- Nicardipine : 40 à 100 mg par jour ou</li> <li>- Nifedipine LP 20 mg: 1-2 cp/jour</li> </ul> </li> <li>• HTA sévère</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Nicardipine en IV : <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ml en IV directe puis 1 à 2 ml par heure en perfusion continue dans du sérum glucosé</li> </ul> </li> <li>• Idem + exploration</li> </ul>

## INSUFFISANCE RENALE AIGUE ET GROSSESSE

1. DEFINITION	2. CAUSES	3. SIGNES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminution brutale du débit de filtration glomérulaire entraînant rétention azotée et perturbations hydro électrolytiques.</li> <li>• Elle peut être fonctionnelle ou organique.</li> <li>• Elle peut être anurique ou à diurèse conservée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomissements gravidiques</li> <li>• Hémorragies de la délivrance</li> <li>• Pré éclampsie éclampsie</li> <li>• Hémolyse aigue</li> <li>• Infections sévères</li> <li>• Avortements compliquées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes de la maladie causale</li> <li>• Oligurie (diurèse &lt; 500 ml/24 heures; 20 ml/heure) ou</li> <li>• Anurie : absence de diurèse ou diurèse &lt; 300 ml/24 heures</li> <li>• La diurèse peut être conservée</li> <li>• Elevation de la créatininémie, ou ascension récente (25% de la valeur de base au moins)</li> <li>• Evolue en 3 phases : Pré anurique; anurique, de reprise de diurèse</li> </ul>
4. COMPLICATIONS	5. PRISE EN CHARGE <i>(non compris le traitement de la cause)</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflation hydrique (œdèmes périphériques, œdème aigu des poumons, œdème cérébral)</li> <li>• Troubles électrolytiques</li> <li>• Infections</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préventive : chez les sujets à risque               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Surveiller la diurèse par heure</li> <li>- Traiter précocement la cause</li> </ul> </li> <li>• Phase pré anurique : remplissage adapté et adéquat si nécessaire</li> <li>• Curative</li> <li>• Phase anurique : restriction hydrique               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Régime pauvre en sel et en potassium</li> <li>- Relance de la diurèse avec du Furosémide, 500 mg à 1000 mg/ jour</li> </ul> </li> <li>• si échec référer               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traiter la cause</li> <li>- Traiter les complications</li> </ul> </li> <li>• Phase de reprise de diurèse :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Compensation adéquate des sorties</li> </ul> </li> <li>• Référer</li> <li>• Traiter les complications</li> </ul>	

Situation	Diagnostic	Prise en charge
• IRA fonctionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vomissement, déshydratation, baisse de la diurèse.</li> <li>• Habituellement au premier trimestre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfuser : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérum salé isotonique ou</li> <li>- Sérum glucosé isotonique + 3 à 4 gramme de NaCl par flacon de 500 ml</li> </ul> </li> </ul>
• IRA organique en phase d'installation : phase pré anurique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sonde urinaire à demeure</li> <li>• Signes de la cause + réduction de la diurèse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter rapidement la cause : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si hémorragie Transfuser rapidement et suffisamment.</li> <li>- Si éclampsie traiter</li> <li>- Si déshydratation QS</li> </ul> </li> </ul>
• IRA organique en phase anurique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes de la maladie + Diurèse &lt; 500 ml par 24 heures (20 ml par heure)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restriction hydrique (500 ml / 24 heures); <ul style="list-style-type: none"> <li>- Restriction sodée;</li> <li>- Régime pauvre en potassium;</li> <li>- Injection de furosémide 1000 mg / 24 heures pendant 3 jours.</li> </ul> </li> <li>• Traiter la cause et les complications <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si non reprise, <ul style="list-style-type: none"> <li>- Stop au bout de 3 jours;</li> </ul> </li> <li>- Si reprise <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la posologie</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
• IRA organique en phase de reprise de diurèse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation de la diurèse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compenser avec du sérum salé isotonique;</li> <li>• Quantité fonction de la diurèse.</li> <li>• Traiter les complications</li> </ul>

## MALADIE RENALE CHRONIQUE ET GROSSESSE

### I. LA MALADIE RENALE CHRONIQUE

Elle se définit comme la présence d'un marqueur d'atteinte rénale, biologique et / ou morphologique depuis au moins 3 mois ; qu'il y ait ou non une altération de la fonction rénale (insuffisance rénale).

- La clairance de la créatinine peut être calculée par certaines formules dont celle de :
  - Cockcroft Gault  $[(140 - \text{âge en année}) \times \text{poids en kg} / 7,2 \times \text{créatininémie mg/l}] \times 0,84$
- Au cours de l'insuffisance rénale chronique (IRC),
  - La grossesse entraîne une accélération de la détérioration de la fonction rénale ;
  - Le risque étant d'autant plus grand que l'insuffisance rénale est plus importante.

NB :

*Pour les femmes présentant une insuffisance rénale chronique, ou celles qui sont dialysées, les grossesses sont toujours déconseillées, mais peut-être de manière moins pressante qu'il y a quelques années. De toute façon, la survenue d'une grossesse est le plus souvent inattendue, rendant inadaptés les conseils de contraception...*

*Au contraire, chez la patiente transplantée, une grossesse peut être planifiée, et elle est souvent un motif pour choisir la greffe; mais si la grossesse survient alors que la fonction rénale est anormale, la patiente doit être prévenue qu'il n'y a aucun moyen d'empêcher la possible détérioration rénale.*

*En ce qui concerne le pronostic foetal, des progrès importants ont été faits, d'autant plus que la plupart des informations obtenues proviennent de grossesses décidées en dehors de tout avis médical. Il est possible que l'on soit arrivé à un stade où l'éventualité d'une grossesse soit considérée comme un des buts du traitement de l'insuffisance rénale et non plus comme un incident auquel le médecin sera confronté. Ceci reste valable pour les transplantées.*

Situation	Diagnostic	Prise en charge
Stade 1 : Maladie rénale avec DFG normal (débit de filtration glomérulaire)	Anomalie rénale biologique et /ou morphologique depuis 3 mois et plus avec fonction rénale normale (clairance de la créatinine $\geq 90$ ml/mn)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse autorisée                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la pathologie est prise en charge</li> </ul> </li> </ul>
Stade 2 : Insuffisance rénale débutante	Clairance de la créatinine 60 à 89 ml/mn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraception                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si grossesse prise en charge multidisciplinaire</li> </ul> </li> </ul>
Stade 3 : Insuffisance rénale modérée	Clairance de la créatinine 30 à 59 ml/mn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraception                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si grossesse interruption thérapeutique</li> </ul> </li> </ul>
Stade 4 : Insuffisance rénale sévère	Clairance de la créatinine 15 à 29 ml/mn	
Stade 5 : Insuffisance rénale ultime	Clairance de la créatinine $< 15$ ml/mn Le plus souvent est en dialyse ou est transplanté	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si pas de suppléance des fonctions rénales :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraception</li> <li>- Si grossesse interruption thérapeutique</li> <li>- Si suppléance des fonctions rénales : voir plus bas</li> </ul> </li> </ul>
Dialyse (5 D) : la fertilité est considérablement réduite	Interrogatoire Difficultés de grossesse; chez celles qui veulent la tenter Chez les dialysées, le diagnostic de grossesse peut être difficile : le test urinaire n'est pas valable, même chez les sujets non anuriques; le taux sérique d'hormone chorionique est à la limite supérieure de la normale chez les dialysées. Le diagnostic doit être fait avec l'échographie.	

Situation	Diagnostic	Prise en charge
Transplantation rénale (5 T) : restaure la fertilité ; patient sous corticostéroïdes et immunosuppresseurs	Interrogatoire Informers les patientes greffées que la transplantation entrainera un retour de fertilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseiller, avant d'envisager une grossesse après transplantation, un délai de 2 ans, avec une fonction rénale stable, sans épisode de rejet récent, et une créatinine &lt; 14 mg/l.</li> <li>• La pression artérielle doit être normale, ou facilement contrôlée par des médicaments, et la protéinurie doit être inférieure à 500 mg/24h. L'immunosuppression doit être à une posologie d'entretien, c'est à dire prednisone &lt; 15 mg/j, azathioprine &lt; 2 mg/kg/j, ciclosporine &lt; 5 mg/kg/j.</li> </ul>

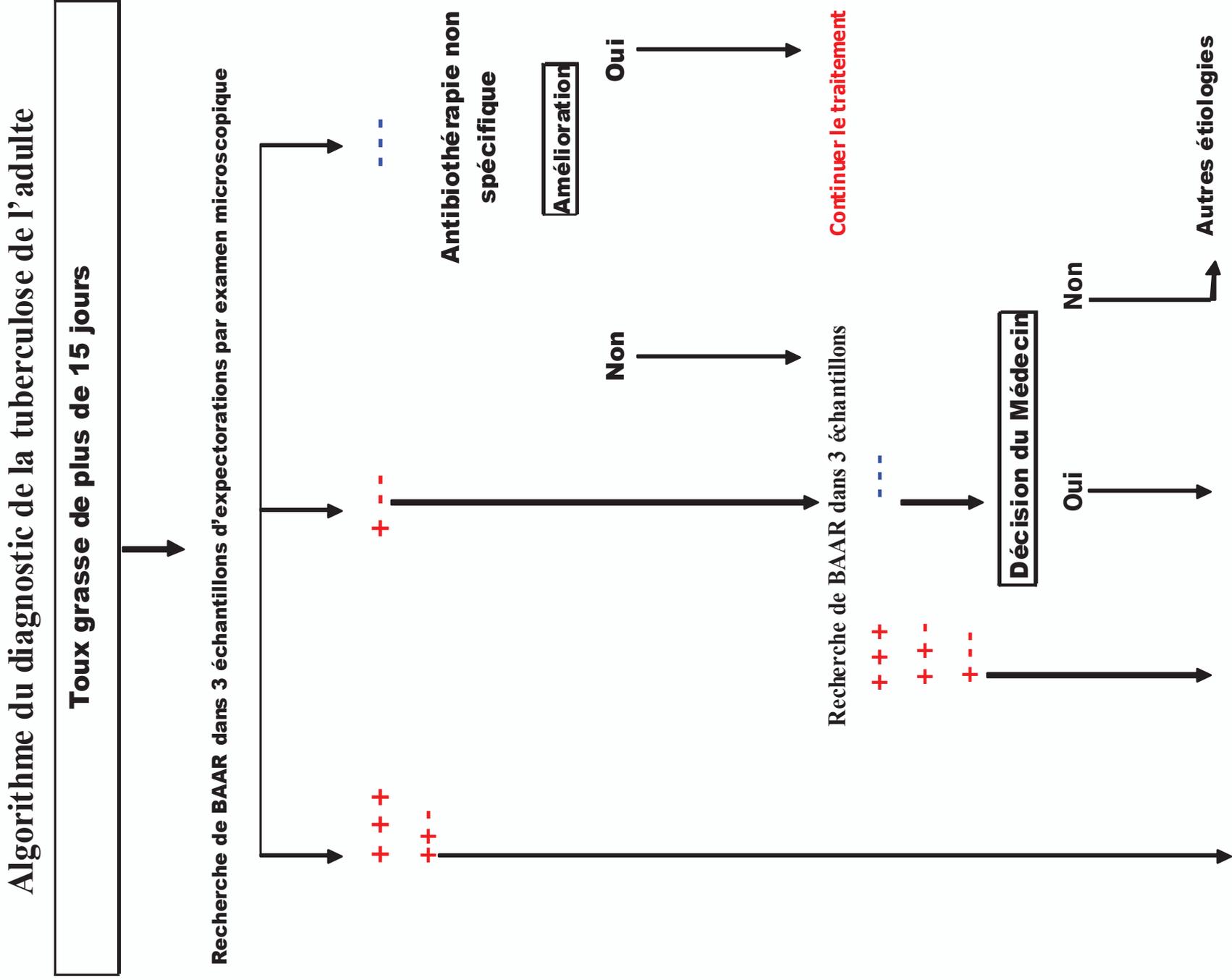
Chez la femme avec une bonne fonction rénale post transplantation la grossesse n'a pas d'impact sur la greffe ou sur la survie de la patiente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mais il faudra <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 ans de délai,</li> <li>- Une bonne fonction rénale,</li> <li>- Sans protéinurie,</li> <li>- Ni hypertension rénale</li> <li>- Une échographie du greffon rénal normale</li> </ul> </li> <li>• La grossesse doit être surveillée par des équipes expérimentées.</li> </ul>
--	--

### 2.1. Conduite à tenir obstétricale

- Une excellente coopération est indispensable entre le néphrologue, l'unité de grossesses à risque, et l'équipe de néonatalogie. L'accouchement prématuré étant la cause la plus importante de mortalité/morbidité fœtale chez ce type de patientes, quelques précautions doivent être prises quant à l'utilisation des perfusions de magnésium.
- Certains centres décident de provoquer l'accouchement entre les 34<sup>e</sup> et 36<sup>e</sup> semaines, et en tous cas de ne pas dépasser la 38<sup>e</sup> semaine. L'indication de césarienne doit procéder des indications obstétricales habituelles et non pas de l'état d'insuffisance rénale.
- L'enfant d'une dialysée naît avec un taux d'urée et de créatinine identique à celui de sa mère, et présente en général une diurèse osmotique, nécessitant une surveillance précise. Faire attention à la calcémie, car un nouveau né exposé à une hypercalcémie risque de faire une hypocalcémie avec tétanie. Les paramètres hématologiques doivent être surveillés, car les conséquences de l'érythropoïétine, comme ceux des nouveaux immunosuppresseurs, ne sont pas encore complètement connues.

## TUBERCULOSE ET GROSSESSE

1. PROBLÉMATIQUE	2. DIAGNOSTIC	3. PRISE EN CHARGE DE LA TUBERCULOSE CHEZ LA FEMME ENCEINTE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La toux est un signe fréquent souvent négligé pendant la grossesse (reflux, dyspnée)</li> <li>• Le Sénégal est une zone de forte endémicité où la tuberculose touche principalement la tranche de 15 - 49 ans.</li> <li>• Cependant le dépistage de la tuberculose est non effectif au niveau des sites de prestations SR alors que la Tuberculose est la première cause de mortalité dû à une maladie évitable chez la femme en âge de reproduction.</li> <li>• Il est donc nécessaire de poser un diagnostic précoce pour une prise en charge efficace et pour rompre la chaîne de transmission.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est recommandé de rechercher systématiquement à chaque contact avec une patiente toute toux de plus de 15 jours avec ou sans signes d'imprégnation tuberculeuse : fièvre, anorexie, sueurs nocturnes, amaigrissement, hémoptysie.</li> <li>• Devant une symptomatologie évocatrice, il faut demander un examen des crachats à la recherche des BAAR et la conduite à tenir suivra l'algorithme proposé par le PNT.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La tuberculose n'induit pas un risque tératogène supplémentaire.</li> <li>• Le diagnostic de la tuberculose se fera selon l'algorithme proposé par le programme avec une recherche des BAAR dans les expectorations.</li> <li>• Notons cependant que la radiographie pulmonaire est contre indiquée</li> <li>• Chez la femme enceinte, une tuberculose active doit être traitée.</li> <li>• Les antituberculeux de base , isoniazide, rifampicine, pyrazinamide et ethambutol, ne sont pas tératogènes et sont utilisables sans risque. Il faut éviter la streptomycine qui peut être ototoxique pour le fœtus et ne doit donc pas être administré pendant la grossesse.</li> <li>• Lorsque la grossesse a été découverte alors que la patiente est sous streptomycine, il faut retirer la streptomycine du traitement et maintenir les autres molécules.</li> <li>• Les vomissements sur ce terrain particulier doivent être gérés car facteur de risque de multirésistance.</li> <li>• Il importe que les femmes concernées comprennent que le traitement avec succès de leur tuberculose par l'un des schémas thérapeutiques recommandés a une influence majeure sur l'issue de leur grossesse.</li> </ul>



**TPM +    TPM +    TPM -**

**Traiter le cas comme une tuberculose pulmonaire pendant 6 mois**

## AFFECTIONS DENTAIRES ET GROSSESSE

- Les bouleversements hormonaux qui apparaissent lors des grossesses peuvent fragiliser les dents et leur tissu de soutien.
- Les réactions inflammatoires et les infections qui peuvent en découler présentent un certain risque pour le nouveau-né.

Situation	Diagnostic	Prise en charge
• Gingivite gravidique	• Inflammation de la gencive • Tuméfaction • Saignement au contact • hypersensibilité	• Identification et référence
		• Amoxicilline
• Epulis gingival	• Excroissance non douloureuse au niveau du collet de la dent	• 2 gelules de 500mg x2 par jour 24h avant détartrage
		• Dans les cas à risque : • Diabétique, • Hypertendue, • Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h avant le détartrage
• Fluorose dentaire (eau de boisson)	• Dyschromie dentaire de l'enfant pouvant se compliquant d'une ostéoporose	• Identification et référence
		• Dé fluoration des eaux (ETAT)
• Infection parodontale dentaire (carie )	• Carie dentaire dont l'évolution est respectivement infection péri apicale, la cellulite, l'ostéite et dont les répercussions sur le produit de conception est le faible poids de naissance • Absès gingival	• 2 gelules de 500mg x2 par jour 24h avant exérèse chirurgicale après ATB thérapie de prophylaxie
		• Dans les cas à risque : • Diabétique, • Hypertendue, • Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h
		• Reconnaissance et référence
		• Dé fluoration des eaux (ETAT)
		• Identification et référence
		• 2 Gélules de 500mg x2 par jour 24h avant extraction dentaire +++
		• Dans les cas à risque : • Diabétique, • Hypertendue, • Drépanocytaire donner l'antibiothérapie pendant 48 h

## PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ET GROSSESSE

### I. DEFINITION

Pathologie psychiatrique de la maternité. Ensemble de troubles mentaux concernant les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les nourrices.

### 2. PENDANT LA GROSSESSE

#### 2.1. TROUBLES NEVROTIQUES MINEURES :

##### 2.1.1. Vomissements

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rejets répétés d'aliments et de liquide du premier trimestre ou parfois au-delà, témoignent d'une non acceptation de la grossesse au plan psychologique. Eviter les psychotropes à cette période. Il faut un soutien psychologique et une réassurance.</li> </ul>	Vomissements incoercibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprécier le vécu de la grossesse par la femme : est-ce une grossesse désirée ou non Apprécier la qualité des relations avec le conjoint</li> <li>Apprécier la qualité des relations avec l'entourage familiale</li> <li>Soutenir la femme par une écoute de bonne qualité lui permettant d'élaborer elle-même des solutions</li> <li>Continuer l'exploration de la qualité des relations et soutenir la femme</li> <li>Au besoin conseiller un changement temporaire de cadre de vie, aborder un séjour éventuel auprès de sa famille d'origine</li> <li>Prescription de pansements gastriques</li> <li>Conseiller un régime alimentaire approprié</li> <li>Hospitalisation pour isoler de l'entourage habituel</li> <li>Prescription d'antiémétiques (Métopimazine (VOGALENE®): 15-30 mg/j) ou de psychotropes Largatil (chlorpromazine) 100mg x 2 par jour au besoin</li> <li>Les effets secondaires seront corrigés avec la trihexiphénidyl ou Artane® 5 mg x 2 par jour</li> <li>Les autres antiémétiques :</li> <li>Hôpital régional               <ul style="list-style-type: none"> <li>Hospitalisation pour isoler de l'entourage habituel</li> <li>Prescription d'antiémétiques ou de psychotropes au besoin</li> </ul> </li> <li>Hôpital national               <ul style="list-style-type: none"> <li>Psychothérapie structurée</li> <li>Prescription éventuelle de neuroleptiques</li> </ul> </li> </ul>

##### 2.1.2. Troubles hystériques (grossesse nerveuse, déni de grossesse),

###### - La grossesse nerveuse

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elle s'accompagne de gros ventre et arrêt des règles. Le test de grossesse et l'échographie permettent d'éliminer une grossesse.</li> <li>S'observe chez les femmes désirant fortement une grossesse ou au contraire chez des femmes qui craignent d'être enceintes. Peut déboucher parfois sur des situations dramatiques (vol d'enfant...)</li> </ul>	Grossesse nerveuse	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ecoute rassurante</li> <li>Conseiller et orienter</li> <li>Ecoute rassurante</li> <li>Faire un test de grossesse pour s'assurer que la femme n'est pas enceinte</li> <li>Conseiller et orienter celles désirant une grossesse pour une prise en charge adéquate</li> <li>Si persistance de la symptomatologie : référence à un niveau supérieur (psychiatre ou psychologue)</li> </ul>

## Le déni de grossesse

Favorisé par:

- Une stérilité supposée (la femme se pense stérile et imagine ne jamais tomber enceinte),
  - Des grossesses très rapprochées,
  - Le contexte familial, notamment pour les adolescentes,
  - L'enfant d'une liaison extraconjugale,
  - Un bébé non désiré,
  - Une grossesse résultant d'une agression sexuelle,
- Mais en réalité, chaque déni de grossesse correspond à une histoire particulière. Dans ce domaine, il est très difficile d'énoncer des généralités. Ces femmes ne fréquentent pas les structures de santé pour le suivi de leur grossesse et très souvent, leur entourage ne se rend pas compte qu'elles sont enceintes.

Situation	Diagnostic	Prise en charge
• Prise de conscience d'être en grossesse pour une femme qui l'est. Peut déboucher sur des complications du fait d'un non suivi ou d'un infanticide passif ou actif	Déni grossesse	Accompagnement
		Recevoir ces femmes qui consultent parfois pour autre chose <ul style="list-style-type: none"><li>- Examiner et ne pas hésiter à demander un test de grossesse ou une échographie</li><li>- Faire prendre conscience de la grossesse (possible en cas de déni partiel)</li><li>- Référer si besoin</li></ul>
		Hôpital régional <ul style="list-style-type: none"><li>- Consultation de psychiatrie<ul style="list-style-type: none"><li>- Hôpital national</li></ul></li><li>- Hospitalisation en psychiatrie</li></ul>

### 3. LE POST PARTUM

#### 3.1. POST PARTUM BLUES

Durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, les nouvelles mères sont en même temps confrontées à de grands changements somatiques, affectifs et cognitifs normaux,

Situation	Diagnostic	Prise en charge
• Symptomatologie dépressive (fatigue, anxiété, émotivité, troubles du sommeil...). Cet état est de brève durée et de faible intensité. Lorsque la symptomatologie devient plus bruyante, et qu'apparaissent des crises de larmes, une labilité émotionnelle plus importante, on parle de "post-partum blues" (ou "maternity blues" ou "baby blues").	Post partum blues	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Surveiller l'humeur des nouvelles accouchées</li><li>2. Etablir régulièrement une relation verbale avec elle</li><li>3. La questionner sur ses préoccupations concernant le bébé</li><li>4. Demander à une femme plus expérimentée de son entourage (sa mère) de la soutenir pour les soins au nouveau né</li><li>5. Conseiller des massages corporels</li><li>6. Conseiller une présence maternante autour de la nouvelle accouchée</li></ol>

### 3.2. Psychoses puerpérales proprement dite (2 à 10 jours après accouchement)

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Survenant dans les deux premières semaines du post-partum, elles présentent un tableau clinique assez polymorphe, avec confusion mentale, idées délirantes et troubles de l'humeur importants. Le comportement est troublé avec une agitation importante. Elles sont favorisées par des complications survenues lors de la grossesse : infection, toxémie, ROM, enfant mort-né... Elles sont d'autant plus fréquentes que la nouvelle accouchée a des antécédents personnels ou familiaux de psychose puerpérale. Elles peuvent signer le début d'une maladie mentale chronique.</li> <li>• Il faut toujours penser à une éclampsie en fin de grossesse et à une thrombophlébite cérébrale en suite de couches. Du fait de l'agitation importante, la patiente est en danger et met aussi en danger son entourage. Il s'agit 'une situation 'urgence à prendre en charge au plus vite.</li> </ul>	Psychose Puerpérale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer très vite la référence</li> <li>• Rassurer les accompagnants</li> <li>• Demander aux accompagnants de protéger la patiente pendant son transfert</li> <li>• Autant que possible, ne pas séparer la patiente de son bébé</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrogatoire de l'entourage : mode de début, antécédents, maladies pendant la grossesse...</li> <li>• Examen physique complet</li> <li>• Utiliser au besoin un sédatif pour calmer la patiente et pouvoir l'examiner : phénergan 1 ampoule en IV lente.</li> <li>• Organiser la référence</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interroger la patiente et son entourage</li> <li>• Faire un examen clinique complet</li> <li>• Faire des explorations paracliniques : NFS, VS, glycémie, azotémie...</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Amener le bébé aux côtés de sa mère qui sera aidée par son entourage et le personnel de soins</li> <li>• Neuroleptiques injectables : Largactil 25 mg : 1 ampoule en IM 2 fois par jour. Haldol 5 mg : 1 ampoule injectable 2 fois par jour. Artane 5 mg : 1 comprimé le matin. Quand le contact verbal cohérent est rétabli, relais par la voie orale : Largactil 100 mg 1 comprimé 2 fois par jour. Haldol 2 pour mille : 50 gouttes 2 fois par jour. Artane 5 mg, 1 comprimé le matin.</li> <li>• Après amélioration, référence à une consultation de psychiatrie pour évaluation et suivi</li> <li>• Si persistance des symptômes malgré le traitement, référer à un service de psychiatrie</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hôpital Niveau 1</li> <li>• Hôpital Niveau 2</li> <li>• Hospitalisation en psychiatrie et suivi</li> <li>• Hôpital Niveau 3</li> <li>• Hospitalisation en psychiatrie et suivi</li> </ul>



**I.I.4.**

**SOINS APRES AVORTEMENTS  
(SAA)**



## PROTOCOLES DES SERVICES DE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS D'AVORTEMENT ET DES SOINS APRÈS AVORTEMENT

### I. INFORMATION/SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE / COUNSELING

#### I.1. Buts et objectifs

Dans le cadre des soins après avortement quelque soit la méthode d'évacuation utilisée, l'information, le soutien psychologique verbal et le counseling ont pour but de :

- Etablir rapidement un climat de confiance afin de calmer l'angoisse et la préoccupation que les patientes pourraient éprouver
- Rassurer la patiente en expliquant les différentes étapes de la prise en charge
- Donner les informations adaptées aux besoins de la patiente
- Pour atteindre ces objectifs, le prestataire doit appliquer certains principes :
- Ecouter ce que la patiente veut dire l'encourager à exprimer ses préoccupations et essayer de ne pas l'interrompre
- Lui montrer qu'on l'écoute et qu'on la comprend
- Répondre directement à ses questions de manière calme et rassurante
- Utiliser un langage simple et adapté
- Répéter les choses les plus importantes dont elle doit se rappeler
- Eviter des termes médicaux compliqués; utiliser plutôt des mots que la patiente comprendra
- Utiliser une communication non-verbale pleine de sympathie, par exemple en hochant la tête et en souriant, etc.

#### I.2. Counseling

Il doit se dérouler en 3 étapes

##### Avant la procédure d'évacuation

Le prestataire doit avant tout voir si le counseling est possible sinon il le fera après avoir levé l'urgence. L'accueil se fera dans une salle d'examen isolée voire dans un bureau discret selon les circonstances cliniques. Le prestataire devra:

- Saluer la cliente ou répondre à la salutation selon l'usage
- Se présenter si nécessaire et lui demander de se présenter
- L'inviter à s'asseoir ou l'installer
- Rassurer la cliente sur la confidentialité de l'entretien
- Poser des questions ouvertes pour découvrir le motif de la visite
- Aider la femme à mieux s'exprimer
- Avoir une écoute attentive
- Rassurer la patiente
- Demander à voir le carnet de santé de la patiente si elle en possède un de même que la fiche de référence
- Être empathique envers la patiente
  - Lui expliquer qu'on va l'examiner et que la suite dépendra de l'examen
  - Lui expliquer qu'un interrogatoire précède l'examen clinique. Cet interrogatoire est important pour traiter au mieux son état médical
  - Expliquer les différentes étapes du traitement (procédure)
  - Donner le coût du traitement ainsi que la durée de l'hospitalisation

Counseling pendant la procédure	Counseling après la procédure
<p>Pour un soutien verbal en expliquant les différentes étapes de la prise en charge. Cette interaction continue durant toute la procédure de prise en charge sert d'anesthésie verbale et doit être adapté aux réactions et à l'état psychologique de la cliente. Pour cela, le prestataire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de sa bonne collaboration</li> <li>• Encourager la patiente à poser des questions</li> <li>• La rassurer tout au long de la procédure (bilan initial, stabilisation, curage, référence suivi)</li> <li>• Etre attentif aux besoins pour une réponse adéquate.</li> </ul>	<p>Pour les conseils à donner à la cliente et l'aider à choisir une méthode adaptée et pour cela, le prestataire doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer la cliente des résultats de la procédure</li> <li>• Informer sur les signes normaux de récupération (saignements qui ne dépassent pas ceux des règles, une menstruation normale qui devait se présenter dans les 4 à 8 semaines)</li> <li>• L'inviter à revenir devant les signes suivants (saignement plus abondants, douleur aiguë ou accrue, fièvre, frissons ou malaise, évanouissement, syncope)</li> <li>• Lui donner les conseils tels que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'abstinence de rapports sexuels jusqu'à l'arrêt des saignements</li> <li>- L'hygiène intime (pas de douche vaginale, pas de tampon)</li> <li>- Le retour précoce de la fécondité dans les 11 jours d'où la nécessité d'avoir une méthode contraceptive immédiatement.</li> </ul> </li> <li>• L'aider à comprendre les facteurs qui ont provoqué cet avortement et ses conséquences (IST,VIH/SIDA et autres infections)</li> <li>• Identifier d'autres besoins en SR (infertilité)</li> <li>• Discuter de sa situation sociale</li> <li>• S'assurer qu'elle a bien compris</li> <li>• Faire le counseling pf et offrir la méthode choisie avant sa sortie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueillir la cliente et s'enquérir de son état de santé.</li> <li>- Lui demander si elle a déjà utilisé une méthode contraceptive et quelle méthode, si elle a eu des problèmes, si elle a arrêté et ce qui motivé l'arrêt de cette méthode.</li> </ul> </li> <li>• Lui présenter les différentes méthodes contraceptives disponibles (mécanisme d'action, avantages, limitations, effets secondaires)</li> <li>• Lui parler de la protection ou non de la méthode contre les IST,VIH, Hépatite</li> <li>• L'aider à choisir une méthode adaptée</li> <li>• L'informer sur comment utiliser la méthode choisie et se réapprovisionner</li> <li>• L'informer sur comment et quand arrêter la méthode choisie ou la changer</li> <li>• Lui faire répéter ce qu'on a dit pour s'assurer qu'elle a compris</li> <li>• Demander si elle a des questions à poser</li> <li>• Lui dire qu'elle peut revenir à n'importe quel moment si elle en a besoin</li> <li>• Lui donner un rendez-vous.</li> </ul>

## 2. PROTOCOLES D'EVACUATION UTERINE POUR LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS D'AVORTEMENT ET SOINS APRES AVORTEMENT

### 2.1. EXAMEN CLINIQUE COMPLET

L'examen clinique s'effectuera quand l'état de la patiente le permet.

2.1.1. Interrogatoire, Anamnèse ou histoire de l'avortement				2.1.2. Examen physique général
Demander :	Antécédents			
	Gynéco-obstétricaux:	Chirurgicaux :	Médicaux :	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Date des dernières règles</li> <li>• Saignement (date, quantité)</li> <li>• Douleurs abdomino-pelviennes</li> <li>• Douleurs lombaires</li> <li>• Expulsion partielle ou totale du produit de la conception</li> <li>• Avortement spontané ou provoqué</li> <li>• Si provoqué, moyens abortifs utilisés</li> <li>• Si possible le lieu où cela a été fait (cabinet médical, domicile, etc...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge</li> <li>• Gestité</li> <li>• Parité</li> <li>• Nombre d'enfants vivants</li> <li>• Age du dernier enfant</li> <li>• Age du dernier accouchement</li> <li>• Nombre d'avortements provoqués/ spontanés : leur terme gestationnel et la date du dernier avortement</li> <li>• Utilisation de la contraception : si oui méthode de contraception utilisée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• G.E.U.</li> <li>• Césarienne</li> <li>• Myomectomie</li> <li>• Kystectomie</li> <li>• Cure de synéchie</li> <li>• Chirurgie tubaire</li> <li>• Appendicectomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie médicamenteuse (antibiotiques, xylocaïne)</li> <li>• Maladies cardiaques</li> <li>• Maladies respiratoires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expliquer le but et la procédure de l'examen à la patiente</li> <li>• Allonger la patiente</li> <li>• Prendre les constantes (TA, Température, pouls)</li> <li>• Rechercher les signes d'anémie</li> <li>• Examiner les seins</li> <li>• Ausculter le cœur, le poumons</li> <li>• Palper et ausculter l'abdomen</li> </ul>
2.1.3. Examen gynécologique		2.1.4. Examens complémentaires		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demander à la femme de vider sa vessie et s'assurer de la vacuité vésicale</li> <li>• Expliquer à la cliente la procédure et le but de l'examen</li> <li>• Installer la femme en position gynécologique</li> <li>• Se laver les mains</li> <li>• Porter des gants d'examen neufs ou désinfectés à haut niveau (DHN)</li> <li>• Inspecter les organes génitaux externes et noter les pertes ou saignement</li> <li>• Faire la toilette vulvaire si nécessaire</li> <li>• Examen au spéculum</li> <li>• Insérer le spéculum</li> <li>• Inspecter le vagin</li> <li>• Retirer tout produit de conception ou corps étranger du vagin et du col avec une pince</li> <li>• Noter toute lésion du vagin et du col</li> <li>• Observer le degré d'ouverture du col</li> <li>• Retirer le spéculum</li> <li>• Toucher vaginal combiné au palper abdominal</li> <li>• Apprécier la situation, la consistance, la longueur, le degré d'ouverture du col</li> <li>• Noter toute douleur à la mobilisation du col</li> <li>• Evaluer la forme, la position, la taille, la mobilité de l'utérus</li> <li>• Noter toute douleur à la mobilisation de l'utérus</li> <li>• Faire la corrélation entre taille de l'utérus la date des dernières règles</li> <li>• Rechercher la présence de masse annexielle</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir le groupe sanguin rhésus</li> <li>• Si rhésus négatif, faire sérum anti D</li> <li>• Faire si nécessaire: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'hémoglobine/hématocrite</li> <li>- Azotémie</li> <li>- NFS</li> <li>- Echographie</li> <li>- Hémoculture</li> <li>- ASP</li> </ul> </li> </ul>		
2.1.5. Conclusion de l'examen général				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selon les signes et les symptômes, déterminer le stade de l'avortement et les complications associées.</li> <li>• La prise en charge sera en fonction du stade de l'avortement et du type de complications rencontrées.</li> <li>• Ne pas confondre un avortement avec : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saignements vaginaux non dus à la grossesse, il peut s'agir:</li> <li>- D'effets secondaires des contraceptifs</li> <li>- De complications des tumeurs de l'utérus (fibromes, cancers du col, du corps et d'ovulation)</li> <li>- De violence sexuelle</li> </ul> </li> <li>• Faire le traitement selon l'étiologie. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grossesse Extra Utérine. Si suspicion, faire :</li> <li>- Culdosynthèse (ponction du Douglas)</li> <li>- Une échographie</li> <li>- Une laparotomie si nécessaire</li> </ul> </li> </ul>				

### 3. PROTOCOLES EN FONCTION DES TYPES D'AVORTEMENT

#### 3.1. AVORTEMENT SIMPLE

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluer les signes de choc               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pouls faible, rapide 110 bts/mm</li> <li>- TA basse (diastolique &lt;60, systolique &lt; 90 )</li> <li>- Pâleur</li> <li>- Sueur, extrémités froides</li> <li>- Anxiété</li> <li>- Confusion</li> <li>- Perte de connaissance</li> <li>- Vertiges</li> <li>- Agitation</li> <li>- Respiration rapide 30/mm</li> </ul> </li> <li>• Hémorragies génitales, souvent continues, après un retard des règles (préciser la date des dernières ; règles et l'abondance des saignements)</li> <li>• Douleurs pelviennes sous forme de crampes utérines rythmées ;</li> <li>• Au spéculum: une hémorragie qui vient de la cavité utérine ;</li> <li>• Au toucher vaginal :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un utérus mou gravidé correspondant à l'âge de la grossesse ;</li> <li>- Un col fermé, parfois perméable à la pulpe;</li> <li>- Des culs de sacs libres et non douloureux.</li> </ul> </li> <li>• L'échographie abdominale (si elle est disponible et l'état de la femme le permet) : précise l'état de la grossesse et oriente le diagnostic.</li> </ul>	Menace d'avortement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• si choc ou saignements :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allonger la patiente les jambes sur élevées</li> <li>- Libérer les voies aériennes supérieures</li> <li>- Prendre une voie veineuse</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En l'absence de choc</li> <li>• Repos au lit et antispasmodiques (voie orale ou rectale) ;</li> <li>• Progestérone naturelle: par voie vaginale pour la grossesse jeune (inférieure à 10 semaines) et per os au-delà, si la grossesse est évolutive et qu'il existe une insuffisance lutéale.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> <li>• Oxygéner 6 à 8 L/mn</li> <li>• Etablir le groupe sanguin-Rhésus               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire un taux d'Hémoglobine et/ou d'Hématocrite</li> <li>- Restaurer le volume liquidien (lactate de ringer 1 L en 15 à 20 minutes et macro molécule 500ml)</li> <li>- Faire un test de compatibilité et transfuser si nécessaire.</li> </ul> </li> <li>• Si taux d'hb&lt;6g/100 ml ou hématocrite &lt;18%               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transfuser</li> <li>- Administrer des antibiotiques (Ampicilline 2 grammes , IV ou IM)</li> </ul> </li> <li>• Si signes infectieux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voie veineuse</li> <li>- Prélèvements sanguins pour hémoculture</li> <li>- Ampicilline 1 g IVD</li> <li>- Métronidazole</li> </ul> </li> <li>• IV, SAT/VAT si nécessaires.</li> <li>• Radiographie (ASP)</li> </ul>	

Situation	Diagnostic	Prise en charge	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une hémorragie plus importantes avec caillots.</li> <li>• Des crampes utérines plus intenses et plus rapprochées.</li> <li>• Au toucher vaginal : un col ouvert avec parfois des débris ovulaires</li> </ul>	Avortement inévitable	Avant 14 semaines	Au-delà de 14 semaines
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'abstenir, si le saignement est modéré et l'expulsion complète et spontanée ;</li> <li>• Si col ouvert faire le curage.</li> <li>• Si col non perméable au doigt, transférer au centre de santé le plus proche après mise en condition.</li> <li>• Si présence de sage-femme</li> <li>• Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (protocole SAA).</li> <li>• Misoprostol</li> <li>• Avortement incomplet jusqu'à 12 SA : donner une dose unique de 600 µg (3 cp de 200 µg)</li> <li>• Avortement 1er trimestre : 800µg (4 cp de 200 µg) /voie vaginale ou sublinguale toutes les 3-4h</li> </ul>	Avortement 2 <sup>ème</sup> trimestre <ul style="list-style-type: none"> <li>• 13-15 SA : 400 µg toutes les 12h voie vaginale (2cp x2/j)</li> <li>• 16-20 SA : 200 µg par voie vaginale toutes les 12h (1cp x 2/j)</li> <li>• Il ne faudrait pas excéder 4 doses supplémentaires</li> <li>• Mettre en condition la patiente et la transférer immédiatement au Centre de santé type 1 ou 2 ou Hôpital au besoin</li> </ul>
		Avant 14 semaines	Au-delà de 14 semaines
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiquer une aspiration manuelle intra-utérine (protocole SAA).</li> <li>• Misoprostol</li> <li>• Avortement incomplet jusqu'à 12 SA : donner une dose unique de 600 µg (3 cp)</li> <li>• Avortement 1er trimestre : 800µg (4 cp de 200 µg) /voie vaginale ou sublinguale toutes les 3-4h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Placer une perfusion d'ocytocine (10 unités internationales d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé, au débit de 20 à 30 gouttes/mn) jusqu'à l'expulsion;</li> <li>• S'il persiste une hémorragie sur rétention placentaire (utérus gros, mou, mal involué), compléter par un curage digital ;</li> <li>• Examiner le produit de conception</li> <li>• Ocytocine et antibiotique</li> </ul>
		Idem	

### 3.2. AVORTEMENT MOLAIRE

Situation	Diagnostic	Prise en charge
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes sympathiques exagérés de grossesse</li> <li>• Discordance entre le volume utérin et l'âge de la grossesse</li> <li>• Utérus plus gros que l'âge de la grossesse avec parfois de gros ovaires (kystes lutéiniques)</li> <li>• Vésicules de différentes tailles, si avortement en cours</li> <li>• Images en « flocons de neige » ou « nid d'abeille » avec parfois de gros kystes ovariens à l'échographie (si disponible).</li> </ul>	Avortement molaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Référer vers le centre de santé / hôpital</li> <li>• Evacuer utérus rapidement de préférence par aspiration manuelle intra utérine sous perfusion d'ocytocine (10 unités d'ocytocine dans 500 cc de sérum salé à 20 à 30 gouttes/mn),</li> <li>• Contrôler la vacuité utérine,</li> <li>• Faire attention à la perforation utérine lors de l'aspiration (utérus gros et fragile)</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller durant l'année qui suit à cause du risque de maladie trophoblastique persistante (môle invasive ou choriocarcinome), par dosage de la bêta H.C.G. (une fois par semaine pendant 8 semaines, durant lesquelles il doit normalement devenir négatif, puis tous les mois pendant 6 mois et pendant les 9<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> mois) ;</li> <li>• Donner une pilule normodosée, pour éviter toute grossesse pendant un an.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner la fiche de référence à la cliente ou à la famille ;</li> <li>• Assurer les bonnes conditions de la référence si besoin (voie veineuse, confort, assistance) ;</li> <li>• Demander à la famille de répéter les consignes ;</li> <li>• Fixer un rendez-vous de feedback ;</li> <li>• Remplir les supports (cahier, fiche) avec les informations clefs</li> </ul>		

#### 4. METHODES D'EVACUATION

Elles sont de trois types:

4.1. Moyens mecaniques	4.2. Moyens medicamenteux	4.3. Autres methodes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laminaires</li> <li>• Sonde de Foley</li> <li>• Curage</li> <li>• Aspiration                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Electrique</li> <li>- Manuelle</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RU 486</li> <li>• PGF (Prostine: Dinoprost R)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intraamniotique</li> <li>- Extraamniotique</li> <li>- IV</li> </ul> </li> <li>• PGE (Nalador) IV</li> <li>• PGE : Cervagène voie vaginale</li> <li>• Misoprostol</li> <li>• Perfusion d'ocytociques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hystérotomie</li> <li>• Injection d'urée</li> <li>• Injection de soluté hypertonique</li> </ul>

*Ne pas commencer l'évacuation utérine avant de stabiliser la patiente*

*Au vu de leurs coûts / efficacité nous n'aborderons que l'AMIU, le curage, l'utilisation du misoprostol, de l'ocytocique et de la sonde de Foley*

#### 5. ASPIRATION MANUELLE INTRA UTERINE (AMIU) :

5.1. Preparation de la patiente	5.2. Gestion de la douleur	5.3. Preparation du materiel d'evacuation
<p>Le but de ce contact sera d'informer la patiente du résultat de l'examen, la préparer pour la procédure s'il y a une indication d'AMIU en vue de la rassurer ou pratiquer le curage dans les structures ne disposant pas d'AMIU ou utiliser des méthodes médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prestataire devra lui expliquer toutes étapes de soins.</li> <li>• S'assurer de la vacuité vésicale et que le périnée a été nettoyé</li> <li>• Demander s'il existe des antécédents d'allergie aux antiseptiques (dérivés iodés) et aux anesthésiques (xylocaïne,) ou d'antécédents d'épigastralgie ou d'autres médicaments</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer la cliente de la possibilité de ressentir certaines formes de douleurs supportables et d'intensité variable qui accompagne la dilatation du col.</li> <li>• Par ailleurs une autre douleur diffuse, dans le bas-ventre avec irradiation postérieure, liée à l'évacuation utérine, peut-être ressentie.</li> <li>• Parler à la femme pendant toute la durée de la procédure</li> <li>• Lui donner si elle n'a pas d'antécédents d'épigastralgie de l'Ibuprofen® 2 comprimés par voie orale 60 mn avant la procédure ou un autre antalgique.</li> </ul>	<p>Pour minimiser le risque de transmission de maladies, les principes fondamentaux de prévention des infections doivent être respectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser les instruments et les gants stériles ou DHN.</li> <li>• Il faut que les instruments, aiguilles, seringues et fournitures nécessaires pour l'AMIU ou tout autre matériel d'évacuation soient prêts et à portée de main.</li> <li>• Vérifier que la seringue AMUI tient le vide</li> <li>• Vérifier que le matériel de secours est disponible en cas d'urgence.</li> <li>• Etablir le vide dans la seringue AMIU                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- En verrouillant la valve dans la position fermée,</li> <li>- En retirant le piston jusqu'à ce que les bras du piston se mettent à leur place.</li> </ul> </li> </ul>

#### 5.4. ETAPES DE LA PROCEDURE

5.4.1. Préparation	5.4.2. Anesthésie paracervicale	5.4.3. Procédure proprement dite
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se laver les mains et enfiler des gants d'examen neufs ou DHN</li> <li>• Aspirer 10 ml de xylocaïne à 1% sans adrénaline dans une seringue.</li> <li>• Faire un toucher vaginal combiné au palper abdominal pour déterminer la dimension et la position de l'utérus et le degré d'ouverture du col.</li> <li>• Noter la présence de produits de conception dans le vagin.</li> <li>• Insérer doucement le spéculum, retirer caillots de sang, débris et tissus du vagin.</li> <li>• Nettoyer le col et le vagin avec une solution antiseptique.</li> <li>• injecter 1ml de xylocaïne à 1% au niveau du point de traction de la pince de Pozzi</li> <li>• Saisir la lèvre postérieure du col avec une pince de Pozzi à 12h ou 18h</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer une traction sur la pince de Pozzi pour exposer la zone de jonction entre l'épithélium cervical et le vagin.</li> <li>• Introduire l'aiguille juste à la jonction à une profondeur maximale de 5mm, aspirer pour s'assurer qu'on n'est pas dans un vaisseau.</li> <li>• Injecter environ 2 ml de xylocaïne à 1% à 3h, 5h, 7h et 9h.</li> <li>• Attendre 2 à 4 minutes pour que l'anesthésie ait un effet maximum.</li> <li>• Les Effets Secondaires de l'anesthésie</li> <li>• Certains effets secondaires peuvent survenir :</li> <li>• Effets secondaires mineurs :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engourdissement des lèvres et de la langue</li> <li>- Goût métallique dans la bouche</li> <li>- Étourdissements</li> <li>- Vertiges</li> <li>- Sifflement dans les oreilles</li> <li>- Difficulté à fixer le regard</li> </ul> </li> <li>• Effets graves :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensation de sommeil</li> <li>- Désorientation</li> <li>- Tremblements musculaires et frissons</li> <li>- Difficulté à s'exprimer</li> <li>- Convulsion tonique et clonique</li> <li>- Dépression ou arrêt respiratoire</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer une traction douce sur le col afin d'horizontaliser le canal cervical et l'utérus.</li> <li>• Dilater le col si nécessaire en utilisant des dilateurs du plus petit au plus grand.</li> <li>• Tout en stabilisant le col et en appliquant doucement une traction, insérer la canule par le col dans la cavité utérine.</li> <li>• Pousser doucement la canule dans la cavité-utérine jusqu'à ce qu'elle touche le fond utérin, sans dépasser 10cm.</li> <li>• Noter la profondeur de la cavité utérine grâce aux pointes visibles sur la canule.</li> <li>• Après avoir mesuré la taille de l'utérus, retirer doucement la canule d'AMIU.</li> <li>• Désadapter la seringue d'AMIU, préparée à la canule.</li> <li>• Vérifier que la canule n'avance pas dans l'utérus lorsqu'on adapte la seringue.</li> <li>• Libérer la valve de vide sur la seringue.</li> <li>• Evacuer les débris de conception de la cavité utérine en effectuant doucement des mouvements circulaires (de 10h à 2h) avec des mouvements de va et vient avec l'ensemble seringue canule sans toutefois la retirer jusqu'au premier trou.</li> <li>• Si cela se produisait ou si la seringue était remplie plus qu'à la moitié (voir les fiches techniques):</li> <li>• Faire un prélèvement des débris pour examen anatomo pathologique</li> </ul>

5.5. Surveillance post-amiu	5.6. Decontamination du materiel
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller</li> <li>• Les signes vitaux :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- TA,</li> <li>- Température,</li> <li>- Pouls,</li> <li>- Respiration</li> </ul> </li> <li>• Les saignements vaginaux</li> <li>• La douleur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avant de retirer les gants, placer les objets jetables contaminés (compresses, coton et autres déchets) dans un bac étanche ou un sac en plastique bien étiqueté à cette fin. Placer les instruments pointus (aiguilles et seringues) dans un récipient séparé ne pouvant être percé. Les fragments de tissus évacués de l'utérus peuvent également être évacués dans le système d'égout.</li> <li>• Une fois qu'on est certain que la procédure est terminée, décontaminer tous les instruments (seringues, canules, tenaculum et spéculum) en les plaçant dans une solution chlorée à 0,5%. Si on a administré une anesthésie para cervicale, décontaminer l'aiguille hypodermique et la seringue assemblée en les remplissant de la solution chlorée avant de les faire tremper. Laisser les articles trempés pendant au moins 10 minutes.</li> <li>• Les instruments qui seront réutilisés doivent être nettoyés et, soit stérilisés, soit désinfectés à haut niveau.</li> <li>• Plonger les deux mains gantées dans la solution de décontamination, ensuite enlever les gants en les retournant. Jeter avec les conditions de précaution sus-mentionnées. Si l'on doit réutiliser les gants de chirurgie, les tremper dans la solution (faire tremper pendant 10 minutes)</li> <li>• Se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon.</li> </ul>

## 5.7. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS PENDANT L'AMIU

5.7.1. Evanouissement au cours de l'AMIU	5.7.2. Perforation utérine		5.7.5. L'embolie gazeuse
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arrêter la procédure</li> <li>• Maintenir les voies respiratoires ouvertes</li> <li>• Tourner la tête de la patiente de côté pour éviter l'inhalation si elle vomit</li> <li>• Surélever les jambes de la patiente</li> <li>• Si la récupération n'est pas immédiate :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre une voie veineuse</li> <li>- Oxygéner</li> <li>- Demander une assistance</li> </ul> </li> </ul>	<p>Soupçonnée pendant la procédure : si la canule pénètre au delà de la taille escomptée de l'utérus en fonction de l'examen bi-manuel, le vide de la seringue diminue avec la canule bien introduite.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Commencer à perfuser et à donner des antibiotiques par voie intraveineuse. Vérifier l'hématocrite de la patiente et prendre les dispositions nécessaires pour une transfusion de sang ou une solution de remplissage vasculaire si indiqué (et si disponible).</li> <li>2. Terminer l'évacuation sous contrôle visuel direct (laparoscopie ou laparotomie) pour évaluer les blessures de l'utérus et éviter les lésions pour les organes abdominaux, à savoir à savoir les intestins. Si cela n'est pas possible, référer la patiente dans un hôpital de niveau supérieur.</li> <li>3. Réparer les lésions si nécessaire par le biais de la mini laparotomie soit en coagulant le vaisseau sanguin ou en faisant des points de suture. Vérifier que les intestins sont intacts et qu'il n'y a pas de blessure faite à d'autres organes intra abdominaux. (Si le col est déchiré ou coupé à un point où il ne peut pas être réparé, ou s'il y a perforation utérine extensive, il faudra peut-être faire une hystérectomie).</li> <li>4. Après la chirurgie non mutilatrice, donner des ocytociques et observer les signes vitaux toutes les 15 minutes pendant 2 heures.</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxygénation hyperbare</li> <li>• Ventilation</li> <li>• Voie veineuse</li> <li>• Remplissage</li> <li>• Faire appel à un réanimateur</li> </ul>
5.7.3. Choc grave	5.7.4. Choc infectieux		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voir prise en charge d'urgence - phase initiale</li> </ul>	idem		

## 6. CURAGE

6.1. DEFINITION	6.2. INDICATIONS	6.3. CONDITIONS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le curage est un procédé digital utilisé dans l'avortement dans le but d'évacuer la cavité utérine.</li> <li>• Il permet de mieux s'assurer de la vacuité de l'utérus ; également d'explorer et d'apprécier une éventuelle anomalie.</li> <li>• Le toucher vaginal au préalable permet de préciser la situation et le degré d'ouverture du col ainsi que le volume de l'utérus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avortement incomplet</li> <li>• Saignement abondant chez une femme qui a fait un avortement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Col perméable au niveau de l'orifice interne et externe permettant ainsi l'introduction spontanément de deux doigts</li> <li>• Préparation psychologique (femme détendue, bien informée sur le but, la procédure et le déroulement du curage)</li> <li>• Vessie et rectum vidés</li> <li>• Femme placée en position gynécologique</li> <li>• Voie veineuse de sécurité gestion de la douleur par administration d'antispasmodique et une anesthésie verbale, diazépam 5mg IM*)</li> <li>• Prévention des infections (il doit être effectué avec le maximum d'asepsie)</li> </ul>

6.4. TECHNIQUES	6.5. IDENTIFICATION D'AUTRES BESOINS EN SRA TRAVERS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préparer le matériel</li> <li>• Désinfecter la région vulvo-vaginale avec un antiseptique</li> <li>• Porter les gants stériles selon la procédure</li> <li>• La main gauche par dessus la paroi fixe et maintient solidement le fond utérin</li> <li>• L'index ou le médius de la main droite ou les deux doigts pénètrent par le col béant et explorent soigneusement les faces antérieures et postérieures, les bords latéraux, le fond et les cornes utérines détachant ainsi les débris ovulaires qui sont ensuite extraites</li> <li>• Avant de sortir les doigts il faut s'assurer de la parfaite vacuité et intégrité de l'utérus</li> <li>• Terminer en faisant une toilette vaginale, puis vulvaire</li> <li>• Faire une injection IM d'antibiotique et d'ocytocique</li> <li>• Examiner le produit de conception à la recherche de vésicule (môle)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'anamnèse (PF, Prénatale, autre)</li> <li>• L'examen physique/examen pelvien</li> <li>• Le counseling</li> <li>• La causerie</li> <li>• Un traitement quelconque</li> <li>• Ces mécanismes peuvent aider le prestataire à identifier : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les notions d'infertilité et ou d'IST</li> <li>- La prévention des avortements</li> <li>- Les cas à référer en cas de besoin non satisfait</li> </ul> </li> </ul>

## 7. METHODES MEDICAMENTEUSES

L'une des méthodes les moins onéreuses et les plus efficaces est le Misoprostol.

7.1. Indications	7.2. Contre Indications	7.3. Effets secondaires	7.4. Posologie	7.5. Suivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse intra utérine non évolutive jusqu'à quatorze semaines</li> <li>• Avortement incomplet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allergie au Misoprostol ou autres prostaglandines</li> <li>• Glaucome</li> <li>• HTA sévère</li> <li>• DIU en place</li> <li>• Endométrite</li> <li>• Suspicion de GEU</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Frissons</li> <li>• Nausées</li> <li>• Vomissements</li> <li>• Diarrhée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avortement 1er trimestre : 800µg (4 cp de 200 µg)/voie vaginale ou sublinguale toutes les 3-4h</li> <li>• Avortement 2ème trimestre <ul style="list-style-type: none"> <li>- 13-15 SA : 400 µg toutes les 12h voie vaginale (2cp x2/j)</li> <li>- 16-20 SA : 200 µg par voie vaginale toutes les 12h (1cp x 2/j)</li> </ul> </li> <li>S'il n'y a pas d'effet pendant 24h, doubler la dose initiale toutes les 12h. Il ne faudrait pas excéder 4 doses supplémentaires.</li> <li>• Avortement incomplet jusqu'à 12 SA : donner une dose unique de 600 µg (3 cp)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Donner rendez vous quarante huit heures plus tard et aviser la femme de se rendre dans la structure en cas de saignement abondant</li> </ul>

NB : éviter de donner le misoprostol a des doses elevees chez les gestantes avec age de la grossesse avancee car il ya risque de rupture uterine  
Notion de teraterogenicite si poursuite grossesse : syndrome de möbius

## 8. LIENS ENTRE LA COMMUNAUTE ET LES STRUCTURES SANITAIRES

L'avortement met en danger la vie de la femme du fait de ses complications.

La mobilisation communautaire aide la communauté à reconnaître les signes de danger de l'avortement incomplet et soutenir l'accès aux services de SAA. ; la mobilisation aide également la communauté à reconnaître les lacunes et problèmes au niveau de l'accès aux SAA et encourage les membres communautaires à formuler des solutions pour traiter ces problèmes.

<b>8.1. Prévention des avortements et complications dans la communauté</b>	<b>8.2. Dans le traitement d'urgence de l'avortement</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque</li><li>• Sensibiliser la communauté sur les causes et conséquences des avortements spontanés ; les causes et conséquences de l'avortement provoqué ; la reconnaissance des signes de danger et la recherche de soins</li><li>• Conscientiser la communauté à la reconnaissance de ces lacunes et problèmes liés aux 3 retards (reconnaissance du problème, prise de décision et résolution</li><li>• Mobilisation des ressources communautaires (politique, financière, humaine...) pour faciliter la recherche de soins appropriés et précoces à la structure de santé</li><li>• Plaidoyer auprès des leaders politiques et autorités administratives pour mobiliser les ressources de la communauté :<ul style="list-style-type: none"><li>- Organisation d'aide/soutien à la prise en charge des frais médicaux</li><li>- Mise en place de caisses de solidarité; assurances maladies</li><li>- Cotisations individuelles et adhésion des membres des groupes aux mutuelles de santé</li><li>- Dispositions locales pour faciliter le transfert des urgences</li><li>- Contractualisation avec chauffeurs de taxis et charretiers</li><li>- Mise en place d'un standard téléphonique au niveau des Postes de santé</li><li>- Plan d'utilisation de l'ambulance du poste de santé pour les urgences du village négocié avec le comité et l'ICP du poste</li><li>- Définition d'une aire de stationnement pour les taxis</li><li>- Soutien à l'accès aux services SR de qualité dans les structures sanitaires qui répondent aux attentes et besoins de la communauté</li><li>- Les représentants de la communauté sont impliqués dans l'organisation des services ; la mise en place de cadre de concertation entre la communauté, la collectivité locale et la structure de santé pour la résolution des problèmes liés à l'accueil, aux horaires d'ouverture.</li></ul></li></ul>	<p>La Matrone doit identifier les signes qui montrent qu'une femme fait un avortement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La perte de sang en début de grossesse</li><li>• Les douleurs au bas ventre</li></ul> <p>Souhaiter la bienvenue à la cliente, la mettre à l'aise et la rassurer</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Demander, vérifier si possible</li><li>• L'âge de la grossesse ;</li><li>• Si la femme perd du sang par voie vaginale ;</li></ul> <p>Conduite à tenir</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Faire une toilette vulvaire si nécessaire ;</li><li>• Poser ou conseiller une garniture propre ;</li><li>• Donner des médicaments contre la douleur (paracetamol) si elle a des crampes</li><li>• Référer immédiatement dans une structure sanitaire (poste de santé, centre de santé, hôpital) avec l'aide de la famille afin que la femme puisse bénéficier de soins appropriés et précoces</li><li>• Accompagner la femme référée</li><li>• Rassurer la famille</li></ul>

### 8.3. Après le traitement d'urgence à la structure sanitaire

- Faire au moins une visite de suivi à domicile à son retour
- Donner des conseils à la femme :
- Retourner immédiatement au poste ou centre de santé en cas de :
  - Saignements plus abondants que les règles
  - Vives crampes ou douleurs au bas ventre
  - Pertes malodorantes du vagin
  - Sensation de froid ou fièvre ou de malaise en général.
  - Saignements qui durent plus de 10 jours
- Se reposer et bien manger
- Ne rien mettre dans le vagin
- Attendre que les saignements cessent avant d'avoir des relations sexuelles
- Utiliser une méthode de planification familiale immédiatement ou au moment des relations sexuelles ;Attendre 6 mois avant de tomber enceinte à nouveau (une grossesse peut à nouveau survenir dans les 11 jours qui suivent l'avortement)
- Faire le counseling PF si elle n'est pas sous méthode contraceptive
- Offrir la méthode si disponible au niveau de la case sinon référée pour autre méthode
- Solliciter le soutien du mari et de la famille pour les soins de suivi et la pratique de la PF,
- Faire un contrôle au 8ème jour à la structure sanitaire

## ANNEXE

## SIGNES ET SYMPTOMES DES STADES DE L'AVORTEMENT ET SES COMPLICATIONS

Diagnostic	Saignement	Col de l'uterus	Taille de l'uterus	Autres signes
Menace d'avortement	Léger à modéré	Non dilaté	Correspondant à la DDR	Test immunologique de grossesse positif
Avortement inévitable	Modéré à abondant	Dilaté (œuf dans le col)	Inférieure ou égale à la taille correspondante à la DDR	Contracture utérine, utérus sensible, douleur lombaire
Avortement complet	Léger ou aucun	Mou, dilaté ou ferme	Inférieure ou égale à la taille correspondante à la DDR	Aucune contraction utérine, expulsion totale des PDC, uterus rétracté
Avortement incomplet et septicémie	Léger à abondant	Dilaté et mou	Inférieure ou égale à la taille correspondante à la DDR	Défense abdominale, douleur à la mobilisation du col, expulsion PDC, T>38C, signes de choc septique (T>40C ou <36,5 C)
Avortement incomplet et lésions abdomino-pelviennes	Léger à abondant	Dilaté	Inférieure ou égale à la taille correspondante à la DDR	Abdomen distendu, défense abdominale ou contracture abdominale à la palpation profonde, T>38 C, douleur abdominale

**I.I.5.**

**FISTULES OBSTETRICALES**



## PROTOCOLE POUR LES FISTULES GENITALES OBSTETRIQUES

1. DEFINITION	2. SIGNES		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication anormale entre la vessie et le vagin et ou le rectum secondaire à l'accouchement dystocique</li> </ul>	Pertes involontaires d'urines et ou des matières fécales par le vagin		
	Complications	Classification	Explorations paracliniques (non indispensables au diagnostic)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sclérose vaginale</li> <li>• Lésions dermatologiques d'irritation</li> <li>• Calcul urinaire</li> <li>• Lésions neurologiques (neuropathie périphérique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fistules simples</li> <li>• Fistules complexes</li> <li>• Fistules compliquées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBU</li> <li>• UIV</li> <li>• Dans certains cas cystoscopie</li> </ul>

## 3. TRAITEMENT

3.1. Traitement curatif	3.2. Traitement préventif		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATB pour traiter une éventuelle infection</li> <li>• Oestrogènes en application locale dont l'usage est controversé par certains</li> <li>• Exclusivement chirurgical</li> </ul>	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer auprès des leaders communautaires pour un changement de comportement (MGF, Mariages Précoces, promotion de l'utilisation des services SR)</li> <li>• Reconnaissance des signes et existence de traitement</li> <li>• Recours précoce aux soins</li> <li>• Assistance et soutien psychologique</li> <li>• Réinsertion sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité des services SR (personnel qualifié, équipements adéquats, accessibilité des soins)</li> <li>• PEC des urgences obstétricales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivi rapproché du travail</li> <li>• Accouchement par personnel qualifié</li> <li>• Prise en charge des complications</li> <li>• Surveillance accrue du post partum des femmes avec accouchement dystocique</li> </ul>

## 4. CAT PAR NIVEAU

4.1. Communautaire	4.2. PS	4.3. CS I	4.4. CS 2	4.5. HR	4.6. HN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entretien</li> <li>• Soutien</li> <li>• Orientation</li> <li>• Référence</li> <li>• Prévention primaire</li> <li>• Réinsertion sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Counseling,</li> <li>• Soutien,</li> <li>• Examen clinique pour diagnostic différentiel avec incontinence urinaire</li> <li>• Référence</li> <li>• Suivi des femmes traitées et non traitées</li> <li>• Prévention primaire</li> <li>• Prévention secondaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem + cure de fistule simple</li> <li>• Référer les autres cas de fistules</li> <li>• Prévention primaire</li> <li>• Prévention secondaire</li> <li>• Prévention tertiaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem + cure de fistules complexes et référence au besoin</li> <li>• Référer les fistules compliquées au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge intégrale</li> </ul>



Schema d'une fistule non encore traitée

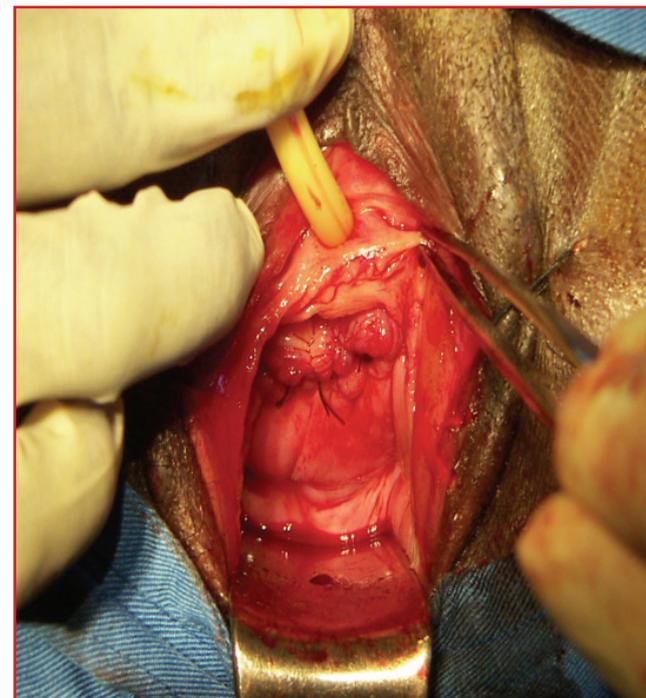


Schéma d'une fistule réparée

# **COMPOSANTE 2 :**

**SANTE**

**DE LA REPRODUCTION**

**DES ADOLESCENT(E)S**

**ET JEUNES**



## SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENT(E) S ET JEUNES (SRA)

I. GENERALITES			
<ul style="list-style-type: none"> <li>L'ensemble des besoins (Planification familiale, SONU, SPNN, MGF, prise en charge des agressions sexuelles, CCC) et des pathologies de santé de la reproduction (IST/VIH/SIDA, affections génitales non infectieuses, cancers génitaux) peut toucher les adolescent(e)s et les jeunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les protocoles définis doivent être respectés pour les différents services. Cependant du fait de la spécificité et de la vulnérabilité de cette cible, une attention particulière doit être apportée aux droits à l'information, à l'accès, à l'intimité et à la dignité de ces adolescent(e)s et jeunes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En ce qui concerne la planification familiale, les adolescentes peuvent utiliser n'importe quelle méthode de contraception et doivent avoir accès à un choix étendu. L'âge ne constitue pas à lui seul une raison médicale permettant de refuser une méthode à une adolescente. Si certaines inquiétudes ont été exprimées concernant l'utilisation de certaines méthodes contraceptives chez l'adolescente (par ex. l'emploi des progestatifs injectables seuls pour les moins de 18 ans), elles doivent être pesées en regard des avantages présentés par le fait d'éviter une grossesse. Les considérations d'ordre social et comportemental sont importantes pour le choix des méthodes contraceptives chez l'adolescente. Par exemple, dans certaines situations, les adolescentes courent un risque accru d'infections sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les adolescentes sexuellement actives mariées ou non ont des besoins en matière de planification familiale. Il faut éviter que le coût des services et des méthodes ne limite les possibilités de choix.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>D'autres domaines feront l'objet d'une présentation plus approfondie sous forme de protocoles.</li> </ul>			

## II. PROTOCOLE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ANÉMIE CHEZ LES ADOLESCENT(E)S

1. Définition	2. Concepts
D'une manière générale, l'anémie se définit par un taux d'hémoglobine inférieur à 12 g/dl	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anémie légère : taux d'hémoglobine entre 9 et 12 g/dl</li> <li>Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 et 11 g/dl</li> <li>Anémie sévère : taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/dl</li> </ul>
3. Intérêt de la question par rapport au contexte sénégalais	4. Signes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans la plupart des pays en développement, plus du tiers des adolescent(e)s présentent une anémie fortement liée à la carence en fer.</li> <li>La période de l'adolescence correspond à une accélération de la croissance avec une augmentation des besoins en fer.</li> <li>Les mauvaises habitudes alimentaires fréquentes chez les adolescent(e)s favorisent l'anémie. Les menstruations des adolescentes contribuent aussi à la survenue de l'anémie par carence en fer. Malgré sa fréquence et sa gravité, l'anémie a été peu étudiée chez les adolescent(e)s sénégalais(e)s. En effet, l'anémie favorise l'affaiblissement du système immunitaire, diminue les capacités physiques et a un impact négatif sur les performances intellectuelles des adolescent(e)s.</li> <li>Pourtant, les stratégies de lutte contre l'anémie sont assez bien connues :             <ul style="list-style-type: none"> <li>Les structures sanitaires peuvent fournir les informations sur la manière d'augmenter les réserves en fer et offrir des services pour le dépistage de l'anémie.</li> <li>Le personnel communautaire peut intégrer l'éducation nutritionnelle à ses activités.</li> <li>Les écoles peuvent intégrer l'éducation nutritionnelle à l'éducation à la vie familiale et au cours de prévention du SIDA.</li> </ul> </li> <li>La lutte contre l'anémie dès la période de l'adolescence permettra de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité de la femme enceinte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'anémie modérée est bien souvent de découverte fortuite. A un stade avancé, la symptomatologie peut être riche, caractérisée par :             <ul style="list-style-type: none"> <li>Pâleur de la paume des mains, de la plante des pieds et des muqueuses conjonctivales</li> <li>Fatigabilité à l'effort</li> <li>Dyspnée</li> <li>Vertiges</li> <li>Tachycardie et/ ou souffle cardiaque</li> <li>Décompensation cardiaque parfois</li> </ul> </li> </ul>

### 5. CAT par niveau

Communautaire	PS	CS	EPS I	EPS II & III
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister par observation de la paume des mains, de la plante des pieds, des muqueuses conjonctivales</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle (consommation d'aliments riches en fer et en vitamines C, diminution de la consommation du thé et du café)</li> <li>Référer les cas suspects d'anémie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister cliniquement les cas suspects d'anémie</li> <li>Traiter les cas d'anémie modérée (cf. pathologies des suites de couches chez la mère)</li> <li>Référer les cas d'anémie sévère ou rebelle au traitement initial</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister cliniquement et biologiquement les cas suspects d'anémie</li> <li>Traiter les cas d'anémie modérée (cf. pathologies des suites de couches chez la mère)</li> <li>Référer les cas d'anémie sévère ou rebelle au traitement initial</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dépister cliniquement et biologiquement les cas d'anémie</li> <li>Rechercher les causes d'anémie</li> <li>Traiter les cas d'anémies sévères faire une transfusion sanguine au besoin (cf. pathologies des suites de couches chez la mère)</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire un dépistage clinique et biologique plus complet</li> <li>Rechercher les causes d'anémie</li> <li>Traiter les cas d'anémie sévère faire une transfusion sanguine au besoin</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> </ul>

### III. PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE L'OBESITE CHEZ LES ADOLESCENT(E) S

1. Définition	2. Concept	3. Formule	
L'obésité se définit comme un excès de masse grasse	L'évaluation clinique est faite grâce à l'index de Masse Corporelle (IMC)	$IMC = \frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille(m)}^2}$	
		<b>Obésité</b>	
		Adulte	IMC ≥ 30
		Enfant-Adolescents	IMC > 97e Percentile
4. Intérêt de la question par rapport au contexte sénégalais			5. Diagnostic
<ul style="list-style-type: none"> <li>Au Sénégal, même si les problèmes nutritionnels restent dominés par la malnutrition et les carences en micronutriments, l'obésité notamment chez l'adolescent(e) constitue une pathologie émergente ou négligée.</li> <li>Elle est due à des facteurs génétiques et environnementaux que sont la mauvaise alimentation et la sédentarité.</li> <li>Des pathologies fréquentes chez l'adulte sénégalais dont l'hypertension artérielle et le diabète surviennent fréquemment sur un terrain d'obésité.</li> <li>La prise en charge de l'obésité est d'autant plus efficace qu'elle survient précocement durant l'enfance ou l'adolescence et constitue un important moyen de prévention des maladies fréquentes dans notre pays surtout le diabète et l'hypertension artérielle.</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>Le diagnostic de l'obésité se fait essentiellement par l'évaluation de l'index de masse corporelle (IMC).</li> <li>De nombreuses complications peuvent émailler la vie de l'adolescent(e) obèse en particulier le diabète, l'hypertension artérielle, l'apnée du sommeil, l'hypercholestérolémie...</li> </ul>

### 6. CAT par niveau

Communautaire	PS	CS	EPS I	EPS II & III
<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir le diagnostic par l'IMC notamment en milieu scolaire</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> <li>Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir le diagnostic par l'IMC</li> <li>Dépister certaines complications dont l'HTA</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle</li> <li>Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir le diagnostic par l'IMC</li> <li>Dépister les complications notamment le diabète et l'HTA</li> <li>Prendre en charge certaines complications</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir le diagnostic par l'IMC</li> <li>Dépister les complications</li> <li>Prendre en charge les complications</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Etablir le diagnostic par l'IMC</li> <li>Dépister et prendre en charge toutes les complications</li> <li>Prendre en charge les obésités massives</li> <li>Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique</li> </ul>

#### IV. PROTOCOLE DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANIES CHEZ LES ADOLESCENT(E)S

1. Définition	2. Intérêt	3. Les drogues
<ul style="list-style-type: none"> <li>La toxicomanie est définie comme « un état de dépendance physique et/ou psychique vis-à-vis d'un produit et s'établissant chez un sujet et à la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci ». (OMS)</li> <li>Il s'agit d'un usage persistant ou épisodique, de produits toxiques licites ou non (tabac, alcool, certains médicaments psychotropes, solvants, cannabis, etc.) accompagné d'un état de dépendance pouvant entraîner des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale de l'individu et des effets sur la famille et la communauté en général.</li> <li>De manière empirique, on remarque une augmentation de ce phénomène chez les adolescent(e)s au Sénégal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'adolescence est une période propice pour l'expérimentation dans de nombreux domaines, parmi lesquels la consommation de produits psycho actifs. C'est aussi la recherche d'une identité propre. Cette quête identitaire se déroule parfois dans un climat de « heurts » qui entraîne une prise de risques ayant un impact sur la santé. Le recours à la consommation de drogues tend à devenir fréquent.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>On appelle drogue toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur (OMS)</li> <li>Les effets recherchés par l'absorption de substances toxiques sont de trois ordres directement liés au type de drogue : <ul style="list-style-type: none"> <li>Les stimulants (le café, le thé, la cola, le tabac...) provoquent excitation psychologique, gaieté, et sentiment de tension physique parfois violente.</li> <li>Les sédatifs (les somnifères, l'alcool, les solvants) déclenchent la détente physique, l'apaisement, et l'endormissement.</li> <li>Les hallucinogènes (cannabis, LSD, ecstasy) modifient les perceptions, les sensations visuelles, olfactives, auditives...</li> </ul> </li> </ul>

#### 4. SIGNES

La diversité des comportements traduit un malaise, un mal-être de l'adolescent(e) Schématiquement on distingue des signes précoces et des symptômes tardifs.

a. Les signes précoces					b. Les signes tardifs	
Troubles affectifs	Pathologies du sommeil	Comportement alimentaire perturbé	Troubles psychosomatiques	Difficultés scolaires	Délinquance	Tentatives de suicide
<ul style="list-style-type: none"> <li>Turbulence,</li> <li>Excitation,</li> <li>Tristesse,</li> <li>Angoisse,</li> <li>Peurs excessives,</li> <li>Isolement,</li> <li>Auto dévalorisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Endormissement très difficile,</li> <li>Insomnies,</li> <li>Réveils incessants,</li> <li>Cauchemars,</li> <li>Hypersomnie,</li> <li>Somnolence diurne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anorexie,</li> <li>Boulimie,</li> <li>Vomissements spontanés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maux de tête,</li> <li>Crises de tétanie,</li> <li>Fatigue importante,</li> <li>Maux de ventre,</li> <li>Peur de la maladie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fléchissement des résultats,</li> <li>Absentéisme,</li> <li>Retards,</li> <li>Phobies</li> <li>Echec scolaire).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vandalisme,</li> <li>Bagarres,</li> <li>Vol,</li> <li>Fugue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passage à l'acte</li> <li>Idées de mort,</li> <li>Discours suicidaire</li> </ul>

## 5. CAT PAR NIVEAU

La toxicomanie étant la résultante de la rencontre entre une personnalité, celle de l'adolescent(e), un produit et un moment socioculturel, la prise en charge ne saurait faire l'impasse sur ces trois composantes. Cette prise en charge peut se faire suivant plusieurs niveaux.

Communautaire	PS	CS & EPS I
<ul style="list-style-type: none"> <li>• causeries éducatives (cf. groupe IEC/CCC)</li> <li>• Traduire si possible les dispositions de la loi relatifs à la toxicomanie en images illustratives</li> <li>• CAT devant un cas de toxicomanie</li> <li>• L'accueillir</li> <li>• Le calmer/ le référer en cas d'agitation incessante</li> <li>• S'entretenir avec lui</li> <li>• L'écouter activement</li> <li>• Lui faire admettre qu'il a un problème, mais qu'il en est pas un en réalité</li> <li>• Lui faire admettre qu'il doit agir aujourd'hui et non demain</li> <li>• L'inciter à arrêter tout de suite ou à diminuer progressivement pour ensuite arrêter ne pas le blâmer s'il recommence mais l'inciter à arrêter</li> <li>• Associer les parents dans les discussions</li> <li>• Envisager toutes les mesures susceptibles de faciliter sa réinsertion sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem niveau communautaire plus</li> <li>• Prise en charge de l'agitation</li> <li>• Donner les neuroleptiques sédatifs type chlorpromazine ou lévomépromazine (50 à 100 mg),</li> <li>• Orienter vers le centre de santé</li> </ul> <p>NB : Les benzodiazépines sont à éviter, surtout en cas d'ivresse alcoolique (risque de potentialisation et de détresse respiratoire)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem poste de santé plus :</li> <li>• Soins curatifs</li> <li>• Sensibiliser contre les risques infectieux notamment le VIH/ SIDA et l'Hépatite B et C</li> <li>• Faire la sérologie VIH et Hépatite virale B/C</li> </ul>
EPS II/Hôpital Régional	EPS III	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem centre de santé/ EPS I plus :</li> <li>• Prise en charge des situations des cas graves</li> <li>• Mener des activités de sevrage visant à rompre définitivement le lien de dépendance entre l'individu et le produit.</li> <li>• Faire des analyses plus poussées visant à typer le produit et son taux dans le sang et les urines.</li> <li>• Sinon référer au niveau national</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idem pour EPS II plus</li> <li>• Faire des soins de sevrage</li> <li>• Rechercher les complications (neurologiques, infectieuses, hépatiques, etc.)</li> </ul>	

## V. IEC/CCC/SRAJ

I. THEMATIQUES IEC/CCC	2.1. Préparation de la causerie
<p>Les thématiques spécifiques à la SRAJ comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxicomanie</li> <li>• Accidents de la voie publique</li> <li>• Nutrition et alimentation</li> <li>• Grossesses précoces et accouchements</li> <li>• Violences (morales, physiques et sexuelles) basées sur le genre</li> <li>• Avortements</li> <li>• IST/VIH/SIDA</li> <li>• Connaissance et fonctionnement du corps (y compris la sexualité)</li> </ul> <p>La mise en œuvre des activités IEC/CCC relatives aux thématiques ci-dessus doivent répondre aux besoins des adolescent(e)s/jeunes. Certaines techniques de communication doivent faire l'objet d'une attention particulière.</p>	<p>Elle doit tenir compte de certaines spécificités:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 à 20 adolescent(e)s/jeunes au maximum</li> <li>• Respect des classes d'âge (10–14 ans, 15–19 ans et 20–24 ans)</li> <li>• Contexte socio-culturel</li> <li>• Environnement dans lequel la cible évolue</li> <li>• Niveau d'instruction: instruits/non instruits</li> <li>• Exposition aux fléaux sociaux: à risques/pas à risques</li> <li>• Equilibre entre nombre de garçons et de filles ; Il est parfois conseillé de faire des sessions différentes pour les garçons et les filles. pour permettre aux adolescent(e)s de mieux s'exprimer</li> <li>• Nécessité d'informer le groupe sur le thème qui sera abordé</li> <li>• Nécessité de s'entendre avec le groupe sur un calendrier et un lieu de rencontres selon la disponibilité de la cible             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accessible aux adolescent(e)/jeunes;</li> <li>- Vaste et aéré;</li> <li>- Discret et confidentiel;</li> <li>- Sécurisant, convivial et attrayant</li> <li>- À l'abri du bruit.</li> </ul> </li> </ul>

A titre d'exemples : un jeune garçon de 11 ans, vivant dans un quartier populaire, livré à lui-même peut être déjà mature et sexuellement actif. De même, Une jeune fille âgée de 13 ans, mariée et donc sexuellement active peut d'une certaine manière être plus mûre qu'une fille célibataire de son âge

- Lecture de la documentation avant de développer le thème choisi
- Identification et invitation des personnes ressources si nécessaire
- Disponibilité du matériel (cf. partie Politique et Normes). Il faut toujours veiller à une bonne préparation du matériel et des supports nécessaires aux thèmes choisis. Il faut aussi être imaginatif et créatif pour penser à d'autres supports adaptés qui peuvent faciliter les discussions ou les apprentissages. En observant bien son environnement, on peut toujours trouver des ressources utiles et moins chères (objets de récupération tels que bouchons, bouteilles vides, bouts de bois, bananes...). Par ailleurs, du fait que les adolescent(e)s/jeunes ne sont pas tous instruits, la cible peut être analphabète, il faut donc utiliser plus de couleurs, les dispositions dans l'espace (par exemple, à gauche pour "d'accord", à droite pour "pas d'accord") etc...

## 2. CAUSERIE

2.2 Lieu de la causerie	2.3 Déroulement de la causerie	Contenu	But	
<p>Il est recommandé de l'organiser au niveau de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Points de Prestation de Santé,</li> <li>• Points d'information,</li> <li>• Ecoles,</li> <li>• Quartiers</li> <li>• Lieux de regroupement des adolescent(e)s/jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'enchaînement et la complémentarité des différentes étapes d'une session (consignes à donner, exercices, réponses fréquentes, points à retenir, etc.) sont importants: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Installer le groupe confortablement en arc de cercle pour permettre l'interrelation entre le groupe et l'animateur;</li> <li>- Informer le groupe du thème choisi ;</li> <li>- Expliquer la méthodologie d'animation ;</li> <li>- Proposer de créer un hymne qui leur soit propre, sur la base des mots-clés qui reflètent le contenu du thème et son but ;</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solidarité,</li> <li>• Confiance mutuelle,</li> <li>• Engagement,</li> <li>• Respect mutuel,</li> <li>• Amitié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaissance de valeurs,</li> <li>• Connaissance de soi,</li> <li>• Maîtrise de soi,</li> <li>• Vie saine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inviter le groupe à développer un slogan à la fin du développement du thème. Ce slogan peut annoncer un engagement à un changement de comportement.</li> <li>• Développer les thèmes en 20 à 30 minutes ;</li> <li>• Savoir s'arrêter pour reprendre l'explication des points importants non compris ;</li> <li>• La Communication pour un Changement de Comportement (CCC) nécessite du temps, de la pratique et de la patience ;</li> <li>• Ne pas hésiter à recourir à des personnes ressources pour les questions pour lesquelles on n'a pas de réponses.</li> <li>• Veiller à une bonne distribution de la parole;</li> <li>• Permettre aux différents acteurs de se rendre compte de la force des préjugés et des messages négatifs, qui les empêchent d'intégrer les valeurs et attitudes positives;</li> <li>• Aider les adolescent(e)s/jeunes à expliciter leurs valeurs, à confronter leurs points de vue avec ceux des autres, etc.</li> <li>• Eviter de toujours mettre en avant son point de vue pour affirmer qu'un tel a raison...</li> <li>• Aider le groupe à discuter en s'appuyant sur les informations contenues dans le "document de références",</li> <li>• Aider chacun à se départir des préjugés, influences et messages négatifs qui l'empêchent d'avoir un comportement responsable dans sa sexualité;</li> <li>• Faire une synthèse partielle.</li> </ul>

3. JEUX DE ROLE	4. AUTRES ACTIVITES IEC
<p>Pour les jeux de rôle, respecter les consignes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter l'objectif et les règles de fonctionnement ;</li> <li>• Expliquer aux participants de long en large; si nécessaire, procéder à des essais pour s'assurer que tout le monde a compris les principes et les règles du jeu ;</li> <li>• Présenter la situation, décrire et attribuer les rôles ;</li> <li>• Organiser l'environnement ;</li> <li>• Diriger le jeu avec souplesse et tact ;</li> <li>• Animer la discussion selon l'objectif poursuivi ;</li> <li>• "Dérôler" les acteurs. Ce point est important, après chaque jeu de rôle, les acteurs doivent de façon formelle sortir de leur rôle. Pour cela, demander aux acteurs de critiquer le rôle qu'ils viennent d'interpréter;</li> <li>• Féliciter les acteurs d'avoir bien interprété leur rôle;</li> <li>• Demander aux participants de les applaudir ;</li> <li>• Résumer le thème et conclure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les activités menées par l'aide-ado et le pair éducateur sont le counseling, la participation à la mobilisation sociale et au plaidoyer (voir chapitre Communication pour le Changement de Comportement).</li> </ul>

## VI. AUTRES PROTOCOLES

### I. Maternité à moindre risque

Surveillance de la grossesse	Surveillance de l'accouchement	Suites de couches
<p>Eduquer l'adolescente, lui donner des conseils et lui expliquer que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sa grossesse est à risques pour elle et pour son enfant .</li> <li>• Elle doit rechercher des soins précoces en cas d'apparition de signes d'alarme</li> <li>• Le suivi doit être régulier et plus rapproché que chez la femme enceinte plus âgée</li> <li>• Son elle doit être assistée par un personnel qualifié lors de son accouchement</li> </ul> <p>Elle sera prise en charge sur le plan psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La surveillance du travail et de l'accouchement de l'adolescente doit être faite impérativement par un personnel qualifié en raison de l'immaturation et de la vulnérabilité de cette cible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initier la mise au sein précoce</li> <li>• Donner des conseils hygiéno-diététiques</li> <li>• Promouvoir l'espacement des naissances</li> <li>• Expliquer l'importance du suivi post- natal</li> <li>• Prise en charge psychologique</li> </ul>
Surveillance Post natale		Système d'orientation recours
<p>Sensibiliser l'adolescente sur les avantages de la Planification familiale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La prendre en charge sur le plan psychologique</li> <li>• L'informer sur l'existence des structures d'encadrement des autres secteurs et celles du niveau communautaire</li> <li>• Lui proposer un rendez-vous par l'aide- ado</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans le cadre de la santé des adolescent(e)s, il est nécessaire d'assurer la continuité de la prise en charge par la référence. Elle pourra se faire vers les autres secteurs et le niveau communautaire pour un meilleur encadrement et un suivi social et psychologique.</li> </ul>

### 2. Soins Après Avortement

- Prise en charge psychologique
  - Éducation sur les risques et conséquences de l'avortement
  - Référence vers les autres services SSRAJ communautaires ou les autres secteurs
- Les autres protocoles sont élaborés dans les composantes qui traitent de ces activités

## ANNEXES

### Classification des drogues

- Les effets recherchés par l'absorption de substances toxiques sont de trois ordres directement liés au type de drogue :
- Les stimulants provoquent excitation psychologique, gaieté, et sentiment de tension physique parfois violente.
- Les sédatifs déclenchent détente physique, apaisement, endormissement.
- Les hallucinogènes modifient les perceptions, les sensations visuelles, olfactives, auditives...

#### A. LES STIMULANTS

Effets recherchés	Produits	Principaux effets indésirables et/ou nocifs
Stimulation physique et intellectuelle légère.	Produits à base de caféine (café, thé, soda à base de cola).	Dépendance (+). Irritabilité, insomnie.
Stimulation physique et intellectuelle légère.	Nicotine du tabac.	Dépendance (+ +) Toxicité pulmonaire et cardiaque, cancers.
Lutte contre la dépression, recherche forte stimulation.	Antidépresseurs stimulants.	Dépendance psychologique (+ + +). Risques cardiaques.
Forte stimulation psychique, sentiment de puissance.	Cocaïne	Dépendance (+ +). Insomnie, irritabilité. Détérioration des cloisons nasales. Accidents cardiaques, overdose, risques psychiatriques.
Brève et forte stimulation	Crack (dérivé de la cocaïne)	Dépendance très rapide (+++), Agitation, troubles du comportement, troubles psychiatriques, accidents cardiaques, risque d'overdose.

#### B. LES HALLUCINOGENES

Effets recherchés	Produits	Principaux effets indésirables et/ou nocifs
Euphorie, détente ou parfois excitation, hallucinations.	Cannabis (marijuana ou haschich).	Possibilité de dépendance essentiellement psychologique (+), plus forte en usage régulier (+ +). Troubles de la mémoire, de concentration, ivresse, perte de la vigilance. Risques psychologiques pour les plus fragiles. Toxicité voisine du tabac.
Hallucinations	De nombreuses plantes et champignons "exotiques"	Dépendance (+ ou -). Risques de confusion mentale.
Délires	Belladone, datura.	Dépendance (+ ou -). Risques de confusion mentale, d'accidents divers, d'accidents psychiatriques graves chez les plus fragiles.
Hallucinations, délires.	LSD	Dépendance (+ ou -). Risques de confusion mentale, d'accidents divers, d'accidents psychiatriques graves chez les plus fragiles.
Hallucinations, délires, excitations.	Ecstasy	Manifestations physiques multiples. Risques de confusion mentale, d'accidents divers, d'accidents psychiatriques graves pour les plus fragiles.

### C. LES SEDATIFS

Effets recherchés	Produits	Principaux effets indésirables et/ou nocifs
Détente, endormissement	Infusions (verveine camomille, tilleul, etc.)	Néant
	Médicaments à base de plantes (phytothérapie).	
Détente, lutte contre l'angoisse et l'anxiété	Tranquillisants, anxiolytiques (usage légal sur ordonnance médicale).	Dépendance (+ +) sur longue période. Troubles de la mémoire (+), conséquences graves en cas de surdosage.
Favoriser l'endormissement, lutter contre le réveil précoce.	Somnifères (usage légal sur ordonnance médicale).	
Détente, euphorie, endormissement	Alcool	Dépendance (+ + +). Ivresse, perte de la vigilance, toxicité hépatique, digestive, coma éthylique, accident de sevrage (délirium tremens).
Suppression de l'état de manque.	Méthadone, usage légal. Produit délivré exclusivement aux héroïnomanes par des centres sur prescription médicale.	Dépendance (+ + +) "gérée médicalement". Forme buvable évitant les risques énumérés ci-dessous
- Lutte contre les fortes douleurs chez les malades.- Flash, fortes détentes psychiques et physiques, "défonce" chez les toxicomanes.	Dérivés de l'opium (morphine, héroïne, codéine) et autres antalgiques.	Dépendance (+ + +). Risques liés au produit : amaigrissement, caries dentaires, overdose. Risques liés à l'injection sans précaution d'hygiène : seringues usagées, absence d'asepsie, abcès, infections pulmonaires, septicémie Risques liés au partage de seringues non stériles : transmission de maladies infectieuses (hépatites B et C, virus du sida ...).
"Défonce", détente.	Solvants (éther, trichloréthylène, colle, solvants industriels)	Dépendance (+ + +). Toxicité rénale, cardiaque et pulmonaire, troubles psychiatriques graves.

### Informations sur les différents changements qui s'opèrent aux différents stades de l'adolescence

Tranches d'âge	10 - 13 ans		14 - 16 ans		17 - 19 ans	
Sexe	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille
Changements Physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition de poils (pubis et aisselle)</li> <li>Développement des épaules et de la musculature.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition des poils au niveau pubis et axillaires.</li> <li>Elargissement des hanches.</li> <li>Apparition et irrégularité des règles.</li> <li>Apparition des seins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aclairement du visage</li> <li>Acné</li> <li>Apparition poils axillaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aclairement du visage</li> <li>Acné</li> <li>Apparition poils axillaires et pubis</li> <li>Régularité des règles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Barbe pousse.</li> <li>Voix rauque.</li> <li>Poitrine duilpée.</li> <li>Développement poids et taille.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prend soin de son corps.</li> <li>Coquette.</li> <li>Développement poids et taille.</li> </ul>
Psychologique : Cognitif Emotionnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition de poils (pubis et aisselle)</li> <li>Développement des épaules et de la musculature.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition des poils au niveau pubis et axillaires.</li> <li>Elargissement des hanches.</li> <li>Apparition et irrégularité des règles.</li> <li>Apparition des seins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Affirmation.</li> <li>Propre décision.</li> <li>Expression de désirs, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Affirmation de soi.</li> <li>Propre décision.</li> <li>Expression de désirs, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désire du sexe opposé</li> <li>Maternité.</li> <li>Curiosité.</li> <li>Ambition.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Désire du sexe opposé</li> <li>Maternité.</li> <li>Curiosité.</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition de poils (pubis et aisselle)</li> <li>Développement des épaules et de la musculature.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apparition des poils au niveau pubis et axillaires.</li> <li>Elargissement des hanches.</li> <li>Apparition et irrégularité des règles.</li> <li>Apparition des seins.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imitation.</li> <li>Curiosité.</li> <li>Découverts.</li> <li>Conflit interne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imitation.</li> <li>Curiosité.</li> <li>Découverts.</li> <li>Conflit interne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Crise d'autorité.</li> <li>Veut aider ses frères.</li> </ul>	

## LES ORGANES REPRODUCTEURS

1. L'appareil génital de l'homme	2. L'appareil génital de la femme
<p>Il est composé d'une partie externe et d'une partie interne. La partie externe comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le pénis ou la verge : organe de copulation et d'élimination d'urines. Il contient des tissus érectiles qui se gorgent de sang pendant l'érection</li> <li>• Le scrotum ou bourse : enveloppe qui recouvre les testicules.</li> <li>• La partie interne comprend:</li> <li>• Les testicules : organes qui produisent les spermatozoïdes (éléments nécessaires à la reproduction) et sécrètent des hormones (la testostérone)</li> <li>• Les épидидymes : lieu de maturation et de stockage des spermatozoïdes</li> <li>• Les canaux déférents : conduisent les spermatozoïdes des épидидymes jusqu'aux vésicules séminales lorsque l'homme est en érection</li> <li>• Les vésicules séminales : lieu de production et de stockage d'un liquide épais qui constitue une partie du sperme, qui protège et nourrit des spermatozoïdes</li> <li>• La prostate : glande donnant sur l'urètre et sécrète un liquide qui constitue la plus grande partie du sperme. Ce liquide dilue les spermatozoïdes et leur donne une mobilité et un environnement favorable ; elle est traversée par le canal éjaculateur</li> <li>• L'urètre : canal uro-génital qui conduit l'urine de la vessie vers l'extérieur mais aussi le sperme de la prostate vers l'extérieur</li> <li>• La vessie : organe qui retient l'urine produite par les reins</li> </ul>	<p>Il comprend une partie externe et une partie interne. La partie externe comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La vulve : partie génitale externe composée du clitoris et des lèvres</li> <li>• Le clitoris : c'est l'équivalent du pénis chez la femme. Il contient des tissus érectiles qui se gorgent de sang pendant l'excitation.</li> </ul> <p>La partie interne est composée :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Du vagin : conduit musculaire, élastique ; il sert à la pénétration lors des rapports sexuels. C'est l'organe de la copulation chez la femme</li> <li>• Du col de l'utérus : c'est l'entrée de l'utérus</li> <li>• De l'utérus : organe creux où se développe le fœtus</li> <li>• Des trompes de fallope : deux conduits d'environ 10cm de long, reliant l'utérus aux ovaires et se terminant par des pavillons. C'est dans les trompes qu'à lieu le plus souvent la fécondation</li> <li>• Des ovaires : organes qui sécrètent des hormones (œstrogènes, progestérone) et produisent les ovules.</li> </ul>

## LE CYCLE MENSTRUEL

Définition	La phase pré-ovulatoire	La phase ovulatoire	La phase post-ovulatoire
<ul style="list-style-type: none"> <li>• On appelle menstruation ou règles, l'élimination cyclique de la muqueuse utérine en l'absence de fécondation, elle dure en moyenne 03 à 05 jours.</li> <li>• Le cycle menstruel débute le 1er jour des règles et se termine la veille des règles suivantes pour une durée moyenne de 28 jours allant de la puberté à la ménopause.</li> <li>• Les phases du cycle menstruel</li> <li>• Le cycle menstruel comprend 03 phases :</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle va du 1er jour des règles au 11ème jour environ; cette phase est variable selon la durée du cycle menstruelle. Elle est caractérisée par la sécrétion d'œstrogène, le développement de la muqueuse utérine et l'épaississement de la glaire cervicale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est marquée par la libération de l'ovule par un des ovaires (ovulation) au milieu du cycle, en général vers le quatorzième jour pour un cycle régulier de 28 jours. Cependant la date de l'ovulation dépend de la durée de la phase pré-ovulatoire. Cette phase ovulatoire est caractérisée par la sécrétion d'une glaire cervicale qui est translucide, abondante et filante. Cette glaire favorise la remontée des spermatozoïdes vers l'utérus et les trompes favorisant la fécondation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est constante et dure quatorze jours après l'ovulation. Pendant cette phase, la glaire redevient épaisse, peu abondante et imperméable aux spermatozoïdes. Cette phase est caractérisée par la sécrétion de la progestérone.</li> </ul>
<b>La glaire cervicale</b>		<b>Conduite à tenir durant les règles</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elle est produite au niveau du col de l'utérus puis s'écoule dans le vagin. Elle change de consistance et d'abondance et d'abondance suivant les phases du cycle menstruel. Elle apparaît quelques jours avant l'ovulation et devient de plus en plus translucide et élastique. Ces caractéristiques sont plus apparentes le jour de l'ovulation, c'est la période de fertilité maximale. Après l'ovulation, la glaire s'épaissit et tarit.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se laver régulièrement</li> <li>• Rester très propre pendant les règles</li> <li>• Eviter toute irritation et odeur</li> <li>• Eviter d'utiliser des tampons intra-vaginaux</li> <li>• Utiliser des serviettes hygiéniques stériles à changer régulièrement</li> <li>• Utiliser des slips en coton à laver régulièrement et à sécher au soleil.</li> </ul>	

**COMPOSANTE 3 :**

**IST/VIH/SIDA**



TABLE DES MATIERES

<b>I. NIVEAU COMMUNAUTAIRE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activités IEC/CCC</li> <li>2. Distribution des préservatifs</li> <li>3. Orientation des cas des IST</li> <li>4. Suivi des patients atteints de VIH/SIDA contre-référés</li> </ol>
<b>II. NIVEAU POSTE DE SANTE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activités IEC/CCC</li> <li>2. Distribution des préservatifs</li> <li>3. Prise en charge syndromique des cas de IST</li> <li>4. Suivi des patients VIH/SIDA contre-référés</li> <li>5. Référer les cas suspects</li> <li>6. Détection et prise en charge des infections opportunistes</li> <li>7. Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte</li> <li>8. Formation/Recyclage des relais</li> </ol>
<b>III. NIVEAU CENTRE DE SANTE</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activités IEC/CCC</li> <li>2. Distribution des préservatifs</li> <li>3. Prise en charge syndromique des IST</li> <li>4. Prise en charge étiologique</li> <li>5. Prise en charge des cas suspects</li> <li>6. Prise en charge des infections opportunistes</li> </ol>
<b>IV NIVEAU HOPITAL</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activités IEC</li> <li>2. Facteurs de risque épidémiologiques</li> <li>3. Distribution des préservatifs</li> <li>4. Prise en charge étiologique des cas référés</li> </ol>
<b>V. COMPLICATIONS ET SEQUELLES DES IST</b>	
<b>VI. PRISE EN CHARGE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L' INFECTION A VIH/SIDA CHEZ L' ADULTE</b>	
<b>VII. ANNEXES</b>	<p>ANNEXE 1 : Ordinogrammes IST            ANNEXE 2 : Ordinogrammes infections opportunistes            ANNEXE 3 : Classifications utilisées pour VIH            ANNEXE 4 : Fiche technique de l'examen clinique du patient            ANNEXE 5 : Contenu du counseling            ANNEXE 6 : Thèmes de l'IEC            ANNEXE 7 : Diagnostic biologique des IST en milieu hospitalier</p>

## I. NIVEAU COMMUNAUTAIRE

### I. Activités d'IEC:

I.1. Organiser des réunions éducatives en direction des leaders communautaires	I.2. Organiser des séances de causerie au sein de la communauté sur les thèmes suivants :	I.3. Faire des entretiens (individuels) avec les patients qui le sollicitent :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afin de susciter leur participation aux activités de lutte contre les IST/SIDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signes d'appel des IST</li> <li>• Modes de transmission</li> <li>• Complications</li> <li>• Inconvénients de l'auto-médication</li> <li>• Avantages des consultations précoces au niveau des structures de santé</li> <li>• Intérêt du traitement des partenaires</li> <li>• Promotion du préservatif et des pratiques sexuelles sécuritaires</li> <li>• Recours au dépistage du VIH</li> </ul>	<p>Lors du counseling les messages éducatifs suivants doivent être transmis dès la première consultation:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1). Nécessité de se faire traiter en même temps que les partenaires sexuelles;</li> <li>2). A défaut de traitement, peuvent survenir des complications: infécondité, grossesses ectopiques, possibilité d'infection du fœtus ou du nouveau-né chez la gestante ou chez la parturiente;</li> <li>3). Nécessité d'observer le traitement en dose et en durée et s'abstenir de rapports jusqu'à la guérison complète ou à défaut, utiliser des préservatifs, de même que la /le(s) partenaire(s);</li> <li>4). Une IST peut faciliter l'infection par le VIH;</li> <li>5). Importance de consulter précocement et revenir en consultation en cas de persistance des symptômes;</li> <li>6). Eviter l'auto-médication;</li> <li>7). Informer sur les pratiques sexuelles plus sûres, y compris l'utilisation des préservatifs;</li> <li>8). Importance de la compliance au traitement.</li> <li>9). Recours au dépistage volontaire du VIH</li> <li>10). Insister sur la possibilité de la transmission anales des IST et du VIH</li> <li>11). Démonstration technique d'utilisation du préservatif</li> </ol>

### 2. Distribution à base communautaire des préservatifs masculins et féminins:

#### 2.1. Gérer le stock des préservatifs masculins et féminins

#### 2.2. Démontrer la technique d'utilisation aux demandeurs

2.3. Orientation des cas de IST:	2.4. Suivi des patients atteints de VIH/SIDA contre-référés:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Motiver les patients à consulter tôt , en délivrant les messages-clefs</li> <li>• Référer en cas de suspicion d'ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide à la compliance au traitement</li> <li>• Faire des visites à domiciles régulières,</li> <li>• Apprécier les conditions de vie du patient au sein de sa famille,</li> <li>• Suivi du traitement, et suivi nutritionnel</li> <li>• Conseiller la famille : insister sur le fait que l'isolement n'est pas nécessaire</li> <li>• Rappeler les modes de transmission</li> <li>• Répondre aux interrogations ou inquiétudes du patient,</li> <li>• Référer si apparition de complications.</li> <li>• Insister sur la nécessité de protéger les rapports sexuels</li> </ul>

## II. NIVEAU POSTE DE SANTE

1. Activités IEC	2. Distribution de préservatifs masculins et féminins	3. Prise en charge syndromique des cas de IST	4. Suivi des patients VIH/ SIDA contre référés	
Tout ce qui se fait au niveau communautaire + <ul style="list-style-type: none"> <li>• Causeries dans les structures sur les thèmes IST,VIH, PTME, CDV, Accompagnement soutien aux personnes vivant avec le VIH</li> <li>• Counseling spécifique à chaque patient durant la consultation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commande de préservatifs</li> <li>• Gérer le stock</li> <li>• Assurer l'approvisionnement des relais</li> </ul>	(voir ordinogramme en annexe I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout ce qui se fait au niveau communautaire</li> </ul>	
5. Référer les cas suspects		6. Détection et prise en charge des infections opportunistes suivant la classification de BANGUI	7. Dépistage de la syphilis chez la femme enceinte	8. Formation/ recyclage des relais
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interroger les patients sur les facteurs de risque épidémiologiques :</li> <li>• Comportement actuel ou passé à haut risque</li> <li>• Toxicomanie par voie intraveineuse</li> <li>• Vagabondage sexuel</li> <li>• Relation sexuelle avec un partenaire reconnu atteint du SIDA ou séropositif</li> <li>• Rapports sexuels avec des partenaires qui présentent des facteurs de risques épidémiologiques ou venant d'une zone à forte prévalence de l'infection à VIH</li> <li>• En pratiquant la sodomie avec d'autres hommes                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents récents de lésions génitales ulcérées</li> <li>- Antécédents de transfusion sanguine après 1975 effectuée avec du sang, du plasma ou un facteur de coagulation non contrôlé, ou (même s'il y a eu contrôle) provenant d'une zone à forte prévalence de l'infection à VIH</li> <li>- Antécédent de scarification, tatouage, percement d'oreilles ou circoncision avec des instruments non stérilisés.</li> </ul> </li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Commande de préservatifs</li> <li>• Gérer le stock</li> <li>• Assurer l'approvisionnement des relais</li> </ul>	(cf: Normes et protocoles CPN)	(cf: document formation des relais)

### III. NIVEAU CENTRE DE SANTE

1. Activités IEC: idem que niveau poste de santé
2. Distribution préservatifs masculins et féminins:
3. Prise en charge syndromique des IST: idem poste de santé
4. Prise en charge étiologique en cas de référence:

#### 4.1. Examen du laboratoire

- Coloration de gram : si gonocoque = diplocoque gram négatif
- Examen à l'état frais : mis en évidence de trichomonas vaginales
- Test sérologique (RPR)

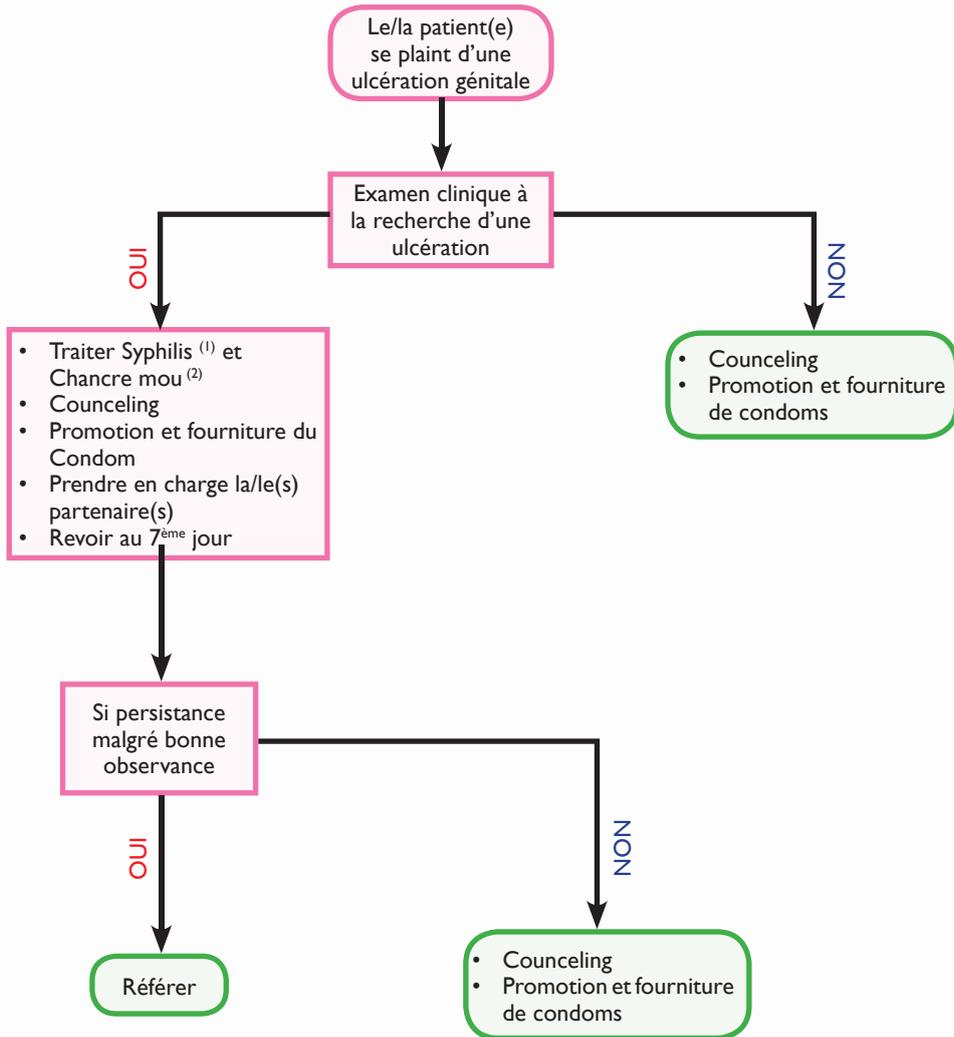
#### 4.2. Traitement spécifique des cas et des partenaires

Gonococcie	Chlamydirose	Trichomonase	Vaginose bactérienne	Candidose génitale
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ciprofloxacine 500mg prise unique ou Spectinomycine (Trobicine) 2grs en une injection IM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doxycycline cp 100mg x 2/jr pendant 10 jours</li> <li>chez la femme enceinte : Erythromycine 500mgx4/jr pdt 10 à 14 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8cp de 250mg de Métronidazole (2grs) en prise unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Métronidazole 250 mg , 2 grs en prise unique (8 cps)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• dérivé azoté fortement dosé</li> <li>• Nystatine 100.000 UI : 1cp gynécologique/jr pendant 14 jours</li> <li>• Daktarin gel sur la vulve</li> <li>• Chez le partenaire instillation (2 à 3 en 40 heures d'intervalle de Nystatine)</li> </ul>
Syphilis tardive	Chancre mou	Herpes génital	Lymphogranulomatose vénérienne	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benzathine pénicilline 2,4M en une injection IM par semaine pendant 3 semaines</li> <li>• Si allergie à la pénicilline : tétracycline 500mgx4/jr pendant 14jours</li> <li>• Chez la femme enceinte : erythromycine 500mgx4/jr pendant 14 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Première intention : Ciprofloxacine 500mg en prise unique</li> <li>• Deuxième intention : Péfloxacine 400mg (Péflacine) 2cp en une prise unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vésicules regroupés qui s'ulcèrent et laissent couler une sérosité avec adénopathie inguinale douloureuse</li> <li>- Pendant la poussée clinique, Acyclovir (Zovirax) 200mgx5/j pdt 7 jours</li> <li>- Pendant les phases de recrudescence : Acyclovir 200mgx5/jr pdt 5 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ulcération indolore non indurée au niveau du gland, du pénis chez l'homme, au niveau des lèvres ou de la paroi vaginale chez la femme.</li> <li>- Tétracycline 250mg; 2cpx4/j pendant 10 jours</li> <li>- Chez la femme enceinte : Erythromicine 500; 1cpx4/j pendant 14 jours</li> </ul>	
4.3 Proposition de sérologie HIV	4.4. Contrôle et évaluation	5. Prise en charge des cas suspects	6. Prise en charge des infections opportunistes	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une proposition de sérologie devra être faite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si guérison : arrêt du traitement</li> <li>• Si pas guérison : référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• cf niveau poste de santé en plus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarcome de kaposi</li> <li>- Candidose oesophagienne</li> <li>- Baisse de l'acuité visuelle (rétinite à cytomégalovirus)</li> <li>- Pneumopathie rebelle</li> <li>- Signes méningés</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée</li> <li>• Candidose buccale</li> <li>• Pneumopathie non spécifique</li> <li>• Lymphadénopathie</li> <li>• Fièvre</li> </ul> <p>(Voir ordiogrammes correspondants en annexes)</p>	

IV. AU NIVEAU HOPITAL	Complications et séquelles des ist	Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH/sida chez l'adulte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise en charge étiologique des cas référés par le centre de santé</li> <li>• Recherche et identification des agents des IST :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Neisseria gonorrhée</li> <li>- Trichomonase vaginale</li> <li>- Candida albicans</li> <li>- Chlamydia Trichomatis</li> <li>- Vaginose bactérienne</li> <li>- Sérologie :syphilis</li> <li>- VIH</li> </ul> </li> </ul>	<b>IV. 1 Complications des IST:</b> <b>IV.1.1 Chez la femme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie inflammatoire pelvienne</li> <li>• Pelvipéritonite</li> <li>• Abscès pelvien               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Péritonite</li> <li>◦ Cancer du col de l'utérus</li> </ul> </li> </ul> <b>IV.1.2 Chez l'homme</b>	(voir ordiogrammes en annexe)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les tests supplémentaires alternatifs doivent de préférence être différents (test indirect plutôt que de type compétitif et utiliser des antigènes autres que ceux utilisés pour le test initial afin de réduire le risque de résultats faussement positifs (lysats viraux de préférence aux polypeptides recombinants ou synthétiques)</li> <li>• Les techniques utilisées pour les tests supplémentaires conventionnels sont : le Western Blot (WB), l'immunofluorescence indirecte et la radio-immunoprécipitation (RIPA). Un test supplémentaire conventionnel est nécessaire seulement en l'absence de concordance dans les résultats des tests initiaux et du test supplémentaire alternatif, ou en cas de réaction équivoque à l'un ou l'autre des tests.</li> <li>• S'il n'y a pas de possibilité d'effectuer un test supplémentaire conventionnel, il faut faire un second prélèvement sanguin et l'analyser deux semaines après le premier. Le second échantillon doit être adressé à un laboratoire de référence si le résultat demeure équivoque.</li> <li>• Aux stades précoces de la séroconversion, les résultats obtenus par le WB peuvent être indéterminés. Tester à nouveau le même échantillon. Si le schéma se répète, refaire un second prélèvement et l'analyser 2 semaines après le premier. Si le schéma persiste, le sujet doit être testé périodiquement pendant au moins 6 mois. Une personne dont les résultats au test continuent d'être systématiquement indéterminés pendant 6 mois, en l'absence de facteurs de risque épidémiologiques ou de signes cliniques, peut être considérée comme négative pour les anticorps anti-VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epididymite</li> <li>• Orchite</li> <li>• Prostatite-vésiculite</li> <li>• Abscès urinaires</li> </ul> <b>IV. 2 Séquelles des IST</b> <b>IV. 2.1 chez la femme</b> Infécondité <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grossesse extra utérine</li> </ul> <b>IV. 2.2 Chez l'homme</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rétrécissement urétral</li> <li>• Stérilité par azoospermie excrétoire</li> </ul>	

<b>VI. ANNEXES</b>		
<b>ANNEXE 1 : ORDINOGRAMMES IST</b>	<b>ANNEXE 2 : ORDINOGRAMME INFECTIONS OPPORTUNISTES</b>	<b>ANNEXE 3 : Classifications utilisées pour le VIH</b>
I.1 Ulcération génitale I.2 Ecoulement urétral chez l'homme I.3 Ecoulement vaginal I.4 Douleur abdominale basse chez la femme	<b>2.1 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'Infection à VIH chez l'Adulte au niveau Poste de Santé</b>	<b>ANNEXE 4 : Fiche technique de l'examen clinique du patient</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Fièvre</li> <li>• Candidose buccale</li> <li>• Céphalées</li> </ul>	<b>ANNEXE 5 : Contenu du counseling</b>
	<b>2.2 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'Adulte au niveau Centre de Santé</b>	<b>ANNEXE 6 :Thèmes d'IEC</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Lymphadénopathies</li> <li>• Toux chronique</li> </ul>	<b>ANNEXE 7 :Diagnostic para clinique des IST au niveau hospitalier</b>
	<b>2.3 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'Infection à VIH chez l'Adulte au niveau Hôpital de référence</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Fièvre</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Lymphadénopathies</li> <li>• Toux chronique</li> </ul>	

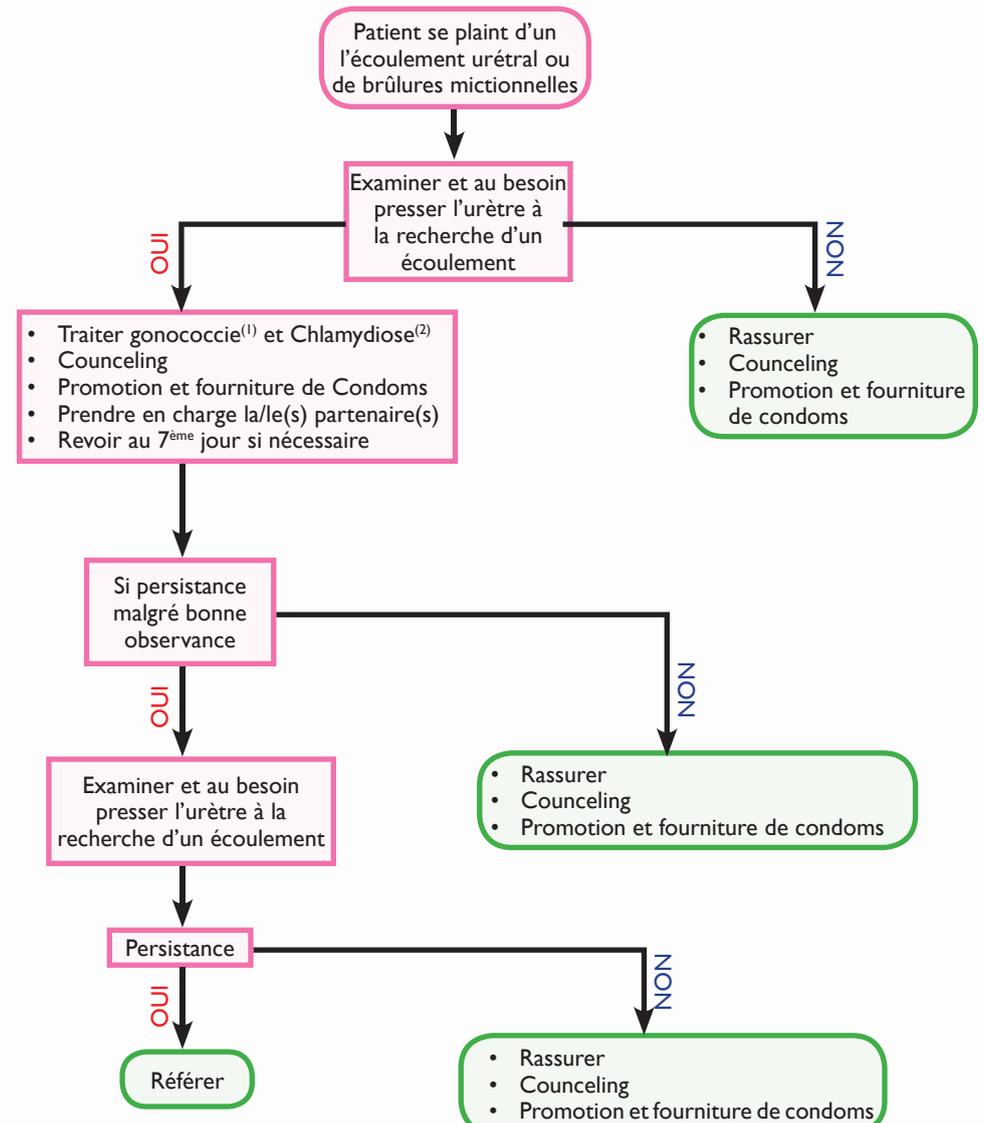
## ULCERATION GENITALE



(1) Ciprofloxacine 500mg par voie orale en dose unique (1er choix)

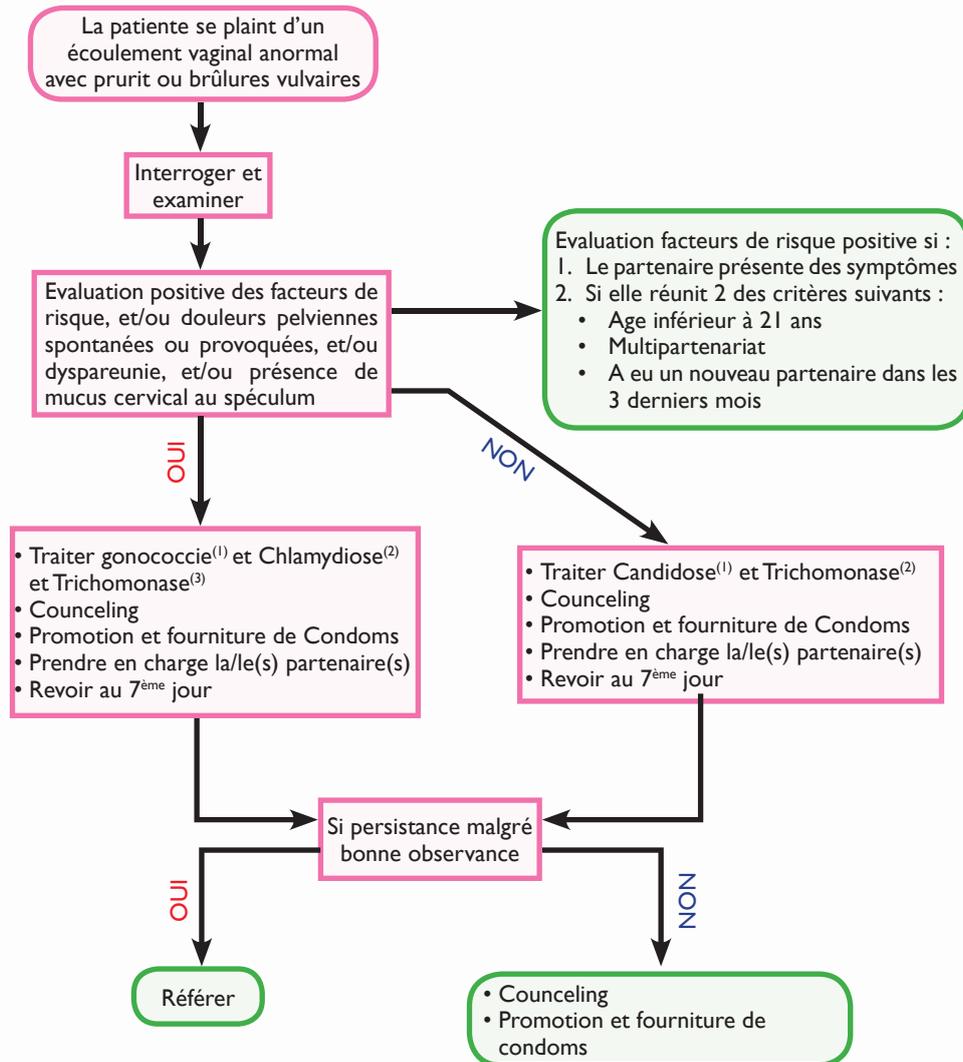
(2) Cotrimoxazole 480 mg 10 comprimés par jour pendant 3 jours (2ème choix) (2) Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours. (1er choix) Tétracycline 250 mg : 2 cp per os 4 fois par jour pendant 7 jours. En cas d'allergie ou traitement d'une partenaire enceinte/allaitante: Erythromycine 500 mg : 1 cp per os par jour pendant 7 jours

## ÉCOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME



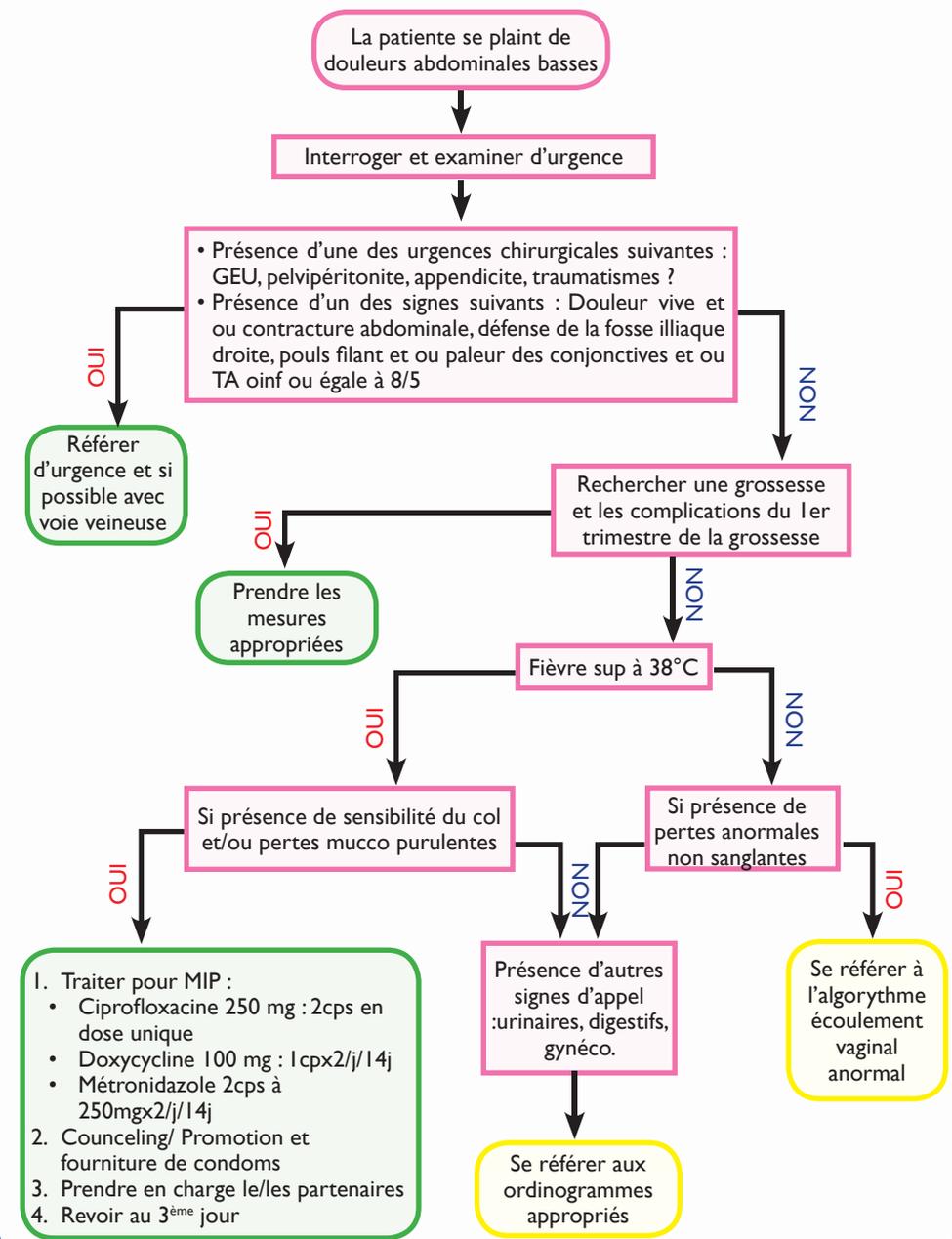
Ciprofloxacine 500mg par voie orale en dose unique (1er choix) Cotrimoxazole 480 mg 10 comprimés par jour pendant 3 jours (2ème choix) (2) Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours. (1er choix) Tétracycline 250 mg : 2 cp per os 4 fois par jour pendant 7 jours. En cas d'allergie ou traitement d'une partenaire enceinte/allaitante: Erythromycine 500 mg : 1 cp per os par jour pendant 7 jours (3) Métronidazole 250 mg : 8 comprimés en prise unique.

## ÉCOULEMENT VAGINAL



(1) - Ciprofloxacine 500 mg par voie orale en dose unique (1er choix) - Cotrimoxazole 480 mg 10 comprimés par jour pendant 3 jours (2è choix) - chez la femme enceinte/allaitante et l'enfant de moins de 15 ans: Ceftriaxone 250 mg 1 injection IM en dose unique ou spectinomycine 2g 1 injection IM en dose unique.(2) - Doxycycline 100 mg 2 fois par jour pendant 7 jours (1er choix) - Chez la femme enceinte/allaitante: Erythromycine 500 mg par voie orale 4 fois par jour pendant 7 jours.(3) Métronidazole 250 mg, 8 comprimés en prise unique (contre indiqué au 1er trimestre de la grossesse)(4) Nystatine 100 000 UI 1 ovule /jr /14 jrs (1er choix). Clotrimazole 200 mg crème vaginale en intravaginale par jour pendant 3 jours (2è choix)

## DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME

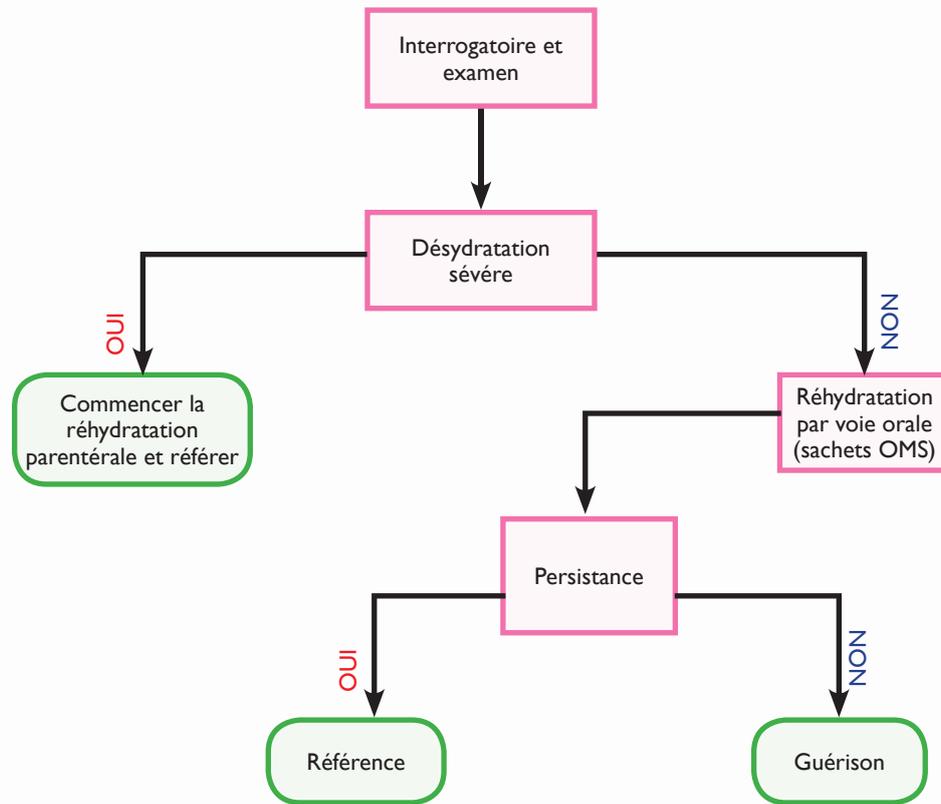


ANNEXE 2 : ORDINOGRAMME INFECTIONS OPPORTUNISTES

2.1 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'Infection à VIH chez l'Adulte au niveau Poste de Santé	2.2 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'infection à VIH chez l'Adulte au niveau Centre de Santé	2.3 Prise en charge clinique et thérapeutique de l'Infection à VIH chez l'Adulte au niveau Hôpital de référence
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Fièvre</li> <li>• Candidose buccale</li> <li>• Céphalées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fièvre</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Lymphadénopathies</li> <li>• Toux chronique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diarrhée chronique</li> <li>• Fièvre</li> <li>• Céphalées</li> <li>• Lymphadénopathies</li> <li>• Toux chronique</li> </ul>

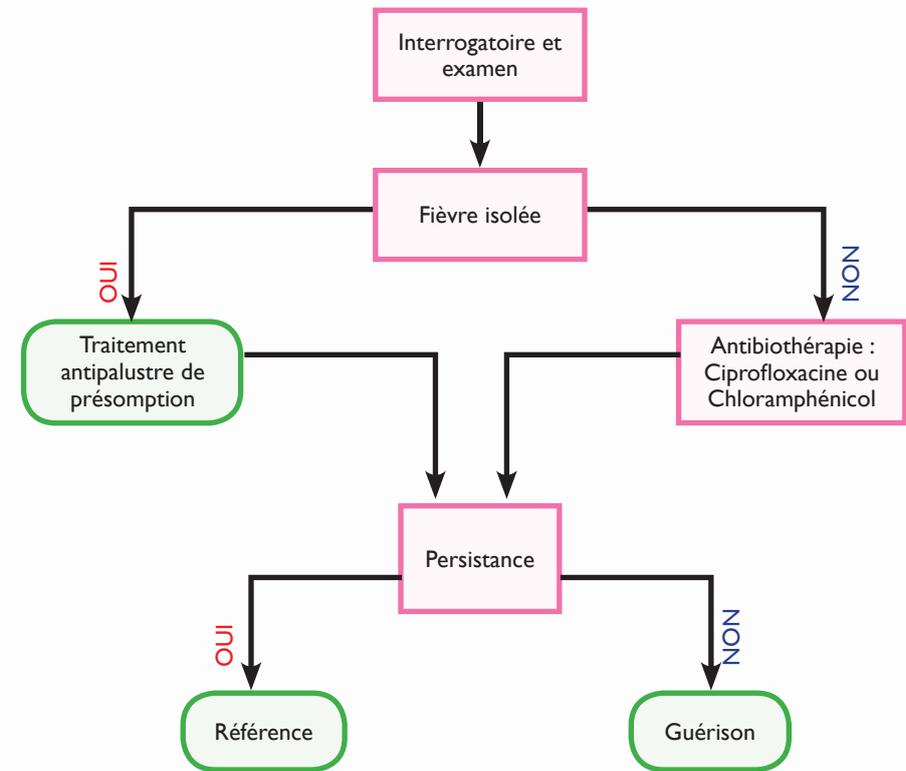
### DIARRHÉE CHRONIQUE

Emission d'au moins 3 selles/jour et ou qbondantes et ou liquides pendant 3 semaines



### FIÈVRE

T° > 37° pdt 1 semaine



## CANDIDOSE BUCCALE

Dépôt blanchâtre  
sur une langue  
érythémateuse

**TRAITER UN CANDIDOSE**  
Application locale d'une solution aqueuse à 1% de violet de gentiane x 2/jour/7j  
Nystatine suspension : 100 000 UI x 3/j pendant 7 jours

Persistence

OUI

Référence

NON

Guérison

## CEPHALEES Persistantes ne cédant pas aux antalgiques (a)

Interrogatoire et  
examen

Signes neurologiques :  
Déficit moteur, coma, convulsion

OUI

Référer

NON

Fièvre

OUI

Traitement  
antipalustre  
présomptif

NON

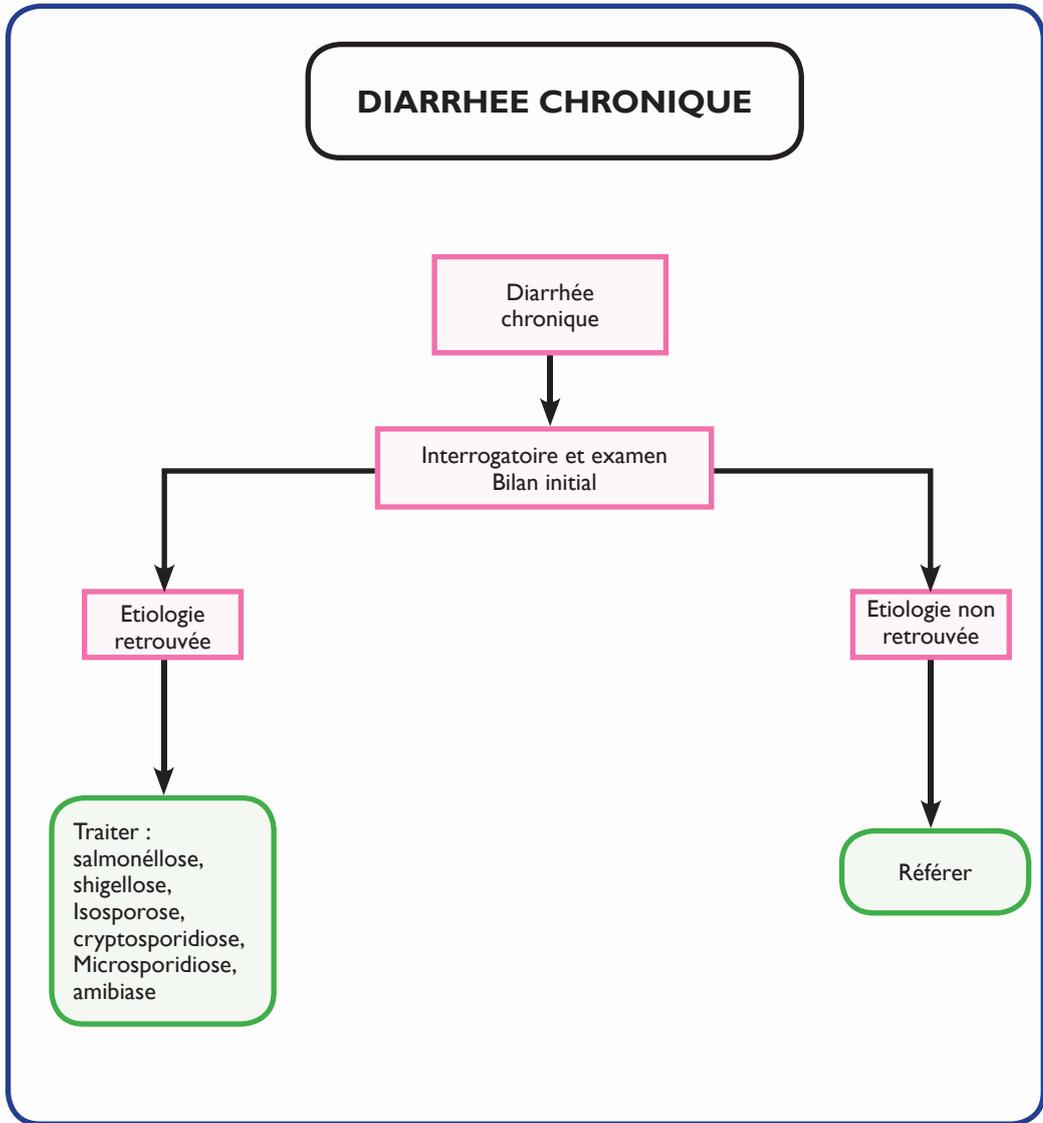
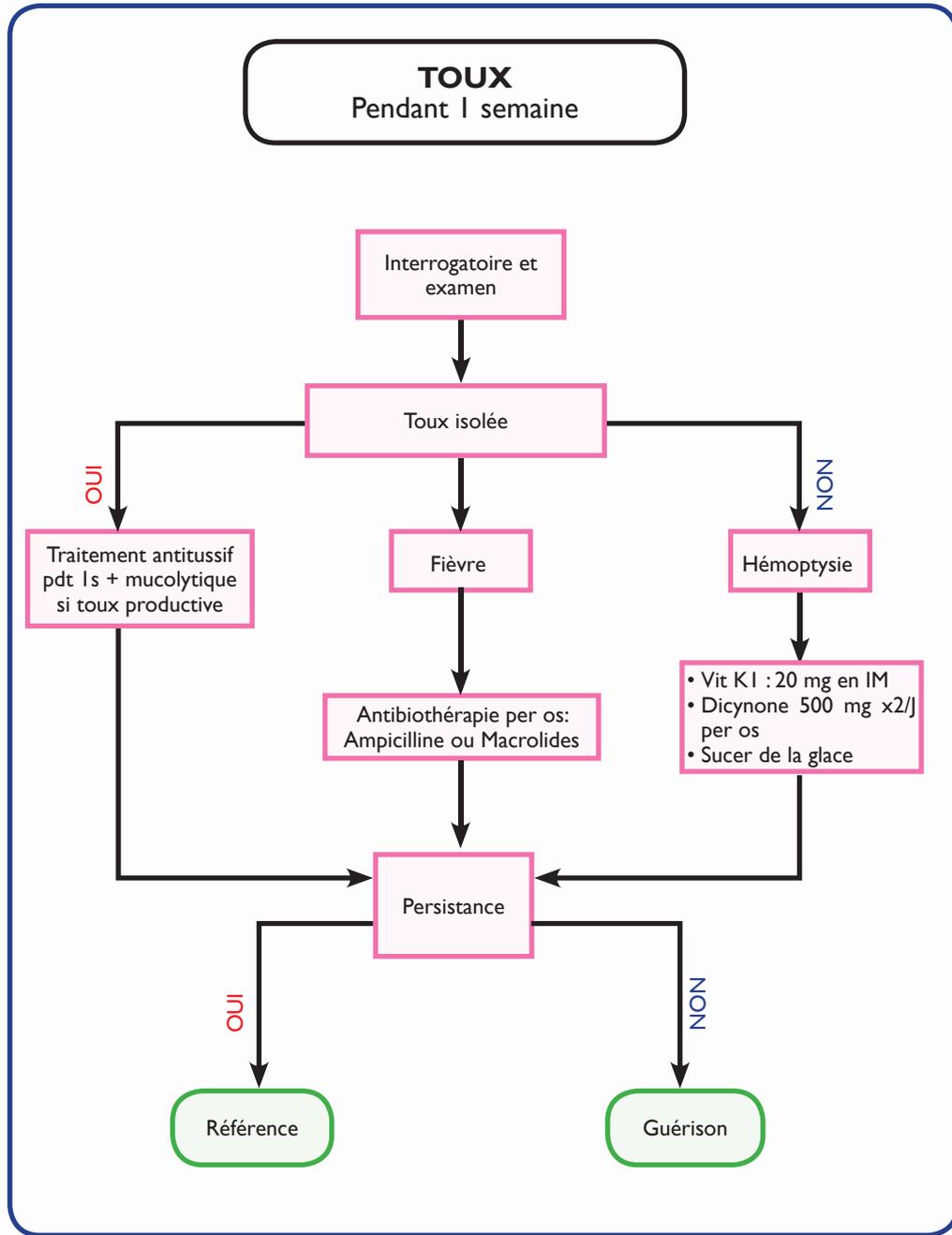
Persistence

OUI

Traitement  
antipalustre  
présomptif

NON

Guérison



## FIEVRE

Interroger  
Examiner  
Examens complémentaires

Etiologie  
retrouvée

Traiter :  
accès palustre,  
tuberculose,  
pneumopathie  
bactérienne  
supérieure,  
septicémie

Etiologie non  
retrouvée

Référer

## CEPHALEES

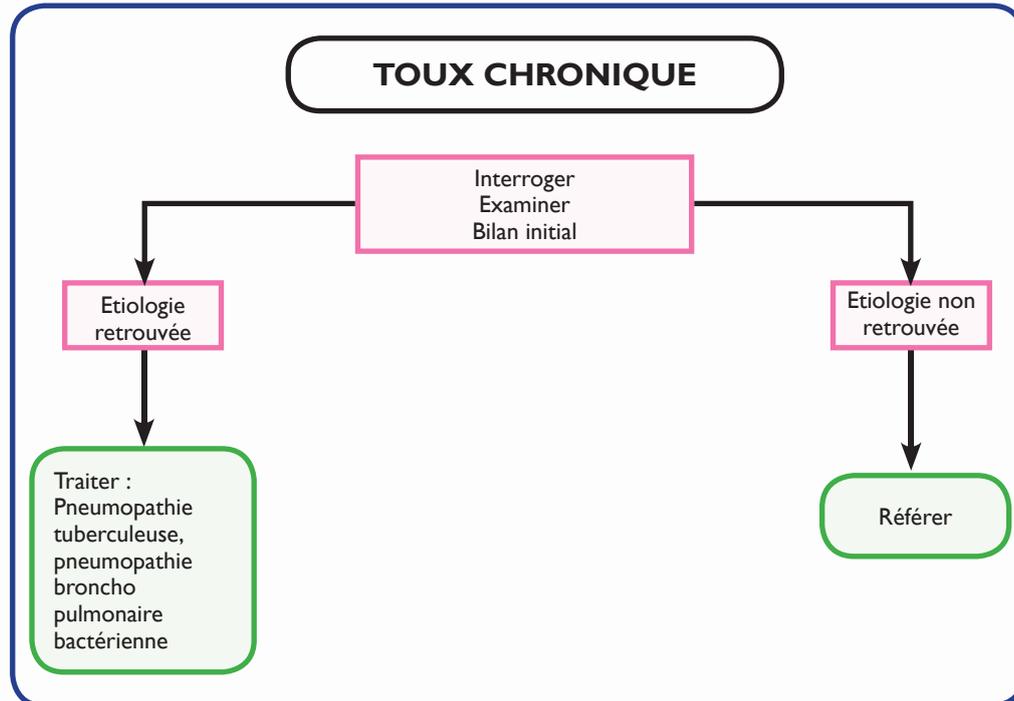
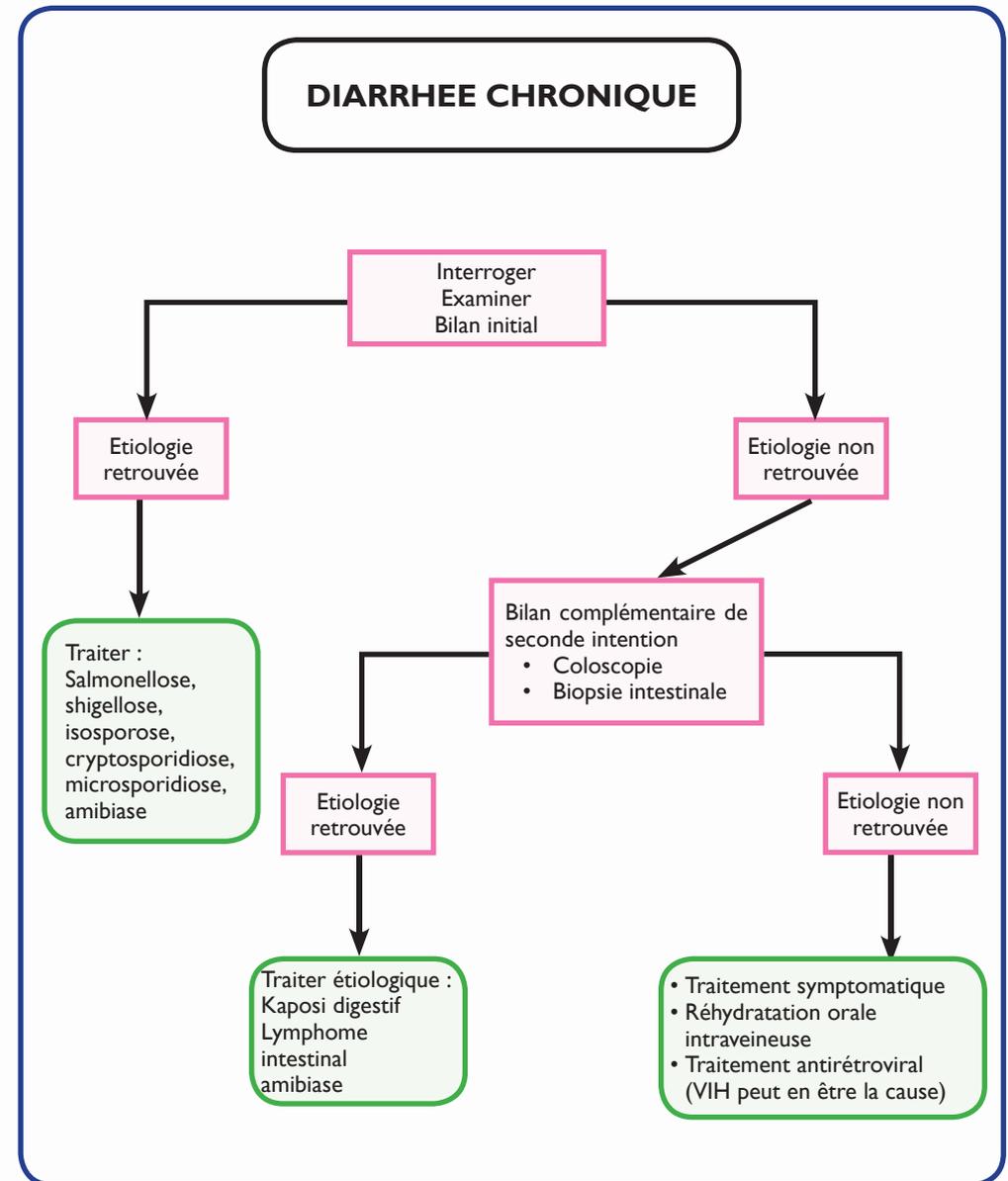
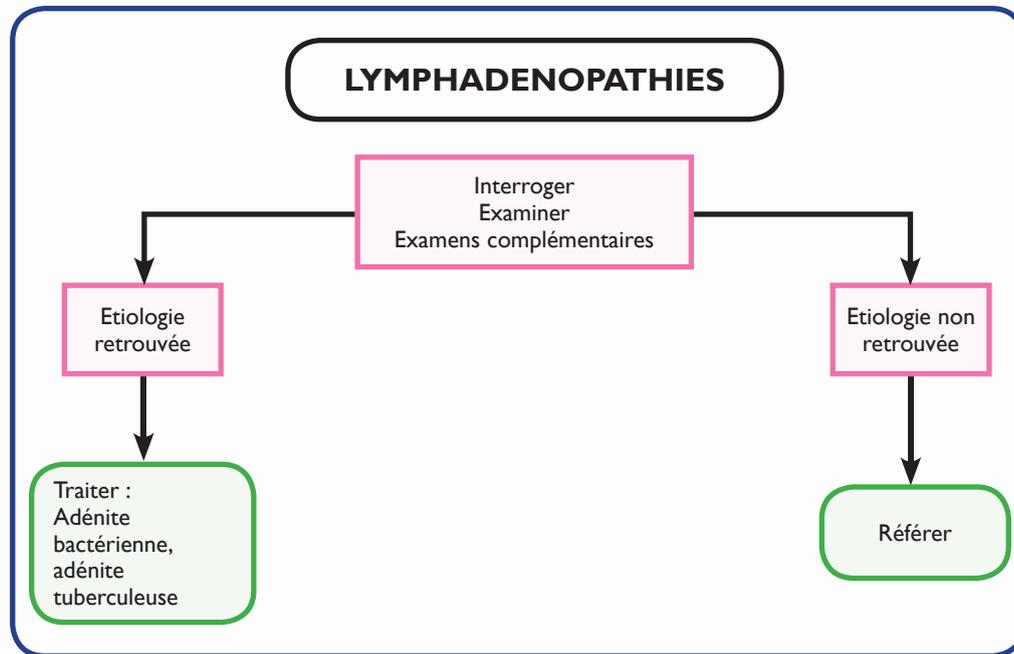
Interrogatoire  
Examen clinique  
Examens complémentaires

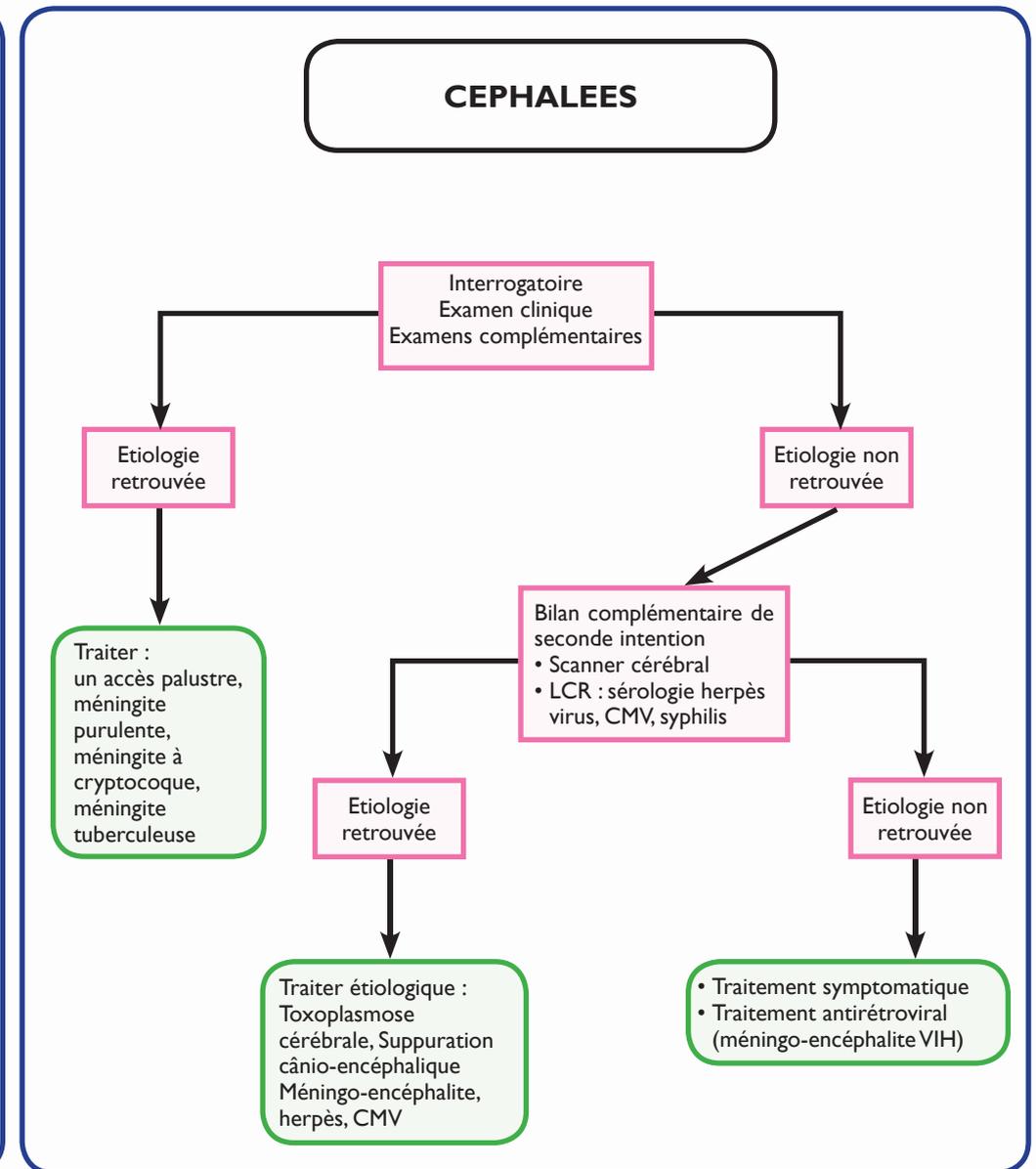
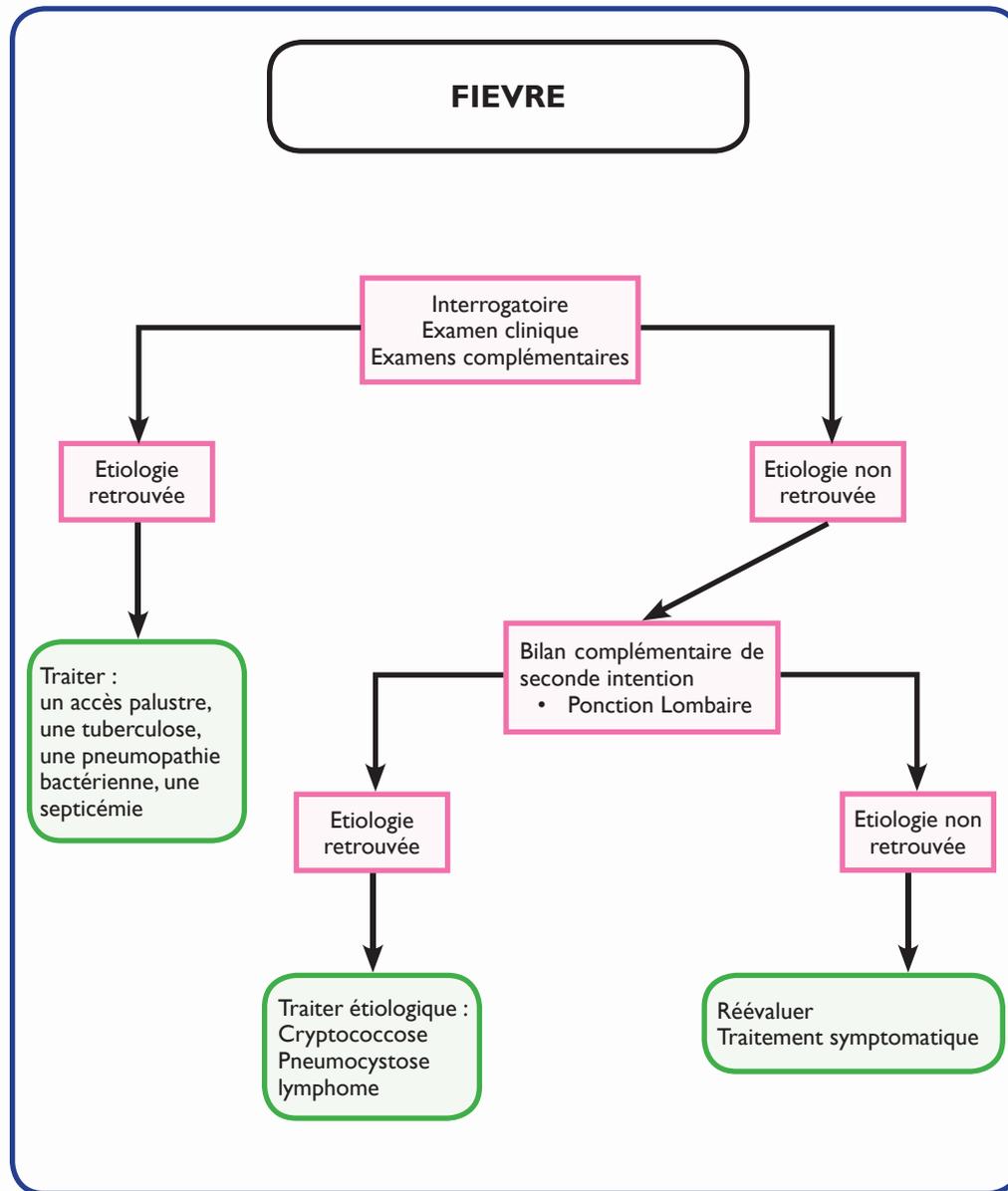
Etiologie  
retrouvée

Traiter :  
accès palustre,  
méningite  
purulente,  
méningite à  
cryptocoque,  
méningite  
tuberculeuse

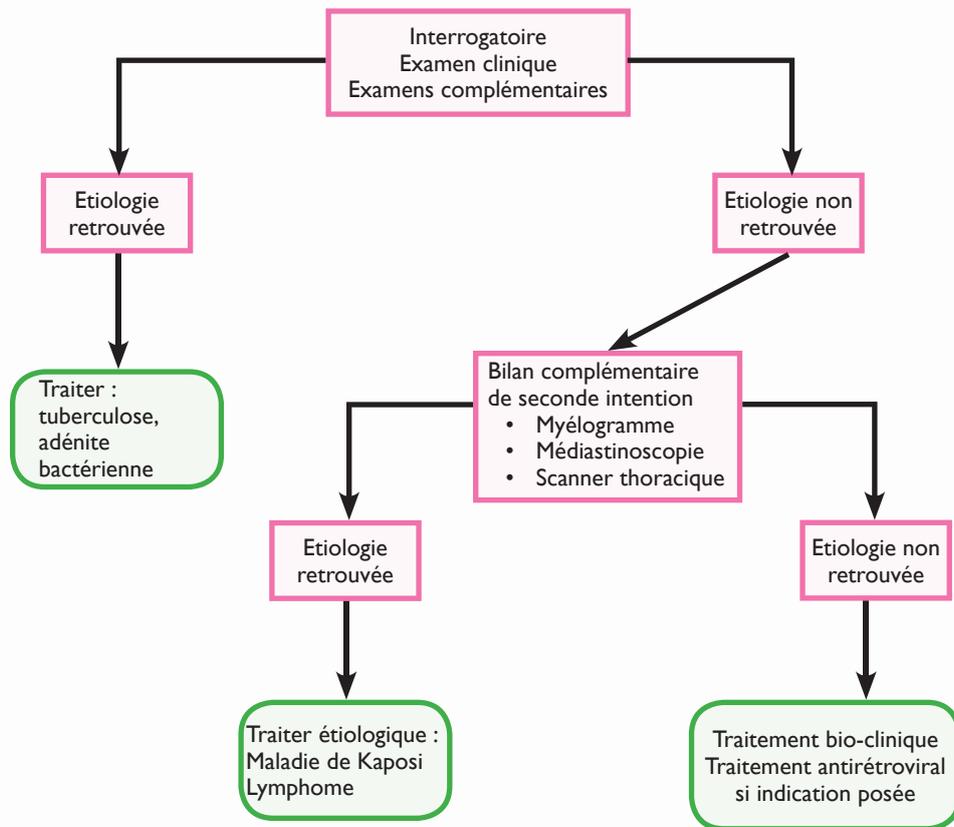
Etiologie non  
retrouvée

Référer

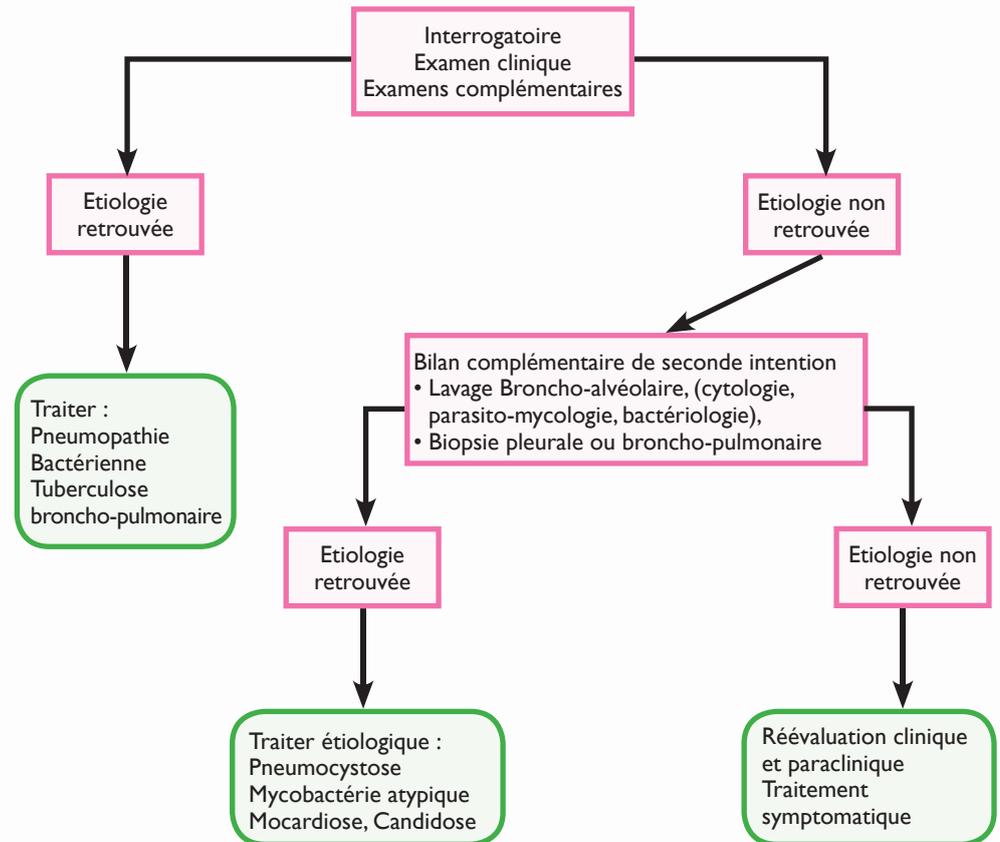




## LYMPHADENOPATHIES



## TOUX CHRONIQUE



ANNEXE 3 : Classifications utilisées dans le cadre de l'infection à VIH

3.1 Classification de Bangui : niveau Poste de santé					
Critères majeurs	Score	Critères mineurs	Score	Signes de haute valeur d'orientation diagnostique	Score
Amaigrissement > 10 % du poids corporel	4	Asthénie prolongée	4	Maladie de Kaposi	12
Fièvre > 1 mois d'évolution	3	Candidose bucco-oesophagienne	4	Cryptococcose neuro-méningée	12
Diarrhée pendant 1 mois	3	Herpès cutanéomuqueux récidivant	4		
		Dermatose prurigineuse généralisée	4		
		Zona multimétamérique	2		
		Adénopathies généralisées	2		
		Signes neurologiques	2		
		Toux et/ou pneumopathie	2		

*Le diagnostic clinique d'une infection à VIH doit être évoqué en présence de 2 signes majeurs + 1 signe mineur ou un Score > 12*

3.2 Classification de l'OMS : niveau centre de santé ou HR ou CHU			
Stade clinique 1	Stade clinique 2	Stade clinique 3	Stade clinique 4
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient asymptomatique</li> <li>• Adénopathie persistante généralisées</li> <li>• Degré d'activité 1 : activité normale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids &lt; 10 % du poids corporel</li> <li>• Zona (au cours des 5 dernières années)</li> <li>• Manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chérite angulaire)</li> <li>• Infections récidivantes des voies aériennes supérieures</li> <li>• Degrés d'activité 2 : patient symptomatique, activité normale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de poids &gt; 10 % du poids corporel</li> <li>• Diarrhée inexpliquées &gt; 1 mois</li> <li>• Candidose buccale</li> <li>• Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente</li> <li>• Infection bactérienne sévère</li> <li>• Degré d'activité 3 : patient alité moins de 50 % temps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndrome cachetisant dû au VIH</li> <li>• Pneumocystose</li> <li>• Toxoplasmose cérébrale</li> <li>• Cryptosporidiose avec diarrhée &gt; 1 mois</li> <li>• Cryptococcose extrapulmonaire</li> <li>• Cytomégalovirose</li> <li>• Herpès virose cutanéomuqueuse &gt; 1 mois ou visérale</li> <li>• Leucoencéphalite multifocale progressive</li> <li>• Mycose endémiques généralisée (histoplasmosse, coccidioïdomycose)</li> <li>• Candidose oesophagienne, trachéales, bronique ou pulmonaire</li> <li>• Mycobactériose atypique disséminée</li> <li>• Septicémie à salmonelle mineure</li> <li>• Tuberculose extrapulmonaire</li> <li>• Lymphome malin</li> <li>• Sarcomes de Kaposi</li> <li>• Encéphalopathie à VIH</li> <li>• Degré d'activité 4 : patient alité de plus de 50 % du temps</li> </ul>

### 3.3 Classification du CDC 1993 : Niveaux centre de santé ou HR ou CHU

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun critère des catégories B et C :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection VIH asymptomatique</li> <li>- Lymphadénopathie persistante généralisée</li> <li>- Primo-infection symptomatique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Engiématose bacillaire</li> <li>- Candidose oropharyngée</li> <li>- Candidose vaginale, persistance, fréquente ou qui répond mal au traitement</li> <li>- Dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ</li> <li>- Syndrome constitutionnel : fièvre (38°5 C) ou diarrhée supérieure à 1 mois</li> <li>- Leucoplasie chevelue de la langue</li> <li>- Zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome</li> <li>- Purpura thrombocytopénique idiopathique</li> <li>- Listériose</li> <li>- Neuropathie périphérique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette catégorie correspond à la définition de sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est définitivement dans la catégorie C :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Candidose bronchique, trachéale ou extrapulmonaire</li> <li>- Candidose de l'œsophage</li> <li>- Cancer invasif du col</li> <li>- Coccidioïdomycose disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Cryptococcose extrapulmonaire</li> <li>- Cryptosporidiose intestinale évoluant depuis plus d'un mois</li> <li>- Infection à CMV (autre que foie, rate, ganglions)</li> <li>- Rétinite à CMV</li> <li>- Encéphalopathie due au VIH</li> <li>- Infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois ; ou bronchique, pulmonaire ou oesophagienne</li> <li>- Histoplasmosse disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Isosporidiose intestinale chronique (supérieur à un mois)</li> <li>- Sarcome de Kaposi</li> <li>- Lymphome de Burkitt</li> <li>- Lymphome immunoblastique</li> <li>- Lymphome cérébral primaire</li> <li>- Infection à Mycobacterium avium ou kansii, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Infection à Mycobacterium tuberculosis, quel que soit la localisation (pulmonaire ou extrapulmonaire)</li> <li>- Infection à mycobactérie identifiée ou non, disséminée ou extrapulmonaire</li> <li>- Pneumopathie bactérienne récurrente</li> <li>- Leuco-encéphalite multifocale progressive</li> <li>- Septicémie à salmonelle non typhi récurrente</li> <li>- Syndrome cachectique dû au VIH</li> <li>- Toxoplasmose cérébrale</li> </ul> </li> </ul>

## ANNEXE 4 : FICHE TECHNIQUE DE L'EXAMEN CLINIQUE DU PATIENT

Etapes de la prise en charge syndromique des cas de IST

4. L'histoire de la maladie	
Elle doit porter sur les points suivants:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Etablissement d'un climat de confiance</li> <li>2. Motif de la consultation</li> <li>3. Histoire sexuelle</li> <li>4. Evaluation des risques</li> <li>5. Antécédents médicaux</li> </ol>

1.1. Etablissement de confiance		1.2. Antécédents médicaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garder l'esprit que la plupart des questions qui sont posées à un patient souffrant de IST peuvent être gênantes. Ce sentiment de gêne peut entraîner une attitude de refus de la part du patient. Il peut également ne pas vous dire la vérité ou ne pas partager avec vous des informations essentielles. Il risque finalement de ne pas revenir à la consultation suivante.</li> </ul>	<p>Les attitudes qui peuvent entraîner un gêne chez le patient sont les suivantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne pas lui dire bonjour quand il arrive à votre cabinet</li> <li>• ne pas le regarder quand vous lui posez des questions</li> <li>• utiliser un ton accusateur</li> <li>• utiliser un vocabulaire inintelligible</li> <li>• regarder votre montre pendant la consultation</li> <li>• lire des papiers ou des magazines pendant la consultation</li> <li>• permettre des interruptions</li> <li>• rester assis pendant que le patient est debout devant vous</li> <li>• afficher une expression peu amicale pendant la consultation</li> <li>• adopter une attitude de défi</li> <li>• avoir des gestes d'agacement</li> </ul>	<p>Certaines attitudes et certains gestes peuvent vous aider à initier une meilleure relation de prestataire à patient; ces attitudes et gestes permettront alors d'obtenir une meilleure histoire clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Souhaiter la bienvenue à vos patients quand ils arrivent à votre cabinet</li> <li>• Regarder-les quand vous leur posez des questions</li> <li>• Écouter-les attentivement</li> <li>• Il est important de toujours souligner le caractère privé et confidentiel de la consultation</li> <li>• Toutes ces précautions ne prennent pas de temps supplémentaires, mais permettent plutôt de mieux traiter les patients.</li> <li>• Les autres facteurs de risque (ex: le partage des aiguilles avec d'autres personnes).</li> <li>• L'évaluation des risques peut aider à éduquer et à conseiller les patients en fonction de leurs besoins. Elle peut également aider à prendre des décisions thérapeutiques. Les questions destinées à mesurer les risques du patient doivent être adaptées à la réalité locale.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histoire des IST antérieures.</li> <li>• Recherche allergies médicamenteuses.</li> </ul>

### 2. Examen physique

Chez l'homme	Chez la femme
<b>Examen clinique</b>	<b>Examen clinique</b>
<p>Doit être mené comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen de la cavité buccale</li> <li>2. Recherche de ganglions lymphatiques cervicaux, axillaires, inguinaux</li> <li>3. Examen de la peau pour dépister d'éventuelles éruptions, ulcérations, etc</li> <li>4. Examen des poids du pubis pour détecter la présence de phtirius pubis</li> <li>5. Examen de l'anus</li> <li>6. Examen de la peau du pénis en retirant le prépuce</li> <li>7. Pression de l'urètre pour voir s'il y a des écoulements</li> <li>8. Examen du scrotum (testicules, épидидyme, cordon spermatique)</li> </ol>	<p>Doit être mené comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Examen de la cavité buccale</li> <li>2. Examen du système lymphatique</li> <li>3. Examen de la peau pour rechercher des éruptions et des ulcérations</li> <li>4. Examen de l'abdomen</li> <li>5. Examen des poils du pubis pour détecter la présence de phtirius pubis</li> <li>6. Examen du périnée, de la vulve et de la région inguinale</li> <li>7. Examen du vagin et du col de l'utérus avec un spéculum</li> <li>8. Examen bi-manuel du pelvis</li> </ol>

Chez l'homme		
<b>Examen de la cavité buccale</b>	<b>Examen du système lymphatique</b>	<b>Examen de la peau</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des lésions muqueuses évoquant la syphilis. La présence de candidose ou du sarcome de kaposi suggère le diagnostic du SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des adénopathies localisées ou généralisées. Aussi bien la syphilis que le SIDA peuvent produire des adénopathies généralisées. Il faut bien examiner la région inguinale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Détecter la présence d'éruptions et d'ulcérations. Les lésions de syphilis secondaire peuvent ressembler à n'importe quelle affection cutanée et se trouver sur n'importe quelle partie du corps, savoir les rechercher sur les paumes des mains et sur la plante des pieds.</li> </ul>
<b>Examen de l'abdomen</b>		<b>Examen des poils du pubis</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avant de procéder à l'examen pelvien, il convient d'examiner l'abdomen. Il faut rechercher l'éventuelle présence de douleur, de résistance et de pression abdominale, ainsi que la présence de masses dures.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut rechercher la présence de Phthirus pubis (morpion)</li> </ul>
<b>Examen de l'anus</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des lésions d'herpès génital, ou des condylomes, etc</li> </ul>		
<b>Examen du pénis</b>		<b>Examen du scrotum</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher la présence d'éruptions et d'ulcérations. Si le patient n'est pas circoncis, dérouler le prépuce et examiner le gland, le sillon préputial, le frein et le méat urétral. S'il n'y a pas d'écoulement urétral évident, masser l'urètre pour vérifier qu'il n'y a pas d'écoulement.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Palper le scrotum pour essayer de décrocher d'éventuelles anomalies des testicules, de l'épididymes et du cordon spermatique.</li> </ul>
Chez la femme		
<b>Examen de la cavité buccale</b>	<b>Examen du système lymphatique</b>	<b>Examen de la peau</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des lésions muqueuses évoquant la syphilis. La présence de candidose ou du sarcome de kaposi suggère le diagnostic du SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher des adénopathies localisées ou généralisées. Aussi bien la syphilis que le SIDA peuvent produire des adénopathies généralisées. Il faut bien examiner la région inguinale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Détecter la présence d'éruptions et d'ulcérations. Les lésions de syphilis secondaire peuvent ressembler à n'importe quelle affection cutanée et se trouver sur n'importe quelle partie du corps, savoir les rechercher sur les paumes des mains et sur la plante des pieds.</li> </ul>
<b>Examen de l'abdomen</b>	<b>Examen des poils du pubis</b>	<b>Examen du périnée, de la vulve et de la région inguinale</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Avant de procéder à l'examen pelvien, il convient d'examiner l'abdomen. Il faut rechercher l'éventuelle présence de douleur, de résistance et de pression abdominale, ainsi que la présence de masses dures.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Il faut rechercher la présence de Phthirus pubis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pour commencer l'examen, on palpe la région inguinale pour détecter d'éventuelles adénopathies et des masses dures. Ensuite, il faut inspecter la région du pubis, la vulve, le périnée et la région périanale. Il faut inspecter la région du pubis, la vulve, le périnée et la région périanale. Il faut rechercher la présence de phthirus pubis, d'érythèmes et de lésions. Examiner les lèvres et l'urètre pour dépister d'éventuelles lésions ou pertes. Apprécier les caractères des pertes vaginales (couleur, odeur, consistance).</li> </ul>
<b>Examen du vagin et du col</b>		<b>Examen bi-manuel</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Procéder à un examen au moyen d'un spéculum. Il faut disposer d'une source de lumière suffisante. Il faut introduire le spéculum délicatement dans le vagin, et inspecter la présence éventuelle d'érythèmes, de pertes et de lésions, ou d'excroissances. Vous pouvez procéder à des prélèvements vaginaux afin de les faire examiner à l'état frais et d'établir un diagnostic de vaginose bactérienne, de vaginite à trichomonas et de candida. Observer le col et rechercher des anomalies.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Avec précaution et délicatesse, palper les parois vaginales, le col de l'utérus ainsi que les régions voisines pour rechercher des douleurs de la sphère génitale haute pouvant évoquer une maladie inflammatoire pelvienne. On peut mettre en évidence l'écoulement urétral en raclant la partie supérieure du vagin, d'arrière en avant par le doigt intravaginal et en faisant une pression du pelvis avec la main abdominale. On peut procéder à un examen recto-vaginal si l'examen vaginal n'est pas concluant, si l'utérus est rétro versé ou si l'on observe une douleur du cul de sac postérieur au cours de l'examen gynécologique.</li> </ul>

## ANNEXE 5: CONTENU DU COUNSELING

<b>1. COUNSELING EN PRE-TEST</b>	
Le counseling doit précéder tout test de dépistage. L'attente d'un résultat sérologique est tout aussi génératrice d'angoisse, de peur, d'interprétations abusives qu'un statut sérologique positif. Dès lors, il s'avère utile, pour le conseiller de s'assurer de la bonne compréhension par le consultant de la signification d'un test positif ou négatif et des implications respectives de ces résultats.	
<b>CE QU'IL FAUT FAIRE</b>	<b>CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer de la faisabilité du test</li> <li>• Connaître les raisons du test</li> <li>• Apprécier le niveau d'information et le compléter au besoin</li> <li>• Assurer la confidentialité</li> <li>• Obtenir un consentement éclairé</li> <li>• S'enquérir de l'existence d'un réseau de soutien et d'aide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livrer des informations incomplètes</li> <li>• Induire l'angoisse par des attitudes ou des propos inadéquats</li> </ul>
<b>2. COUNSELING POST-TEST</b>	
L'annonce du résultat est obligatoire. C'est un temps fort du counseling. La démarche qui s'ensuit, est fonction du statut sérologique.	
<b>2.1. A l'annonce du résultat du test</b>	<b>2.2. En cas de séropositivité</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'y a pas de recettes. L'annonce sera d'autant plus facilitée que le counseling en pré-test aura été bien mené.</li> <li>• Les réactions du consultant seront fonction de son statut sérologique, de sa personnalité et du savoir-faire du conseiller.</li> <li>• L'annonce du résultat positif du test provoque presque toujours une situation de crise, extériorisée ou non.</li> </ul>	Il est important d'aider le consultant à gérer la situation de crise et à mieux vivre son nouveau statut.
<b>CE QU'IL FAUT FAIRE</b>	<b>CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter les préalables déjà cités (confidentialité, confirmation)</li> <li>• Renouveler les informations relatives à l'infection à vih/sida</li> <li>• Encourager à l'adoption de comportement aptes à réduire les risques de transmission et d'apparition de co-facteurs (IST)</li> <li>• L'aider à gérer sa sexualité</li> <li>• Le soutenir face aux perturbations psychosociales</li> <li>• L'amener à prendre ses responsabilités individuelles face au (ou à la) partenaire et à la communauté</li> <li>• Assurer des consultations régulières, d'abord seul puis avec le (ou la) partenaire</li> <li>• L'impliquer comme acteur dans la lutte contre le SIDA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taire le résultat</li> <li>• Ignorer l'éventualité de réactions psychosociales</li> <li>• Minimiser un comportement de refus, nuisible pour lui-même et pour les autres</li> <li>• Négliger le soutien psychosocial</li> <li>• Ne pas prendre en compte les valeurs culturelles et religieuses</li> </ul>
<b>2.3. En cas de séronégativité</b>	<b>CE QU'IL FAUT FAIRE</b>
La personne se sentira soulagée. Le conseiller devra l'aider à préserver son statut sérologique.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maintenir la confidentialité</li> <li>• Reprendre les informations données au pré-test</li> <li>• S'assurer d'une compréhension du processus de l'infection à VIH/SIDA</li> <li>• L'encourager à une pratique sans risque</li> <li>• Maintenir le contact</li> <li>• L'impliquer comme acteur dans la lutte contre le SIDA.</li> </ul>

## DÉROULEMENT DU COUNSELING

Le counseling est un processus qui se déroule souvent en plusieurs séances selon le cas et en fonction de la personnalité de l'individu dans le but de prévenir la propagation du VIH grâce à un changement de comportement, le conseiller doit :

- Réserver au consultant un accueil ouvert (salutations, détente de l'atmosphère, mise en confiance), sans excès.
- Aider le consultant à raconter son histoire en ayant à l'esprit que chaque personne vit une situation unique ou une histoire propre et des problèmes spécifiques.
- Cerner la personnalité du consultant en identifiant son réseau socio-familial
- L'écouter attentivement en analysant son comportement (regard, voix, gestes) en évitant au maximum de l'interrompre
- S'atteler à déceler les messages tacites
- Éviter d'émettre des jugements de valeurs ou de se poser en donneurs de leçons
- Lui poser des questions pertinentes et bien à propos
- Éviter les questions fermées, c'est à dire à réponses par "oui" ou "non";
- Lui fournir des explications et apporter à ses questions des réponses claires et compréhensibles
- Éviter les hésitations, tout en reconnaissant ses propres limites
- Lui redonner confiance en lui-même;
- L'aider à prendre des décisions en connaissance de cause
- L'amener à être un acteur responsable devant sa partenaire, sa famille et son entourage
- Le soutenir dans ses projets d'avenir

### 2.4. La famille et l'entourage

Compte tenu des rapports entre le sujet et son entourage d'une part, et des réalités sociales d'autre part, le conseiller devra particulièrement s'attacher à :

- Responsabiliser le sujet contaminé dans ses relations avec son entourage
- Induire un réseau de soutien au sein de la communauté
- Répondre aux questions de l'entourage en accord avec le consultant
- Réduire tout risque de rejet
- Discuter avec le (ou la) partenaire durant les consultations ultérieures et faciliter le dépistage en accord avec le consultant
- Amener à éviter toute pratique à risque (rapports sexuels non protégés, échanges de seringues, co-facteurs
- Prendre en considération les valeurs culturelles et religieuses du groupe

### 3. En l'absence de test

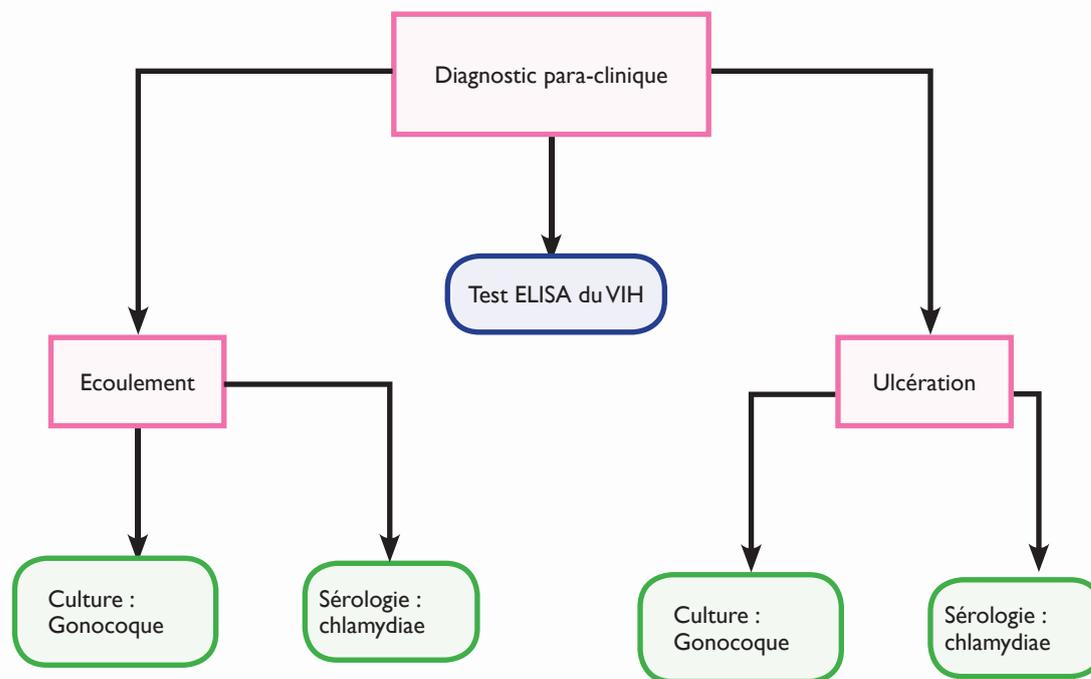
Dans le cas spécifique, il appartient au médecin, se référant à la classification de Bangui, de poser le diagnostic et de suggérer la mise en oeuvre du counseling, en attendant la sérologique.

## ANNEXE 6 : THÈMES D'IEC

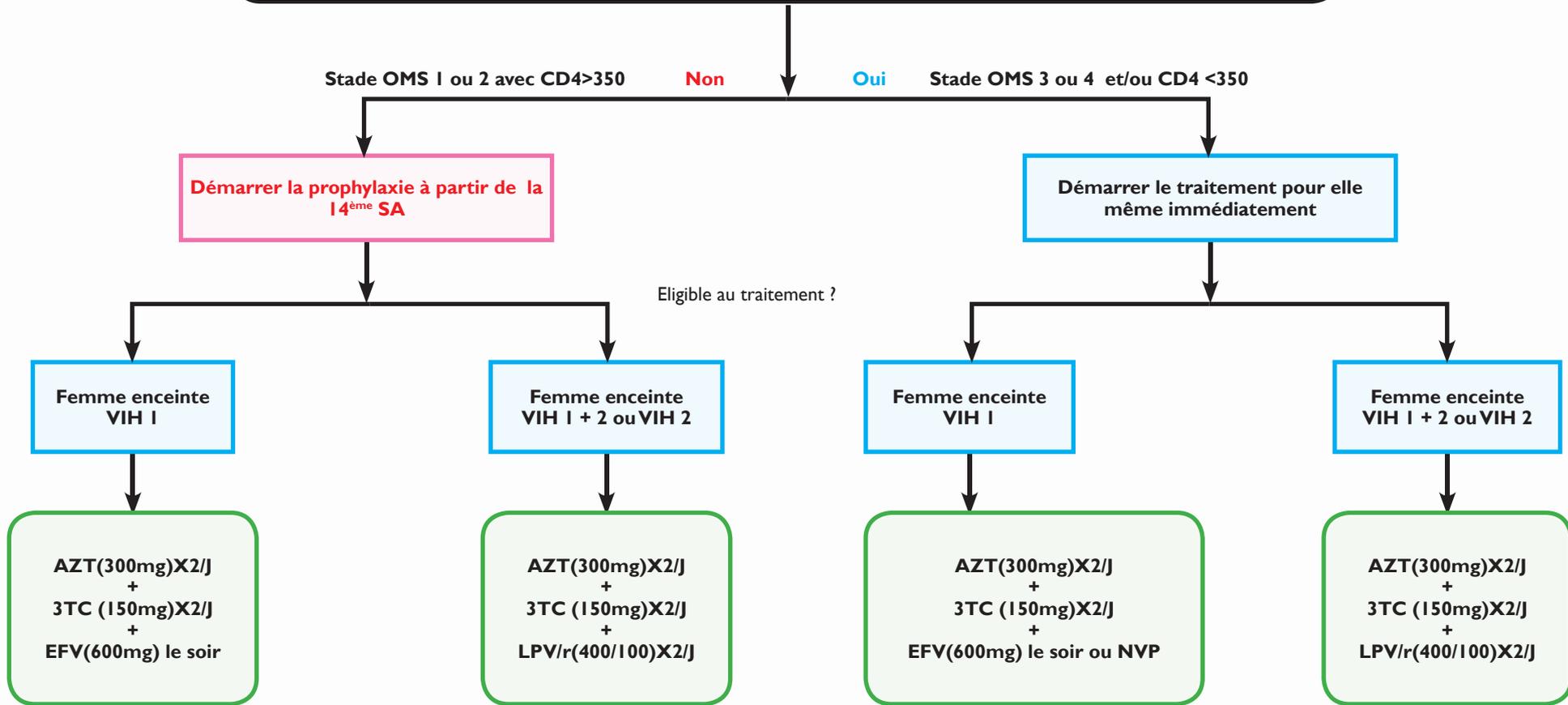
### Les thèmes suivants sont recommandés pour les séances d'IEC

- Les modes de transmission,
- Les manifestations cliniques
- Les complications
- Les liens entre les IST et le VIH/SIDA
- Les méthodes préventives (IST, VIH, PTME, CDV)
- L'accompagnement et soutien psycho social aux PVVIH

**DIAGNOSTIC PARACLINIQUE AU NIVEAU DE L'HOPITAL REGIONAL DES IST**



## FEMME DEPISTEE PENDANT LA GROSSESSE



- Préférer NVP au 1<sup>er</sup> trimestre : 200mg 1 fois /J les 14 premiers jours puis 200mgX2/J
- Doser l'Hb , si < 8,5 g/dl traiter l'anémie et remplacer AZT par TDF (200 mg/J)
- Apparition de signes cliniques de toxicité à la NVP et/ou CD4 > 250 cell/mm → Surveiller la fonction hépatique et remplacer NVP par IP si toxicité avérée

Evaluation clinique à J15, M1 puis tous les 2 mois

Evaluation biologique tous les 3 mois (NFS, créatininémie, transaminases et dosage des CD4)

## Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME)

I. DEPISTAGE			
AVANT LA GROSSESSE	PENDANT LA GROSSESSE	APRES LA GROSSESSE	PENDANT L'ALLAITEMENT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information la plus large possible de la communauté sur la PTME (CDV,CCA, GPF, collègues/Lycées..)</li> <li>- Conseil dépistage volontaire</li> <li>- Dépistage à l'initiative du prestataire</li> <li>- Proposition systématique du test VIH lors du bilan pré-nuptial ou préconception</li> </ul>	<p>Proposer le conseil et le dépistage le plus tôt possible</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1ère CPN et à chaque contact tout au long de la grossesse</li> <li>- Pendant le travail               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Conditions : Confidentialité, sécurité, consentement éclairé</li> <li>o Mesures à prendre : rendre disponibles les tests rapides en salle d'accouchement et former les sages-femmes à leur utilisation.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration du conseil et dépistage du VIH dans le paquet de soins du post partum</li> <li>- Consultations post natales: avant la sortie de la maternité, en 1ère CPoN (J1-J3), 2ème CPoN (J9 – J15), 3ème CPoN (J16-J42).</li> <li>- En cas d'accouchement à domicile: proposer le test à la mère dès le premier contact avec le personnel de santé               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Distribution de dépliants illustrés avec des informations générales sur la prise en charge de l'enfant et ses droits en langues nationales lors de l'établissement du certificat d'accouchement</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lors des consultations pédiatriques Tout contact avec un enfant est une occasion pour faire passer des messages de prévention aux parents</li> <li>2. Lors des vaccinations</li> </ol>

### 3.2. Protocoles pour le conseil et dépistage du VIH initié par le prestataire pendant la CPN

Options de conseil et dépistage	Etapas du Conseil et dépistage en CPN	
	Sensibilisation de groupe au début de la séance de CPN	Conseil avant le test au cours de la consultation individuelle
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de dépistage systématiquement proposé au 1er contact avec la femme enceinte               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Même si le 1er contact a lieu au moment du travail, à l'accouchement, juste après la naissance ou pendant l'allaitement</li> </ul> </li> <li>- Test proposé chez les femmes en âge de procréer à toutes les occasions possibles (consultation gynécologique, planning familial, conseils préconceptionnels, bilan de stérilité, bilan pré-nuptial...)</li> <li>- Test systématiquement proposé en cas de               <ul style="list-style-type: none"> <li>o IST</li> <li>o Tuberculose</li> <li>o Symptômes cliniques d'autres IO (cf annexe classification OMS)</li> </ul> </li> <li>- Test effectué à la demande des patientes</li> </ul> <p>La proposition de test de dépistage sera renouvelée en toutes ces occasions même en cas de résultat antérieur négatif</p>	<p>Des séances d'information de groupe doivent être organisées à l'intention des femmes enceintes présentes dans les salles d'attente des CPN et de leurs accompagnateurs (concernant les modes de transmission du VIH, les moyens de prévention et en particulier ce qu'est la PTME dont l'allaitement protégé et quels en sont les avantages et les contraintes).</p>	<p>Le test de dépistage du VIH doit être systématiquement proposé à la femme enceinte dès la première visite de CPN, quel que soit l'âge de la grossesse. Il doit faire partie du bilan prénatal. En cas de refus, il faut organiser un rendez vous pour une nouvelle séance de counselling avec une personne habilitée pour des conseils plus approfondis. Si le refus persiste, renouveler la proposition de test lors des consultations ultérieures.</p>

Diagnostic biologique de l'infection à VIH au laboratoire	En fonction du site où le dépistage est réalisé	
	Postes de santé	Centres de santé
Le diagnostic biologique doit se faire selon les normes et protocoles nationaux en vigueur. Le prélèvement de sang en salle de CPN sera préféré chaque fois que c'est possible pour minimiser le risque de déperdition si l'on réfère les femmes au laboratoire pour le prélèvement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résultat doit être rendu à la femme dans l'heure suivant le prélèvement s'il est négatif</li> <li>Si le résultat est positif il faut faire un 2ème prélèvement, l'envoyer au centre de santé, et reconvoquer la femme pour lui rendre le résultat dans la semaine suivant le 1er test.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le résultat positif ou négatif doit être rendu à la femme dans l'heure suivant le prélèvement</li> </ul> <p>Pour les deux sites, si le résultat est douteux il faut faire un 2ème prélèvement, l'envoyer au laboratoire de référence, avec la mention « urgent, grossesse » et selon le terme de la grossesse la conduite à tenir est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entre S14 et 28 SA : reconvoquer la femme pour lui rendre le résultat dans le mois suivant le 1er test.</li> <li>Après 28 SA : contacter le laboratoire de référence pour savoir dans quel délai le résultat sera disponible (confirmation sérologique et/ou virologique) et discuter le début des ARV (dans ce cas annoncer le doute sur le résultat à la femme)</li> </ul>

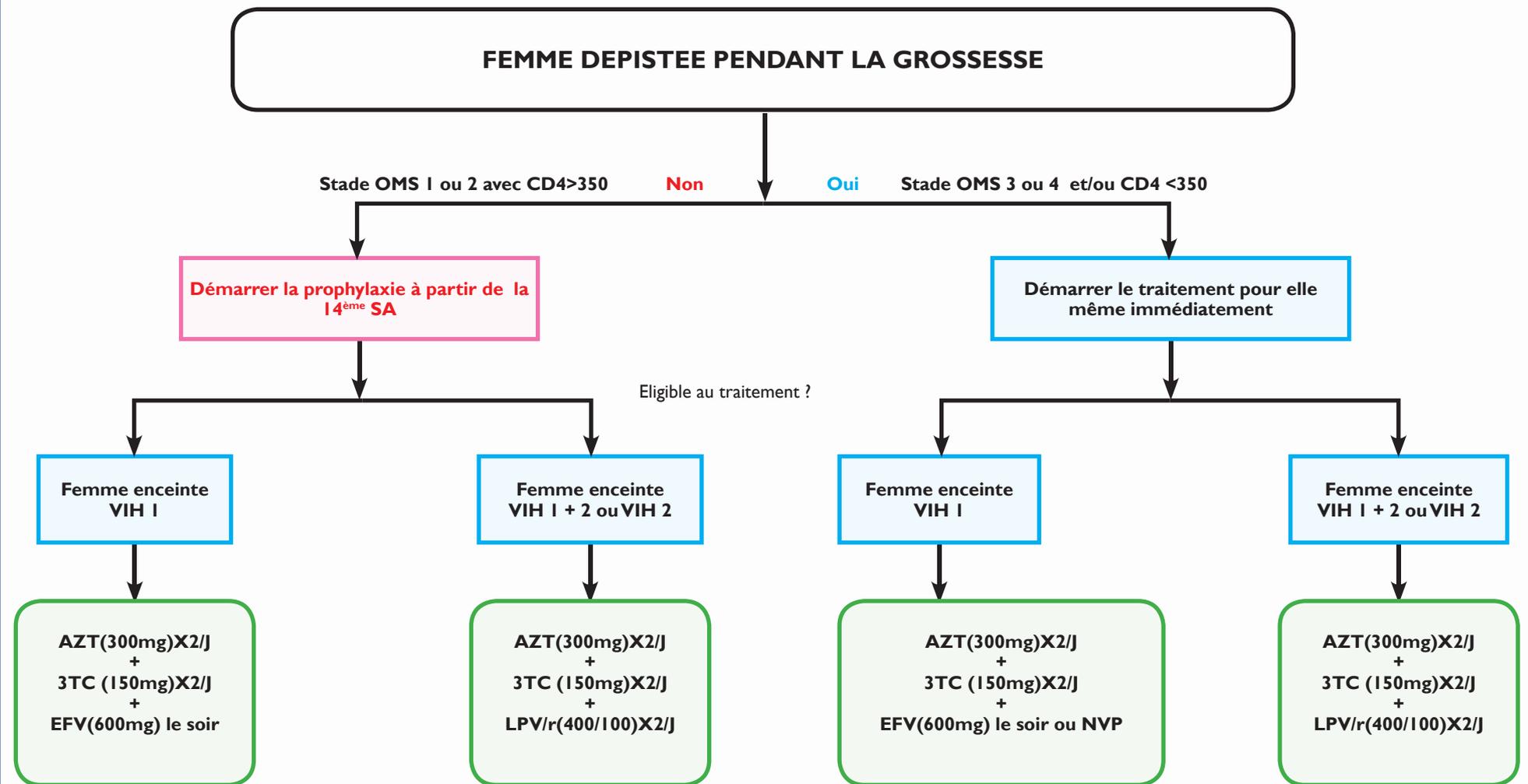
Conseils après le test	Recommandations sur les tests VIH dans les postes de santé et les centres de santé,
<p>Les entretiens pré et post tests seront effectués de préférence par le même prestataire. Ils doivent se dérouler en toute confidentialité dans un bureau à huis clos où les femmes seront reçues une à une.</p> <p>Le conseil individuel post test a pour but d'annoncer les résultats et d'indiquer la conduite à tenir selon que les résultats sont positifs ou négatifs ou indéterminés. Le prestataire doit convaincre la femme enceinte d'amener le partenaire et la fratrie à se faire aussi tester pour bénéficier et du dépistage des services offerts.</p>	<p>Les tests rapides sont recommandés pour le dépistage du VIH en périphérie pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ils sont très précis lorsqu'ils sont correctement exécutés.</li> <li>Les résultats sont disponibles après 45 minutes ;</li> <li>Ils sont faciles à exécuter et tout personnel de santé formé peut les pratiquer ;</li> <li>Le prélèvement de sang peut se faire soit par ponction veineuse avec le matériel de routine soit par prélèvement capillaire ;</li> <li>Ils peuvent être pratiqués sur un seul prélèvement et ne nécessitent ni équipement spécial, ni conservation à froid.</li> </ul>

## 2. PROPHYLAXIE ARV DE LA FEMME ENCEINTE SEROPOSITIVE

Indications de la mise sous TARV	Postes de santé	Quand débiter le traitement ?													
Chez la femme enceinte séropositive n'ayant jamais reçu de traitement ARV on devra démarrer la PEC par les ARV en tenant compte de la stadification de l'OMS et de la disponibilité ou non de la numération des CD4	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Stade OMS</th> <th>Dosage du taux de CD4</th> <th>Traitement ARV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350</td> <td rowspan="2">Traitement ARV CD4 &lt; 350</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Traitement ARV</td> <td rowspan="2">Traitement ARV quel que soit le taux de CD4</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Traitement ARV</td> </tr> </tbody> </table>	Stade OMS	Dosage du taux de CD4	Traitement ARV	1	Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350	Traitement ARV CD4 < 350	2	Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350	3	Traitement ARV	Traitement ARV quel que soit le taux de CD4	4	Traitement ARV	<p>La trithérapie prophylactique est à initier chez la femme enceinte séropositive à partir de la 14ème semaine d'aménorrhée (SA) (deuxième trimestre) ; si la femme enceinte séropositive est vue pour la première fois en CPN au-delà de 14ème SA, il faudra démarrer la prophylaxie (trithérapie) le plus tôt possible après préparation (éducation thérapeutique).</p> <p>En revanche si après évaluation (stade OMS, taux de CD4) on doit démarrer un traitement antirétroviral (TAR) pour la santé de la mère, il faudra le prescrire le plus tôt possible après préparation selon les protocoles de PEC recommandés par la politique nationale.</p>
Stade OMS	Dosage du taux de CD4	Traitement ARV													
1	Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350	Traitement ARV CD4 < 350													
2	Prophylaxie ARV à partir de 14ème SA si CD4 ≥ 350														
3	Traitement ARV	Traitement ARV quel que soit le taux de CD4													
4	Traitement ARV														

**Quels ARV utiliser ?**

Il existe plusieurs cas de figures

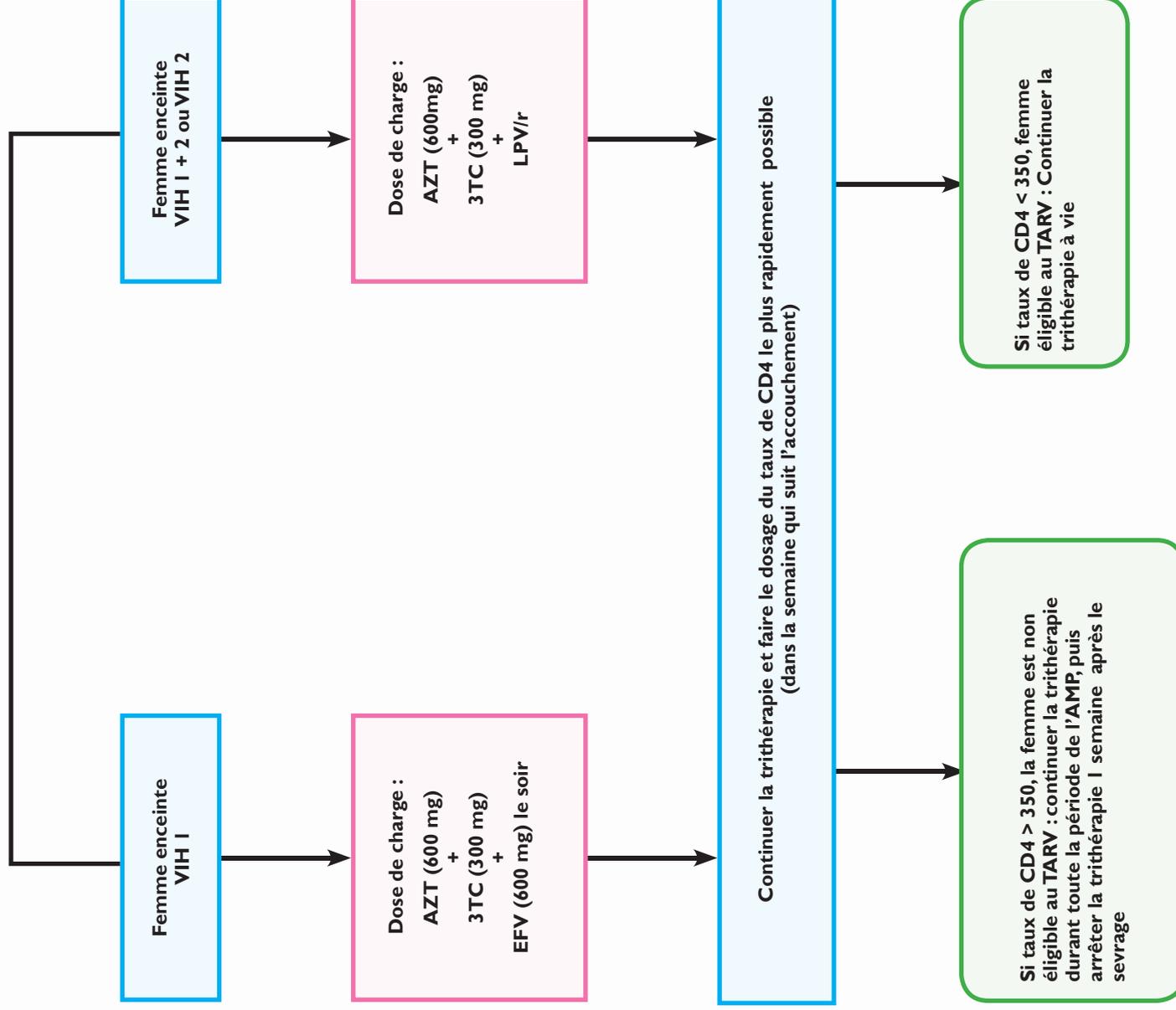


- Préférer NVP au 1er trimestre : 200mg 1 fois /J les 14 premiers jours puis 200mgX2/J
- Doser l'Hb , si < 8,5 g/dl traiter l'anémie et remplacer AZT par TDF (200 mg/J)
- Apparition de signes cliniques de toxicité à la NVP et/ou CD4 > 250 cell/mm → Surveiller la fonction hépatique et remplacer NVP par IP si toxicité avérée

Evaluation clinique à J15, M1 puis tous les 2 mois

Evaluation biologique tous les 3 mois (NFS, créatininémie, transaminases et dosage des CD4)

## FEMME DEPISTEE PENDANT LE TRAVAIL



- Préférer NVP au 1er trimestre : 200mg 1 fois /J les 14 premiers jours puis 200mgX2/J
- Doser l'Hb , si < 8,5 g/dl traiter l'anémie et remplacer AZT par TDF (200 mg/J)
- Apparition de signes cliniques de toxicité à la NVP et/ou CD4 > 250 cell/mm  
→ Surveiller la fonction hépatique et remplacer NVP par IP si toxicité avérée

Evaluation clinique à J15, M1 puis tous les 2 mois

Evaluation biologique tous les 3 mois (NFS, creatininémie, transaminases et dosage des CD4)

Femmes déjà sous ARV avant la grossesse	Femme antérieurement exposée aux ARV
S'assurer de l'efficacité du traitement en cours (CD4, Charge virale) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Substituer l'Efavirenz par la NVP (1er trimestre +++)</li> <li>- Si traitement inefficace, proposer un schéma de seconde ligne selon protocoles PEC</li> <li>- Évaluation clinique et biologique pour apprécier l'efficacité du traitement (charge virale/CD4)</li> </ul>	Donner les schémas de seconde ligne en vigueur : confère guide PEC des PvVIH Protocoles ARV recommandés chez la femme en post-partum Après l'accouchement, il est recommandé de continuer la même trithérapie pendant toute la durée de l'allaitement maternel. Chez les femmes non éligibles au TAR pour elle-même, les ARV sont arrêtés 1 semaine après la fin de l'allaitement. L'EFV doit être arrêté 15 jours avant les deux ARV associés

En cas d'arrêt, différer l'arrêt des 2 ARV associés à la NVP (dont la demi-vie est longue) de 2 semaines pour éviter de faire une monothérapie

### 3 Bilan biologique chez la femme séropositive

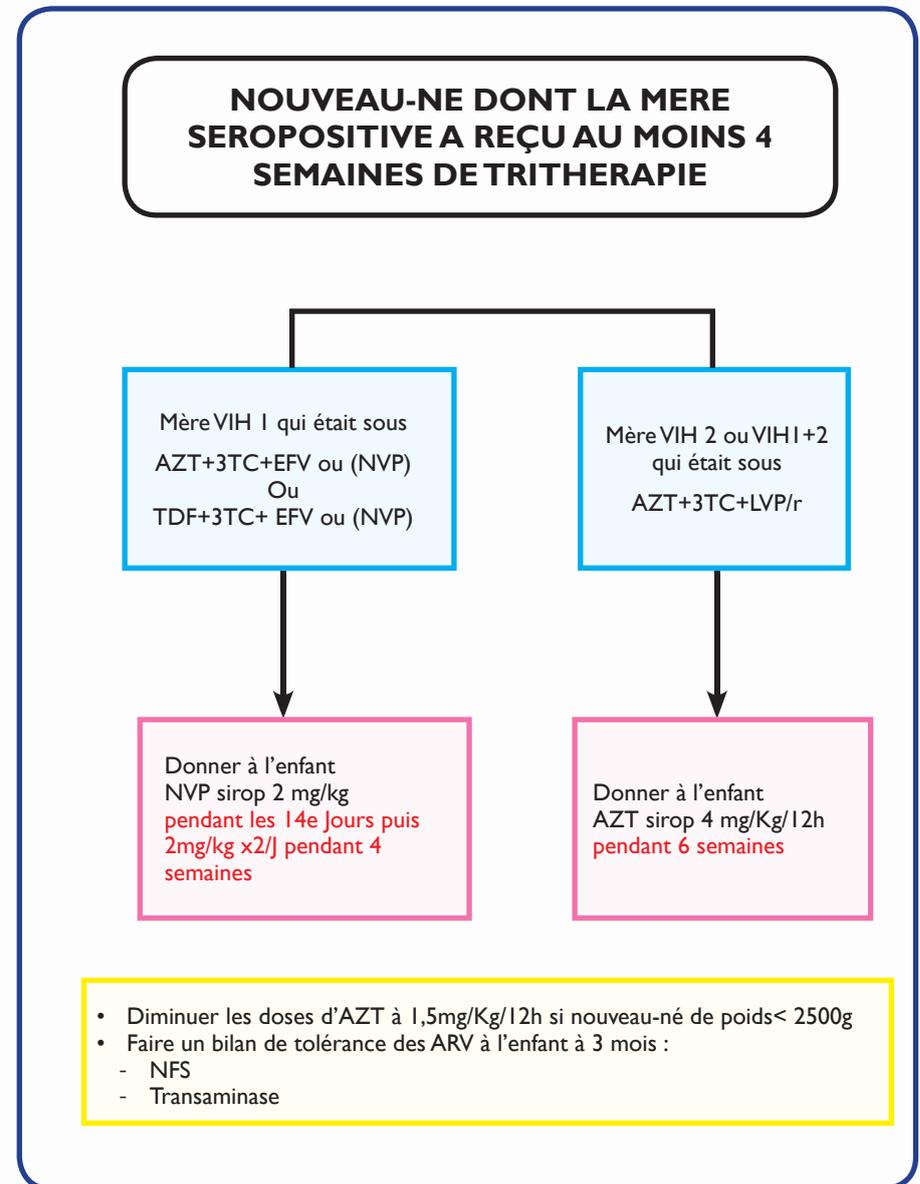
Monitoring du TARV au laboratoire	Pendant la grossesse	Après l'accouchement
Il faudra faire au minimum <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sérologie VIH confirmée</li> <li>- Hémogramme</li> <li>- Transaminases</li> <li>- Créatinémie</li> <li>- Numération des lymphocytes CD4 (tous les 6 mois) Si possible</li> <li>- Glycémie</li> <li>- Radiographie du thorax</li> <li>- Frottis cervico-vaginal</li> <li>- Sérologie syphilitique</li> <li>- Bilan du risque cardio-vasculaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPN : au moins 4 CPN*</li> <li>- Bilan biologique prénatal habituel+ sérologie toxoplasmose</li> <li>- Mesures préventives et promotionnelles habituelles + une 3ème dose de TPI 1 mois après la 2ème dose</li> <li>- Promotion de l'utilisation du préservatif</li> <li>- Accompagnement psychosocial avec l'éducation thérapeutique, élaboration du plan d'accouchement et la discussion concernant le choix du mode d'alimentation du futur enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuite des ARV pendant toute la durée de l'allaitement, et 1 jusqu'à 1 semaine après le sevrage               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vérifier observance</li> <li>o Vérifier tolérance</li> <li>o Examen clinique particulièrement l'état des seins</li> <li>o A l'arrêt des ARV bien penser à arrêter d'abord l'EFA puis 2 semaines après AZT et 3TC</li> </ul> </li> <li>- Double protection: préservatifs + autre moyen de planification familiale au moins pendant 2 ans</li> <li>- Suivi gynécologique (consultation post natale): Cf politique normes et protocole SR</li> <li>- Suivi médical pour la mère pour le traitement ARV, on référera la femme dans le service de prise en charge des PVVIH le plus proche où la prophylaxie des infections opportunistes sera initiée. Le suivi s'effectuera selon le protocole du programme de PEC des PVVIH.</li> </ul>

### 4. SOLUTIONS AUX PROBLEMES DE RESISTANCES POST PROPHYLAXIE ARV

- Bonne observance: accompagnement psychosocial+++
- Éducation thérapeutique
- Amélioration de l'accessibilité aux ARV (disponibilité des ARV )
- Supports d'aide à l'observance (affiches, cahiers de protocole, fiches techniques)
- Test de résistance si ATCD de prophylaxie si possible?

## 5. PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE

La PEC de l'enfant né de mère séropositive quelque soit le degré d'exposition de la mère aux ARV devra durer 6 semaines si la mère a bénéficié d'au moins 4 semaines de traitement ARV avant son accouchement. C'est ainsi qu'on donnera aux enfants de mère séropositives de la NVP ou d'AZT pendant 6 semaines



## Situations particulières

Situations cliniques	Conduite à tenir
1. Femme vue tardivement (< 4 semaine avant accouchement) ou mise sous traitement pendant le travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chez la mère démarrer et continuer la trithérapie (AZT + 3TC + EFV) pendant 12 mois (toute la durée de l'allaitement)</li> <li>- Chez l'enfant envisager de poursuivre la prophylaxie par la NVP durant toute la durée de l'allaitement (12 mois)</li> <li>- On peut aussi en particulier si les critères AFASS de l'OMS sont remplis choisir l'allaitement artificiel.</li> </ul>
2. Femme reçue après l'accouchement avec son enfant ou enfant vu seul durant les 72 premières heures de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre l'enfant sous prophylaxie NVP pendant 6 semaines...</li> <li>- discuter de l'allaitement artificiel</li> <li>- en cas d'allaitement maternel souhaité : mettre la mère sous trithérapie pendant toute la durée de l'allaitement et poursuivre la NVP chez l'enfant pendant 12 mois toute la durée de l'allaitement maternel.</li> </ul>
3. pour les enfants sous alimentation artificielle	- la prophylaxie du nourrisson sera soit NVP ou de l'AZT pendant 6 semaines.
4. Grossesse chez une femme séropositive ayant déjà bénéficié d'une prophylaxie ARV pour la PTME lors d'une grossesse antérieure	<p><b>Mère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de résistance disponible il faudrait partir du critère « résultat du test de résistance, positif/négatif</li> <li>- Positif : éligible au TAR/non éligible</li> <li>- Négatif : éligible au TAR/non éligible</li> </ul> <p><b>Éligible au traitement :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de résistance négatif : traitement de première ligne</li> <li>- Test de résistance positif : traitement de deuxième ligne</li> </ul> <p><b>Non éligible au traitement:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prophylaxie par trithérapie ARV dès la 14<sup>ème</sup> la semaine selon le profil</li> <li>- Test de résistance non disponible : traitement de 2<sup>ème</sup> ligne à vie quelque soit le statut clinico-biologique</li> </ul> <p><b>Enfant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZDV (4mg/Kg toutes les 12 heures) + 3TC (4mg/Kg toutes les 12 heures) pendant 6 semaines</li> </ul>
5. Menace d'accouchement prématuré	<p><b>Mère</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que la femme prend régulièrement sa trithérapie</li> <li>- Prendre en charge la menace d'accouchement sur le plan obstétrical</li> </ul>
6. Femme enceinte séropositive avec tuberculose évolutive	<p><b>Mère :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZDV (comprimé 300 mg) + 3TC (comprimé 150 mg) + LPV/r : ou ZDV + 3TC + ABC 1 comprimé matin et soir jusqu'à l'accouchement</li> </ul> <p><b>Enfant :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ZDV (4mg/kg toutes les 12heures) + 3TC (4mg/kg toutes les 12heures) pendant 6 semaines</li> <li>- + INH 5mg/Kg/ jour pendant 6 mois</li> </ul>

### 6. Alimentation de l'enfant né de mère séropositive

La politique nationale en matière d'alimentation de l'enfant né de mère séropositive a changé au Sénégal. En effet, il est recommandé dorénavant de faire l'allaitement maternel protégé. On entend par allaitement protégé un allaitement sous couvert d'une trithérapie ARV chez la mère (comme prophylaxie ou comme traitement) et d'une prophylaxie associée chez l'enfant.

Au Sénégal, la durée souhaitée de l'allaitement maternel est de 1 an :

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois
- Diversification à partir de 6 mois (âge auquel le lait maternel seul ne suffit plus pour couvrir les besoins de l'enfant.

Il conviendra d'être particulièrement attentif à l'observance du traitement ARV durant cette période.

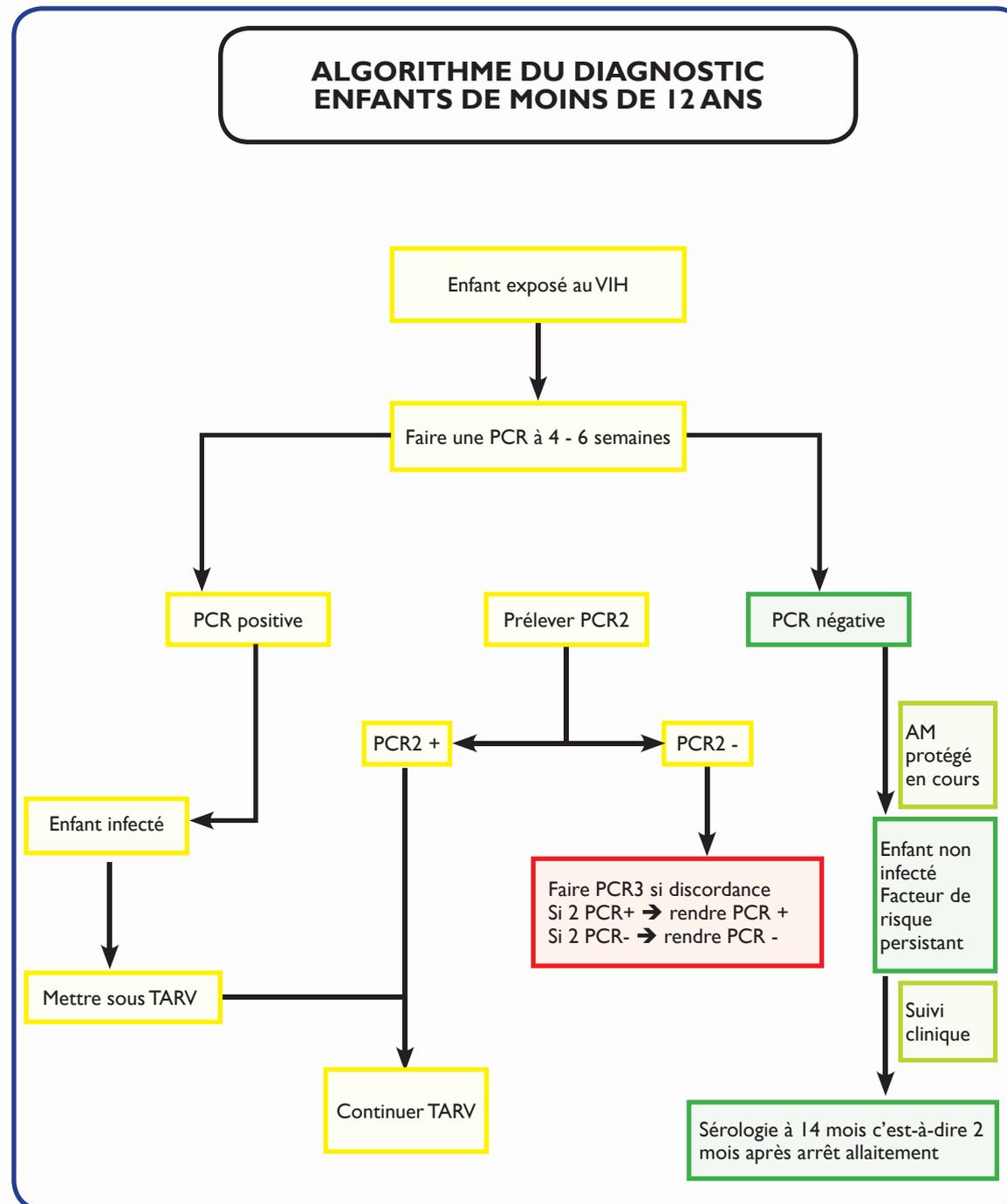
*N. B : l'alimentation artificielle peut être discutée si les 5 conditions (acceptable, faisable, abordable, durable et sûre), sont remplies au préalable.*

*Il faudra débiter l'alimentation du nouveau-né 30 mn après la naissance telle que recommandée par la politique nationale en la matière.*

## 7. DIAGNOSTIC PRECOCE DU VIH CHEZ L'ENFANT

Diagnostic virologique :

- Avant 10 à 18 mois le diagnostic chez l'enfant ne peut pas être fait sur la sérologie en raison du transfert des anticorps maternels à travers le placenta. Il doit donc être fait sur la recherche d'un des constituants du virus lui même :ARN ou ADN viral en PCR.
- La PCR est habituellement proposée à l'âge de 6 semaines ; ce choix est guidé par le fait que ce prélèvement va retrouver les virus transmis in utero, durant le per partum et lors des premières tétées d'un allaitement maternel. Cette date correspond également à celle de la mise sous CTM des enfants nés de mère VIH + . C'est aussi la date de la première injection du vaccin pentavalent.et celle de la troisième consultation post natale chez la mère.
- Ce prélèvement peut être fait sur papier buvard (DBS) et adressé sous cette forme au laboratoire de référence.
- En cas de PCR positive, l'enfant est mis sous traitement ARV selon les recommandations de l'OMS et une PCR2 est prélevée immédiatement pour confirmation du diagnostic avant le démarrage du traitement. (on n'attend pas le résultat pour initier le traitement).



En l'absence de virologie ou en attendant les résultats de la PCR	Arguments cliniques	Arguments anamnestiques	Arguments biologiques
Un diagnostic de présomption d'infection sévère peut aujourd'hui être posé sur des arguments cliniques et/ ou anamnestiques et / ou biologiques suivants	Existence d'un signe clinique du stade 4 ou Existence de 2 des 3 signes suivants - Candidose - Pneumopathie sévère - Infection sévère	- Mère au stade 4 sans traitement au moment de l'accouchement - Mère décédée du sida dans le mois suivant l'accouchement	Existence d'un pourcentage de CD4 < 20 %

Au terme de cette étape diagnostique, il doit être possible pour tout enfant de connaître son statut infectieux

Au terme de cette étape diagnostique avec une bonne compliance de la maman la grande majorité des enfants ne sera pas infectée. Pour les enfants infectés une PEC s'impose dans les structures de référence

### 8. SUIVI DE L'ENFANT NE DE MERE SEROPOSITIVE

Calendrier de suivi post natal	J1- J3	J7- J9	J8- J42	S6				
	polio orale et BCG	bilan de tolérance ARV (Transaminases, Hb si AZT)	suivi clinique et nutritionnel	- faire la PCR - Démarrer la prophylaxie au Cotrimoxazole selon les posologies suivantes :		Sirop (5ml = 200 mg SMX et 40 mg TMP)	Cp enfants (100 mg SMX et 20 mg TMP)	Cp adultes simples (300 mg et 40 mg TMP)
				< 6 mois 100 mg SMX/ 20 mg TMP	2,5 ml	1 cp	¼ de cp	

**N.B :**

- Le vaccin contre la fièvre jaune est contre indiqué chez le nourrisson symptomatique
- Le BCG devra être différé si mère porteuse d'une tuberculose active : donner au nourrisson de l'INH 5 mg/ Kg/ Jour pendant 6 mois en prophylaxie suivi du BCG

S10				S10-S14	S14	M14 -M18
- Vaccination puis suivi mensuel jusqu'à M6 - Obtenir le résultat de la PCR				En cas d'enfant contaminé (PCR +)	Mise sous traitement ARV des enfants infectés (voir point 3.8.3.)	Faire le test sérologique VIH à l'enfant
Si PCR positive	Si PCR négative	Si allaitement maternel	Si pas d'allaitement	- Faire l'éducation thérapeutique - Bilan préthérapeutique		
Décider la mise sous TARV et prélever la PCR2 avant le démarrage du TARV	Tout dépend de l'allaitement maternel	Il ne sera pas possible d'affirmer la non contamination de l'enfant tant que l'allaitement est poursuivi sa non contamination ne sera affirmée qu'en cas de PCR2 négative 2 mois après l'arrêt total de l'allaitement. Tant que la non contamination n'est pas certaine le CTM est poursuivi	Faire une PCR2 le plus tôt possible après la première : - Si négative : l'enfant n'est pas contaminé arrêt du CTM			



# **COMPOSANTE 4 :**

**SERVICES**

**COMMUNAUTAIRES**

**DE SR**



## C. LES PROTOCOLES

**Par rapport aux 8 composantes retenues et conformément aux normes, l'Acteur Communautaire (AC) devra :**

1. Donner des informations essentielles,
2. Offrir des Services à Base Communautaire,
3. Faire la référence,
4. Assurer le suivi et la relance des clients,
5. Remplir les outils de gestion.

### **1- Donner des informations essentielles sur les composantes**

Les activités menées sont les suivantes : causeries éducatives, entretiens/counseling, Visites A Domicile Intégrées (VADI), Plaidoyer, Participation à la mobilisation sociale.

Pour chaque type d'activité se référer au chapitre relatif à la Communication pour le changement de Comportement (CCC).

Lors des activités de communication, des informations correctes, objectives et adaptées devront être délivrées en veillant au respect des valeurs et coutumes de la communauté.

### **2- Offrir des services à base communautaire**

L'Agent Communautaire devra prendre en charge les cas selon les politiques et normes définies pour le niveau communautaire. Cette offre comprend par exemple l'offre initiale de pilule et l'accouchement simple pour les agents sélectionnés et formés sur la base d'un curriculum.

L'agent devra aussi distribuer des produits mis à sa disposition.

Cette activité de distribution suppose l'application de règles de gestion liées aux éléments suivants :

- Le système d'approvisionnement : l'AC s'approvisionne auprès de l'ICP et devra éviter toute rupture de stock.
- La conservation des produits sur la base des 6 règles ci-après :
- Éviter le contact avec le sol et les murs,
- Stocker les produits à l'abri de la chaleur et de l'humidité,
- Stocker les produits en sécurité dans un endroit fermé,
- Contrôler régulièrement la date de péremption des produits,
- Utiliser la règle <premier périmé, premier sorti>,
- Ne jamais manipuler les médicaments avec les mains nues sans les avoir lavées avant.
- La gestion financière comprenant l'encaissement, le décaissement, l'arrêt des comptes et le versement.
- Le remplissage régulier des outils de gestion.

Par ailleurs, l'AC devra pour chaque produit distribué donner le mode d'utilisation, les avantages, les inconvénients et les effets secondaires.

Ces informations sont contenues dans les différentes composantes.

3- Faire la référence des clients	Les étapes de la référence	Les supports de la référence
<p>La référence est une activité importante de l'AC qui consiste à orienter le client vers le poste de santé.</p> <p>Les cas à référer :</p> <p>La référence concerne les client(e)s des 8 composantes retenues pour lesquelles l'AC devra orienter vers le poste de santé auquel il est rattaché. Il s'agit de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- toute nouvelle cliente PF ayant choisi une méthode contraceptive non disponible au niveau communautaire,</li> <li>- toute cliente sous méthode contraceptive présentant des problèmes,</li> <li>- toute personne se plaignant d'infécondité/infertilité,</li> <li>- Toute personne présentant des signes d'IST/SIDA.</li> <li>- Toute personne présentant des signes relatifs aux affections de l'appareil génital y compris les cancers,</li> <li>- Tout enfant présentant des signes de danger,</li> <li>- Toute femme enceinte pour la surveillance de la grossesse,</li> <li>- Toute femme enceinte présentant un facteur de risque ou un signe de danger (œdème, petite taille, anémie, saignement),</li> <li>- Toute femme en travail présentant un problème,</li> <li>- Toute accouchée récente présentant une fièvre, un problème de lactation ou une infection,</li> <li>- Tout cas d'hémorragie ou d'infection liée à l'excision,</li> <li>- Toute personne victime d'accidents domestiques: brûlure, injection de produits toxiques, blessure.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier les cas à référer,</li> <li>- Expliquer les motifs de la référence,</li> <li>- Informer sur les conditions de prise en charge de la structure de référence (circuit du client, ticket),</li> <li>- Remplir les supports : fiche de référence + cahier,</li> <li>- Remettre la fiche de référence à la personne à référer et l'orienter vers la structure de référence,</li> <li>- Demander à la personne référée de revenir lui faire le compte rendu sur la référence dès son retour.</li> </ul>	<p>Les supports suivants sont utilisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La fiche de référence,</li> <li>- Le cahier de référence de l'AC,</li> <li>- Le cahier de référence de l'ICP où sont mentionnées les références effectuées par les AC,</li> <li>- La fiche de référence sous forme de carnet comporte 2 volets détachables : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le 1er volet reste avec l'AC.</li> <li>- Le 2ème est rempli et remis au client qui doit le remettre à l'ICP.</li> </ul> </li> </ul> <p>Après la consultation, l'ICP complète le remplissage du 2ème volet en inscrivant la date de la visite, ses observations pour le feed-back.</p> <p>Il prendra soin d'enregistrer ces éléments dans un cahier de référence des AC. Il remet ensuite ce volet au client qui l'apporte à l'AC. L'AC complétera à partir des informations reçues, le volet qui est resté avec lui. Il devra ensuite remettre le deuxième volet au client.</p> <p>Un modèle de fiche de référence est ci dessous présenté.</p>

FICHE DE REFERENCE

<b>EXEMPLAIRE DU CLIENT</b> <b>(reste avec l'ASBC)</b>	<b>EXEMPLAIRE FEED-BACK</b> <b>(client ⇄ ICP ⇄ client ⇄ AC)</b>
Nom & Prénoms du client : ..... .....	Nom & Prénoms du client : ..... .....
Adresse : ..... .....	Adresse : ..... .....
Zone de responsabilité de l'AC : ..... .....	Zone de responsabilité de l'AC : ..... .....
Motif de la référence : ..... .....	Motif de la référence : ..... .....
Date de la référence : .....	Date de la visite : .....
Référé vers le poste de : ..... .....	Nom de l'AC : ..... .....
Nom de l'AC : ..... .....	Feed-back pour l'AC : ..... .....
Date de la visite : .....	Poste de santé : ..... .....
Feed-back de l'ICP : ..... ..... .....	Nom et signature de l'ICP : ..... ..... .....

4- Assurer le suivi des clients	Les méthodes de suivi	La motivation des clients ayant accepté un service	La remotivation des clients référés qui n'ont pas encore fréquenté la structure sanitaire	La remotivation des clients ayant abandonné un service
<p>Le suivi consiste à revoir le client qui a reçu un service pour l'aider à résoudre des problèmes éventuels.</p> <p>Il permet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- d'avoir un feed-back des cas référés et savoir si les cas référés ont choisi un service ou produit,</li> <li>- de vérifier l'utilisation des services,</li> <li>- d'identifier les problèmes liés à l'utilisation des produits,</li> <li>- d'approvisionner ou de réapprovisionner à temps le client et selon les dates de rendez-vous,</li> <li>- de motiver les clients utilisateurs des services,</li> <li>- d'identifier le nombre et les causes d'abandon des services,</li> <li>- de remotiver les clients ayant abandonné les services,</li> <li>- d'aider à trouver des solutions pour les causes d'abandon des services,</li> <li>- de vérifier la prise correcte des produits,</li> <li>- de s'assurer de l'amélioration de l'état de santé du client,</li> <li>- d'aider le client à respecter ses rendez-vous.</li> </ul>	<p>Il existe plusieurs méthodes pour faire le suivi des clients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les visites à domicile intégrée (VADI),</li> <li>- la revue des fiches de référence,</li> <li>- l'exploitation avec l'ICP des fiches de référence pour déterminer les cas d'abandon et de non respect des rendez-vous du client.</li> </ul>	<p>L'AC rend régulièrement visite aux clients utilisateurs des services pour s'assurer de l'utilisation effective du service. Il s'informe sur les problèmes éventuels liés à l'utilisation du service afin d'aider à trouver une solution. Il s'assure de l'amélioration de l'état de santé du client</p>	<p>L'AC doit revisiter tous les nouveaux clients référés au poste de santé auquel il est rattaché.</p> <p>Si un client ne s'est pas rendu au poste de santé, l'AC doit chercher à savoir pourquoi il n'y est pas allé et l'aider à trouver des solutions.</p>	<p>En cas d'abandon ou de non respect des rendez-vous :</p> <p>L'AC doit s'entretenir avec le couple/client pour connaître les raisons de l'abandon ou du non respect des rendez-vous. Il doit discuter avec le couple/ client du domaine dans lequel il a des doutes et lui donne des informations appropriées.</p> <p>Si le client accepte de retourner au PS, l'AC doit l'encourager, remplir la fiche de référence et l'accompagner si possible.</p> <p>Si le couple/client refuse, l'AC le remercie du temps passé et négocie avec lui un autre rendez-vous.</p> <p>Après la visite, l'AC réfléchit sur les stratégies à mener pour lui faire accepter le service (recours aux personnes influentes de la famille ou de la communauté...)</p>

#### 5- Remplir les outils de gestion

Ces outils sont constitués des éléments suivants :

- Le cahier de commande,
- Le cahier de vente de produits,
- La fiche de référence,
- Le cahier de référence,
- Le cahier IEC,
- Le formulaire de rapport mensuel,
- La fiche d'inventaire du matériel reçu.

Le remplissage de ces différents supports devra être fait selon les modèles ci-joints.

Ces supports doivent être traduits en langues locales pour être accessibles à la cible alphabétisée.

ANNEXES  
FORMULAIRE DE RAPPORT MENSUEL D'ACTIVITES DE L'AC

( à remplir par l'AC)

District sanitaire de : .....

Poste de santé de : .....

Prénoms et Nom de l'AC : .....

Zone de responsabilité ou villages couverts : .....

Mois de : .....

ACTIVITES IEC		VENTE DES PRODUITS			
Nature de l'activité	Nombre	Nature du produit	Quantité vendue	Prix unitaire	Montant
Causeries		Condom			
Visites à domicile		Spermicides			
Entretiens		Pilule			
Suivi clients		Injectables			
Autres (à préciser)		SRO			
Référence PF		Fer			
Référence : Infertilité/ Infécondité		Autres (à préciser)			
Référence CPN					
Référence accouchement					
Référence CPoN					
Référence IST					
Référence Santé de l'enfant					
Référence autres					
		<b>TOTAL RECETTES</b>			

Observations éventuelles : .....

.....

Date : .....

Signature de l'AC

Visa ICP

**FICHE D'INVENTAIRE DU MATERIEL**

REGION MEDICALE DE : .....

District sanitaire de : .....

Poste de santé de : .....

Prénoms & Nom de l'AC : .....

Zone de responsabilité ou villages couverts:.....

DATE	DESIGNATION DU MATERIEL	QUANTITE	OBSERVATIONS

**CAHIER DE COMMANDE**

REGION MEDICALE DE : .....

District sanitaire de : .....

Poste de santé de : .....

Prénoms & Nom de l'AC : .....

Zone de responsabilité ou villages couverts:.....

DATE	NOM DU PRODUIT	PROVENANCE	QUANTITE		PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL	OBSERVATIONS
			Commandée	Livrée			

Visa du superviseur/ ICP





# **COMPOSANTE 5 :**

**MUTILATIONS GENITALES  
FEMININES/EXCISION**



1. EXAMEN CLINIQUE	2. COMPLICATIONS IMMEDIATES
<p>L'interrogatoire précise les circonstances de l'excision (lieu, moyen, conditions, incidents et accidents), l'âge auquel elle a été pratiquée.</p> <p>L'examen physique de la région vulvo - périnéale permet d'identifier les parties des organes génitaux concernés en vue d'une classification mais aussi la recherche de complications</p> <p>Celles ci peuvent être immédiates secondaires ou tardives.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hémorragies immédiates lors de la manœuvre dues à des lésions de l'artère clitoridienne pouvant entraîner un état de choc cardio –vasculaire engageant le pronostic vital ou des vaisseaux irriguant les lèvres ou les glandes de Bartholin ou alors secondaires à la chute des tissus nécrotiques</li> <li>- Douleur : cette région est très innervée d'où sa sensibilité extrême.</li> <li>- Dysurie, rétention : ces complications urinaires qui font suite aux lésions des voies urinaires ou des inflammations au niveau du méat urétral</li> <li>- Pertes d'urines (incontinence) et les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales résultent des lésions des organes de voisinage par les instruments utilisés ou de l'opérateur lui même</li> <li>- Infections urinaires ou génitales sont les conséquences des mauvaises conditions de travail ou des produits utilisés pour les soins de la plaie ou de la contamination par les urines ou les fèces Toutes ces infections peuvent évoluer vers des abcès périnéaux , la gangrène ou la septicémie</li> <li>- Tétanos, Hépatite, VIH : l'usage d'instruments souillés et de manière collective sans le respect des principes de la prévention des infections peut être à l'origine de ces infections</li> </ul>

### 3. COMPLICATIONS SECONDAIRES, TARDIVES OU SEQUELLES

Elles peuvent être d'ordre :

3.1. Uro-gynécologiques	3.2. Obstétricales	3.3. Sexuelles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstruction vaginale complète, hématométrie, hémato-colpos</li> <li>- Dyspareunie</li> <li>- Infertilité, dysménorrhée</li> <li>- Algies pelviennes chroniques</li> <li>- Sclérose péri urétrale : Syndrome obstructif urinaire: Dysurie, vessie de lutte, diverticules, calcul, infection urinaire haute, insuffisance rénale</li> <li>- Chéloïdes vulvaires</li> <li>- Kystes dermoïdes vulvaires</li> <li>- Névrome du nerf dorsal du clitoris</li> </ul>	<p>L'excision peut être à l'origine de complications survenant pendant l'accouchement dont les plus fréquentes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dystocie d'expulsion par arrêt de la progression ou défaut d'expulsion et la survenue de fistules obstétricales</li> <li>- Hémorragies post-partum</li> <li>- Déchirures périnéales</li> <li>- Traumatisme de l'urètre</li> <li>- Rétention urines</li> <li>- Détresse respiratoire néonatale en rapport avec dystocie d'expulsion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frigidité</li> <li>- Dyspareunie</li> <li>- Troubles psycho somatiques (hallucinations...)</li> </ul>

COMPLICATIONS	CAT DEVANT LES COMPLICATIONS ET SEQUELLES DE L'EXCISION				
	Niveau Communautaire	Niveau PS	Niveau CS	Niveau HR	Niveau Hôpital National
Immédiates - Hémorragie	Référent	Bilan initial, voie veineuse et hémostase référence, SAT/VAT	Idem + hémostase chirurgicale	Idem + hémostase chirurgicale	Idem + hémostase chirurgicale
- Douleur	AAS et référence AAS et référence	AAS ou paracétamol	Antalgiques	Antalgiques	Antalgiques
- Dysurie, rétention,	AAS et référence	AAS, Sondage vesical	Bilan complet et prise en charge	Bilan complet et prise en charge	Bilan complet et prise en charge
- Fistules vésico-vaginale, recto-vaginale	Soutien PsPsychologique Référence Référence	Référence	Bilan, traitement chirurgical ou référence ECBU, PV antibiothérapie adaptée	Traitement chirurgical	Traitement chirurgical
- Infection urinaire, -- Génitale	Référence Référence	Ciprofloxacine 500 mg 1G /:Jour pendant 10 jrs si échec ou recidive référence	Périnéorrhaphie	ECBU, PV antibiothérapie adaptée	ECBU, PV antibiothérapie adaptée
- Déchirure périnée			Sérothérapie antitétanique, Diazepam		Périnéorrhaphie
- Tétanos,	Accompagnement psychosocial Référence	Périnéorrhaphie Diazepam, Référence		Périnéorrhaphie	
- HIV	Référence	Accompagnement psychosocial Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	ARV, Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	Idem Idem Idem	Idem Idem Idem
- Hépatite	Référence		Surveillance clinique et biologique		ATB, Traitement chirurgical
- Abcès vulvaires et périnéaux		Référence ATB, Référence	ATB, Traitement chirurgical	ATB, Traitement chirurgical	
Secondaires, tardives ou séquelles Uro-gynécologiques :	Référence	référence	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapte Référence	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapte Résection	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos Bilan lésionnel et traitement adapte
- Obstruction vaginale complète,	Référence lubrifiant	Référence ou lubrifiant			
- Dyspareunie	Référence	Référence	Référence		
- Chéloïdes vulvaires	Référence	Référence		Cure chirurgicale	Idem
- Kystes dermoïdes vulvaires			Cure chirurgicale au niv PS type II		Idem
Obstétricales - Dystocie d'expulsion - Hémorragies post-partum +++ - Détresse respiratoire neonatal	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU	Voir protocoles SONU

#### COMMUNAUTAIRE

- Plaidoyer auprès des leaders communautaires pour un changement de comportement (MGF)
- Dénoncer les personnes qui continuent à exercer ces pratiques
- Recours précoce aux soins pour les complications liées aux MGF
- Assistance et soutien psychologique

# **COMPOSANTE 6 :**

**PRISE EN CHARGE  
DES AGRESSIONS  
SEXUELLES**



1. DEFINITION	2. L'ACCUEIL ET LA PREPARATION DE LA VICTIME	3. L'INTERROGATOIRE ET LE RECIT DES FAITS
<p>Une agression sexuelle désigne tout acte de nature sexuelle, non consenti, imposé par une contrainte physique ou psychologique.</p> <p>Au niveau psychologique, on peut avoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un état de choc initial avec incrédulité et confusion</li> <li>- Le comportement est très désorganisé</li> <li>- Cet état peut être suivi de ruminations, répétition des préoccupations anxieuses et des cauchemars mettant en scène le viol</li> </ul> <p>Ces agressions touchent aussi bien les sujets de sexe masculin que féminin</p> <p>Les services de prise en charge des agressions sexuelles comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'accueil et la préparation de la victime</li> <li>- L'interrogatoire et le récit des faits</li> <li>- La collecte de preuves médico-légales</li> <li>- L'examen physique et génital</li> <li>- L'évaluation de risque d'infection sexuellement transmissibles et le traitement préventif</li> <li>- L'évaluation du risque de grossesse et sa prévention</li> <li>- Le traitement des lésions</li> <li>- Soutien psychologique</li> </ul>	<p>Ils sont motivés par le fait que la victime d'une agression sexuelle peut présenter un état de choc et un état de choc initial avec incrédulité et confusion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le comportement est très désorganisé</li> <li>- Cet état peut être suivi de ruminations, répétition des préoccupations anxieuses et des cauchemars mettant en scène les agressions sexuelles</li> </ul> <p>La victime doit pouvoir parler de ce qui lui est arrivé et doit pouvoir être examinée complètement avec prélèvements. Elle devra bénéficier de prévention contre une grossesse, contre une infection sexuellement transmise. Elle doit aussi recevoir des conseils en vue de pouvoir utiliser les recours légaux et retrouver son équilibre psychologique. La victime peut être mineure ou adulte. Le mineur devra être interrogé et examiné en présence de celui qui est civilement responsable de lui.</p>	<p>Ils consistent à recueillir le maximum d'informations sur les faits en laissant la victime raconter son histoire et en évitant toute interruption ou distraction. Le prestataire devra consigner les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informations générales (nom, adresse, sexe)</li> <li>- Description des faits permettant d'apprécier les risques d'IST/VIH, de grossesse (date des dernières règles, contraception actuelle), les éléments pouvant compromettre la collecte de preuves médico-légales (prise de douche, toilette vaginale, changement d'habits...), les problèmes de santé préexistants.</li> <li>- Circonstance de l'agression (date, heure, existence de violence physique, d'arme, lutte</li> </ul>
4. LA COLLECTE DE PREUVES MEDICO-LEGALES		5. L'EXAMEN PHYSIQUE ET GENITAL
<p>Elle a pour but de collecter les preuves qui pourront aider à prouver ou contester tout lien entre les personnes et les lieux ou objets. Une collecte et un stockage correcte des ces preuves sont décisifs pour l'engagement par la victime de poursuites judiciaires. Le prestataire doit donc prendre en compte les exigences et les compétences de la justice pénale en cours ainsi que les capacités et compétences des laboratoires à analyser les preuves. La collecte des preuves doit se faire le plus tôt possible après l'agression (dans les 72heures) et idéalement dans le même temps que l'examen clinique. Il ne revient pas au prestataire de déterminer si la victime a été violée ou non, la documentation des résultats doit se faire sans tirer de conclusion sur le viol.</p> <p>La collecte des preuves peut concerner les échantillons suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La preuve des blessures en les illustrant sur les pictogrammes représentant la localisation sur le corps</li> <li>- Les vêtements déchirés ou tâchés, dont on décrira l'état et gardera éventuellement comme preuve pour les remettre à la famille ou à la justice au besoin en informant la famille de ce qui pourra être fait ( test d'ADN, constat police)</li> <li>- Les corps étrangers tels que la terre, les feuilles, l'herbe...</li> <li>- Les cheveux n'appartenant pas à la victime trouvés sur les vêtements ou le corps</li> <li>- Le sperme ou liquide séminal à prélever dans le vagin, l'anus, la bouche</li> <li>- Le sang et les urines pour des examens toxicologiques si la victime a été droguée</li> </ul>		<p>Il est préférable de ne pas multiplier les examens. Si possible, et si nécessaire faire examiner dans un centre de santé avec bloc opératoire pour pouvoir faire anesthésie et réparation éventuelle de lésions)</p> <p>Il a pour objectif principal de déterminer le traitement médical à administrer à la victime. Le contenu dépend du délai de survenue de l'agression (avant ou après 72 heures). Il doit être précédé d'un consentement éclairé. Le prestataire doit s'assurer que le matériel nécessaire est disponible, doit toujours expliquer à la victime ce qui va être fait, lui demander sa permission avant de procéder aux différentes étapes de l'examen et lui assurer qu'elle a le plein contrôle et qu'elle peut l'interrompre a tout moment. L'examen comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'évaluation initiale à travers la recherche des signes vitaux (pouls tension, température, fréquence respiratoire) pour le diagnostic de complications médicales nécessitant un traitement en urgence telles que les traumatismes fermes ou ouverts de la tête, des parties génitales, de l'abdomen, du thorax ou des membres.</li> <li>- L'examen physique proprement dit</li> <li>- La consignation des résultats et observations de façon claire et exhaustive afin de pouvoir être utilisées pour l'élaboration ultérieure d'un certificat médical au besoin et a la demande de la victime. Le certificat médical est partie intégrante de l'assistance médicale fournie à une victime d'agression sexuelle. C'est un document médical confidentiel que le médecin doit transmettre à la victime qui est la seule en droit de décider de son utilisation.</li> </ul>

<b>L'évaluation du risque d'infections sexuellement transmissibles et le traitement préventif</b>	<b>L'évaluation du risque de grossesse et sa prévention</b>	<b>Le traitement des lésions</b>	<b>Le soutien psychologique</b>
<p>Concerne principalement la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiae, l'hépatite B, le tétanos et le VIH. Le prestataire évalue le risque en se basant sur les faits survenus pendant l'agression, tels que la pénétration ou non, l'existence de blessures ou non, le statut de l'agresseur... Il s'agit d'administrer les traitements les plus courts possible, les plus efficaces et les plus faciles à prendre.</p>	<p>Consiste à demander les détails sur la contraception, la date des dernières règles, à utiliser le check list pour éliminer une grossesse déjà existante voire à faire un test de grossesse. Il s'agit aussi d'offrir la contraception d'urgence selon les protocoles en vigueur.</p>	<p>Consiste en plus de la prise en charge des urgences médicales ou chirurgicales, à traiter les lésions, plaies, écorchures en fonction du délai de survenue de l'agression.</p>	<p>Est un élément fondamental de la prise en charge des agressions sexuelles car les victimes sont fortement angoissées et ne se souviennent pas toujours des conseils prodigués lors du premier contact avec les structures de santé. Il consiste à rassurer la victime en cas de signes de panique et d'anxiété voire exceptionnellement prescrire des médicaments et surtout orienter la victime vers des services compétents pour prendre en charge les problèmes psychologiques et sociaux dans le cadre de la référence et la multisectorialité.</p>

Le suivi dépend de l'existence d'une prophylaxie post exposition au VIH. En l'absence de cette prophylaxie le suivi médical se fera au bout de 2 semaines, puis de 3 mois. En cas de prophylaxie VIH, le suivi se fera au bout d'une semaine, de 6 semaines puis de 3 mois.  
Parfois il est nécessaire de protéger la victime si l'agression est récurrente (intra familial) soit en l'hospitalisant ou en l'orientant dans les centres d'accueil

PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE DES ACRESSIONS SESSUELLES

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Accueil et préparation de la victime	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Communauté</li> <li>- Prévention</li> <li>- Sensibiliser la communauté sur la gravité des violences sexuelles et leur impact sur les victimes en vue d'un changement de comportement</li> <li>- Dénoncer les personnes qui continuent à exercer ces pratiques</li> <li>- Informer du droit à la protection contre l'exploitation et les violences sexuelles</li> <li>- Informer des procédures de plainte</li> <li>- Mise en place d'un mécanisme de renforcement de la couverture judiciaire</li> <li>- Informer de l'existence des services</li> <li>- Recours précoce aux soins pour les complications liées aux violences sexuelles</li> <li>- Assistance et soutien psychologique</li> <li>- victimes de violence sexuelle</li> <li>- Instaurer un climat serein d'écoute</li> <li>- Calmer la victime</li> <li>- Ecouter et noter sa description des faits</li> <li>- Aider à préserver les preuves éventuelles (habits, traces sur le corps...)</li> <li>- Ne pas se mêler aux négociations familiales</li> <li>- Référence vers la structure de santé</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instaurer un climat serein d'écoute</li> <li>- Ecouter et noter sa description des faits</li> <li>- Aider à préserver les preuves éventuelles (habits, traces sur le corps...)</li> <li>- Ne pas se mêler aux négociations abuseur/victime</li> <li>- Référer</li> <li>- Informer sur les démarches judiciaires éventuelles</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem avec rédaction certificat médicale</li> <li>- Hospitalisation si nécessaire et prescription de psychotrope</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem avec rédaction certificat médical et réparation des lésions</li> <li>- Référence vers un psychiatre</li> </ul>
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
L'interrogatoire et le récit des faits	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nom, adresse, sexe, âge ou date de naissance</li> <li>- Date, heure de l'examen, nom et fonctions des personnes présentes lors de l'examen</li> <li>- Description des faits par la victime</li> <li>- Date des dernières règles, mode de contraception utilisée et check list grossesse</li> <li>- Problèmes de santé existants</li> <li>- Statut vaccinal (VAT, Hep B) et sérologique</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> </ul>

<b>PRESTATIONS</b>	<b>PROTOCOLES PAR NIVEAU</b>
Collecte de preuves médico-légales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- - Examen des vêtements et prélèvement de corps étrangers</li> <li>- description des lésions observées à l'examen général du corps</li> <li>- examen de l'anus, du périnée et de la vulve et prélèvement d'échantillons sur la peau à l'aide d'écouvillons</li> <li>- examen du vagin, de l'anus et/ou du rectum avec un speculum sauf pour les enfants et faire les prélèvements pour la recherche de sperme ou de phosphatases acide ou d'ADN</li> <li>- prélèvement de sang et d'urines si la victime semble avoir été droguée</li> <li>- préservation de la chaîne de preuves par étiquetage, stockage et transport corrects (vêtements emballés dans du papier, sang et urines conservables 5 jours au réfrigérateur).</li> <li>- Consigner tous les résultats par écrit et sur un schéma.</li> <li>- Le délai de conservation des preuves au niveau des structures de santé est de 1 mois.</li> <li>- Ces preuves ne doivent être apportées aux autorités que si la victime décide d'intenter un procès.</li> <li>- Idem</li> </ul>
<b>PRESTATIONS</b>	<b>PROTOCOLES PAR NIVEAU</b>
Examen physique et génital	<ul style="list-style-type: none"> <li>- -Examen général physique (tenue vestimentaire, handicap physique) et mental (état psychologique et émotionnel, handicap mental)</li> <li>- - constantes : pouls, TA, température, fréquence respiratoire</li> <li>- Idem +</li> <li>- Si la victime se présente dans les 72 heures suivant l'agression : <ul style="list-style-type: none"> <li>- - ne pas lui demander de se déshabiller complètement, examiner la partie supérieure puis inférieure du corps en la couvrant progressivement</li> <li>- - examen physique systématique de haut en bas en recherchant les signes d'agression en rapport avec le récit de la victime : de la tête et du visage, de la bouche et du nez, des yeux et des oreilles, du cou, de la poitrine, du dos, de l'abdomen, des fesses, des membres supérieurs et inférieurs.</li> <li>- - examens radiologiques et de biologie en cas de traumatismes ou de signes d'infection (bactériologie et virologie après counseling pré test)</li> <li>- - examen génital et anal à la recherche de lésions et ou de signes d'infection dans l'ordre suivant: le pubis, l'intérieur des cuisses, le périnée, la vulve/le scrotum, l'orifice de l'hymen (lacérations, intégrité), l'anus (dilatation, matières fécales, saignements), le vagin/le pénis, le col utérin, examen bi manuel vaginal/rectal si suggéré par l'interrogatoire et l'examen</li> </ul> </li> <li>- Si la victime se présente au delà des 72 heures suivant l'agression : <ul style="list-style-type: none"> <li>- - noter les dimensions et la couleur des bleus et cicatrices</li> <li>- - chercher des signes de complications telles que les fractures, surdité, abcès...</li> <li>- - noter les signes de guérison des lésions génitales</li> <li>- - rassurer la victime en cas d'absence de blessures physiques</li> <li>- - Dessiner sur un pictogramme les lésions observées lors de l'examen</li> </ul> </li> <li>- Idem</li> </ul>

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Prise en charge du risque d'infections	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A partir des faits survenus au cours de l'agression et de l'examen, prescrire le traitement prophylactique contre la syphilis, gonorrhée, chlamydiae, et trichomonase</li> <li>- chez la femme adulte non enceinte: ciprofloxacine 500mg per os ou cefixime 400mg per os + azithromicine 1g per os ou doxycycline 100mg per os 2 fois par jour pendant 7jours + metronidazole 2g en dose unique per os</li> <li>- encas de grossesse proscrire la doxycycline</li> <li>- chez l'enfant de moins de 45 kg: cefixime 8mg/kg en dose unique + azitromycine 20mg/kg per os en dose unique ou erythromicine 50mg/kg/j pendant 7 j per os + metronidazole 5mg/kg 3 fois/j pendant 7j</li> <li>- chez l'enfant de plus de 45 kg, traiter comme l'adulte</li> <li>- Traitement prophylactique du tétanos en cas de lacérations de la peau ou des muqueuses et si la victime est incorrectement vaccinée (moins de 3 doses VAT ou dernière dose date de plus de 10 ans) donner le SAT et le VAT</li> <li>- Et le référence pour le traitement prophylactique du VIH post exposition</li> <li>- Idem + traitement prophylactique du VIH post exposition</li> <li>- Adultes et enfants de plus de 40kg : 1cp comprenant 300mg de zidovudine et 150 mg de lamivudine 2 fois/j pendant 28 jours ou zidovudine 1cp de 300mg 2fois /j pendant 28 jours+ lamivudine (3TC) 1cp de 150 mg 2fois/j pendant 28 jours</li> <li>- Enfant de moins de 2 ans ou pesant 5 a 9 kg : zidovudine en sirop 7,5ml 2fois/j pendant 28 j + lamivudine en sirop 2,5ml 2fois/j pendant 28 jours</li> <li>- Enfant de 10-19 kg : zidovudine 1 gélule de 100mg 3fois/j pendant 28 jours + lamivudine ½ comprimé de 150mg deux fois/j pendant 28 j</li> <li>- Enfant de 20-39 kg : zidovudine 2 gélules de 100mg 2fois/j pendant 28 jours + lamivudine 1 comprimé de 150mg deux fois/j pendant 28 j</li> <li>- Idem</li> </ul>
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Prise en charge du risque de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voir protocole contraception d'urgence p 65</li> <li>- Voir protocole contraception d'urgence</li> <li>- Voir protocole contraception d'urgence</li> </ul>

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Accompagnement psycho social et suivi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien émotionnel, écoute et empathie envers la victime</li> <li>- Orienter vers des services de prise en charge psycho sociale</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem +</li> <li>- Rassurer devant des signes de panique et d'anxiété (vertiges, palpitations, suffocations sans cause organique) et exceptionnellement si le niveau d'anxiété perturbe la vie quotidienne, prescrire des anxiolytiques type diazépam 5 ou 10 mg /j pendant 3 jours</li> <li>- Si la victime ne suit pas de prophylaxie post exposition au VIH, donner RDV <ul style="list-style-type: none"> <li>o Au bout de 2 semaines pour évaluer la possibilité de grossesse, l'état mental et émotionnel et vérifier la prise correcte de l'antibiothérapie préventive contre les autres IST et en cas de prise incorrecte des antibiotiques prescrire les traitements nécessaires et orienter vers un CDVA du VIH</li> <li>o Au bout de 3 mois pour les mêmes évaluations et l'orientation vers un spécialiste en cas de pathologies mentales</li> </ul> </li> <li>- Si la victime a suivi la prophylaxie post exposition au VIH, donner RDV <ul style="list-style-type: none"> <li>o Au bout d'une semaine pour évaluer la prophylaxie (prise correcte, disponibilité des médicaments, effets secondaires), les autres IST et l'état mental et émotionnel</li> <li>o Au bout de six semaines pour évaluer la possibilité de survenue d'une grossesse, fournir aide et orientation psychologique et en cas de prise incorrecte de la prophylaxie anti rétrovirale orienter vers un CDVA.</li> </ul> </li> <li>- Référence vers un psychologue</li> <li>- Référence au besoin vers un psychiatre</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation si nécessaire</li> <li>- Soutien psychologique</li> <li>- Prescription de psychotropes</li> </ul>

# **COMPOSANTE 7 :**

**AFFECTIONS GENITALES  
NON INFECTIEUSES ET  
LES DYSFONCTIONS  
SEXUELLES DE LA FEMME  
ET DE L'HOMME**



PROTOCOLES POUR LA PREVENTION ET TRAITEMENT DES DYSFONCTIONS SEXUELLES CHEZ LA FEMME

<b>Trouble des désirs sexuels</b> <b>Aversion sexuelle</b> <b>Trouble de l'excitation sexuelle subjective</b> <b>Trouble de l'excitation génitale</b> <b>Association 3 &amp; 4</b> <b>Excitation sexuelle persistante</b> <b>Trouble de l'orgasme</b> <b>Dyspareunie</b> <b>Vaginisme</b>	<b>1. Définition</b>	<b>2. Interrogatoire</b>	
	Chez la femme, la dysfonction sexuelle inclut des troubles persistants et récurrents du désir sexuel ou de l'intérêt sexuel, d'un trouble de l'excitation sexuelle subjective ou génitale, de troubles de l'orgasme, la douleur ou la difficulté pour initier ou accomplir un rapport sexuel. Sa prise en charge est multidisciplinaire	<b>2.1. Enquête sexuelle</b>	<b>2.2. L'enquête médicale</b>
		- Quelle est la difficulté sexuelle - Le contexte au moment du trouble sexuel: - Stimulation sexuelle adéquate - Sentiment pour le partenaire - Intimité et sécurité du moment - Acquis (psycho) ou primaire (psycho et médical) - Situationnelle (exple: pas de troubles si masturbation) ou généralisée - Voir les autres réponses sexuelles de la femme - La réponse sexuelle du partenaire - La réaction des 2 partenaires	Santé actuelle rechercher, atcd alcool, tabac, Antécédents MGF, antécédents: abus sexuel, mastectomie (cancer du sein), ménopause iatrogène (chimiothérapie, radiothérapie chirurgie ovarienne), ménopause, chirurgie génitale - Antécédents médicaux : diabète , HTA, maladies cardio vasculaire, artheros clérose, neuropathie - Santé mentale - Médication actuelle (antidépresseurs tricyclique, inhibiteur de capture de la sérotonine, antipsychotique, antihypertenseurs etc.)
<b>Signes</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>CAT</b>	
		- <b>Faire l'IEC/CCC sur bonne hygiène de vie:</b> - <b>Méfait de L'obésité</b> - <b>Méfait de la caféine</b> - <b>Méfait de la constipation</b> - <b>Méfait du tabac</b>	

Signes	Diagnostic	CAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problèmes interpersonnels</li> <li>- Absence de stimuli</li> <li>- Expériences négatives</li> <li>- Anticipations sexuelles négatives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles désir sexuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie</li> <li>- Cognitivocomportementale: pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausse idée sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,</li> <li>- Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien),</li> <li>- Thérapie de couple : communication</li> <li>- Baisse de l'anxiété</li> <li>- Thérapie Psychoanalytique (travail sur la relation à l'enfance et parentale)</li> <li>- Travail sur l'Intimité et l'attraction physique</li> <li>- Traitement des autres dysfonctions sexuelles de la femme</li> <li>- Traitement dysfonction sexuel du mari</li> <li>- Hormonothérapies avec ou sans androgènes</li> <li>- Si hyperprolactinémie:</li> <li>- Si hyperthyroïdie :</li> <li>- Antidépresseur à petites doses</li> <li>- Traitement hyperglycémie et bon control</li> <li>- Contrôle effets secondaires médicaments</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Provenance de l'Excitation mentale: lecture, vidéo, à stimuler du partenaire, recevoir stimulus sexuel non génitale puis génitale, pensées sexuelles délibérées ou souvenirs</li> <li>- Conscience d'excitation génitale: sensation de battement, pulsation...</li> <li>- Sensation génitale: intensité qui augmente progressivement par stimulation OGE par le doigts, le pénis, corps du partenaire</li> <li>- Clarifier les pensées (peur ISt et Grossesse, distractionite) et les émotions (triste, mécontente de ne pas satisfaire partenaire, attiré par partenaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles de l'excitation sexuelle</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crainte de s'abandonner au plaisir</li> <li>- Besoin de confiance pour se laisser aller</li> <li>- Vérifier s'il n'ya pas de Troubles excitation aussi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles de l'orgasme (Absent, émoussé)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur phobique de la pénétration</li> <li>- Dimension Pénis avec OGE infantiles</li> <li>- Insatisfaction sexuelle</li> <li>- Conflit de couple</li> <li>- Manque d'intimité émotionnelle</li> <li>- Mauvaise image de soi</li> <li>- Manque de confiance en soi</li> <li>- Trouble de l'identité sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspareunie- vaginisme</li> <li>- Tenir compte de cela dans le traitement:</li> <li>- Renforcement de l'image de soi</li> <li>- Remettre la confiance</li> </ul>	
<p>Baisse ou absence de sensation de désir sexuel et ou de l'intérêt sexuel</p> <p>Absence d'une bonne réponse à l désir sexuel</p> <p>Absence de pensées et de fantasmes sexuel</p> <p>Les motivations pour toute excitation font défaut</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble des désirs sexuels</li> </ul>	

Signes	Diagnostic	CAT
<p>Extrême anxiété et ou dégoût à anticiper l'activité sexuelle</p> <p>Hypervigilance</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aversion sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Remettre la confiance</li> <li>- Donner des informations éclairées sur le traitement intégré en vue d'un choix libre (chirurgien, sexologue, psychologue, psychiatre)</li> <li>- Chirurgie plastique</li> <li>- Thérapie de couple: communication</li> <li>- Thérapie</li> <li>- Cognitivocomportementale: ) pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,</li> <li>- Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien),</li> <li>- Baisse de l'anxiété</li> <li>- Thérapie Psychoanalytique et systémique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminution ou absence d'excitation sexuelle cognitive ou de plaisir sexuelle par n'importe quelle stimulation</li> <li>- Diminution ou absence d'excitation sexuelle ou de plaisir sexuelle lors des caresses génitales.</li> <li>- L'excitation ou sensation génitales sont minimales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble de l'excitation sexuelle subjective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie Cognitivocomportementale: pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,</li> <li>- Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien),</li> <li>- Thérapie de couple : communication</li> <li>- Baisse de l'anxiété</li> <li>- Thérapie Psychoanalytique et systémique</li> <li>- Traitement médical avec inhibiteur phospho di estérase 5 (IPDE5)</li> <li>- Tibolone (association oestrogène, androgène, progestérone)</li> <li>- Lubrifiant vaginal</li> <li>- Devices (vibromasseur)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Excitation sexuelle spontanée, intrusive, involontaire à type de pulsation, picotement, battement en absence de désir sexuel. Excitation ne cède pas après orgasme, elle persiste des heures et des jours</li> <li>- Atrophie du clitoris</li> <li>- Périnéraphie</li> <li>- Chirurgie périnéale</li> <li>- Vestibulites vulvaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble de l'excitation sexuelle génitale</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Association de troubles de l'excitation sexuelle génitale et subjective</li> <li>- Idem pour les signes</li> </ul>	

Signes	Diagnostic	CAT
Malgré excitation intense orgasme absent, diminué ou retardé	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orgasme</li> <li>- Cause :</li> <li>- Atrophie du clitoris</li> <li>- Périnéraphie</li> <li>- Chirurgie périnéale</li> <li>- Vestibulites vulvaires</li> <li>- MGF</li> <li>- Bartholinite</li> <li>- distribution irrégulière des micropapilles des petites lèvres:</li> <li>Consistance dure</li> <li>- testing vaginal (plancher pelvien faible)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie</li> <li>- Cognitivocomportementale: ) pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausses idée sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,</li> <li>- Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien),</li> <li>- Thérapie de couple : communication</li> <li>- Baisse de l'anxiété</li> <li>- Thérapie Psychoanalytique et systémiq</li> </ul>
Douleur persistante ou reccurrente lors de tentative ou de penetration vaginale compléete ou lors des rapports sexuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dyspareunie</li> <li>- Causes :</li> <li>- Atrophie du clitoris</li> <li>- Périnéraphie</li> <li>- Chirurgie périnéale</li> <li>- Vestibulites vulvaires</li> <li>- MGF Bartholinite</li> <li>- distribution irrégulière des micropapilles des petites lèvres:</li> <li>Consistance dure cystite</li> <li>- Endométriose</li> <li>- Atrophie vulvovaginale, ambiguïté sexuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thérapie Cognitivocomportementale: pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausse idée sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle,</li> <li>- Psychothérapie individuelle</li> <li>- Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien),</li> <li>- Thérapie de couple : communication</li> <li>- Baisse de l'anxiété</li> <li>- Thérapie Psychoanalytique et systémique</li> <li>- Anesthésie locale</li> <li>- Antimycosique,</li> <li>- Traitement des IST (gardenelle, papilloma etc.)</li> <li>- Antidépresseur</li> <li>- Vestibulectomie</li> <li>- Oestrogènes locales</li> </ul>
<p>Impossibilité de penetration vaginale du pénis ou d'un doigt</p> <p>Evitement, crainte associées des contractions in volontaires des muscles du périnée</p> <p>Examens complémentaires</p> <p>PV- frottis cervico vaginal</p> <p>ECBU</p> <p>Bilan hormonal</p> <p>Testostérone libre, Prolactine, 17 bêta oestradiol, SHBG (sexe hormone binding globuline)</p> <p>oestrogènes, prolactinémie si association autres pathologies (ménopause, galactorrhée, oligoménorhée, aménorhée)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vaginisme</li> <li>- Causes :</li> <li>- Peur de la pénétration</li> <li>- Neurodystonie du plancher pelvien primaire</li> <li>- Mariage forcé</li> <li>- Douleur génitale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Automassage muscle élévateur de l'anus</li> <li>- Traitement pharmacologique de l'anxiété</li> <li>- Traitement psychologique de la phobie</li> </ul>

PROTOCOLES POUR L'INCONTINENCE URINAIRE DE LA FEMME

1. DEFINITION	2. CLASSIFICATION	3. EVALUATION DES INCONTINENCES
<p>C'est une perte involontaire d'urine. Cette fuite d'urines survient quand la pression intra vésicale (force expulsive) devient supérieure à la pression urétrale (force de clôture)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 types d'incontinence</li> <li>- Incontinence urinaire par impériosités mictionnelles:</li> <li>Fuites d'urines involontaires qui précèdent immédiatement ou accompagnent un besoin urinaire fort, soudain et incontrôlable</li> <li>Résultat de contractions involontaires du détrusor</li> <li>- incontinence urinaire d'effort:</li> <li>Perte d'urines involontaire à l'effort (exercice, toux, éternuement) pendant laquelle la pression urétrale de clôture est insuffisante</li> <li>Le muscle du Sphincter urétral est faible et/ou le système de soutènement urétral défectueux</li> <li>- Incontinence urinaire mixte:</li> <li>Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédents urologiques</li> <li>- Quand perdez-vous les urines:</li> <li>- Avant d'arriver aux toilettes/pendant le sommeil/ lors toux, éternuement, exercice/ fuites sans raisons/ tout le temps/ lors du passage de la position debout après une miction</li> <li>- Combien de fois vous perdez les urines</li> <li>- Parfois/Une/plusieurs fois par jour/Tout le temps</li> <li>- Importance des pertes évaluée par le nombre de couches de protection</li> <li>- Faiblesse du jet mictionnel : Dysurie</li> <li>- Impossibilité d'arrêter le jet urinaire</li> <li>- Sensation réplétion vésicale</li> <li>- Autres signes : incomfort périnéal, énurésie dans l'enfance, douleur mictionnelle, douleur lors Rapport Sexuel, incontinences anales, constipation</li> <li>- Evaluer la qualité de vie (degré de gêne, perte d'urines pendant les rapports sexuels, auto exclusion)</li> <li>- Antécédents gynéco obstétricaux</li> <li>- Ménopause</li> <li>- Nbre d'enfants</li> <li>- Accouchemet instrumental</li> <li>- Césarienne</li> <li>- Chirurgie pelvienne</li> <li>- Radiothérapie</li> <li>- Antécédents médicaux</li> <li>- Toux chronique</li> <li>- Constipation chronique</li> <li>- Maladies Neurologiques</li> <li>- Traitement maladies cardiaques</li> <li>- Traitement (Anticholinergiques, Diurétiques, Anxiolytiques, sédatifs)</li> <li>- Calendrier mictionnel (recueil journalier des informations urinaires)</li> <li>- Fréquence: pollakiurie diurne, nocturne</li> <li>- Épisodes incontinence</li> <li>- Impériosités mictionnelles</li> <li>- Volume: polyurie</li> <li>- Nombre de couche de protection</li> </ul>

SIGNES	DIAGNOSTIC	CAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Impériosités mictionnelles: besoin mictionnel difficile à differer</li> <li>- Pollakiurie diurne et nocturne: miction fréquente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontinence urinaire par impériosités mictionnelles</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Hyperactivité du détrusor Idiopathique ou Neurologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacologique</li> <li>- Desmopressine</li> <li>- Antimuscariniques</li> <li>- chirurgical</li> <li>- Cystoplastie d'agrandissement</li> <li>- Neurostimulation des racines sacrées</li> <li>- Autodilatation vésicale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perte d'urines involontaire à l'effort</li> <li>- Poids/ Taille à la recherche d'une obésité</li> <li>- Globe vésical (rechercher une matité pelvienne</li> <li>- Neurologique: examen neurologique du périnée</li> <li>- Inspection: lésions grattage, excoriation</li> <li>- Stress test (évaluation des pertes d'urines à l'effort)</li> <li>- Perte d'urine extra urétrale</li> <li>- Testing vaginal (évaluation de la tonicité des muscles du périnée)</li> <li>- Testing anal (évaluation de la tonicité du sphinctère anal)</li> <li>- Examens complémentaires</li> <li>- Bandelettes urinaires</li> <li>- ECBU</li> <li>- Evaluation de la Fonction rénale</li> <li>- Mesure résidu post mictionnel</li> <li>- Pad test (quantification de la perté en pesant la couche)</li> <li>- Test urodynamique</li> <li>- Electo myographie (EMG) du sphincter strié urétral ou du périné</li> <li>- Abdomen sans préparation</li> <li>- Cystographie rétrograde</li> <li>- Échographie pelvienne</li> <li>- IRM</li> <li>- cystoscopie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontinence urinaire d'effort:</li> <li>- Etiologie</li> <li>- Grossesse</li> <li>- Accouchement par voie basse</li> <li>- Chirurgie pelvienne et radiothérapie</li> <li>- Causes neurologiques par étirement du nerf pudendal</li> <li>- Mauvaise hygiène de vie:</li> <li>- atcd de tabac, alcool, café, obésité, constipation, absence de miction régulière</li> <li>- Sport excessif fatigue musculaire</li> <li>- Causes favorisantes : Comorbités liés à l'âge</li> </ul>	<p><b>Au niveau communautaire,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire IEC/CCC</li> <li>- méfaits de l'obésité</li> <li>- méfaits de la caféine et du tabac</li> </ul>
		<p><b>PS et Centre de Santé type 1 et 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Méfaits de certains exercices musculaires</li> <li>- Miction régulière Promotion d'une bonne hygiène de vie (voir plus haut)</li> <li>- Rééducation vésico -sphinctérienne</li> <li>- Biofeedback</li> <li>- Traitement physique:</li> <li>- stimulation électrique</li> <li>- stimulation magnétique</li> <li>- Thérapie comportementale</li> <li>- IEC /CCC</li> <li>- Traitement de la toux</li> <li>- Traitement de la constipation</li> <li>- Référence</li> </ul>
		<p><b>Niveau Hôpital Régional et National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pharmacologiques</li> <li>- Alphabloquants</li> <li>- oestrogène</li> <li>- Système de continence mécanique :</li> <li>- intra vaginal</li> <li>- Chirurgicale</li> <li>- Bandelettes sous urétral TVT/ TOT</li> <li>- « Sling»</li> <li>- Cystourétopexie rétropubien (Burch)</li> <li>- Sphincter artificiel</li> <li>- Injection intra-urétrale</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEC de L'incontinence médico chirurgicale</li> </ul>
Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort Instabilité urétrale	- Incontinence urinaire mixte	

PROTOCOLES POUR LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL GENITAL Y COMPRIS LES CANCERS

1. ACTIVITES IEC	2. THEMES D'IEC
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion. (voir thèmes)</li> <li>- Causeries sur tous les thèmes</li> <li>- Entretien sur tous les thèmes avec démonstration sur modèles anatomiques</li> <li>- Visites à domicile pour le suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La physiologie et l'anatomie de l'appareil génital de l'homme et de la femme</li> <li>- Le déroulement du cycle menstruel et les modifications physiologiques qui peuvent survenir pendant le cycle ;</li> <li>- Les troubles des règles</li> <li>- Les infections génitales</li> <li>- L'infertilité/Infécondité</li> <li>- Les affections de la prostate</li> <li>- Les risques liés à l'automédication</li> <li>- Les mutilations génitales chez les femmes et certaines pratiques culturelles néfastes (injection intra vaginale d'antiseptiques et d'autres produits).</li> <li>- Les signes d'appel du cancer du col utérin et du sein : Nécessité de consulter précocement devant tout signe d'alarme notamment toute hémorragie après la ménopause ou toute hémorragie post coïtal) ;</li> <li>- L'importance du dépistage et diagnostic précoce des cancers du col et du sein : l'autopalpation du sein (démonstration de la technique, périodicité mensuelle), le frottis cervico vaginal (périodicité tous les 2 ans)</li> <li>- La prévention des cancers du col et le rôle des IST (virus papillome humain)</li> </ul>

3. C.A.T. DEVANT LES PRINCIPALES AFFECTIONS GENITALES PAR NIVEAU : CHEZ LA FEMME

Symptômes	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
<p>Douleurs cycliques (Dysménorrhées) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dysménorrhée 1aire (essentielle ou malformations)</li> <li>- Dysménorrhée 2aire :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fibrome</li> <li>o Endométriose</li> <li>o Polype</li> <li>o Synéchie</li> <li>o Séquelles infection (post-partum, post-abortum, IST) avec tableau de paramétrite</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Donner paracétamol ou Aspirine 1g x 3 pendant 2jrs</li> <li>- Rassurer</li> <li>- Référer si pas amélioration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Counseling</li> <li>- Antalgique ou Anti-inflammatoire non stéroïdiens : paracétamol 500mgx3 ou Acide Niflurique</li> <li>- Référer si pas amélioration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Counseling</li> <li>- Rechercher une imperforation hyménéale : Interroger à la recherche d'une aménorrhée associée, examiner et faire une échographie à la recherche d'autres malformations uro génitales et prendre en charge (CS type II) ou référer</li> <li>- Rechercher autres causes (rétroversion...) et référer</li> <li>- Si dysménorrhée primaire traitement symptomatique (antalgiques, antispasmodiques, antiprostaglandines, AINS), ou hormonal si échec</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Counseling</li> <li>- Idem CS +</li> <li>- Explorations complémentaires (coelioscopie, Hystérocopie...) et prise en charge (ex : rétroversion utérine, endométriose)</li> </ul>	<p>Idem que HR</p>

Symptômes	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
<p>Troubles des règles et du cycle (spanioménorrhées, Polyménorrhées, ménorragies, métrorragies) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes iatrogènes (contraceptifs hormonaux)</li> <li>- Autres : col pathologique, fibrome utérin, polype, cancer endomètre, dystrophie et dysplasie ovarienne, kyste de l'ovaire, endométriose, endocrinopathies...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si les règles ont débuté il y'a moins de 2 ans, rassurer,</li> <li>- Dans tous les autres cas, référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Idem + Rechercher notion de contraception (voir ordinogrammes PF)</li> <li>- Si persiste : référer</li> <li>- Dans tous les autres cas, référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem +</li> <li>- Interrogatoire, examen clinique (y inclus IVA, IVL) et échographie à la recherche : Col pathologique, Fibrome utérin, dystrophie et dysplasie ovarienne, Kyste de l'ovaire...</li> <li>- Prendre en charge (CS type II) ou Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + Explorations complémentaires (colposcopie, coelioscopie, Hystérocopie...) et prise en charge : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fibrome</li> <li>o Tumeurs de l'ovaire</li> <li>o Polype</li> <li>o endométriose</li> <li>o Prendre en charge ou référer</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés</li> <li>- + Traitement médical (chimiothérapie, hormonothérapie) et ou chirurgical et ou radiothérapie des cancers</li> </ul>
<p>Absence de règles (aménorrhées) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <p><b>Aménorrhée primaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- avec caractères sexuels présents et normaux :malformations vaginales, testicule féminisant</li> <li>- Avec caractères sexuels virilisants : hyperplasie congénitale des surrénales</li> <li>- Caractères sexuels absents d'origine hypothalamo hypophysaires, dysgénésies ovariennes</li> </ul> <p><b>Aménorrhée secondaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Causes utérines : sténose du col, synéchies...</li> <li>- Ovariennes : ménopause précoce, dystrophies ovariennes..</li> <li>- Hypothalamo hypophysaires : syndrome de sheehan, tumeurs hypophysaires, hypophysaires...</li> <li>- Endocriniennes : hypothyroïdie, diabète</li> <li>- Générales : anémie, cancer, tuberculose...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien et examen à la recherche: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Signes de grossesse et prendre en charge</li> <li>o Aménorrhées du post-partum</li> <li>o Notion de contraception (voir ordinogrammes PF)</li> </ul> </li> <li>- Dans tous les autres cas, référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + Interrogatoire, examen clinique, échographie et ou HSG à la recherche d'autres causes : sténose cervicale, synéchie utérine et Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem +</li> <li>- Explorations complémentaires (Radiographie pour age, radio selle turcique, coelioscopie...) et prise en charge des cas référés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem+ explorations complémentaires (dosages hormonaux) et prise en charge</li> </ul>

Symptômes	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
<p>Douleurs mammaires (mastodynies) Les étiologies suivantes seront évoquées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incidents de l'allaitement</li> <li>- Syndrome pré menstruel</li> <li>- Abscès du sein</li> <li>- Cancer du sein</li> <li>- Adénofibrome, kyste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- En période des règles rassurer, conseiller de petits moyens pour soulager (compresses chaudes)</li> <li>- Si en dehors des règles, paracétamol ou acide acétylsalicylique, si pas amélioration, référer</li> <li>- Si engorgement : (cf protocoles SPNN)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Si femme allaitante, (cf protocoles SPNN)</li> <li>- Rechercher : un abcès du sein : drainage + + antibiotique + antalgique et référer en l'absence d'amélioration</li> <li>- Une lymphangite :</li> <li>- Ampicilline 2grs/jour +</li> <li>- Nifluril 1-2gélx3x jour+</li> <li>- Compresses chaudes ( +cf protocoles allaitement maternel)</li> <li>- Si association avec sécrétions sanglantes ou ulcérations, signes cutanées ou tumeur : référer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem</li> <li>- Prendre en charge :</li> <li>- Un abcès du sein (incision + antibiotique, drainage, antalgique)</li> <li>- Une lymphangite (cf protocoles allaitement maternel)</li> <li>- Suspecter une tumeur et référer</li> <li>- Mastodynie cyclique, progestatif du 16<sup>è</sup> au 25<sup>è</sup> jour du cycle pendant 3 cycles.</li> <li>- Si pas amélioration : référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + explorations paracliniques à la recherche d'une tumeur (mammographie, échographie, cytoponction...)</li> <li>- Prendre en charge les tumeurs non suspectes cliniquement et cytologiquement (ablation et examen anatomo-pathologique)</li> <li>- référer les tumeurs malignes ou suspectes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + Exploration complémentaires et bilan d'extension des tumeurs malignes (Biologie, histologie scanner, IRM...) + Traitement médical (chimiothérapie, hormonothérapie) et ou chirurgical et ou radiothérapie des cancers</li> </ul>
Tuméfaction des grandes lèvres	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien et examen clinique à la recherche d'une</li> <li>- Bartholinite : commencer le traitement (antibiotique, anti-inflammatoire) et</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en charge (CS II) kyste ou autre tumeur bénigne ou bartholinite (chirurgie)</li> <li>- Si récurrence : référer</li> </ul>	Idem + Référer si suspicion de tumeur maligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés + Traitement médical (chimiothérapie,) et ou chirurgical et ou radiothérapie des cancers</li> </ul>
Pertes génitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST

Symptômes	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
Saignements lors des rapports sexuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Counseling</li> <li>- Examen gynécologique à la recherche d'une infection, d'anomalies macroscopiques du col utérin ou d'une déchirure du cul de sac de Douglas</li> <li>- Prise en charge infection (voir protocoles IST)</li> <li>- Dans tous les autres cas : référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem +</li> <li>- Examen gynécologique y inclus IVL/IVA et référer si anomalie</li> <li>- Prise en charge déchirure du Douglas (CS type II)</li> <li>- Dans tous les autres cas : référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem + Faire un examen complet du col et du vagin : colposcopie, cytologie, biopsie et référer si anomalies</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem + Explorations complémentaires et prise en charge des dysplasies et des cancers du col, vagin, utérus</li> </ul>
Augmentation du volume abdominal en dehors de la grossesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exploration clinique et échographique à la recherche d'une tumeur abdominale ou pelvienne (fibrome utérin, kyste de l'ovaire...)</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exploration complémentaires (échographie) et Prise en charge chirurgicale des fibromes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idem+ Explorations complémentaires (scanner, IRM) et prise en charge + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés + Traitement médical (chimiothérapie, hormonothérapie) et ou chirurgical et ou radiothérapie des cancers</li> </ul>

#### 4. C.A.T. DEVANT LES PRINCIPALES AFFECTIONS ET PAR NIVEAU : CHEZ L'HOMME

Symptômes maladies	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
Développement des seins (Gynécomastie)	- Entretien - Référer	- Counseling - Si pendant la période pubertaire : rassurer le jeune et le mettre en observation - Si adulte ou si mauvaise tolérance, référer	- Counseling - Si pendant la période pubertaire : o Prendre en charge o Rassurer o Rechercher une prise de médicament (hormones, neuroleptiques cardiotoniques)	- Counseling - Prendre en charge pour mammographie, dosages hormonaux (17 CS, oestrogènes, androgènes) - Marqueur tumoraux - Bilan paraclinique complet (Radiographie de la selle turcique)	- Counseling - Prendre en charge pour spermogramme, traitement d'une gynécomastie secondaire (drogues, maladies hépatiques, traumatismes psychologiques, tumeur testiculaire, cancer bronchite, caryotype, - Hormonothérapie - Cure chirurgicale
Absence de testicules dans une ou deux bourses (dystopie testiculaire)	- Référer	- Référer	- Référer	- Rechercher une cryptorchidie : Echographie, dosages hormonaux au besoin - Cure de cryptorchidie avant 2 ans ou Référer	- Cure de Cryptorchidie avant 2ans libération, abaissement et fixation du testicule
Anomalies au niveau de la verge (hypospadias-épispadias)	- Entretien - Référer	- Counseling - Ne pas faire la circoncision +++ - Référer	- Counseling - Ne pas faire la circoncision +++ - Référer	- Counseling - Rechercher d'autres anomalies (sténose du méat, coudure de la verge, atteinte du col vésical) - Chirurgie ou référer	- Prise en charge pour une cure chirurgicale
Ecoulement urétral	- Entretien - Référer	- Counseling (Cf : protocoles IST)	- Counseling (Cf : protocoles IST)	- Idem	- Idem
Grosses bourses ou tuméfaction inguino-scrotale	- Entretien - Référer	- Counseling - Rechercher une hernie inguino-scrotale, un gros testicule, un hydrocèle, une hernie étranglée, un éléphantiasis, - Référer dans tous les cas	- Si CS Type I : Référer - CS Type II : Prise en charge sauf cas associés aux tumeurs de la prostate	- Prise en charge complète - Référé au besoin	- PEC complète
Circoncision	- Entretien - Référer	- Référer	- Rechercher ATCD d'hémophilie et référer ces cas - Circoncision des cas non hémophiles	- PEC complètes des hémophiles et référer au besoin	- Idem + prise en charge - PEC complète

Symptômes maladies	Niveau				
	Communautaire	PS	CS	HR	HN
Disfonctionnement érectile (hypo-érection, ano-érection)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Counseling</li> <li>- Rechercher antécédents chirurgie pelvienne, Diabète, maladies cardiovasculaires et notion de traumatisme</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem + prise en charge par psychothérapie, anxiolitique et prendre en charge un diabète</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prendre en charge complète, psychothérapie</li> <li>- Référer au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEC complète</li> </ul>
Pollakiurie nocturne, dysurie, impériosité mictionnelle chez un homme de plus de 45 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer, éduquer les familles</li> <li>- Référer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informer, éduquer les familles</li> <li>- Référer</li> <li>- Counseling</li> <li>- Rechercher : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autres signes cliniques d'infection urinaire: Ciprofloxacine 250 : 2cps matin et soir pdt 10 jours</li> <li>- Si pas amélioration ou récurrence, référer</li> <li>- Suivi des malades traités</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspecter le diagnostic de cancer de la prostate par le (toucher rectal</li> <li>- Référer pour confirmation et prise en charge</li> <li>- Suivi médical des patients contre référés</li> <li>- Dosage du PSA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic par Toucher Rectal, dosage du PSA ( Prostate Specific Antigen ) et imagerie pour diagnostic différentiel entre cancer et adénome de la prostate</li> <li>- Biopsie prostatique</li> <li>- Examen anatomo pathologique</li> <li>- Ttt curatif (chirurgie, radiothérapie)</li> <li>- Ttt palliatif (hormonothérapie, chimiothérapie castration chirurgicale</li> <li>- Counseling</li> <li>- Référer les cas de cancer au besoin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic par Toucher Rectal, dosage du PSA ( Prostate Specific Antigen ) et imagerie complète</li> <li>- Examens biologiques complets</li> <li>- Biopsie prostatique</li> <li>- Examen anatomo pathologique</li> <li>- Ttt curatif (chirurgie, radiothérapie)</li> <li>- Ttt palliatif (hormonothérapie, castration chimiothérapie</li> <li>- Counseling</li> <li>- Faire la contre référence des patients traités ou incurables</li> </ul>

SIGNES	DIAGNOSTIC	CAT
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prolifération bénigne de la glande prostatique</li> <li>- Pollakiurie,</li> <li>- Dysurie,</li> <li>- Miction impérieuse,</li> <li>- Miction par regorgement, parfois hématurie,</li> <li>- Rétention d'urines,</li> <li>- Infection urinaire à répétition,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- médical : extraits de plante , alpha bloquants , inhibiteur de la 5 alpha réductase</li> <li>- chirurgical : adénomectomie</li> <li>- résection trans urétrale de prostate (RTUP)</li> </ul>
<b>TR :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prostate augmentée de volume,</li> <li>- Elastique,</li> <li>- Régulière indolore</li> </ul>		
<b>Echographie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation de volume de la prostate,</li> <li>- Parfois dilatation des cavités rénales</li> </ul>		
<b>Biologie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de PSA inférieur à 4 ng/ml</li> <li>- Apprécier la fonction rénale</li> </ul>		

## LA MENOPAUSE

I. DEFINITIONS				
<b>I.1. Ménopause</b>		<b>I.2. Préménopause</b>		
<p>La ménopause est un phénomène naturel ; ce n'est pas une maladie. Le terme ménopause signifie étymologiquement « arrêt des règles», et désigne ainsi la période qui survient au moment où les ovaires arrêtent de sécréter les hormones de la reproduction : l'estrogène et la progestérone. Les règles disparaissent, la femme ne peut plus avoir d'enfants.</p> <p>La ménopause commence le plus souvent aux alentours de 50 ans. Elle est vécue de façon très différente selon les femmes, les pays et les cultures. C'est une expérience propre à chaque femme.</p> <p>Lors de la ménopause, peuvent apparaître des états psychologiques voire psychiatriques particuliers qui ne peuvent pas être entièrement imputés aux modifications hormonales. La ménopause symbolise une extinction de la fécondité voire de la féminité. Elle coïncide par ailleurs à des événements de vie assez spécifiques de cet âge.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La disparition des règles</li> <li>- La modification de l'apparence physique</li> <li>- Les premiers signes de vieillissement</li> </ul> <p>Mais aussi la retraite, la maladie ou la mort des parents, la venue d'une jeune coépouse, le départ des enfants de la maison, l'apparition de certaines maladies chez des personnes du même âge ...</p> <p>La ménopause peut agir comme déclencheur de troubles mentaux qui seraient liés à conjonction des facteurs endocriniens, généraux, psychiques et du terrain.</p>		<p>Des signes avant coureurs peuvent apparaître plusieurs années avant la ménopause : c'est la préménopause. Il peut d'agir d'une humeur changeante, d'un cycle menstruel irrégulier, quelques bouffées de chaleur,...</p> <p>Certaines femmes n'ont aucun signe, la ménopause apparaît alors brutalement avec arrêt des règles du jour au lendemain.</p>		
2. SIGNES				
<p>La ménopause peut s'accompagner de troubles dits «climatériques» et elle favorise le développement de l'ostéoporose ou de maladies cardio-vasculaires. Les symptômes de la ménopause varient d'une femme à l'autre, et chez une même femme, ils varient dans le temps. Ils peuvent être d'intensité différente et n'être pas ressentis de la même façon par chaque femme.</p>	2.1. Les troubles dits «climatériques» de la ménopause	2.2. Les bouffées de chaleur	2.3. Les troubles vaginaux	2.4. Les troubles urinaires
	<p>Le climatère désigne la période des changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause. Les troubles climatériques sont donc les troubles qui surviennent pendant cette période. Les troubles «climatériques» ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé. Ce sont notamment des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des troubles urinaires, des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), des troubles du sommeil (insomnie).</p> <p>Ces troubles sont inexistantes ou très modérés chez une femme sur deux. Lorsqu'ils se manifestent, ils peuvent être pénibles et difficiles à supporter. Leur durée peut varier de quelques mois à plusieurs années.</p>	<p>Il s'agit du symptôme le plus fréquent, dû à l'arrêt de la production d'estrogène par les ovaires. Les bouffées de chaleur se manifestent par une sensation de chaleur parfois accompagnée d'une rougeur de la peau, qui commence au niveau du visage et du cou, puis s'étend vers le thorax et les épaules, et éventuellement se généralise. Chez certaines femmes, les bouffées de chaleur s'accompagnent de sueurs intenses. Elles peuvent survenir dans la journée ou pendant la nuit. Elles sont sans danger mais peuvent être très incommodes.</p>	<p>La carence en estrogène survenant au moment de la ménopause peut rendre la paroi vaginale plus fine, plus sèche et moins «élastique». Les rapports sexuels peuvent ainsi devenir inconfortables.</p>	<p>Le contrôle de la vessie peut être moins bon, ce qui peut provoquer de petites fuites urinaires, en particulier lors d'efforts (éternuements, fous rires...). Il est important de prendre en compte ce problème d'incontinence dès qu'il apparaît afin qu'il ne s'accroisse pas.</p>

2.5. Les modifications de la peau	2.6. La prise de poids	2.7. Les autres troubles de la ménopause	2.8. Conséquences de la ménopause sur les os	2.9. Les risques cardiovasculaires à la ménopause
<p>La structure et la texture de la peau sont influencées par les hormones sexuelles et par des modifications biologiques plus générales liées au vieillissement. Après la ménopause, la peau devient plus fine et plus fragile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souvent, au moment de la ménopause, les femmes prennent du poids et trouvent qu'il est plus difficile qu'auparavant de perdre ces kilos.</li> <li>- La prise de poids n'est pas directement liée aux modifications hormonales de la ménopause. Cependant, la ménopause entraîne une modification dans la répartition des graisses : elles s'accumulent désormais plus fréquemment au niveau du ventre qu'au niveau des cuisses et des fesses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Au moment de la ménopause, d'autres troubles peuvent apparaître : maux de tête, sensation de grande fatigue, troubles du sommeil, douleurs articulaires...</li> <li>- Certaines femmes peuvent parfois présenter une tendance à la dépression. Il n'existe pas de preuve formelle que la ménopause en elle-même puisse provoquer une dépression ; la dépression ne semble pas plus fréquente à cette période de la vie qu'à d'autres moments.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après la ménopause, la perte osseuse s'accélère car la capacité du corps à produire du tissu osseux diminue. Les os deviennent plus fragiles, à tel point que des fractures peuvent se produire à la suite d'un traumatisme léger, notamment au niveau du poignet et de la colonne vertébrale (tassement vertébral), et plus tardivement au niveau du col du fémur. Après 70 ans, une fracture du col du fémur survient chez une femme sur six.</li> <li>- L'ostéoporose ne concerne pas toutes les femmes. Cependant, ce risque d'ostéoporose augmente si : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle survient précocement (avant 40 ans) ;</li> <li>- Antécédents de fractures sans traumatisme</li> <li>- La femme est maigre ;</li> <li>- Traitement par les corticoïdes (Xéssal) ;</li> <li>- Consommation de tabac ou d'alcool ;</li> <li>- Déficit en calcium et/ou en vitamine D ;</li> <li>- La femme est sédentaire</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avant la ménopause, les femmes sont moins exposées que les hommes aux maladies cardiovasculaires. A la ménopause, cette protection relative diminue et le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires augmente régulièrement avec l'âge.</li> <li>- Votre risque personnel dépend de la présence de certains facteurs. Ainsi, vous avez d'autant plus de risque d'être atteinte d'une maladie cardio-vasculaire que : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous fumez ;</li> <li>- Vous présentez un excès de poids ;</li> <li>- Vous avez des antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire ;</li> <li>- Vous souffrez de diabète, d'hypertension artérielle ou avez un taux de cholestérol élevé dans le sang.</li> <li>- Vous êtes sédentaire.</li> </ul> </li> </ul>

### 3. DIAGNOSTIC

#### 3.1. Préménopause

Le diagnostic est clinique se basant sur les troubles du cycle menstruel (spanioménorrhées ou ménorragies) chez la femme qui a plus de 40 ans. Il faudra alors éliminer les autres pathologies gynécologiques par un examen clinique soigneux.

#### 3.2. Ménopause

La ménopause ne pourra s'affirmer cliniquement qu'après une aménorrhée d'un an. Toutefois, un test à la progestérone négatif trois fois de suite peut permettre de poser ce diagnostic après une aménorrhée secondaire. Le dosage des hormones (FSH et œstradiol) ne doit être proposé que lorsqu'on suspecte une ménopause précoce (avant 40 ans).

*NB. Test à la progestérone : un comprimé par jour pour 10 jours par mois. Faire trois fois le test. L'absence de règles signe une ménopause.*

<b>4. PRISE EN CHARGE</b>			
<b>4.1. Niveau communautaire</b>	<b>4.2. Poste de santé</b>	<b>4.3. Centre de santé type 1 et 2</b>	<b>4.4. Centre Hospitalier Régional et Hôpital National</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur la ménopause</li> <li>- Conseils pour dépistage (IVA/IVL, FCV, glycémie)</li> <li>- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/ marche)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur la ménopause</li> <li>- Conseils pour dépistage (IVA/IVL, FCV, glycémie)</li> <li>- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/ marche)</li> <li>- Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur articulaire) sans THM</li> <li>- Prise en charge psychologique</li> <li>- Référer si persistance symptomatologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur la ménopause</li> <li>- Conseils pour dépistage (IVA/IVL, FCV, glycémie)</li> <li>- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, marche)</li> <li>- Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur articulaire) avec possibilité de THM</li> </ul>
<p>Prise en charge psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecoute rassurante</li> <li>- Informer sur la ménopause et ses symptômes</li> <li>- Expliquer que les signes gênants ont un début et une fin</li> <li>- Soutenir la patiente par rapport aux évènements de vie difficiles</li> <li>- Aider à l'identification de nouvelles activités pour s'adapter à la nouvelle situation</li> <li>- Encourager des échanges au sein des groupes d'âge</li> </ul>	<p>Prise en charge psychologique Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Information sur la ménopause</li> <li>- Conseils pour dépistage (IVA/IVL, FCV, glycémie)</li> <li>- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/ marche)</li> <li>- Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur articulaire) sans Traitement Hormonal de la Ménopause (THM).</li> <li>- Référer si persistance symptomatologie</li> </ul>	<p>Prise en charge psychologique Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription de traitement substitutif de la ménopause</li> <li>- Prescription de tranquillisants</li> <li>- Prescription d'antidépresseurs</li> <li>- Prescription de neuroleptiques</li> <li>- Référence à la consultation de psychiatrie</li> </ul>	<p>Prise en charge psychologique Idem</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultation de psychiatrie</li> <li>- Hospitalisation en psychiatrie</li> <li>- Suivi après l'hospitalisation</li> </ul>

Tableau I : Troubles de la préménopause et ménopause

Situations	Signes-Diagnostic	Prise en charge
Ménorragies de la préménopause	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règles qui durent plus de 7 jours avec une perte sanguine supérieure à 80 ml (plus de 7 protections hygiéniques par 24 heures)</li> <li>- Règles abondantes avec retentissement sur l'état général (anémie...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminer causes organiques :</li> <li>- Hyperplasie atypique de l'endomètre</li> <li>- Polype endocavitaire</li> <li>- Fibrome</li> <li>- Adénomyose</li> <li>- Traiter</li> <li>- Progestérone du 5ème au 25ème jour du cycle</li> <li>- Correction de l'anémie</li> <li>- Faire FCV ou IVA/IVL</li> </ul>
Spanioménorrhée de la préménopause	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règles espacées supérieures à 35 jours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rassurer</li> <li>- Counseling pour contraception</li> <li>- Faire FCV ou IVA/IVL</li> </ul>
Aménorrhée	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence des règles pendant au moins 3 mois</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminer une grossesse</li> <li>- Test à la progestérone</li> </ul>
Bouffées de chaleur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- THM</li> <li>- Cf. tableau II</li> <li>- Traitement alternatif</li> <li>- Phytoestrogènes (Inoclim°)</li> <li>- Alphaméthyl dopa (Aldomet°)</li> <li>- Clonidine (Catapressan°)</li> <li>- Psychothérapie</li> </ul>
Trouble de la trophicité uro-génitale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Œstrogène par voie local (colpotrophine, œstrogel, colposeptine)</li> </ul>
Céphalées, trouble du sommeil	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cf. ci-dessus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antalgique, tranquillisants</li> <li>- Psychothérapie</li> </ul>

Tableau II : schéma du Traitement Hormonal de la Ménopause

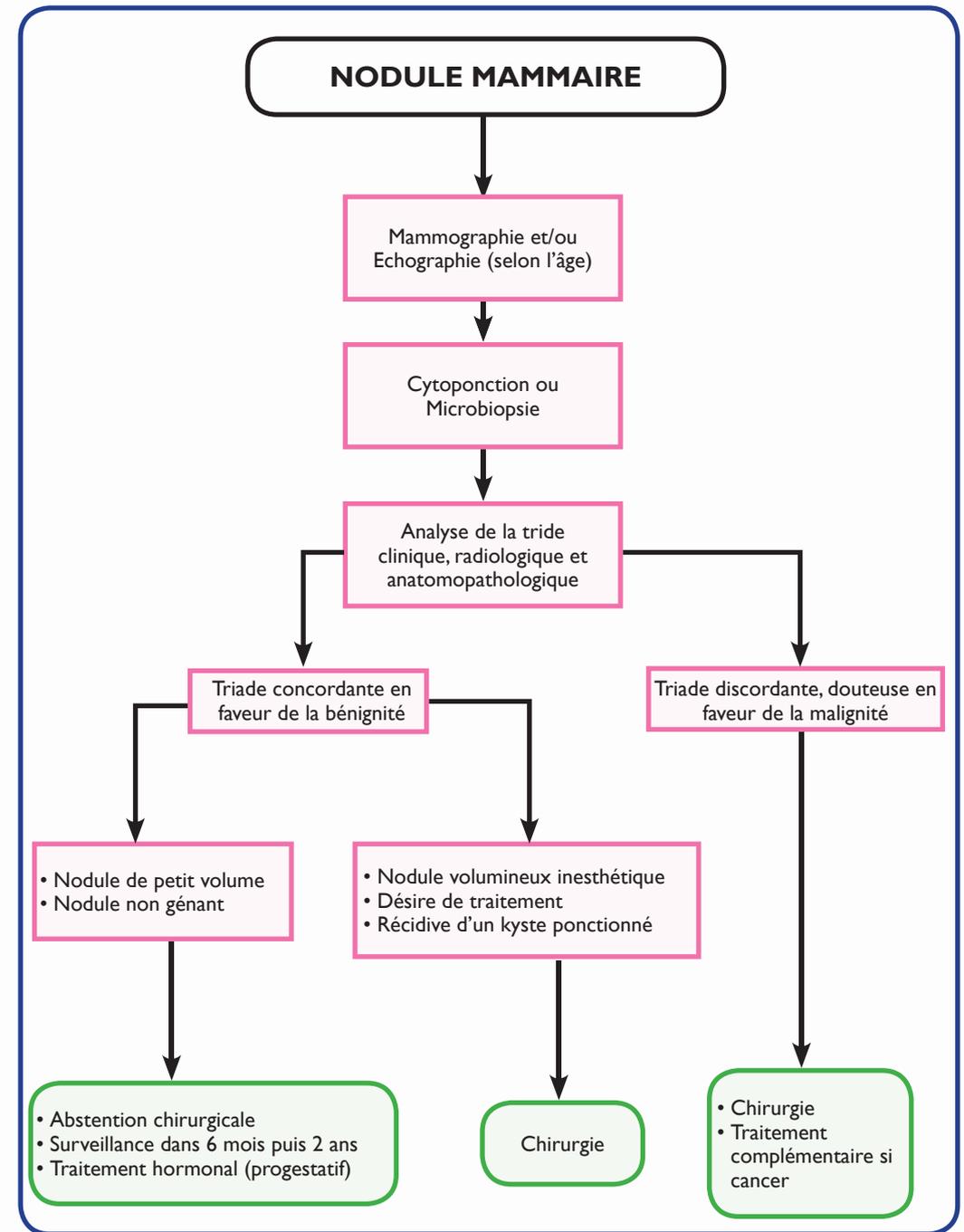
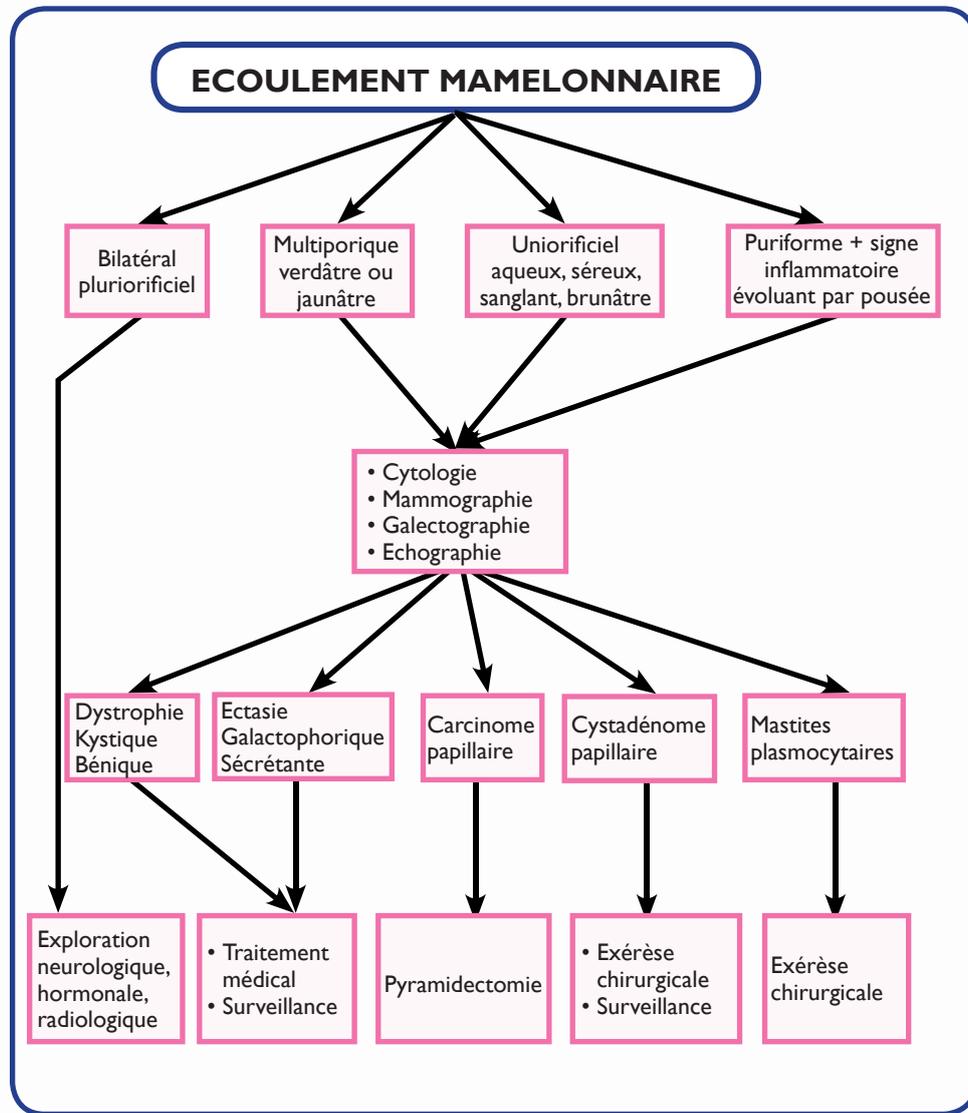
Schéma avec règles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription d'un estrogène du 1<sup>er</sup> au 25 du mois auquel est associé un progestatif de synthèse les 12 derniers jours ;</li> <li>- Cette solution est facile pour les patientes,</li> <li>- évitant tout calcul de date et limitant les risques d'erreur</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescription d'un estrogène tous les jours du mois, le progestatif étant associé les 12 derniers jours.</li> <li>- Ce schéma convient particulièrement aux femmes sujettes</li> <li>- aux migraines menstruelles ou à celles se plaignant de récurrence</li> <li>- des troubles pendant l'intervalle d'arrêt.</li> </ul>
Schéma sans règles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise d'un estrogène et d'un progestatif du 1<sup>er</sup> au 25 de chaque mois</li> </ul>
Chez la femme sans utérus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise d'estrogènes 3 semaines sur 4</li> </ul>

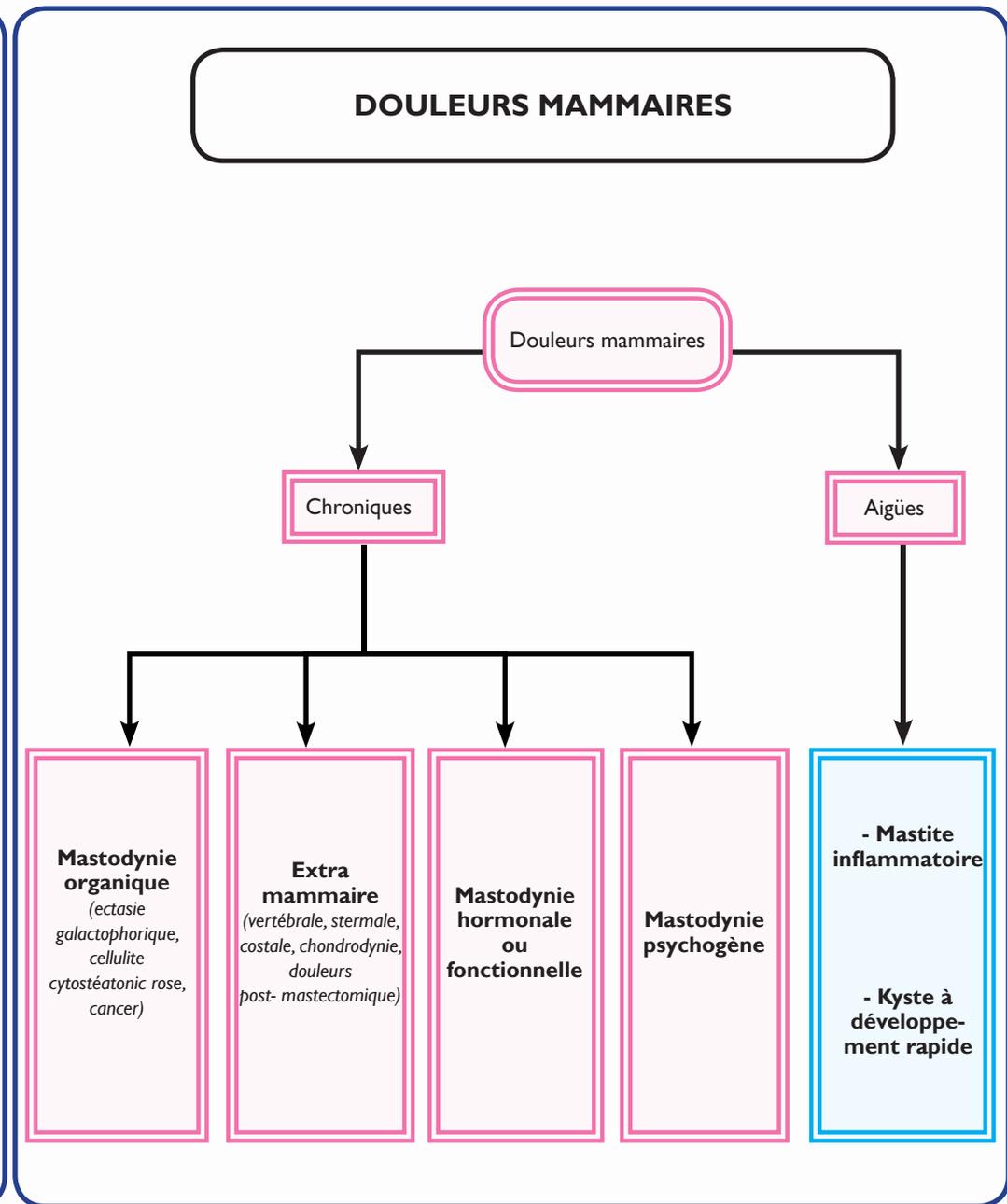
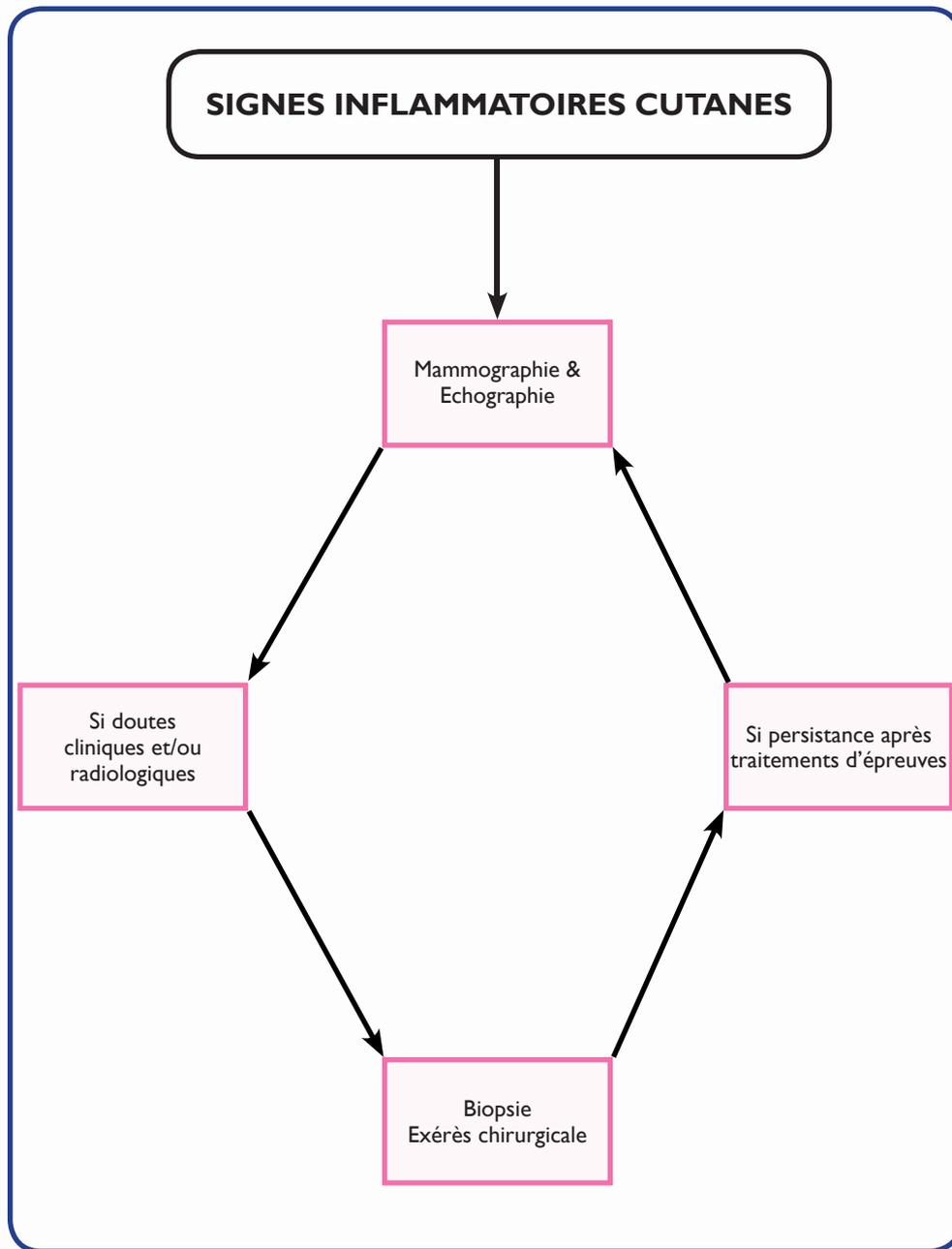
## I. CANCERS DU SEIN

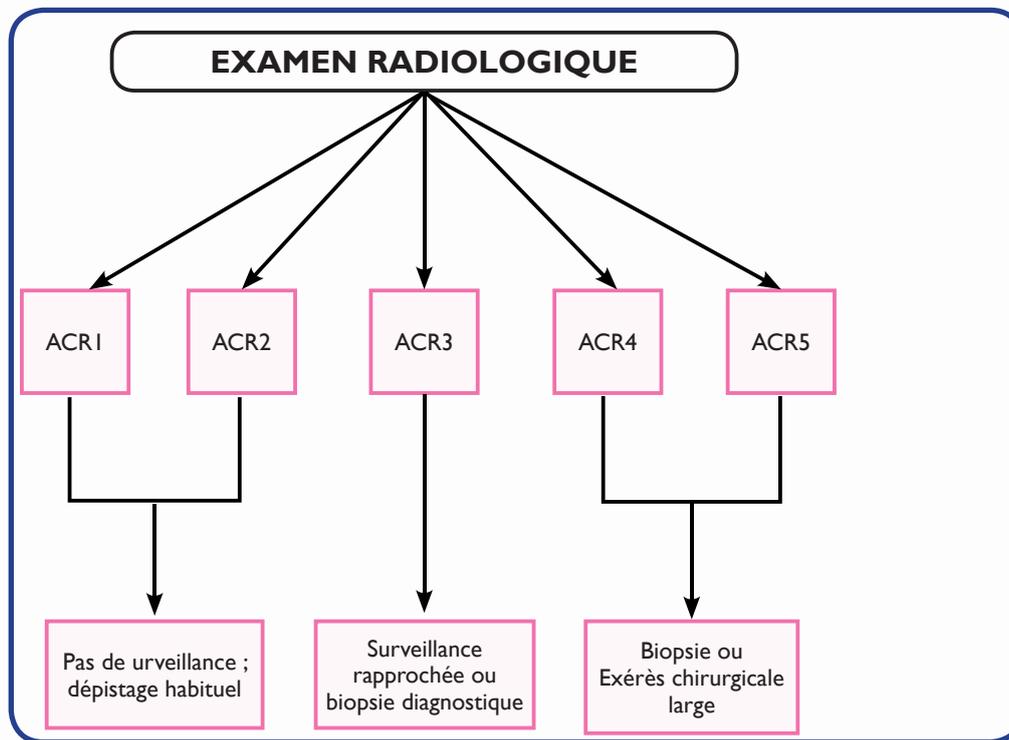
I.1. DÉFINITION	I.2. DIAGNOSTIC				
Prolifération maligne primitive intéressant la glande mammaire et ayant tendance à disséminer.	<b>Positif</b>				
	<i>Circonstances</i> - Nodule mammaire qui grossit - Ulcération cutanée mammaire ou masse ulcéro-bourgeonnante - Tumeur inflammatoire du sein - Douleur unilatérale au sein - Adénopathie axillaire - Écoulement mamelonnaire (hémorragique surtout) - Consultation systématique (dépistage clinique ou radiologique)	<i>Examen clinique</i> - Age - Antécédents - Examen local <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Tumeur ou nodule du sein               <ul style="list-style-type: none"> <li>• dure, plus ou moins irrégulière</li> <li>• fixée ou tendant à se fixer</li> <li>• indolore</li> <li>• parfois ulcérée</li> </ul> </li> <li>◦ Ulcération du mamelon</li> <li>◦ Écoulement hémorragique du mamelon</li> <li>◦ Signes inflammatoires locales ou aspect de peau ou de rétraction d'orange en regard</li> </ul> - Régional à la recherche d'adénopathies axillaires homo latérales - Général <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Adénopathies sus claviculaires</li> <li>◦ Foie, squelette osseux (points douloureux) et autres localisations métastatiques</li> <li>◦ Etat général</li> </ul>	<i>Examens complémentaires</i> - Mammographie +/- - Echographie mammaire - Ponction à l'aiguille fine/ - Biopsie +++ - Biopsie +++ à l'aiguille coupante - Radiographie pulmonaire - Echographie abdominale - Bilan biologique et dosage du marqueur CA 15-3	<i>Différentiel</i> - Tumeurs inflammatoires <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Non spécifique (Abscess, mastite inflammatoire)</li> <li>◦ Spécifique (tuberculose, syphilis)</li> </ul> - Tumeurs bénignes (adénomes, kystes, tumeur phyllode de grade I & II) - Autres tumeurs malignes (sarcomes, lymphomes, métastases)	<i>Facteurs de risque</i> - Anomalies génétiques (notion familiale) <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Antigène BRCA1 et BRCA2</li> <li>◦ Syndrome de Lynch, Neurofibromatose type II</li> <li>◦ Notion d'hyperestrogénie</li> </ul>

## I.2. CAT SELON LES BASES FACTUELLES PAR NIVEAU

SITUATION	PRISE EN CHARGE
INFORMATION ET DEPISTAGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités d'IEC :</li> <li>- Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion)</li> <li>- Causeries sur tous les thèmes</li> <li>- Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques</li> <li>- Visites à domicile pour le suivi</li> <li>- Education à l'autopalpation mammaire</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clinique systématique des seins de toute femme reçue en CPN ou en consultation</li> </ul>
PRISE EN CHARGE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toute tumeur du sein doit être adressée à l'hôpital pour exploration</li> <li>- Toute adénopathie axillaire ou sus-claviculaire isolée ou associée à une tumeur mammaire, ou toute douleur mammaire doit être adressée à l'hôpital pour exploration</li> <li>- Informer, éduquer et former les prestataires</li> <li>- Mise en place de services d'imagerie médicale avec des 'appareils de mammographie dans les hôpitaux régionaux</li> <li>- Promouvoir un dépistage de masse centralisé au niveau régional par la mammographie de toute femme de plus de 35ans</li> <li>- Installer des laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques dans les hôpitaux régionaux</li> <li>- Informer toute patiente ayant un résultat nécessitant une prise en charge thérapeutique et un suivi Informer les patientes ne présentant aucune anomalie sur le calendrier du suivi du dépistage</li> <li>- Traitement et suivi adéquat des patientes présentant des lésions néoplasiques bénignes et malignes</li> <li>- Planifier la mise en place d'unités régionales de radiothérapie et de chimiothérapie</li> <li>- Développer les soins palliatifs et d'accompagnement</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dépistage par mammographie chez toute femme de plus de 35ans</li> <li>- Exérèse chirurgicale des tumeurs cliniquement et cytologiquement bénigne : nodulectomie, pyramidectomie, kystectomie, etc</li> <li>- Bilan d'extension / pré thérapeutique</li> <li>- Clinique-Radiologique (mammographie sein controlatéral, Radiographie pulmonaire, échographie, scanner, scintigraphie, +/- IRM)</li> <li>- Biologique (NFS, crase sanguine, transaminases, créatinine, urée, marqueurs tumoraux, récepteurs hormonaux, antigènes et oncogènes)</li> <li>- Autres (échographie cardiaque, scanner cérébral, ...) +/-</li> <li>- Classification (staging et pronostic)</li> <li>- Traitement Méthodes : Chirurgie : conservatrice ou radicale avec curage axillaire - Chimiothérapie adjuvante et/ou néo adjuvante – hormonothérapie - radiothérapie</li> <li>- Palliatifs : mastectomie de propreté, antidouleur Surveillance post thérapeutique</li> </ul>

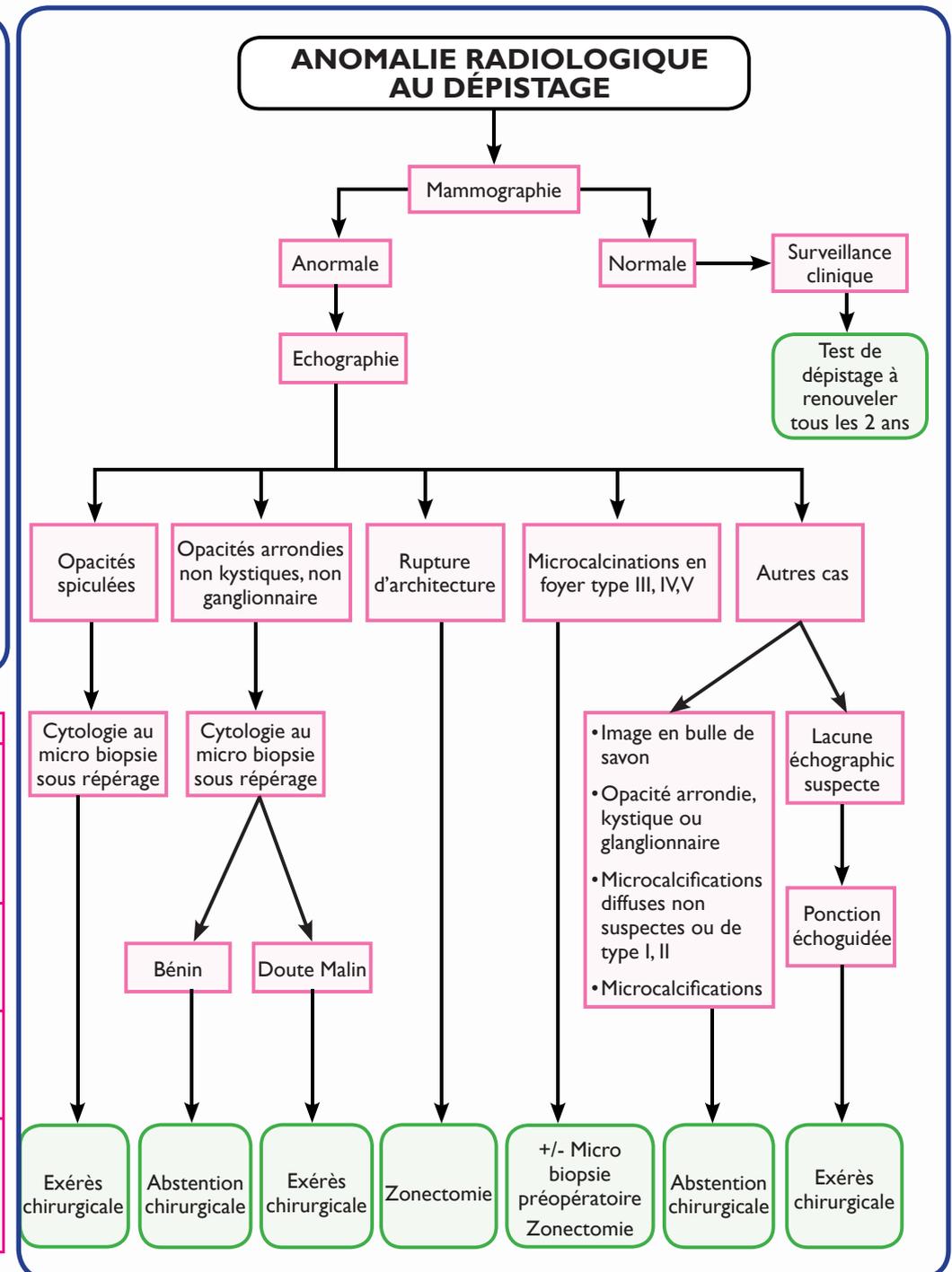




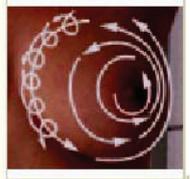


**Annexe 7-A : Classification de l'American College of Radiology (ACR)**

<b>ACR1</b>	- Aucune anomalie, sein normal
<b>ACR2</b>	- Opacité ronde avec microcalcifications (adénofibromes ou kystes) - Opacité ovaire à centre clair (ganglion intra-mammaire) - Image de densité grasseuse ou mixte - Cicatrices connues - microcalcifications de type I de Le Gal - Calcifications vasculaires
<b>ACR3</b>	- microcalcifications de type II d'après Le Gal, en foyer unique ou multiples ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard - Opacités rondes ou ovales discrètement polycycliques non calcifiées bien circonscrites - Asymétries focales de densité à limites concaves et/ou mélangées à de la graisse
<b>ACR4</b>	- microcalcifications de type III de Le Gal ou de type IV peu nombreuses - Images spiculées sans centre dense - Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microbulé ou masqué - Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives ou à limites convexe
<b>ACR5</b>	- Microcalcifications de type V de Le Gal ou type IV nombreuses et groupées - Amas de calcifications de topographie galactorique - Calcifications évolutives ou associées à des anomalies architecturales ou à une opacité - Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers - Opacités spiculées à centres denses



**Figure 1 : Auto inspection de face des seins devant un miroir.**

	<p>Ai : La femme est debout en face du miroir. Les bras le long du corps, elle observe bien ses seins.</p>		<p>Ap : La femme couchée sur le dos, place un oreiller sous son épaule. la main gauche examine le sein droit et vis versa.</p>
	<p>Bi : L'inspection des seins se fera toujours en position debout ; devant un miroir, les mains étant posées sur les hanches.</p>		<p>Bp : La femme est couchée de côté pour mieux examiner ses seins avec la pulpe des doigts, la main étant bien à plat</p>
	<p>Ci : Toujours en face du miroir, les seins sont inspectés pendant que les bras sont à hauteur de la tête.</p>		<p>Cp : méthode verticale pour parcourir tout le sein.</p>
	<p>Di : La femme inspecte ses seins devant le miroir pendant que son thorax est incliné vers l'avant.</p>		<p>Dp: méthode circulaire pour parcourir tout le sein.</p>

**Figure 2 : Auto palpation en position couchée et sens de palpation**

	<p>A : L'examineur inspecte les seins, bras relevés au dessus du corps</p>		<p>B : L'examineur inspecte les seins, les bras le long du corps, le buste légèrement penché en avant</p>
	<p>C : L'examineur inspecte les seins, les bras appuyant sur les hanches</p>		<p>D : La main étant à plat, l'examineur palpe le quadrant inféro-externe droit avec la pulpe des doigts.</p>
	<p>E : L'examineur palpe le sein en position assise</p>		<p>F : L'examineur recherche un écoulement par l'expression du mamelon.</p>

## 2. CANCERS DU COL

1.1. DÉFINITION	2.2. DIAGNOSTIC				
Tumeurs malignes primitives épithéliales intéressant le col utérin.	<b>Positif</b>				
	<i>Circonstances</i>	<i>Examen clinique</i>	<i>Examens complémentaires</i>	<i>Différentiel</i>	<i>Etiologique</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Métrorragies provoquées (post coïtales) ou spontanée (tardif)</li> <li>- Leucorrhées plus ou moins abondantes (hydrorrhée fétide)</li> <li>- Douleurs pelviennes</li> <li>- Complications (signes urinaire ou rectaux)</li> <li>- Frottis anormal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Col macroscopiquement sain ou érythémateux au début</li> <li>- Ulcération ou bourgeonnement</li> <li>- Application acide acétique (3-5%) à la recherche d'un blanchiment du col utérin</li> <li>- Application du lugol à la recherche de zone iodo négative (jaune clair)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colposcopie sur col sain ou si frottis anormal</li> <li>- Biopsie de toute lésion macroscopique ou suspecte (TAGII) à la colposcopie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cervicites</li> <li>- Non spécifiques (bactériennes, mycosiques, parasitaires)</li> <li>- Spécifiques (tuberculose, syphilis, bilharziose)</li> <li>- Lésions non tumorales (endométriase, ectropion)</li> <li>- Tumeurs bénignes (polypes, condylomes, maladie de Bowen)</li> <li>- Autres tumeurs malignes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papilloma virus (HPV)</li> <li>- Autres (tabac, hydrocarbures, infections chroniques, ...)</li> </ul>
2.3. METHODES ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES					
<i>Méthodes</i>			<i>Indications</i>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les méthodes physiques pour les lésions de bas grade (pré cancéreuses) :</li> <li>- Cryothérapie, Résection à l'anse diathermique</li> <li>- La chirurgie</li> <li>- Conisation</li> <li>- Amputation intra vaginale</li> <li>- Colpohystérectomie élargie</li> <li>- La radiothérapie</li> <li>- Curiethérapie</li> <li>- Radiothérapie externe</li> <li>- La chimiothérapie</li> </ul> <p>Elle emploie plusieurs drogues (cis-platinum, 5 fluoro uracile, méthotrexate, ...)</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cancer in situ</li> <li>- Conisation</li> <li>- Amputation intra vaginale</li> <li>- Stade I et II proximaux</li> <li>- Colpohystérectomie élargie</li> <li>- Radiothérapie adjuvante</li> <li>- Stade II et III</li> <li>- Radiothérapie</li> <li>- Colpohystérectomie élargie</li> <li>- Stade III urinaire et IV</li> <li>- Radiothérapie</li> <li>- Chimiothérapie</li> </ul>		

## 2.4. CAT SELON LES BASES FACTUELLES PAR NIVEAU

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Activités de prévention  Métrorragies provoquées lésion suspecte (frottis anormal, lésion macroscopique) Leucorrhée Douleur pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités d'IEC :</li> <li>- Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion )</li> <li>- Causeries sur tous les thèmes</li> <li>- Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques</li> <li>- Eduquer et informer les populations au sujet des programmes de dépistage et de la prévention primaire par la vaccination.</li> <li>- Orienter les patientes vers les centres de dépistage</li> <li>- Aider au suivi des patientes dont les résultats sont positifs ou négatifs pour des traitements adéquats</li> <li>- Traitement des lésions précancéreuses</li> <li>- Assister les femmes qui ont bénéficié de traitements</li> <li>- Promouvoir l'utilisation des préservatifs</li> <li>- Etablir les dossiers des malades, rendre des visites aux patientes et leurs aider à respecter leur suivi.</li> <li>- Le cancer invasif</li> <li>- Etablir des contacts avec la patiente et le personnel des centres de santé.</li> <li>- Informer le niveau supérieur de l'apparition de signes</li> <li>- Assister les patientes dans tous leurs stades et procurer si nécessaire des soins palliatifs</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clinique systématique du col de toute femme en activité sexuelle reçue en CPN ou en consultation pour pathologies gynécologiques</li> <li>- Dépistage</li> <li>- Dépistage par les méthodes visuelles (IVA,IVL), le FCV</li> <li>- Former, assister les agents de santé communautaires</li> <li>- Eduquer les patientes à venir se faire dépister</li> <li>- Assurer par une bonne information le suivi des femmes ayant un frottis positif et ou négatif</li> <li>- Promouvoir la vaccination contre le cancer du col utérin</li> <li>- Traitement des lésions précancéreuses</li> <li>- Réaliser des dépistages visuels, le frottis cervico-vaginal</li> <li>- Faire une colposcopie</li> <li>- Traitement par la cryothérapie</li> <li>- Reférer à l'hôpital régional et national les patientes selon le besoin</li> <li>- Assurer le suivi des patientes</li> <li>- Etablir une communication entre les structures selon le niveau</li> <li>- Formation, supervision et évaluation permanentes</li> <li>- Lésions invasives</li> <li>- Formation et encadrement des agents communautaires et des agents des postes de santé</li> <li>- Suivi selon un protocole établi en accord avec le niveau supérieur</li> <li>- Etablir une communication permanente avec le niveau supérieur</li> <li>- Participer aux soins palliatifs</li> </ul>

SITUATION	PRISE EN CHARGE
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne de dépistage de masse par FCV ou IVA / IVL chez toute femme en activité génitale au-delà de 35ans</li> <li>- Dépistage</li> <li>- Dépistage par les méthodes visuelles (IVA,IVL), le FCV</li> <li>- Informer adéquate des patientes ayant un résultat positif</li> <li>- Formation des différents prestataires</li> <li>- Traitement des lésions précancéreuses</li> <li>- Colposcopie</li> <li>- Biopsie</li> <li>- Cryothérapie, résection à l'anse diathermique, cônisation et hystérectomie</li> <li>- Réaliser des examens cytologiques et histopathologiques</li> <li>- Suivi des patientes</li> <li>- Formation et supervision des prestataires</li> <li>- Lésions invasives</li> <li>- Information précise de la population et des patientes</li> <li>- Formation et encadrement des prestataires</li> <li>- Prise en charge thérapeutique des patientes</li> <li>- Envisager l'installation d'unité de radiothérapie dans les hôpitaux régionaux</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- : Dépistage</li> <li>- Activité de dépistage des lésions précancéreuses : IVA,IVL, FCV</li> <li>- Structurer et centraliser le dépistage à l'hôpital</li> <li>- Equiper les laboratoires de biologie dans les hôpitaux</li> <li>- Formation et capacitation des prestataires</li> <li>- Système de référence aux régions et au niveau communautaire</li> <li>- Archivage correct des dossiers</li> <li>- Développer la prévention primaire par la vaccination</li> <li>- Lésions précancéreuses</li> <li>- Faire la colposcopie</li> <li>- Réaliser une cryothérapie, résection à l'anse diathermique, cônisation, hystérectomie</li> <li>- Information et suivi adéquat des patientes</li> <li>- Assurer une bonne référence au niveau inférieur</li> <li>- Archivage correct des données</li> <li>- Lésions invasives</li> <li>- Informations des patientes</li> <li>- Prise en charge thérapeutique multidisciplinaire : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie</li> <li>- Développement des services d'aide au diagnostic</li> <li>- Soutien psychologique et soins palliatifs</li> </ul>

SITUATION	PRISE EN CHARGE
<p>Rechercher HPV fortement oncogènes : surveillance rapprochée et conseils au partenaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- - Bilan d'extension / pré thérapeutique- Clinique- Radiologique (échographie abdomino-pelvienne, Radiographie pulmonaire, cystoscopie, rectoscopie, scanner abdomino-pelvien, +/- scintigraphie osseuse, +/- IRM) - Biologique (NFS, crase sanguine, transaminases, créatinine, urée, marqueurs tumoraux,) Autres (échographie cardiaque, scanner cérébral, ...) +/-</li> <li>- - Classification (stading et pronostic)- Traitement : Méthodes Physiques : cryothérapie, résection à l'anse diathermique pour les lésions de bas grade (cytologique ou histologique) - Chirurgie : conisation, amputation du col, hystérectomie et lymphadénectomie</li> <li>- - radiothérapie externe et curiethérapie</li> <li>- - chimiothérapie adjuvante et/ou néo-adjuvante</li> <li>- - Traitement palliatif : hémostatique, propreté, antidouleur, en fonction des impératifs (curatif, palliatif) - du stade (FIGO,TNM) - des facteurs pronostiques- de l'âge et du terrain</li> <li>- - Surveillance post thérapeutique</li> </ul>	

### 3. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

3.1. DÉFINITION	3.2. DIAGNOSTIC			
Néoplasie maligne primitive développée au dépend du corps de l'utérus	<b>Positif</b>			
	<i>Circonstances de découverte</i>	<i>Examen Physique</i>	<i>Examens Paracliniques</i>	<i>Diagnostic Différentiel</i>
	<b>Fortuite</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie pelvienne suspecte une tumeur endo-utérine</li> <li>- Découverte sur une pièce opératoire d'hystérectomie pour un fibromyome utérin</li> </ul> <b>Symptomatique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Métrorragie post ménopausique, leucorrhée, hydrorrhée, douleur pelvienne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obésité, HTA</li> <li>- Col utérin normal, écoulement hémorragique de l'endocol</li> <li>- Utérus augmenté de volume</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie pelvienne : Image irrégulière endo-utérine</li> <li>- Hystérosalpingographie ( en dehors de toute infection et période hémorragique) image marécageuse endo-utérine</li> <li>- Hystérocopie : tumeur endo-utérine à biopsier</li> <li>- Examen anatomo-pathologique : précise le type histologique de la tumeur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrome utérin (femme jeune non ménopausée)</li> <li>- Infection utérine</li> <li>- Choriocarcinome</li> </ul>

### 3.3. CONDUITE A TENIR

Hystérectomie associée aux traitements adjuvants : chimiothérapie, radiothérapie

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Activités de prévention	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités d'IEC :</li> <li>- Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion )</li> <li>- Causeries sur tous les thèmes</li> <li>- Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques</li> <li>- Visites à domicile pour le suivi</li> </ul>
Métrorragies spontanées post ménopausiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen clinique systématique du col de toute femme en activité sexuelle reçue en consultation pour pathologies gynécologiques</li> <li>- Formation des prestataires sur cette pathologie</li> <li>- Echographie pelvienne au cours de toute consultation pelvienne</li> </ul>
Col utérin normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne de dépistage de masse par FCV ou IVA / IVL chez toute femme en activité génitale au-delà de 35ans</li> <li>- Formation des prestataires sur cette pathologie</li> <li>- Echographie pelvienne au cours de toute consultation gynécologique</li> <li>- Hystérosalpingographie</li> <li>- Hystérocopie suivie de biopsie de toute lésions endo-utérine</li> <li>- Disponibilité des examens d'aide au diagnostic (radiographies pulmonaires, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique nucléaire, scintigraphie osseuse, laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique)</li> </ul>
Tumeur endo-utérine hypoéchogène	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement chirurgical adapté de toute lésion suspecte de cancer du corps utérin</li> <li>- Traitements adjuvants nécessaires</li> <li>- Suivi adéquat des patientes traitées au niveau régional ou référées du niveau national</li> <li>- Disponibilité des soins palliatifs et d'accompagnement</li> </ul>
Hystérocopie : tumeur endo-utérine (à biopsier)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Campagne de dépistage de masse par FCV ou IVA / IVL chez toute femme en activité génitale au-delà de 35ans</li> <li>- Formation des prestataires sur cette pathologie</li> <li>- Echographie pelvienne au cours de toute consultation pelvienne</li> <li>- Hystérosalpingographie</li> <li>- Hystérocopie suivie de biopsie de toute lésions endo-utérine</li> <li>- Disponibilité des examens d'aide au diagnostic (radiographies pulmonaires, tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique nucléaire, scintigraphie osseuse, laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique )</li> <li>- Traitement chirurgical adapté de toute lésion suspecte de cancer du corps utérin</li> <li>- Traitements adjuvants nécessaires</li> <li>- Suivi adéquat des patientes traitées au niveau régional ou référées du niveau national</li> <li>- Disponibilité des soins palliatifs et d'accompagnement</li> </ul>

PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES CANCERS DE LA PROSTATE  
 I. SIGNES DU CANCER DE PROSTATE

I.1. DEFINITION	I.2. CLINIQUES	I.3. PARACLINIQUE	I.4. TRAITEMENT	
			<i>CURATIF</i>	<i>PALLIATIF</i>
Prolifération maligne de la glande prostatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Troubles urinaires (pollakiurie dysurie, miction impérieuse, parfois brûlures mictionnelles, hématurie, rétention d'urines)</li> <li>- TR : prostate augmentée de volume, nodulaire ou dure pierreuse</li> <li>- Complications extra urinaires : insuffisance rénale, lombalgies, paraplégie,</li> <li>- AEG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie (augmentation du volume prostatique, hétérogène)</li> <li>- PSA augmenté dans le sang</li> <li>- Anapath : histologie (adénocarcinome prostatique le plus souvent )</li> <li>- Bilan d'extension : radiographie simple des poumons (image en lacher de ballon) ; du rachis (ostéocondensation)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prostatectomie radicale (voie sus pubienne, périnéale, coelioscopique)</li> <li>- radiothérapie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, pulpectomie</li> </ul>

# **COMPOSANTE 8 :**

**COMMUNICATION POUR  
UN CHANGEMENT DE  
COMPORTEMENT EN SR**



## I. COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

### I.1. COUNSELING

#### Définition

C'est un processus au cours duquel une personne est aidée à exprimer ses besoins/problèmes, à identifier les solutions possibles et à prendre une décision libre et éclairée.

Etapes : BERCER

Bienvenue	Entretien	Renseignement	Choix	Explication	Retour
<ul style="list-style-type: none"><li>- Aménager la salle,</li><li>- Saluer le client avec courtoisie,</li><li>- Inviter le client à s'asseoir ou s'installer,</li><li>- Se présenter au client et lui demander de se présenter,</li><li>- Demander l'objet de la visite,</li><li>- Rassurer le client sur le caractère confidentiel de l'entretien.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aider le client à exprimer ses besoins et l'entourage à poser des questions en pratiquant l'écoute active,</li><li>- Expliquer l'utilité des informations à recueillir,</li><li>- Recueillir les informations utiles sur le client (en se servant de la fiche clinique) et en posant des questions simples et claires.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Evaluer les connaissances du client sur les problèmes et les besoins,</li><li>- Donner les informations essentielles relatives aux besoins/problèmes de SR du client,</li><li>- Gérer les rumeurs,</li><li>- Utiliser des aides visuelles selon les normes,</li><li>- Demander si le client a d'autres questions relatives à ses besoins en SR,</li><li>- Vérifier la compréhension du client,</li><li>- Communiquer en utilisant des termes simples et adaptés au client.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demander au client la solution choisie,</li><li>- Demander au client ce qu'il a retenu sur son choix,</li><li>- Dire au client que le choix ou la décision dépendra des résultats de l'examen clinique.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Donner des explications claires, complètes et correctes sur le choix ou la décision,</li><li>- Vérifier la compréhension des informations reçues par le client,</li><li>- Renforcer l'information en donnant une documentation le même jour,</li><li>- Si le client ne peut pas être satisfait le même jour, lui proposer une solution alternative,</li><li>- Fixer avec le client un rendez-vous de suivi,</li><li>- Inviter le client à revenir si besoin.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Accueillir le client,</li><li>- Demander au client s'il est satisfait de la prise en charge,</li><li>- Vérifier si le client respecte les instructions,</li><li>- Demander si le client a des problèmes ou effets secondaires liés à la prise en charge,</li><li>- Prendre en charge en cas d'effets secondaires,</li><li>- Fixer avec le client un RV de suivi et l'invite à revenir au besoin.</li></ul>

## 1.2. Causerie Educative

Une causerie est une technique d'échanges d'informations entre un animateur et un groupe restreint (15 à 20 personnes) sur un thème spécifique en vue d'aider à l'adoption d'un comportement favorable à la santé. La causerie a une durée de 20 à 30 minutes.

Elle comprend les étapes suivantes :

1. La préparation de la causerie	2. La causerie proprement dite		
<p>Avant de commencer une séance de causerie, le personnel doit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifier le thème et se documenter sur le sujet retenu,</li> <li>- Fixer les objectifs de la causerie,</li> <li>- Étudier les messages clés à transmettre,</li> <li>- Identifier les ressources nécessaires (matérielles, humaines et financières),</li> <li>- Informer la cible (homogène de préférence) sur le thème,</li> <li>- Choisir avec la cible la date et le lieu de la causerie,</li> <li>- Aménager le local avant la causerie.</li> </ul>	<p><b>Introduction de la causerie</b></p> <p>Avant d'animer la séance de causerie, l'animateur doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accueillir les participants et les installer confortablement,</li> <li>- Disposer les participants d'une manière à faciliter la communication interpersonnelle au sein du groupe (par exemple les participants en cercle et le relais au centre ou au même niveau qu'eux),</li> <li>- Se présenter et demander aux participants de se présenter à tour de rôle,</li> <li>- Mettre les participants à l'aise à l'aide d'une brise glace (chanson, taassou, mayé, lèèp, kale entre ethnies ou entre noms de famille, entre coépouse etc.).</li> </ul>	<p><b>Animation de la causerie</b></p> <p>Pendant la séance de causerie, l'animateur doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduire le thème de la causerie,</li> <li>- Poser des questions ouvertes pour évaluer les connaissances des participants par rapport au thème,</li> <li>- Dérouler le thème en amenant les participants à :               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Décrire le ou les problèmes vécus sur le thème,</li> <li>◦ Analyser les causes, les conséquences connues du problème, les facteurs qui facilitent la survenue du problème dans le contexte,</li> <li>◦ Identifier des solutions au problème et discuter sur la faisabilité des solutions évoquées,</li> </ul> </li> <li>- Évaluer la compréhension du sujet abordé par les participants en utilisant des questions/réponses, les démonstrations et l'observation,</li> <li>- Relever les points faibles, les obstacles et les points à améliorer, les analyser,</li> <li>- Clarifier les incompréhensions, puis résumer le message à retenir,</li> <li>- Amener les participants à s'engager pour assurer l'exécution et le suivi des solutions envisagées,</li> <li>- Conclure,</li> <li>- Annoncer le thème de la prochaine causerie (si nécessaire),</li> <li>- Négocier un autre rendez-vous avec les participants et les remercier,</li> <li>- Ranger le matériel.</li> </ul>	<p><b>Evaluation de la causerie</b></p> <p>Le relais doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la causerie à la fin de chaque session pour voir si les objectifs sont atteints.</li> </ul> <p>Les indicateurs de l'évaluation sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ <i>Le nombre et les caractéristiques des participants à la causerie,</i></li> <li>◦ <i>Les connaissances des participants sur le sujet,</i></li> <li>◦ <i>Le nombre de participants qui se sont engagés à adopter le comportement.</i></li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Remplir le support de suivi des activités de causerie,</li> <li>- Transmettre le rapport d'activités au niveau supérieur.</li> </ul>

### 1.3. Entretien Individuel

L'entretien est une technique de communication interpersonnelle individualisée grâce à laquelle le personnel peut encourager une autre personne à exprimer librement ses soucis, ses craintes et ses besoins.

Le personnel devra ensuite aider la personne à prendre librement des décisions susceptibles de lui faciliter la résolution des problèmes éprouvés.

1. A quoi sert un entretien individuel ?	2. Quand utiliser l'entretien individuel ?	3. Comment mener un entretien individuel ?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'entretien individuel permet au bénéficiaire :</li> <li>- D'exprimer ses préoccupations spécifiques par rapport à une situation donnée,</li> <li>- De mieux assimiler les thèmes développés lors des causeries,</li> <li>- De prendre une décision éclairée par rapport à une situation donnée,</li> <li>- D'identifier les comportements adéquats à appliquer.</li> <li>- L'entretien individuel permet au personnel :</li> <li>- D'identifier les besoins individuels des bénéficiaires (notamment de répondre aux problèmes d'ordre familial ou personnel),</li> <li>- De donner des renseignements pertinents et adaptés au bénéficiaire,</li> <li>- D'expliquer un traitement spécifique,</li> <li>- D'aider le bénéficiaire à résoudre les problèmes auxquels il est confronté,</li> <li>- D'aider le bénéficiaire à pouvoir appliquer les solutions identifiées.</li> </ul>	<p>Il existe plusieurs types d'entretiens individuels tels que les entretiens après les séances de causerie, lors d'une consultation ou durant une visite à domicile (VAD) soit pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Féliciter et renforcer un bénéficiaire lorsque le comportement est favorable,</li> <li>- Aider le bénéficiaire à prendre une décision face à un problème particulier,</li> <li>- Sensibiliser les bénéficiaires qui n'assistent pas aux activités.</li> </ul>	<p>L'entretien individuel comprend trois étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Introduction,</li> <li>- Développement</li> <li>- Récapitulatif.</li> </ul>	<p><b>L'introduction consiste à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saluer chaleureusement la personne,</li> <li>- L'inviter à s'asseoir,</li> <li>- Mettre la personne à l'aise et lui demander de poser son problème.</li> </ul>	<p><b>Le développement consiste à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Laisser la personne expliquer clairement le problème ou la situation,</li> <li>- Essayer de reformuler dans ses propres termes le problème pour assurer à la personne que ses préoccupations sont comprises,</li> <li>- Lui poser des questions ouvertes pour l'amener à faire la relation entre le problème posé et les causes possibles et autres facteurs favorisant dans son milieu de vie,</li> <li>- Lui poser des questions ouvertes pour l'amener à identifier lui-même des solutions alternatives possibles,</li> <li>- Compléter au besoin les possibilités de solutions et décrire les avantages et inconvénients de chacune d'elles,</li> <li>- Laisser la personne opérer son choix sur ce qu'il va faire en fonction des informations complémentaires reçues,</li> <li>- Donner des conseils supplémentaires sur la solution optée.</li> </ul>	<p><b>Le récapitulatif consiste à :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demander à la personne de répéter les conseils retenus pour la solution du problème,</li> <li>- Lui fixer un rendez-vous et la remercier puis la raccompagner.</li> </ul>
<p><i>NB : L'entretien individuel nécessite beaucoup de qualités humaines et des dispositions communicationnelles telles que :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mettre la personne à l'aise,</li> <li>- être respectueux de la personne,</li> <li>- parler lentement, clairement et de façon précise,</li> <li>- écouter activement la personne en renforçant toutes ses idées positives,</li> <li>- utiliser des mots simples et accessibles à la personne,</li> <li>- observer les réactions, gestes et mimiques de la personne afin de les intégrer dans la communication.</li> </ul>					

### 1.4. Visite A Domicile Intégrée (VADI)

1. Définition	2. Intérêts d'une VADI	3. Organisation d'une VADI		
		Avant la visite	Durant la visite	Après la visite
<p>C'est le fait de se rendre dans une famille pour rencontrer une personne ou un groupe de personnes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Donner des informations,</li> <li>- Donner des conseils,</li> <li>- Aider à résoudre des problèmes de santé selon une approche intégrée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseiller les familles en cas de problèmes de santé,</li> <li>- Encourager la famille à entreprendre des actions pour une meilleure santé,</li> <li>- Lutter contre les réticences et les rumeurs,</li> <li>- Relancer les clients irréguliers (abandon ou non respect de rendez vous),</li> <li>- Inviter la population à participer aux activités relatives à la santé,</li> <li>- Distribuer des produits SBC.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Établir la liste des familles à visiter,</li> <li>- Faire son planning en fonction de l'urgence des problèmes de santé,</li> <li>- Pour chaque famille à visiter, se référer aux notes prises lors de la dernière visite,</li> <li>- Vérifier que le matériel de travail est au complet et à jour,</li> <li>- Penser au type d'habillement selon la localité ou la famille à visiter,</li> <li>- Si possible appeler au téléphone pour s'assurer de la présence des membres de la famille à visiter.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Penser toujours à pratiquer l'écoute active et à utiliser un langage clair adapté,</li> <li>- Saluer chaleureusement les membres de la famille,</li> <li>- Se présenter (lors de la première visite),</li> <li>- Expliquer le but de la visite ou rappeler l'objet de la visite en faisant référence à la précédente VADI,</li> <li>- Identifier les groupes cibles de la concession (hommes, femmes, enfants),</li> <li>- Vérifier l'application des conseils et prescriptions,</li> <li>- Discuter des problèmes,</li> <li>- Aider à déterminer les besoins,</li> <li>- Trouver des solutions pratiques et offrir, au besoin, les services à base communautaire appropriés,</li> <li>- Noter les doléances,</li> <li>- Référer en cas de besoin,</li> <li>- Fixer un rendez-vous pour les problèmes non résolus sur place.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyser les doléances, les problèmes identifiés, le degré de connaissance que les personnes rencontrées ont par rapport aux problèmes, leurs attitudes face aux problèmes, en résumé, constituer un dossier pour préparer de façon efficace et évolutive la prochaine visite,</li> <li>- Ranger le matériel,</li> <li>- Évaluer la visite (atteintes des objectifs, points forts, points faibles et obstacles rencontrés),</li> <li>- Remplir les supports de suivi.</li> </ul>

## II. PLAIDOYER

2.1. Définition	2.2. Cibles	2.3. Démarche
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plaidoyer est une stratégie de communication qui vise à créer un climat favorable au plus haut niveau pour élaborer ou modifier des politiques, des stratégies ou des programmes. Il permet de traduire en actes concrets les déclarations d'intention et les engagements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorités administratives,</li> <li>- Elus locaux,</li> <li>- Représentants des secteurs de l'Etat,</li> <li>- Leaders religieux,</li> <li>- Leaders politiques,</li> <li>- Partenaires au développement,</li> <li>- Journalistes,</li> <li>- Communicateurs traditionnels,</li> <li>- Tradipraticiens.</li> </ul>	<p>Pour mener une activité de plaidoyer il faut :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un mécanisme de coordination,</li> <li>- Une coalition et des réseaux pour l'exécution des activités de plaidoyer,</li> <li>- La collaboration avec des institutions techniques,</li> <li>- Un partenariat efficace avec les media.</li> </ul>

Dans le domaine de la SR, plusieurs modèles de plaidoyer sont utilisés. Il s'agit du Modèle REDUCE, du Modèle RAPID et du Plaidoyer Communautaire.

## 2.4. Modèle REDUCE

Définition	Justification	Démarche
<ul style="list-style-type: none"> <li>- REDUCE est un outil de plaidoyer destiné à influencer les actions des pouvoirs publics dans le domaine de la santé de la mère et du nouveau-né.</li> <li>- REDUCE réunit des personnes militant au niveau local pour la santé de la mère et du nouveau-né et les galvanise autour d'un ensemble d'objectifs cohérents.</li> <li>- Il permet aux parties prenantes nationales, allant au-delà des défenseurs traditionnels de la santé, de développer des arguments solides en faveur d'une meilleure prise en compte de la santé maternelle dans la formulation des politiques de santé et l'affectation des ressources.</li> <li>- Il s'agit notamment des parties prenantes qui prennent les décisions concernant l'affectation et la répartition des budgets nationaux.</li> <li>- En définitive, le modèle REDUCE contribue à sensibiliser les pouvoirs pour une amélioration de l'environnement de politique générale et à accroître les ressources affectées à la santé maternelle dans de nombreux pays en développement.</li> <li>- Il aide les décideurs à identifier les actions à entreprendre pour un aménagement des politiques dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le processus de REDUCE stimule la concertation entre les décideurs et la planification stratégique sur la santé maternelle.</li> <li>- Les parties prenantes utilisent cet outil pour traduire l'incidence de la mortalité et l'invalidité maternelles sous forme d'arguments économiques engageant les décideurs politiques à agir et à opérer des changements, faute de quoi il faudrait s'attendre à des conséquences négatives sur les finances publiques.</li> <li>- REDUCE offre un cadre de discussion sur les interventions les mieux appropriées dans un contexte donné. Il ne fait pas de comparaison entre le rapport coût-efficacité des différentes interventions ni n'établit un ordre de priorité entre ces interventions.</li> <li>- Il revient à chaque pays de déterminer la panoplie d'actions qui est adaptée à sa situation.</li> </ul>	<p>Le processus d'élaboration du modèle comporte les étapes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Constituer et former une équipe pluridisciplinaire composée d'environ 15 professionnels nationaux de la santé, d'économistes, de démographes, de sociologues, de communicateurs, etc. Pour engager un plaidoyer basé sur des données probantes,</li> <li>- Favoriser un consensus entre les membres de l'équipe sur les priorités et les stratégies en matière de politiques et de programmes,</li> <li>- Rassembler et examiner les informations disponibles au niveau local et international,</li> <li>- Utiliser des modèles informatiques pour faire ressortir et estimer les conséquences sanitaires et économiques des mauvaises conditions de santé maternelle néonatale et infantile,</li> <li>- Former l'équipe à l'utilisation de modèles informatiques,</li> <li>- Préparer des exposés contenant des textes persuasifs,</li> <li>- Élaborer des plans de plaidoyer,</li> <li>- Mener un plaidoyer auprès des responsables gouvernementaux et des représentants des organismes donateurs, de la société civile et des médias,</li> <li>- Suivi et évaluation des résultats.</li> </ul>

## 2.5. Modèle RAPID

Définition	Justification	Cibles	Démarche
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le modèle RAPID ou modèle des impacts socio-économiques, est un sigle qui signifie : Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement.</li> <li>- Le RAPID est un modèle de plaidoyer qui vise à sensibiliser davantage les décideurs sur les facteurs démographiques pour améliorer des programmes en matière de population.</li> <li>- Au Sénégal, le modèle a été utilisé pour faire le plaidoyer dans le domaine de la Planification Familiale. Il met en exergue les bénéfices sanitaires directs pour la famille liés à l'utilisation de la planification familiale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour une contribution à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Sénégal a élaboré un modèle RAPID dont l'objectif est de montrer comment la maîtrise de la croissance de la population (grâce au repositionnement de la PF), peut favoriser l'atteinte des objectifs de développement que le Sénégal s'est assigné, dans un délai plus court.</li> </ul>	<p>Le modèle RAPID vise à sensibiliser :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des cibles primaires : les leaders et décideurs au plus haut niveau (le Chef de l'Etat, le Gouvernement, l'Assemblée Nationale, le Sénat, le Conseil Economique et Social),</li> <li>- Des cibles secondaires : les réseaux et organisations professionnelles (le réseau des parlementaires, les autres secteurs de l'Etat, les Universitaires, Association des élus locaux, le Réseau des religieux, le Réseau des journalistes, l'organisation des Professionnels de la santé, l'Ordre des médecins, l'Ordre des pharmaciens, etc.).</li> </ul>	<p>Le processus entier d'élaboration d'une présentation RAPID demande un certain nombre d'étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des cibles et des messages-clés,</li> <li>- Collecte des données sur le développement socio-économique,</li> <li>- Analyse et projection,</li> <li>- Préparation et test d'une présentation,</li> <li>- Élaboration d'une brochure qui accompagne la présentation,</li> <li>- Formation des présentateurs,</li> <li>- Mise au point et application d'un plan de diffusion</li> <li>- Suivi et évaluation des résultats.</li> </ul>

## Observations

Le modèle demande d'abord des informations déjà disponibles sur divers indicateurs socio-économiques au niveau de l'éducation, de l'économie, de la population active et des nouvelles demandes d'emploi, de l'urbanisation, de l'agriculture, de l'environnement, des ressources naturelles et de la santé (nombre de médecins, de sages femmes, d'infirmiers, de Poste de santé, de centre de santé, d'EPS etc.).

Ensuite, ces informations sont combinées aux projections démographiques pour projeter les futurs besoins sur une période pouvant aller jusqu'à 50 ans.

La présentation fournit aux décideurs des informations-clés sous une forme appropriée au public. Elle fait ressortir les points ci-dessous :

- La vision du Sénégal,
- La situation démographique,
- Les interrelations entre population et développement économique,
- L'impact de la croissance démographique sur le développement économique et social,
- Les contraintes de la planification familiale au Sénégal,
- La réponse politique.

## 2.6. Plaidoyer communautaire

Définition	Justifications	Principes méthodologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plaidoyer communautaire est une technique de communication qui vise à négocier avec des personnes ressources d'une communauté, pour obtenir leur adhésion et leur soutien actif dans le processus de mise en œuvre des activités.</li> <li>- Il consiste à les informer sur les avantages des activités et à discuter avec elles sur les rôles et responsabilités de chaque partie prenante du processus.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La participation communautaire à toutes les étapes du processus de gestion des activités est nécessaire pour obtenir des résultats durables,</li> <li>- La clarification des rôles des groupes et personnes ressources d'une communauté est un préalable indispensable à l'appropriation et à la maîtrise des activités du programme,</li> <li>- Les personnes ressources de la communauté sont influentes. Leur soutien actif au programme entraîne l'adhésion des autres membres de la communauté.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plaidoyer communautaire peut cibler une personne ressource ou s'adresser à un groupe,</li> <li>- Il se fait généralement au début de l'intervention mais peut également se faire à tout moment pendant l'intervention si des besoins spécifiques se présentent,</li> <li>- Il repose essentiellement sur la négociation et l'information large d'une ou des personnes influentes pour obtenir un soutien actif dans la mobilisation communautaire.</li> </ul>

Supports utilisés	Démarche méthodologique	Difficultés/Contraintes/solutions préconisées
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le support utilisé (fiches d'information, carte conseils, dépliants) varie en fonction de la nature du plaidoyer et la cible. Il s'agit d'un document avec une synthèse des résultats qualitatifs et quantitatifs sur les problèmes majeurs de santé, les avantages de l'intervention et les principales étapes de la mise en œuvre des activités.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se présenter et saluer à la personne ou les participants selon le cas,</li> <li>- Proposer le canevas de la séance (l'animateur peut aussi préparer un participant influent à le faire),</li> <li>- Faire un exposé des éléments clés de la discussion,</li> <li>- Demander à la personne ou aux participants de donner son ou leur avis sur les points clés,</li> <li>- Annoncer les attentes vis-à-vis des agents du projet, des membres de la communauté, des autorités locales et des agents de santé précisant les rôles et responsabilités de chacun,</li> <li>- Demander à la personne ou aux participants leurs avis sur leurs rôles et responsabilités,</li> <li>- Demander à la personne ou aux participants de dire les autres attentes qu'ils ont du programme,</li> <li>- Faire la synthèse des interventions et décrire ce que le projet est en mesure de faire et ce qu'il n'est pas en mesure de faire,</li> <li>- Renforcer les engagements pris par les participants et en clarifiant selon leurs attentes la participation de toute la population dans l'effort de promotion de la santé,</li> <li>- Enfin, remercier les participants et prendre rv avec eux pour les prochaines étapes du développement du programme.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non respect des engagements pris par une personne ou un groupe : Négociation avec la communauté</li> </ul>

### III. PARTENARIAT AVEC LES ECOLES

3.1. Définition	3.2. Justifications	3.3. Principes méthodologiques
<p>C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avec les enseignants des écoles situées dans la zone du projet. Il s'agit d'un programme de renforcement de capacités des enseignants et des élèves sur les domaines de santé de la reproduction véhiculés à travers des activités pédagogiques et récréatives comme le sketch, le théâtre, la chanson, le récital ou taalif, le génie en herbe, le dessin etc. C'est à travers les prestations des élèves sélectionnés que les autres élèves de l'école et les parents sont sensibilisés sur les problèmes de santé et leurs solutions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les enfants constituent une source inépuisable de talents cachés que les programmes peuvent exploiter et faire partager à d'autres,</li> <li>- si les enfants sont informés sur les pratiques bénéfiques de santé, ils peuvent les relayer au niveau familial et même dans la communauté,</li> <li>- les changements de comportements acquis depuis l'enfance sont généralement plus durables que ceux acquis à l'âge adulte,</li> <li>- pour bâtir un prototype de citoyen utile à la société, l'école a la mission de développer les fonctions cognitives, psychomotrices et d'empathie de l'enfant. A ce titre, la stratégie école est un renforcement pédagogique efficace dans la mesure où la diversité des activités d'apprentissage a pour effet de stimuler toutes les facultés de l'enfant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'approche est basée sur le principe que les enseignants et les élèves sont des personnes ressources à impliquer systématiquement dans l'analyse et la résolution des problèmes de santé communautaire,</li> <li>- elle cherche à capitaliser le rôle que la société assigne aux enseignants qui consiste à faire des élèves, des relais potentiels pour amorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau d'eux-mêmes, dans leur famille et dans toute la communauté.</li> </ul>
3.4. Supports utilisés	3.5. Procédés utilisé pour développer le partenariat avec les écoles	3.6. Difficultés/Contraintes/Solutions
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poèmes, scénarii pour sketch et théâtre, tee-shirts, casquettes, affiches, cahiers, sacs etc.</li> <li>- fiches d'information, fascicules, modules de formation des acteurs communautaires,</li> <li>- cartes conseils, dépliants, fiches de SNP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire une visite de prise de contact et de plaidoyer auprès de l'Inspecteur Départemental de l'Enseignement sur les orientations et le contenu du programme à développer avec les écoles,</li> <li>- faire une visite de prise de contact et de négociation avec chaque Directeur d'école de la zone en lui exposant les objectifs, le contenu et les avantages du programme sur la formation des enfants et l'impact sur le changement de comportements à long terme au niveau de la famille et de la communauté,</li> <li>- clarifier au Directeur d'école les rôles dévolus aux agents du projet, aux enseignants et aux élèves dans le processus de développement et de mise en œuvre de la stratégie,</li> <li>- demander au Directeur de convoquer une réunion de sensibilisation des enseignants pour harmoniser la compréhension sur le programme,</li> <li>- faire au besoin une ou des séances de renforcement des enseignants sur les problèmes de santé, les éléments de la réalité socioculturelle et environnementale qui les entretiennent et enfin les messages clés retenus pour les adresser,</li> <li>- demander aux maîtres de travailler avec des élèves qui ont des dons et talents sur des sketch et pièces de théâtre, poèmes, dessins, jeux de génie en herbe,</li> <li>- présenter les différentes productions à l'intérieur de l'école devant les autres enseignants et élèves avant de procéder à des auditions au niveau du village,</li> <li>- mettre en place un système de parrainage d'enfants par les élèves pour rappeler aux parents la prochaine vaccination, la prochaine séance de pesée et d'appliquer les conseils relatifs aux bonnes pratiques de santé, nutrition de l'enfant (lavage des mains au savon, AME, alimentation complémentaire, supplémentation en vitamine A, déparasitage etc.),</li> <li>- exécution de l'activité de SPC (pesée, remplissage du registre, matérialisation sur la fiche),</li> <li>- Apporter un soutien contenu aux élèves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Surcharge des programmes scolaires à certains moments de l'année qui fait que certaines activités ne sont pas réalisées : cibler les élèves qui ne sont pas en classe d'examen (CE2, CMI),</li> <li>- la durée d'activité scolaire est relativement courte et entrecoupée de nombreuses fêtes,</li> <li>- les enseignants sollicitent très souvent le projet pour un appui en tenues de théâtre, de cahiers, de papiers et de l'argent pour motiver les enfants. Ces lignes de dépenses ne sont pas généralement pas inscrites dans les budgets du projet,</li> <li>- si les enseignants qui encadrent les élèves sont affectés, il faut toujours reprendre le processus avec les nouveaux venus : Impliquer les élèves et enseignants aux activités intra communautaires (extra muros).</li> </ul>

#### IV. LA COMMUNICATION DE MASSE

	4.1. La mobilisation sociale	4.2. Le marketing social
<p>Les campagnes d'éducation pour la santé ont été souvent assimilés à l'utilisation à grande échelle des media, avec comme hypothèses principales que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les media ont un pouvoir de persuasion élevé et peuvent ainsi inciter les gens à changer d'attitude ou de comportement ou en adopter de nouveaux, comme dans le cas de la publicité commerciale</li> <li>- tous les gens raisonnables ont tendance à opter pour le comportement sain, à la condition de recevoir suffisamment d'informations pour fonder leur choix.</li> </ul> <p>La promotion de la santé élargit la perspective et le champ d'action dans ce domaine. Sans nier la nécessité des campagnes médiatiques, qui doivent toutefois respecter des critères précis pour avoir des chances de réussite, la promotion de la santé suppose une utilisation plus diversifiée des moyens d'information et des approches.</p> <p>Compte tenu de ces enseignements tirés de l'expérience, la communication de masse sera mieux utilisée pour toucher le grand public. Beaucoup d'informations seront véhiculées à travers la presse écrite, parlée, télévisuelle, TIC.</p>	<p>La stratégie de mobilisation sociale vise à obtenir l'appropriation, la contribution volontaire des partenaires et alliés (communautés, ONG, associations, organisations socioprofessionnelles) à une action commune d'intérêt public. Elle cherche à susciter chez eux la participation et le soutien aux actions de santé. Elle est basée sur l'utilisation des techniques d'IEC, du plaidoyer et de la mise en place des réseaux socioprofessionnels.</p>	<p>Faire le marketing social c'est promouvoir la demande des produits et prestations de services, faire connaître aux populations que de nouveaux services, prestations ou produits sont disponibles ou que des nouvelles pratiques peuvent être bénéfiques pour la santé.</p> <p>Les techniques du marketing social seront mises à profit pour diffuser les messages destinés à faire prendre conscience des problèmes de santé prioritaires, à faire comprendre les comportements souhaités et leurs avantages, (ex : utiliser des préservatifs, dormir sous moustiquaire imprégnée, le lavage régulier des mains, modifier les mauvais comportements sur les routes, etc.).</p>

#### V. STRATEGIES NOVATRICES

##### 5.1. STRATEGIE GRAND-MERES (GM)

Définition	Justifications	Principes méthodologiques
<p>C'est une stratégie qui consiste à utiliser une méthode participative d'éducation pour la santé avec des réseaux de GM afin de négocier l'intégration des nouvelles pratiques dans le domaine de la SR dans leurs répertoires de conseils et pratiques traditionnelles positifs</p>	<p>Elle se fonde sur les valeurs et rôles des GM au sein de la société :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les GM sont respectées pour leur âge, leur sagesse et leur expérience dans la promotion et la prise en charge des maladies,</li> <li>- Les GM s'occupent de l'encadrement éducationnel des jeunes mères et des petits-fils, petites filles et sont au centre des événements familiaux (mariages, baptêmes, funérailles etc.),</li> <li>- Les GM gardent et protègent la maison et la famille et jouent le rôle de médiateur en cas de conflit,</li> <li>- Les GM appuient les jeunes mères et leurs maris dans la gestion des travaux ménagers et la dépense quotidienne,</li> <li>- les GM influencent fortement les décisions et comportements des jeunes mères et des chefs de famille relatifs à la SMNI, de par leurs conseils et leurs pratiques,</li> <li>- Les GM conseillent et enseignent aux jeunes mères des idées et pratiques relevant du secteur traditionnel. Il s'agira de renforcer leur capacité à apprendre de nouveaux concepts de Santé, et ainsi modifier leurs conseils et pratiques pour la promotion des bonnes pratiques de SR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La stratégie consiste à organiser des séances d'animation éducative à base de discussions dirigées de groupe d'environ 15 GM,</li> <li>- Les séances d'animation se tiennent en moyenne tous les 15 jours à 1 mois</li> </ul>

Supports utilisés	Démarche	Observations particulières :
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Histoires sans résolution,</li> <li>- Chansons de louanges ou bak ou tagg et chansons éducatives.</li> </ul>	<p>Première phase : concerne la négociation communautaire. Elle est menée en direction des leaders communautaires et des GM. Elle vise à discuter, avec eux, le principe et les objectifs de la stratégie.</p> <p>Deuxième phase : concerne l'animation de la séance avec les grand-mères. Elle s'organise de la façon suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Installer les GM en demi-cercle</li> <li>- S'asseoir au même niveau</li> <li>- Saluer chaleureusement et laisser chacun se présenter s'il y a lieu</li> <li>- Introduire le thème en valorisant le rôle des GM dans la famille et la communauté</li> <li>- L'animateur accompagné des relais entonne une chanson de louanges aux GM. La chanson sert de brise-glace et permet la mise en confiance des participants</li> <li>- Après 3 refrains, il est demandé aux GM de chanter en chœur. Le chant en chœur se poursuit jusqu'à assimilation de la chanson</li> <li>- Ebaucher quelques pas de danse pour égayer les GM et détendre davantage l'atmosphère</li> <li>- Demander aux GM ce qu'elles ressentent avec la chanson</li> <li>- Ensuite procéder au récit de l'histoire sans résolution</li> <li>- Après le récit de l'histoire, ouvrir le débat en posant les questions qui accompagnent l'histoire. Ces questions sont structurées de façon à réaliser le cercle expérientiel de l'apprentissage : description des problèmes, analyse des problèmes, recherche de solutions appropriées, application/généralisation des solutions par des engagements</li> <li>- La séance s'achève par une autre chanson éducative qui fait le résumé des discussions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le récit doit être « théâtral » pour capter l'attention des grand-mères et susciter en elles des émotions suffisamment fortes pour déclencher une introspection et une évaluation de leurs attitudes et comportements vis à vis du thème en question</li> <li>- Dans l'approche, l'animateur doit garder une neutralité par rapport au débat... Il ne doit pas donner son point de vue pendant la discussion. Il doit laisser les GM analyser elles-mêmes de façon critique leurs croyances et pratiques sur la question</li> <li>- L'animateur doit éviter de critiquer les mauvaises réponses. Il doit plutôt chercher, à travers des questions de relance et d'approfondissement, à susciter la discussion entre GM. A la fin de la séance, il pourra donner son avis par rapport à certaines questions non résolues par le groupe. Cependant, il évitera d'être directif.</li> </ul>
<p>Histoires sans résolution : il s'agit de scénario portant sur le vécu des mères et grand-mères et les interactions qu'elles peuvent avoir avec les membres de la famille ou de la communauté sur un thème de santé.</p> <p>Chansons : deux types de chanson sont utilisés dans la stratégie. Les chansons de louanges valorisent les GM en vantant leurs rôles et attitudes vis à vis des membres de la famille et de la communauté. Les chansons éducatives sont des messages de bonnes pratiques que les GM doivent promouvoir.</p>		

Difficultés/contraintes et solutions préconisées
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisation des GM à cause de leur âge : ⇒ réduire la distance</li> <li>- Démobilisation des GM : ⇒ Eviter les histoires trop longues, prévoir bonbons et cola, préparer judicieusement le site ⇒ L'animateur doit être un bon communicateur.</li> </ul>

## 5.2. LE CERCLE DE SOLIDARITE DES FEMMES ENCEINTES

Définition	Principes méthodologiques
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cercle de solidarité des femmes enceintes est un essai de thérapie de groupe, de soutien mutuel et de partage d'expériences entre des femmes à un moment donné de leur vie reproductive.</li> <li>• Elle vise à faciliter la communication et le partage d'expériences de vie entre personnes (femmes enceintes) qui partagent un même vécu. Des sentiments d'empathie et de solidarité sont cultivés et renforcés pour être un support et un levier de communication et d'entraide.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des personnes qui partagent les mêmes conditions de vie, les mêmes contraintes ou qui souffrent des mêmes maux sont généralement très réceptives aux conseils de leurs pairs. Les témoignages et expériences de personnes ayant vécu les mêmes problèmes peuvent constituer un support important pour aider les moins expérimentées.</li> <li>• Certaines difficultés de la grossesse telles que : problèmes d'alimentation, indigestion, nausées, vomissements, dégoût pour le fer, déviation de goût, troubles de l'humeur, irrégularité à la CPN, non absorption des médicaments prescrits, anticipation sur l'accouchement, consultations pendant les suites de couches, préparation de l'AME, rapports avec le mari ou la belle famille, signes de danger etc. constituent un trait d'union entre les femmes enceintes.</li> <li>• La stratégie permet, entre autres, d'amener les femmes enceintes à sortir de l'isolement dont elles sont victimes du fait des effets de la culture.</li> </ul>

### Technique d'animation d'une séance avec les femmes enceintes

- Négocier le principe et les objectifs de la stratégie avec les leaders, les grand-mères et les mères
- Réunir les femmes enceintes (10 au maximum) en demi-cercle.
- Saluer chaleureusement et procéder aux présentations d'usage (si les femmes ne se connaissent pas)
- Annoncer l'objet de la réunion
- Poser des questions ouvertes pour faire émerger les difficultés, problèmes, préoccupations vécus spécifiquement par les membres du groupe
- Laisser chaque femme exprimer librement ses difficultés
- Poser des questions ouvertes sur les causes ou facteurs de chaque problème évoqué
- Donner la possibilité à toutes les femmes de donner leurs avis
- Poser des questions ouvertes sur les conséquences connues de ces difficultés/problèmes
- Demander aux femmes enceintes qui n'ont pas eu ces problèmes d'évoquer les stratégies adoptées pour les éviter
- Faire discuter le groupe sur la façon de gérer ces difficultés quand elles arrivent
- Négocier avec les femmes enceintes confrontées à ces problèmes la faisabilité des solutions évoquées par les autres
- Demander aux femmes enceintes moins expérimentées si elles ont besoin d'un soutien de la part d'autres femmes enceintes pour aider à résoudre certaines difficultés
- Faire la synthèse des difficultés, leurs causes, conséquences et solutions préconisées par le groupe en vue de l'application à la maison
- Négocier la date et le lieu de la prochaine réunion avec les femmes enceintes
- Remercier tout le groupe.

L'animateur est un facilitateur du processus.

### 5.3. LES GROUPES DE SOUTIEN (CARE GROUPS)

Définition	Justifications
<ul style="list-style-type: none"><li>• Le groupe de soutien maternel est un regroupement de femmes d'une communauté dont l'objet est d'échanger et de s'entre aider pour la prise en charge et la prévention des problèmes de santé couramment rencontrés.</li><li>• Il vise à développer, à l'intérieur des activités traditionnelles des groupements de femmes, des activités d'IEC et de soutien mutuel.</li></ul>	Il existe des groupes de femmes dynamiques capables d'intégrer les activités de santé dont la prise en charge des urgences par la référence.
Principes méthodologiques	Supports utilisés
<ul style="list-style-type: none"><li>- Renforcer l'organisation traditionnelle des femmes déjà organisées en groupes</li><li>- Renforcer les bases de solidarité et d'entre aide qui existent au sein des groupes de femmes</li><li>- Faire la promotion des bonnes pratiques de SR identifiées au sein d'une communauté</li><li>- Partager les expériences entre femmes d'âges différents</li><li>- Le care groupe se tient en général une fois par semaine</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Carte conseils, boîte à images.</li><li>- Jeu W3</li></ul>
<i>NB: Si une femme a un problème spécifique qu'elle ne peut pas dévoiler au grand groupe, elle en discute en aparté avec sa marraine pour bénéficier auprès d'elle de conseils et de VAD au besoin</i>	

Fonctionnement du care group :	Difficultés/Contraintes/Solutions
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dès qu'une femme choisit sa marraine, cela est annoncé dans le groupe. La marraine se rend régulièrement chez la femme pour discuter avec elle sur ses problèmes de santé et ceux de ses enfants. Elle lui donne des conseils et l'assiste pour faire les CPN, l'accouchement et les consultations postnatales.</li> <li>- Dans le care group les femmes s'entendent sur un code tenu secret entre elles pour distinguer celle sont enceintes. Cela peut être un morceau d'étoffe porté sur un membre ou boucle d'oreilles.</li> <li>- Les modalités d'emprunt et de remboursement sont négociées dans le groupe. Des activités génératrices de revenus sont également menées par le groupement féminin porteur pour redistribuer une partie des bénéfices au care groupe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mobilisation des femmes est difficile à certaines périodes de l'année (hivernage, évènements au village), planifier les activités en fonction de la disponibilité des femmes</li> <li>- Retard dans le remboursement des emprunts : Trouver un système plus allégé de remboursement</li> <li>- Gène éprouvé par certaines femmes à exprimer leur besoin d'assistance : Faire les emprunts par l'intermédiaire des marraines</li> </ul>

## VI. LA CONCEPTION ET LA PRODUCTION DE SUPPORTS

La mise en œuvre des interventions sera accompagnée par la conception et la diffusion de supports appropriés à tous les niveaux. Dans ce domaine, la démarche consistera à :

- Faire l'état des lieux
- Faire des recherches socio comportementales
- Élargir le partenariat
- Produire et diffuser
- Évaluer l'impact sur les comportements

Un effort particulier sera consenti pour une traduction des supports en langues nationales.







Organisation  
mondiale de la Santé



JNFPA



USAID  
FROM THE AMERICAN PEOPLE

unicef