TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES 1
AVANT PROPOS 4
REMERCIEMENTS 6
LISTE DES ABBREVIATIONS 8
PARTIE 1 : PROTOCOLES EN SANTE DE LA REPRODUCTION 13
1 COMPOSANTE 1 : SANTE MATERNELLE PERINATALE ET NEONATALE 14
1.1 Planification familiale 15
1.1.1 Les étapes de l'offre de PF 16
1.1.2 Le counselling 17
1.1.3 Méthodes contraceptives 29
1.2 L'infécondité 66
1.3 La prévention des infections 68
1.4 Surveillance de la grossesse, l'accouchement et le postpartum 78
1.4.1 Les consultations prénatales 78
1.4.2 Surveillance de l'accouchement 91
1.4.3 Surveillance du postpartum 94
1.4.4 Soins Obstétricaux et Néonatals Essentiels d'Urgence (SONEU) 103
1.5 Soins Apres Avortement (SAA) 190
1.6 Avortement thérapeutique 173
I. Définitions 173
II. Principales indications des interruptions médicales de grossesse 173
III. Bilan clinique 176
IV. Examens complémentaires 178
V. Moyens 178
VI. 1. Moyens médicamenteux 178
VI. 1. 1. Misoprostol 178
VI. 1. 2. Mifépristone 179
Laminaires 180
VI. Procédure d'avortement thérapeutique 180

Lorsque le terme est inférieur ou égal à 12 semaines 181
Entre 22 et 28 semaines de grossesse 181
En cas d'utérus cicatriciel 181
VII. Prise en charge après la procédure 181
Définitions opérationnelles 182
1.7 Fistulesobstetricales 185
2 COMPOSANTE 2 : SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S ET JEUNES 190
2.1 Sante sexuelle et reproductive des adolescentes 191
2.2 Ii. Protocole de la prise en charge de l'anémie chez les adolescent(e)s 191
2.3 Protocole de prise en charge de l'obésité chez les adolescentes 193
2.4 Protocole de la prise en charge des toxicomanes chez les adolescent(e)s 196
2.5 Autres protocoles 201
2.5.1 Maternité à moindre risque 201
3 COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA / PTME 208
4 COMPOSANTE 4 : SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SR 236
5 COMPOSANTE 5 : MUTILATIONS GENITALES FEMININES 246
6 COMPOSANTE 6 : PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES 253
6.1 Protocoles de prise en charge des violences sexuelles 261
7 COMPOSANTE 7 : AFFECTIONS GENITALES NON INFECTIEUSES ET LES DYSFONCTIONS SEXUELLES DE LA FEMME ET DE L'HOMME 267
7.1 Protocoles pour la prévention et traitement des dysfonctions sexuelles chez la femme 268
7.2 Protocole pour l'incontinence urinaire de la femme 277
7.3 Protocoles pour la prevention et le traitement des affections de l'appareil genital y compris les cancers 281
7.4 CAT devant les principales affections génitales par niveau : chez la femme 282
7.5 CAT devant les principales affections et par niveau : chez l'homme 291
7.6 La ménopause 299
7.7 Prévention et prise en charge des cancers du sein et de l'utérus 309
1.2. CAT selon les bases factuelles par niveau 311
7.8 Prévention et prise en charge des cancers de la prostate 330
8 COMPOSANTE 8 : COMMUNICATION EN FAVEUR DE LA SRMNIA 332

9 COMPOSANTE 9 : SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR) 314
Conduite de l'autopsie verbale 316
10 COMPOSANTE 10 : CONSULTATION PRESCOLAIRE 326
PARTIE 2 : ALGORITHMES EN SANTE DE REPRODUCTION 376
PARTIE 3 : FICHES TECHNIQUES 431
Personnes ayant participés à l'actualisation du document des protocoles, algorithmes et fiches techniques en SR 450
Annexes 452

AVANT PROPOS

La qualité des soins dans un système de santé est fortement tributaire de la disponibilité des normes, des standards et protocoles de soins applicables à tous les niveaux de la pyramide.

Tenant compte des normes et standards en Santé Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent (SRMNIA), le manuel de protocoles et algorithmes est un outil indispensable aussi bien pour l'orientation et l'harmonisation des diagnostics que pour la prise en charge en santé de la reproduction au niveau opérationnel. Il est par ailleurs un outil de suivi et contrôle de la qualité à tous les niveaux.

Le principal objectif visé par ce document est de fournir des recommandations en vue d'harmoniser le diagnostic et la prise en charge à tous les niveaux. Il tient compte des évidences scientifiques de l'heure. Le document est organisé en trois parties : protocoles, algorithmes de prise en charge et fiches techniques.

Dans la partie protocole, on retrouve la définition des concepts et les offres décrites par étape par étape. Les différents protocoles couvrent les problèmes les plus importants des composantes de la SR et sont réparties en 10 sections dont :

1) La Santé Maternelle, périnatale et néonatale (Maternité à moindre risque)

2) La Santé de la Reproduction des Adolescent(e)s et jeunes ;

3) Les IST/VIH/SIDA ;

4) Les Interventions Sous directives Communautaires

5) Les Mutilations Génitales Féminines /Excision

6) Prise en Charge des Violences Sexuelles

7) La Communication pour le Changement de Comportement

8)La prise en charge des cancers génitaux

9) La Surveillance des Décès Maternels, Périnatals et Riposte

10) La consultation pré scolaire

Les algorithmes sont les étapes schématisées des procédures relatives aux différentes étapes de l'offre de soins. Ils sont choisis et développés pour les situations cliniques les plus fréquentes.

Les fiches techniques quant à elles retracent les procédures standards pour certaines prestations vitales et techniques comme la césarienne, la pratique de la ventouse obstétricale, la transfusion sanguine, l'Aspiration Manuelle Intra Utérine, etc…

Le présent document de protocoles, algorithmes et fiches techniques contribuera à coup sûr à l'amélioration significative des pratiques de soins en SRMNIA, à leur harmonisation et contribuera ainsi à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néo-natale et infanto juvénile.

Nous recommandons aux responsables des services centraux et leurs collaborateurs, aux délégués régionaux de la santé et leurs collaborateurs, et surtout les chefs des districts de santé de prendre toutes leurs responsabilités pour s'assurer de la disponibilité effective et de l'utilisation des présents protocoles et algorithmes et fiches techniques pour le grand bien de nos patient(e)s.

Pr MBU Robinson ENOW, Professeur de Gynécologie et Obstétrique,

Directeur de la Santé Familiale,

Ministère de la Santé Publique

REMERCIEMENTS

Le Ministère de la Santé Publique tient à remercier les partenaires qui ont contribué au processus du développement des Protocoles, Algorithmes et Fiches techniques au Cameroun depuis 2009. Il s'agit des partenaires suivants :UNFPA, UNICEF, GIZ/PASAR, ACMS.

Equipe de rédaction

Pr MBU Robinson	Directeur de la Santé Familiale / MINSANTE
Dr MOLUH Seidou	Sous-Directeur de la Santé de Reproduction / MINSANTE
Mr NTAW Godlove	Directeur Exécutif ACMS
Mrs NSOBIRKA J. FAI	Coordonnatrice Senior projet WHP ACMS
Dr BEGNE Joëlle Dominique	Pharmacienne chargée des approvisionnements ACMS
Mr NFONGUE ELATE	Coordonnateur sénior de la communication ACMS
Pr NANA Philip	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr FOUELIFACK YMELE	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr DOHBIT SAMA	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr ESSIBEN Felix	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr FOUEDJO Jeanne	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr ETEKI Nicole	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Dr MVE Valère	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun
Pr MAH Evelyn	Société Camerounaise de Pédiatrie
Dr VOUGMO Clémence	Société Camerounaise de Pédiatrie
Dr MEKONE Isabelle	Société Camerounaise de Pédiatrie
NGO ETAME Odette	Formateur superviseur national SR/PF, ASFAC (Association des Sages-femmes accoucheuses du Cameroun)
TCHASSEM Bertrice	Major bloc accouchement Hôpital Général de Yaoundé, Chargée des formations continues ASFAC – Cameroun

Dr BAYI Pierre Franklin	Coordonnateur du Programme de promotion de l'Accès aux Soins Intégrés en Santé de la Reproduction et droits afférents (PASISARD), Directeur de la clinique CAMNAFAW de Mimboman
Dr EKO Filbert	Société de Gynécologues Obstétriciens du Cameroun/Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACMS	Association Camerounaise pour le Marketing Social
AEG	Altération de l'Etat General
AINS	Anti Inflammatoire Non Stéroïdienne
AMIU	Aspiration Manuelle Intra Utérin
ARV	Anti Retro Viraux
ASC	Agent de Santé Communautaire
ASFAC	Association des Sages-Femmes du Cameroun
AT	Anti Tétanique
ATB	Antibiotique
ATCD	Antécédents
AZT	Zidovudine
BCG	Bacille de Calmette et Guérin
BDC	Bruits du Cœur
CAMNAFAW	Cameroon National Association for Family Welfare
CAT	Conduite à Tenir
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CCV	Contraception Chirurgicale Volontaire
CDV	Conseil et D
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIVD	Coagulation Intra vasculaire Disséminé
CMA	Centre Médical d'Arrondissement
COC	Contraceptive Orale Combiné
CPN	Consultation Pré Natale
CPoN	Consultation Post Natale

CPF	Cancer Primitif du Foie
CPS	Chimio Prophylaxie Saisonnière
CRP	C-Reactive Protein
CS	Centre de Santé
CSI	Centre de Santé Intégré
CTA	Centre de Traitement Agrée
CU	Contractions Utérine
DDR	Date des Dernières Règles
DHIS	District Health Information System
DIU	Dispositif Intra Utérin
DMPA	Depo Medroxy Progesterone acetate
ECBU	Examen Cyto Bactériologique des Urines
EFV	Efavirenz
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
FOSA	Formation Sanitaire
FSH	Follicule Stimulating Hormone
GATPA	Gestion Active de la Troisième Phase de
GEU	Grossesse Extra Utérine
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
HC	Hôpitaux Centraux
HCG	Human Chorionic Gonadotrophine
HCV	Hepatitis C Virus
HD	Hôpitaux de District
HELLP	Hemolysis Elevated Liver Enzymes, Low Platelets
HPV	Human Papilloma Virus

HR	Hôpitaux Régionaux
HSG	Hystéro Salpingographie
HTA	Hypertension Artérielle
IDR	Intra Dermo- Réaction
IM	Intra Musculaire
IMC	Indice de Masse Corporelle
IRM	Image à Raisonance Magnétique
IRA	Infection Respiratoire Aigue
ISDC	Interventions Sous Directives Communautaire
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
ITG	Interruption Thérapeutique de la Grossesse
IV	Intra Veineuse
IVD	Intra Veineuse Directe
LBT	Ligature Bilatérale des Trompes
LCR	Liquide Céphalo Rachidien
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternelle et Aménorrhée
MEO	Mise En Observation
MGF	Mutilations Génitales Féminine
MILDA	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
MINAS	Ministère des Affaires Sociales
MINCOM	Ministère de la Communication
MINEDUB	Ministère de l'Education de Base
MINESUP	Ministère de l'Enseignement Supérieure
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
MINSEC	Ministère de l'Enseignement Secondaire

NFS	Numération et Formule Sanguine
NN	Nouveau-Né
NVP	Névirapine
OAP	Œdème Aigue du Poumon
PASAR	Projet d'Appui à la Santé de Reproduction
PCR	Polymerase Chain Reaction
PCIMNE	Prise en Charge Intégré de la Maladie du Nouveau-né et de l'Enfant
PEC	Prise En Charge
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familiale
PSA	Prostate Specific Antigen
PTA	Plan de travail Annuel
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PVVIH	Personnes Vivant avec le VIH
ROR	Rougeole Oreillon Rubéole
RPM	Rupture Prématuré des Membranes
SA	Santé de l'Adolescent
SAA	Soins Après Avortement
SAT	Sérum Anti Tétanique
SC	Sous cutané
SDMPR	Surveillance des Décès Maternels, Périnatals et Riposte
SONEU	Soins Obstétricaux et Néonataux Essentiels d'Urgence
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
SR	Santé de Reproduction
SRMNIA	Santé de Reproduction Maternelle, Néonatale, Infantile et de l'Adolescent

SRAJ	Santé de Reproduction des Adolescents et des Jeunes
TA	Tension Artérielle
TAD	Tension Artérielle Diastolique
TDF	Ténofovir
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventive Intermittent
TS	Temps de Saignement
UNICEF	United Nations Childrens' Fund
UNFPA	United Nations Population Fund
UPEC	Unité de Prise en Charge
VAA	Vaccin Anti Amaril
VAT	Vaccin Anti Tétanique
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine
VPO	Vaccin Polio Oral

PARTIE 1 : PROTOCOLES EN SANTE DE LA REPRODUCTION

1 COMPOSANTE 1 : SANTE MATERNELLE PERINATALE ET NEONATALE

1.1 Planificationfamiliale

Définitioncontraception/espacementdesnaissances	Définitiondelaplanificationpourl'espacementidéal des naissances/GrossessespourlaSanté)PEIGS
L'espacement desnaissancesestunensemble demoyens etméthodesdonnantauxcouplesetauxindividus,leloisird'avoirlenombred'enfa ntsqu'ilsveulent,au momentchoisipareux,etceavec le maximumd'informationssur les conséquences possiblesdeleurdécisionauniveau personneletsocial».unespacement desgrossessespourlasanté(PEIGS) dureaumoins24mois	LaPEIGSestunconceptquidéterminelatempsquidoits'écoulerentreunac couchement ouun avortement etunenouvelle grossesse pourunefertilitésaine.Cetintervalleestaumoinsdedeuxanspourunaccou chement etpour lesavortements,cetintervallecorrespond: 1er trimestre=âgegestationnel 2ème trimestre=âge gestationnel+3 mois 3ème trimestre=âge gestationnel+6 mois Exempleunaccouchementà8mois:8mois+6mois. LaPEIGSestsensibleparcequ'elleviselabonne santéducouplemèreenfant,apparaissant ainsi commeuneintervention préventivedanslecadre d'uneapprochedepromotion delasantédelamère etdel'enfant.

I.IEtapes de l'offre de services	1.1.1. LA CAUSERIE ÉDUCATIVE				
	Définition dela causerie éducative	Les différentes étapes delacauserie éducative			
1.1.1 *Les étapesdel'offre de PF*		1.Planification des causeries éducatives	2. Préparation dela causerie éducative	3.Déroulement delacauserie éducative	4.Evaluerlaséance decauserie éducative
1.Causerie éducative 2.Counseling 3.Bilandela cliente 4.Offrede méthode 5. application delaméthode 6. Documentation 7. Rendez-vous	Lacauserie éducativeest une technique de communication interpersonnelle entreunindividu et un groupe(15 à 20 personnes).En matièred'offre deservices,elle viseàfournir l'essentiel des informations dans un langagesimple et compréhensible sur l'espacement	Identifier les besoins,lescibles, lesthèmes etlessites Etablirun calendrier Spécifiantles thèmes etles responsabilités Identifier et organiser les ressources humaines, matérielleset financières	Préparer lelieuetle matériel Installer l'auditoire (faceà face)(voir document normes page…)	Salueretseprésenter Introduirele thème Evaluerles connaissancespar des questionsouvertes Récapitulerenrenforçantles bonnes réponses Développerlethème: -Compléterlesinformations -Utiliserles aides-visuelles -Bienarticuler -Utiliserunlangageaccessible Testerlacompréhension en posant des questions auxparticipants; Encouragerles participantsà poserdesquestions etàdiscuter entreeux Rameneravec tactles participants qui tentent desortirdu débat	Dénombrerles Participants Noterles principales préoccupations des participants Apprécier l'organisation Définirles étapes pourl'organisation dela prochaine séance

	des naissances et surles méthodes de contraception moderne			Evaluerles connaissances (acquises)pardes questions ouvertes. Fairelasynthèse	

1.1.2 *Lecounselling*				
Définition du counseling	Etapes ducounseling			
	1. Counsellinginitial			L'établissement hospitalier doit présenter les garanties deconfidentialitéet'intimité
	• a. **É**tablissement durapport	b. Exploration	c. Prisede Décision	d. Implémentationde laDecision
Lecounselingest un processus parlequel une personne estaidéeà exprimerses besoins ou problèmes,à identifierles solutions possibles, età	Saluerlacliente,lui souhaiter chaleureusementla bienvenue Se présenter (et présentertoute autre	Explorerlesraisons delavisite dela cliente Rechercherles besoins dela clienteenrelation	- Identifier laoules - décision(s)que doitprendrela - cliente - Identifier les options de - chaque décision	- Assisterlaclientedansl'élaboration d'unplanprécis etconcretenvue - d'implémenterla/lesdécision(s) - Identifierlescompétences dontaura besoinlaclientepourmettre en application - leplan Aiderla clienteàpratiquerces

prendre unedécision libre et éclairéeenmatière de Planificationfamiliale	personne présente danslapièce □Semontrer respectueux □Garantirla confidentialitéet l'intimité □Expliquerla nécessité dediscuter des questions sensibles et personnelles □Introduirelesujet	avec lavisite(test VIH,PF…) □Évaluerles connaissancesde lacliente etlui fournirdes informations encas de besoin □Assisterlacliente dansl'évaluation des risques auxquels elle est exposée(testVIH, PF,IST, grossesse non désirée)	- □Discuter des avantages, - des inconvénientset - des conséquences - dechaque option - □Assister lacliente dans - laprise de - décision - □Encouragerlacl iente pendantla - discussion**:** - □Les encouragement sse traduisent parlesoutien des comportements positifs	- □Identifierlesobstaclesauxquelsla clientepourraitêtreconfrontée dans - l'implémentation duplan - □Développerlesstratégies pour surmonterces obstacles - □Établirun plan desuivi

1.1.3.Bilan/évaluationduclient		
Lebilan/évaluationduclientconsisteà fairel'interrogatoireet,si indiqué,faire:	Objectifs duBilan/évaluation	Conditions duBilan/évaluation
□L'examen physiquegénéral □L'examen gynécologique □Les investigations para-cliniques	□Classerleclientselonles critères de recevabilité médicale del'OMS □S'assurerdesonéligibilité □Dépisterles affections ycompris les pathologies del'appareil génital empêchantl'adoption de certaines méthodes etlesprendreen charge	□Local:lebilan delacliente doitse faire dans unendroitcalme, assurant: -Ladiscrétion -Laconfidentialité -Lasécuritéduclient. □Prestataire:doit avoir des aptitudesen communication etlesqualitésd'un bonconseilleret assurerunecommunication interpersonnelleet desaptitudestechniques enlamatièresoutenuetoutaulongdu bilan/évaluation.

Etapesdubilan

Touteslesétapesdubilan/évaluation duclient etlecontenuy afférent nesont pasindispensablespourtoutesles méthodes. Leur

pertinence estfonction d'aborddu typedeprestationsollicitéeet ensuitedes résultatsdel'interrogatoire.

Camerou

1.Interrogatoire			
Informations surl'identitédu	anamnèse	Antécédentsobstétricaux	Antécédents gynécologiques
Nomet prénoms		Gestité	Age delamenarche

8

□Age □Adresse(téléphone,E-mail, quartier) □Etatmatrimonial □Profession	Antécédentspersonnels	□Parité □Age du dernierenfant □Maladie associéeàla dernière grossesse □Césarienne,etc...	□Troublesducycle □Infectiongénitale -Ulcération -Leucorrhées

Antécédentsmédicaux	Antécédentschirurgicaux
-Cardio-vasculaires □HTA □Cardiopathie □Anémie □Thrombophlébite □Emboliepulmonaire,etc... -Hépatiques □Ictère	-chirurgie pelvienne
	Contraception antérieure
	-Type deméthodes utilisées
	Informations permettant d'apprécier l'étatactuelduclient
	-Date desdernièresrègles, -Régularité ducycle, -Duréeetvolume derègles, -Dysménorrhée

□insistersurl'évolutiondelacourbepondérale	
□Antécédentsfamiliaux: -Diabète	

Symptômes d'uneinfection génitale	
Femme	Homme
-Ulcération, -Leucorrhées anormales □Jaunâtres □Verdâtres □Blanchâtres □Epaisses □Nauséabondes -Végétationvénériennes(crêtesdecoq)	-Ulcération, -Ecoulement urétral -Végétationsvénériennes(crêtesdecoq) -Symptomatologiecardio-vasculaire: □Mauxde tête □Légers □Sévères □Dyspnée d'effort

Symptomatologie hépatique	Symptomatologie abdominale	Symptomatologie pulmonaire
□Dyspepsie □Douleurdel'hypochondre droit □Colorationjaune dela peau et des muqueuses	□Constipation □Ballonnement □Douleurs, -Localisées -Diffuses, etc...	□Douleurs thoraciques □Touxproductivesou non associéeà unefièvrevespérale ounon, etc…
Membres inférieurs	Habitudes sexuelles	Facteursinterférant ouinfluençantlacontraception
□Œdèmes □Douleurs àlamarche, etc...	□Nombre de partenaires, □Voiesexuelle, etc...	□Prisedemédicaments: - Tranquillisants(phénobarbital), -Antiépileptiques, -Phénytoïne, -Antibiotiques(rifampicine) -Antirétroviraux □Tabagisme: -Nombre decigarettes parjour

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.

2. Examen physique général	3. Examen gynécologique
Les étapesdel’examensontles suivantes	

□Préparerlematériel □Expliqueràla clienteleprocessusdel'examen □Inviterlaclienteàvidersavessie pourfaciliterl'examen, prendrele poidsetlataillepourapprécierl'état nutritionnel (unesurchargepondéraleou pertede poids) □Aiderlaclienteàs'installersurla tabled'examen □Prendrelatensionartérielle etlepouls □Apprécierl'état généralàlarecherchedevarices, cicatrices pelviennes, anomalies delapilosité,des muqueuses (anémie,ictère),de dermatoses,lésions buccales, etc… □Examinerles appareils: en fonctiondes résultats de l'interrogatoire: -cœuretvaisseaux: auscultation,àlarecherche de souffle, battementsirréguliers,etc… etrecherche designe de thrombophlébiteaux membres inférieurs - Foie:volume etsensibilitéàla palpation -Abdomen:masse, pointdouloureux,signesd'irritation péritonéale (contracture,défense,cridel'ombilic),etc… -Aires ganglionnaires: ganglions anormaux(augmentés	□Expliqueràlaclientel'objectifetla procédure □Examinerles seinstouten enseignantlatechnique del'auto observationpalpationdesseinsàlacliente, □Aiderla clienteàsemettre en positiongynécologique □Examinerles organes génitauxexternes: ulcération,inflammation, lésionsdegrattage,malformations, pertes(leucorrhées,sang) □Poserlespéculum. □Inspecterlevaginetlecolàlarecherchedepertes vaginales anormales (sang, sécrétions muco-purulentes oublanchâtres,épaissesouverdâtres, etc...), □Faireunprélèvementvaginal et/ oucervicalau besoin □Faireletest dedépistage ducancerducol:Inspectionvisuelleà l'acideacétique et auLugol (VIA/VILI) □FaireleTVcombiné aupalperbimanuel

4. Examendes organes génitaux	5. résultats
Chez l'homme	

Camerou

□Inspecterles organes génitauxàla recherche d'anomalie. □Palperles testiculesàlarecherche d'anomalieauniveau del'épididyme; masserl'urètrepour extérioriserune sécrétionanormale. ou d'unetumeurdelaprostate □Toucher rectal:àlarecherche d'une inflammation ou d'une tumeurdela	□Alafindel'examenclinique,ilconvientdesynthétiserlesrésultats et d'eninformerle clientdans unlangageaudible.Cecipermettra auclientde participeràl'appréciation de son étatdesantélejourdelaconsultation, étapeimportante poursaprise dedécision et son adhésion auxtraitements qui lui seront prescrits. □Cettesynthèse permetlaclassificationselonlescritèresd'éligibilitédel'OMSqui déterminentl'adéquationdesdifférentesméthodes contraceptivesensoupesantles risques etlesavantages,surleplansanitaire,parrapportà des conditions spécifiques. □Surleplanpratique, appliquerlafiche deconsultationrapide quisynthétisel'ensemble desélémentsdu bilan décrit ci-dessus

La présence d'uneconditionspécifiqueinfluençantl'admissibilitépourl'utilisation d'uneméthodecontraceptiveserangedansl'une des quatrecatégories(CRITERESDERECEVABILITEDELACONTRACEPTION DEL'OMS):	
Classe1	Uneconditionpourlaquelleiln'existe pas derestriction pesantsurl'emploi delaméthodecontraceptive: utiliser laméthode quellequesoitlescirconstances
Classe2	Uneconditionpourlaquellelesavantagesliésàl'emploidelaméthode dépassentgénéralementles risques théoriques ouprouvés: utilisergénéralementlaméthode
Classe3	Uneconditionpourlaquellelesrisques théoriques ouprouvésdépassent généralementlesavantagesliésà l'emploidelaméthode. L'emploidelaméthoden'est généralement pas recommandée àcondition qu'iln'existe pas d'autres méthodes appropriéesou quecelles-ci nesoientpas acceptables
Classe4	Uneconditionquireprésente un risquedesantéinaccessibleliéàl'emploidelaméthodecontraceptive. La méthode ne devraitpas êtreutilisée.

NB: Le prestataire doit prendre encomptechacun des différentscritères avant d'offrirlaméthode.

Fiche de Consultation rapide pour les Critères de recevabilité médicale de l'OMS — 2015

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

ETAT	Sous-état	COC	DMPA	Implants	Cu-DIU
Grossesse		SO	SO	SO	
Allaitement au sein	< 6 semaines du post-partum				Voir i.
	De 6 semaines à 6 mois du post-partum				
	6 mois ou plus du post-partum				
Post-partum et femmes non-allaitantes	< 21 jours				Voir i
	< 21 jours avec autres facteurs de risque de TEV*				
	≤ 21 jours à 42 jours avec autres facteurs de risque de TEV*				
TEV = thrombo-embolie veineuse	> 42 jours				
Post-partum et femmes allaitantes ou non-allaitantes	< 48 heures ou ≥ 4 semaines	Voir ii.	Voir ii.	Voir ii.	
	≥ 48 heures à < 4 semaines				
	Infection puerpérale				
Post-abortum	Immediatement après avortement septique				
Tabagisme	Age ≥ 35 ans, < 15 cigarettes par jour				
	Age ≥ 35 ans, ≥ 15 cigarettes par jour				
Facteurs de risque multiples de maladies cardiovasculaires					
Hypertension	Antécédents (TA ne pouvant pas être mesurée)				
TA = tension artérielle	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 embolisme pulmonaire (EP)	Antécédents de TVP/EP				
	TVP/EP aiguë				
	TVP/EP, et traitement par anticoagulants				
	Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée				
Mutations thrombogéniques avérées					
Cardiopathie ischémique (actuelle ou antécédents) ou accident vasculaire cérébral (antécédents)				A P	
Hyperlipidémie avérée					
Valvulopathie cardiaque compliquée					
Lupus érythémateux disséminé	Anticorps antiphospholipides positifs ou inconnus				
	Thrombocytopénie sévère		A P		A P
	Traitement immunosuppresseur				A P
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	A P	

ETAT	Sous-état	COC	DMPA	Implants	Cu-DIU
Saignements vaginaux inexpliqués (avant évaluation)					A P
Maladie trophoblastique gestationnelle	Taux de β-hCG en diminution ou indécelables				
	Taux de β-hCG durablement élevés ou maladie maligne				
Cancers	Col utérin (en attendant le traitement)				A P
	Endomètre				A P
	Ovaire				A P
Maladie du sein	Grosseur non diagnostiquée	**	**	**	
	Cancer en cours				
	En rémission depuis 5 ans				
Déformation utérine due aux fibromes ou anomalies anatomiques					
IST/MIP	Cervicite purulente actuelle, chlamydia, gonnorrhée				A P
	Vaginite				
	Maladie inflammatoire pelvienne (MIP) actuelle				A P
	Autres IST (VIH et hépatite exclus)				
	Risque accru d'IST				
	Risque individuel d'exposition aux IST très élevé				A P
Tuberculose pelvienne					A P
Diabète	Néphropathie/rétinopathie/neuropathie				
	Diabète durant > 20 ans				
Affection symptomatique des voies biliaires (en cours ou traitée)					
Cholestase (antécédents)	En rapport avec la grossesse				
	Liée à l'emploi de contraceptifs oraux				
Hépatite	Aiguë ou poussée	A P			
	Chronique ou sujet porteur				
Cirrhose	Légère				
	Grave				
Tumeurs hépatiques (adénome ou carcinome hépatocellulaires)					
Risque élevé de VIH ou infecté à VIH (Stade 1 ou 2)					
SIDA (Infecté à VIH Stade 3 ou 4)	Pas de traitement antirétroviral (TAR)	Voir iii.	Voir iii.	Voir iii.	A P
	Amélioration en Stade 1 ou 2 sous TAR				
	Aucune amélioration sous TAR				A P
Interactions médicamen-teuses	Rifampicine ou rifabutine				
	Traitement par anticonvulsivants***				

Cette fiche de consultation affiche une liste complète de toutes les caractéristiques classées par l'OMS comme catégorie 3 et 4.

Source : Adapté des *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 5ème édition*. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015. Accessible : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/en/index.html

Catégorie 1 — Aucune restriction d'emploi.
Catégorie 2 — En général, emploi possible de la méthode ; suivi nécessaire dans certains cas.
Catégorie 3 — Habituellement, 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. 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.
i — Voir plutôt état : « Post-partum et femmes allaitantes ou non-allaitantes ».
ii — Voir plutôt état : « Allaitement au sein » ou état « Post-partum et femmes non-allaitantes ».
iii — Femmes qui utilisent des méthodes autres que les DIU peuvent les utiliser indépendamment du stade VIH ou sous TAR.
* — Autres facteurs de risque de TEV incluent : TEV antérieure, thrombophilie, immobilisation, transfusion lors de l'accouchement, IMC > 30 kg/m², hémorragie du post-partum, accouchement par césarienne, prééclampsie et tabagisme.
** — L'évaluation de toute grosseur non diagnostiquée doit être effectuée dès que possible.
*** — Les anticonvulsivants regroupent : phénytoïne, carbamézapine, barbituriques, primidone, topiramate, oxcarbazépine et lamotrigine. La lamotrigine est rangée dans la Catégorie 1 pour les implants.

© Octobre 2015

<table>
<tr><td colspan="3">1.1.3 Méthodes contraceptives</td><td></td></tr>
<tr><td>Méthodes naturelles</td><td>Méthodes hormonales</td><td>Méthodes
Barrières</td><td>Contraception
Chirurgicale
Volontaire
(CCV)</td></tr>
<tr><td>Les méthodes naturelles comprennentl’ensemble des
méthodes basées surlacapacitéducoupleàidentifier laphase fertile aucoursdechaquecyclemenstruelet às’abstenirdurantcettepériode.
Les méthodes d’auto-observation(MAO):
-Méthode delaglairecervicaleouBillings
-Méthode dela température
-Méthodesympto-thermique.
Laméthode ducalendrierou durythme ou OGINO KNAUSS
Méthodes des jours fixes/collierducycle
Laméthode del’allaitementmaternel et de l’aménorrhée(MAMA)</td><td>Ils’agitdel’ensembledes
méthodes utilisantdes hormones oestroprogestatives et
progestatives synthétiques.Cesont
:
Les ContraceptifsOrauxCombinés
(C.O.C.)
ContraceptifsàProgestatifsseuls
(CPS)
-Implants
-InjectablesProgestatifs
-Pilules Progestatives</td><td>Le préservatif masculin
Le préservatif féminin
Le diaphragme
Les spermicides
DispositifIntra utérin(DIU)</td><td>Ligature des
trompes
Vasectomie</td></tr>
</table>

II.I.Méthodesnaturelles

II.I.I.Lesméthodesd'auto-observation(M.A.O)

Méthode delaglaire(Billings)		
1. Décrirela méthode	2. Expliquerlemode d'utilisation delaméthode	3. Donnerlesinstructions suivantes
Ellese basesur l'observationet l'interprétation des changementscycliques delaglairecervicalese produisantsous l'influence des variations des hormones.	Périodesèche:Aprèslesrègles,laplupart des femmes ont un ou plusieurs jours sansglaire etilya unesécheressevaginale.Ceci correspond aux jours inféconds. Période humide:Dèsquelafemme éprouveunesensation d'humiditévaginalequel quesoitl'aspect,elledoits'abstenir:Il s'agitlàdelapériode féconde.Cette glairedeviendradeplus en plusabondante,filante,translucide,élastique,ressemblant au blancd'œuf. Le dernierjour, aucours duquelcescaractères delaglairesont plusimportants, est appeléjourpic.Il indiquequel'ovulationest procheouvientdese faire.Aprèslejourpic,éviterlesrapports sexuels pendantles 3jours suivantscarilsnesont pas sûrs. Dèsle4èmejouron peutavoirdes rapports sexuels jusqu'aux prochainesrègles. □Eviterlesrapportssexuels pendantlamenstruation.Cesjours ne sont pas sûrs danslescycles courts;	□Se toucherdeuxfoisparjour matin etsoir etse laverles mains avant et après □Noterles caractéristiques dela glairechaquesoirsurlafiche □Necommencerlesrapports qu'à partir du4ème jouraprès le pic deglaire. □S'abstenir desrapportssexuels à toutmoments'ilexiste un doutesurl'évaluation dela glaire(ex: Leucorrhée,saignement)

Méthode delatempérature		
1. Décrirela méthode	2. Expliquerlemode d'utilisation dela	3. Instructions
Ellese basesur l'observationet l'interprétation des changementscycliques delatempérature corporellese produisant sous l'influencedes variations des hormones.	Expliqueràlaclientele principe delaméthode en s'aidant d'unefeuillede température. La température estinférieure à 36° pendantlapremière phase ducycle et augmente de 0,4 aprèsl'ovulation.	□Montrercomment prendrelatempératurechaquejour □Montreràlacliente:un thermomètre etluiapprendreàlireles chiffres. □La température doitêtrepriseparvoiebuccale,rectaleouvaginale chaquematinàlamême heure avant deselever.Toujours utiliserla mêmevoie etlemême thermomètre dévoluàcet effet. □Noterla températuresurla fichechaquematin □Après utilisation,nettoyeretrangerle thermomètre □S'abstenir derapportssexuels àcompterdu1erjourdes règles jusqu'ausoirdu 3èmejourconsécutif oùla température reste élevée.Les rapportssontalors autorisés jusqu'à l'apparitiondes prochainesrègles. □Expliqueràlafemmeles facteurs affectantlacourbethermique:
A.Laméthodesympto-thermique		
Laméthode delacourbe thermique n'estpastrès utiliséeseule.Pourplus d'efficacité,elleest associéeàlaméthodeBillings (c'est ce qu'on appellelaméthodesympto-thermique).Elleneprotègeaucunementcontreles IST/SIDA.		

B.Méthode duCalendrier		
1. Expliquerlemode d'utilisation dela méthode	2. instructions	3. Suivi
C'est uneméthodecontraceptive, permettant de déterminerles périodes fertiles àpartirdecalculfait surles cycles menstruels précédents.	□La durée ducycleleplus longmoins 11 □La durée ducycleleplus courtmoins 18 □Exemple:les6derniers cycles durent 28, 26,29, 27. -1erjourfertile:26-18= 8 -Dernierjourfertile:29-11= 18 -Direàlafemme d'éviterles rapports sexuels du8ème au 18èmejourducycle inclus □Expliquerquelaméthode ne protège aucunementcontreles IST/ SIDA	□La 1èrevisite decontrôlese fera 15 jours après puis unevisiteparmois pendant3mois. □Demanderàl'occasion des visites si le couple estsatisfait delaméthode. □Vérifierlamaitrise delaméthode parle coupleà partirdela4ème visite, □Demanderaucouple dese présenterau besoin.

Méthodes des jours fixes ou«collierducycle)				
1.Définition delaméthode ettauxd'efficacité	2.Critères d'éligibilité	Avantages dela MJF	3.Inconvénients	4.Mode d'utilisation
Méthodemoderne,simple, abordable, efficace baséesur uneconnaissance dela fertilité selonlaquellelesutilisateurs évitentles rapportssexuels sans protection du8ème au 19èmejourducycle et utiliseun collierde perles colorées qui marquentchaquejourducycle,	□Les femmes ayant des cycles durantde 26a 32 jours +++ □Les couplesqui peuvent éviterles rapports sexuels	□Efficacitéà95% □Pas d'effets secondaires □Ne nécessite pas de prise de médicaments ou d'acte chirurgical	□Ne protège pas contre les ISTVIH/SIDA □Méthode contraignante(oubli de pousserl'anneau) □Le partenaire doit collaborer □Ne peut pasêtre utiliséquandlecycle	□Le premierjourdu cycle,représentépar lepremierjourdes règles, positionner l'anneau noirsurla perleROUGE. □Déplacer quotidiennement l'anneau danslesens

<table>
<tr><td rowspan="3">y compris les jours oùla femme peuttomberenceinteen identifiantlapériode du8ème au 19èmejourducyclecomme étantlapériodefertiledoncla périoded’abstinence.
Le tauxd’efficacitési l’utilisation estcorrecte estde 95%.
Ils’agitd’éviterles grossesses imprévues en
sachant quands’abstenirdes rapportssexuels sans protectionpendantles jours fertiles.Pourcela
utiliseuncollierde perles colorées qui marque
chaquejourducycle,y compris les jours oùla
femme peuttomberenceinte2
Mécanisme d’action
Absence derencontre des gamètesmâles et
femelles parl’abstinence oule rapport protégé</td><td>non protégés du 8eme au 19èmejourducycle
□Les couplesquine courent
pas derisque accru de
contracteruneIST</td><td>□Renforce-la communication dansle Couple
□Necoutepas cher.</td><td>estinférieurà26jours ousupérieurà32 jours.</td><td>indiqué dela flèche rouge
□Lorsquel’onsesitue auniveaudes perles blanches (du 8ème au 19ème jour)éviterles rapports nonprotégés.
□Dèsl’apparition des règles serepositionner surla perlerouge.</td></tr>
<tr><td>Suivi</td><td colspan="3">Evaluer</td></tr>
<tr><td>Périodicité des visites
-3mois,
-6mois
-Puis tousles ans
Encas de problèmes reveniràtout moment</td><td colspan="3">□Si laméthodeconvienttoujours àla femme:
□Vérifiersisoncyclemenstruel leplus récentaduréde 26à32jours
□Vérifiersielle estenceinte(checklist)
□Si laméthodeconvienttoujours aucouple
□Déterminersi lecoupleveuttoujours utiliserlaméthode et peut éviter d’avoir desrapportssexuels sans protectionlesjours de perles blanches
□Déterminersi lecouple peut utiliserlaméthodecorrectement</td></tr>
</table>

II.I.2.MAMA		
1. Définition	Conditions	2. Lemécanismed'action
C'estlaméthode del'allaitementmaternel et de l'aménorrhée.Ellereposesurl'allaitement maternelexclusif	Femmedans les 6 premiers mois du post partum Allaitementfréquentàla demande Lacliente estenaménorrhée	Lasuccondumamelon parlebébé stimulel'hypophyse quiproduitdela prolactineentrainant unblocagede l'ovulation

3. Les avantages			4.Expliquerles inconvénients
Méthode decontraception très efficacesibienutilisée Tauxd'efficacitéà98%siconditions suivantes sont réunies			Aucuneprotectioncontreles IST/SIDA Contraignante(parrapport auxheures detétées) Lacourte durée d'application(6mois) L'efficacité qui diminuesi l'unedescomplicationsn'est pas remplie. L'ovulation peut se produireàtoutmoment Nécessiteladisponibilité constantedelamère Ne protège pas contreles IST
Surleplandelacontraception	Surleplandelasanté		
	Enfant	Mère	
Pas d'effetssecondaires Necoûterien N'interfère pas avecles rapports sexuels	Immunisationjusqu'à6mois Renforcel'affection mère/enfant Assure unmeilleur développement psychomoteur Réduitlerisqueinfectieux.	Diminuelesaignement postpartum Réduitlerisque d'anémie	

Camerou

5. Contre-indications	6. Instructions	7. Suivi
Meneruninterrogatoireminutieuxpour apprécierlechoixdelaclienteetprocéderà un examenminutieuxdes seins àla recherche demalformationsou de pathologietelles que: □Les seins ombiliqués □Abcès dusein:traitements del'abcès et conseilsspécifiquespourla prévention □Dermatoses telles queCandidose, eczéma envue d'un traitement et de conseilsspécifiques □Crevasses, gerçures, engorgement, tumeurs : traitement etconseils	□Tétées fréquentes àla demande nuit et jour □Donnerles2seins àchaquetétée □Vidercomplètement unsein,donner l'autre, etàlaprochainetétée,prendre soindecommencerparce dernier □Intervallemaximum:lejour4H, lanuit 6H □Encas d'absence,exprimerlelait (à donneràl'enfantàlacuillère),le conserveraumaximum8H à température ambiante,72H au réfrigérateuret3mois aucongélateur dans unrécipientpropre, aveccouvercle □Insistersurlesmesures hygiéno-diététiques : -Propreté des mains -Alimentationéquilibrée etbeaucoup de boissons pourlamère	Priseencharge desproblèmes et des cas spécifiques(traitement etconseils adaptés) □Engorgement □Crevasses □Gerçures □Abcès, etc... Nécessité d'unevisite desuivitousles 2mois pourévaluerl'efficacité dela méthode □La préparerà l'adoption d'une autre méthode encas denonrespect des conditions ouàlafindes 6mois

II.2.Méthodeshormonales

<table>
<tr><td>II.2.1.les contraceptifs oraux combinés</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td>1. définition</td><td colspan="2">2. Types</td><td>3. Lemécanisme d’action</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Contraceptifsoraux comprenant unœstrogène et unprogestatif(E/P).Ilexiste :
Pilule normo dosée(50 microgrammes d’œstrogènes)
Piluleminidosée(30à35 microgrammes d’œstrogènes</td><td>Monophasique</td><td>Toutesles21pilulesactives contiennentlamême quantité d’œstrogènes/progestatifs OE/P)</td><td rowspan="3">Blocagedel’ovulation
Epaississement delaglaire cervicale
Altération del’endomètre</td></tr>
<tr><td>Bi phasique</td><td>Les 21pilulesactives contiennent2combinaisons différentes d’OE/P(10/11)</td></tr>
<tr><td>Tri phasique</td><td>Les 21pilulesactives contiennent3combinaisons différentes d’OE/P(6/5/10)</td></tr>
</table>

4.Les avantages	5. Les inconvénients	6. Mode d'administration
Efficacité98à 99% Effetimmédiatsipris dansles 5premiers jours ducycle N'interfère pas avecles rapportssexuels L'emploipeut être facilement arrêté Les menstruations sontmoins abondantes Réduitlerisque d'anémie. Réduitles crampes menstruelles(dysménorrhées) Peut rendreles cycles menstruels plus	C'est d'un emploiquotidien etcontinu L'oubliaugmenteles risquesd'échec (CATencas d'oublivoirci-dessous) Les COC peuvent entrainerdes effets secondaires Céphalées,vertiges,nausées Spotting, aménorrhée,acné Ils peuventcompliquercertains états pathologiques (maladies thrombo-emboliques) La priseconcomitante aveccertainsmédicaments (anti-tuberculeuxet anticonvulsivants)peutenréduire l'efficacité Ils ne protègentaucunementcontreles IST/SIDA.	La prisedoit débuterentrele 1eretle 5èmejourdes règles Si la prise estfaite aprèsles 5 premiers jours ducycle:commencer les pilulesà tout momentsion estraisonnablement sûrquelacliente n'est pas enceinte et utiliserune méthode de barrière ous'abstenir pendantlespremiers 7jours Dans lepost-partum,commencer Apartirde6mois si lafemme allaite et utiliselaMAMA. Après 6semaines si laclienteallaiteet n'utilise paslaMAMA. Après 3semaines si laclienten'allaitepas. Dans le post-abortum,commencer immédiatement ou dans les 7 premiers jours

7. Instructions
□La prisedoit être quotidienneetàlamême heure,même enl'absencederapportssexuels □Pourles plaquettes de 21comprimés, observerunarrêtde7jours avantlaprise delaplaquettesuivante. □Pourles plaquettes de 28comprimés,l'arrêtn'est pas observé :laprise estcontinue. Les 7dernierscomprimés contiennentdu feruniquement. □Encas devomissements ou dediarrhéedansles30minutes quisuiventlaprise delapilule, prendre une autrepilule,ou utiliser uneméthode de barrière encasderapportssexuels dansles48H, tout encontinuantla priserégulière, quotidiennedelapilule

.

Liste de contrôle pour les dientes 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. Allaitez-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 ritonavir 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. Evaluez 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 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 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-temps.

USAID

fhi

Camerou

Encas d’oubli

- Sioublid’une oude2pilules: enprendreunedès rappelpuis continuerà prendreune pilulechaquejour.
- Sioublide3pilulesouplus aucours des 2premières semaines ducycle:prendre une piluledés quepossible,utiliseruneméthode de barrière,ou s’abstenirpendant7jours et s’ilyaeurapportsexueldansles 5derniers jours, utiliserla contraception d’urgence.
- Sioublipendant3jours ouplusaucours dela dernière semaine ducycle:

-Prendre unepilule désque possible

-finirlaplaquette et nepas boireles comprimés de fer enchaineravec une nouvelleplaquettelejoursuivant plaquettelejoursuivant

-Utiliseruneméthode de barrièreous’abstenirpendant7jours

-Ets’ilyaeurapportsexuel dansles 5derniers jours, utiliserla contraception d’urgence.

- ~~Sioublipendant3joursouplusaucours dela dernière semaine~~ ducycle:

-Prendre unepilule désque possible

-finirlaplaquette et nepas boireles comprimés de fer enchaineravec une nouvelleplaquettelejoursuivant

-Utiliseruneméthode de barrièreous’abstenirpendant7jours

-Ets’ilyaeurapportsexuel dansles 5derniers jours, utiliserla contraception d’urgence.

Sipendant deux mois vous n’avezpas vos menstruations, ousi vous présentezles signes ci-dessous,revenirenconsultation:

- Douleurs àlapoitrineavec ousans essoufflement
- Mauxde tête prononcés
- Intenses douleursaux jambes

Camerou

- Absence desaignement ou dessaignementspendantla semainesans pilule;

-sivous prenezles plaquettes de21comprimésou aprèslafin

delaplaquettede 28comprimés:Instructions

1. Laprisedoit êtrequotidienne etàlamême heure,même

enl'absencederapports sexuels

2.Pourles plaquettes de21comprimés, observerun arrêt de

7jours avantlaprise delaplaquettesuivante.

- Pourles plaquettes de 28comprimés,l'arrêtn'est pas

observé:lapriseestcontinue. Les7dernierscomprimés contiennentdu feruniquement.

- Encas devomissements ou dediarrhéedans les30minutes quisuiventlaprise delapilule,prendre uneautrepilule,ou

utiliseruneméthode debarrièreencas derapportssexuels

dansles 48H,toutencontinuantlapriserégulière, quotidiennedelapilule.

<table>
<tr><td colspan="4">8. Suivi</td><td>9. conduiteàtenirdevantleseffetssecondaires</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lors delapremièreconsultation</td><td colspan="2">Lors delavisite desuivi</td><td rowspan="4">□Voirlesarbres dedécisions suivantes
□Spottingsous COC
□Tensionmammairesous COC
□Migrainesous COC
□ElévationdelaT.A.sous COC
□AménorrhéesousCOC
□Aménorrhée après arrêtCOC</td></tr>
<tr><td>Pourles femmes
declasse2</td><td>Pourles femmes
qui nenécessitent pas de surveillance particulière</td><td colspan="2">Demandersi laclienteestsatisfaite</td></tr>
<tr><td>Donnerune plaquetteetfixer
lerendez-vous à lafindela3ème
semaine;</td><td>Donner6 plaquettesetfixer
lerendez-vous au début dela prise
dela 6ème plaquette.</td><td>Sioui
Si la femme
est de
classe1ou 2, redonner6</td><td>Sinon
Demanderles
effets
secondairesetles prendre</td></tr>
</table>

II.2.2.Contraceptifsàseulsprogestatifs (CSP)

2.2.2.1.LESINJECTABLES	
1. Définition	2. Lemécanisme d’action

Camerou

Cesont desproduitscontraceptifsinjectablesà base de progestatifs seuls. Différentstypes, durée d'action etmode d'administration • Dépo-provéraen IM(150mg acétatede depo medroxyprogestéroneDMPA)agitpendant3mois • Sayana Press (DMPA- SC) : 104 mg acétatede depo medroxyprogestéroneDMPA, agit pendant 3 mois	• Blocagedel'ovulation • Epaississement delaglaire cervicale • □ □Altération del'endomètre

3. Les avantages	4. Lesinconvénients
□Efficacitéà99% □Efficacitéimmédiate enmoins de24 heures aprèsl'injection □3mois de protection pourleDépo-provéra □N'interfèrepas avecl'allaitement etlesrapportssexuels □Necontientpas d'œstrogène □Moins decrampesmenstruelles □Protègecontrel'anémie □Protègecontreles cancersdel'endomètre □Protègecontreles fibromes utérins □Diminuentles maladies bénignesdes seins □DiminuentlerisquedeMIPparépaississement delaglaire cervicale	Présente deseffetssecondaires tels que: □Aménorrhée □Spotting □Saignements □prise depoids □céphalées □diminutiondelalibido □Retouràlaféconditéretardé □Aucune protectionnecontrelesinfections dutractus génital (ITG)etIST/SIDA.

5. Mode d'action

Quand administrer

Camerou

- L’injection doitêtrefaite entrele1eretle 7èmejourducycle
- Sielle estfaite aprèsles 7premiers jours ducycle:fairel’injectionà toutmomentsion estraisonnablementsûrquelaclienten’est pas enceinte etutiliseruneméthode debarrière pendantlespremiers 7jours

Dans lepost-partum,commencer

- Apartirde6mois si lafemme allaiteet utiliselaMAMA.
- Après 6semaines si laclienteallaiteet n’utilise paslaMAMA.
- Après 3semaines si lacliente n’allaitepas.

Dans lepost-abortum,commencerimmédiatement ou dans les7 premiers jours

Camerou

Liste de contrôle pour les clientes souhaitant

Commencer l'usage du DMPA/Sayana Press

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

NON	1. Vous a-t-on dit que vous avez le cancer du sein	**OUI**
NON	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?	**OUI**
NON	3. Avez-vous une grave maladie du foie ou la jaunisse (les yeux ou la peau jaune)?	**OUI**
NON	4. Vous a-t-on dit que vous avez du diabète (taux élevé de sucre dans le sang)?	**OUI**
NON	5. Vous a-t-on dit que vous une tension artérielle élevée?	**OUI**
NON	6. Avez-vous des saignements inhabituels en dehors de vos règles ou après UN rapport sexuel?	**OUI**
NON	7. Vous a-t-on dit que vous avez une maladie rhumatismale, comme le lupus?	**OUI**
NON	8. Allaitez-vous actuellement UN bébé de moins de 6 semaines?	**OUI**

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 referez là 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. Evaluez la cliente ou referez la à UN prestataire qualifié et donnez lui les préservatifs à utiliser entre-temps. Consultez les explications au verso pour des explications supplémentaires.

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.

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

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

Si les 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 les dernières règles ont commencé il y a plus 7 jours, elle peut recevoir le DMPA immédiatement, mais il faut dire à la cliente qu'elle devra utiliser les préservatifs ou s'abstenir de relations pendant les 7 jours prochains. Donnez-lui les préservatifs à utiliser pendant les 7 jours

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 les prochaines règles avant de recevoir le DMPA. Donnez-lui les préservatifs à utiliser entre-temps

Camerou

Comment administrer	Instructionàlacliente
• Enintramusculaireprofonde audeltoïde ouaumuscle fessier selonla préférence delacliente ou • En sous cutanée (paroi abdominale, face postérieur du bras, face antérieure de la cuisse) □S'assurerqueladosea étéadministréetotalement □Ne pas masserlepoint d'injection Si la femme n'a pas reçula totalité dela dose(pertedeproduit, reflux, ampoulecassée),refaire uneautreinjection	Elle doitrevenirpouruneinjection - Toutesles 13semaines pourleDépo-provéra ou pour Sayana Press NB: La datederéinjection està préciseravecexactitude

Nota bene

En dehorsdes dates habituelles	Après 4semaines deretard
□L'injection peutêtre donnéeavec02semaines d'avance avant ladate derendez-vous □L'injection peut êtredonnée avec4semainesderetardpour leDepo-proverasans nécessité d'utiliserunecontraception	□AdministrerladosedeDepo-Proverasion est raisonnablementsûrquelacliente n'estpas enceinte, □Abstention, ourapportprotégé pendant7jours □Encas derapportsexueldansles cinqjours,CUplusladose deDepo-Provera

Demanderàuneclientederevenirencas designe d'alarme
□Aménorrhée après plusieurs cyclesréguliers (suspicion degrossesse) □Douleurs vives au bas ventreGEU □Saignement abondant ouprolongé □Tuméfaction oudouleurauniveaudu pointd'injection-abcès □Mauxde tête prolongés avec troubledelavision.

Camerou

Pour les prestataires de services de santé

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 reinjecter, sans que l'eventualite d'une grossesse ait besoin d'etre 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 ecartee. Si vous vous trouvez face a une cliente venant pour une reinjection, suivez les etapes decrites 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 surlignée 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.

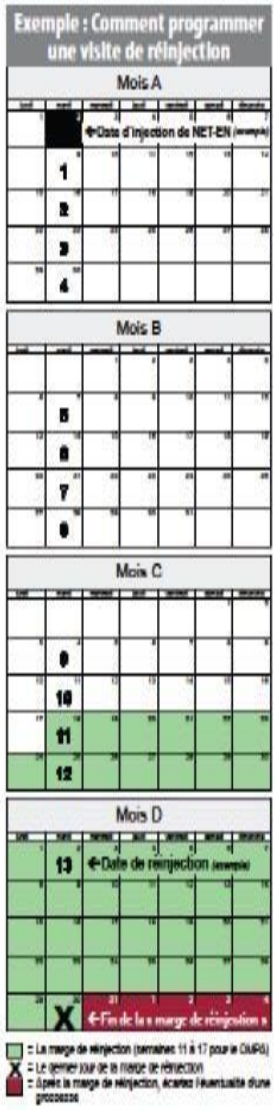
Etape 4. Faites la réinjection à la cliente.

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.

Etape 7. Dites à la cliente que si elle est en retard de plus de 4 semaines pour sa prochaine date de réinjection, elle doit utiliser des préservatifs ou s'abstenir de rapports sexuels jusqu'à ce qu'elle puisse se faire réinjecter.



USAID · fhi · IntraHealth International · Ministère de la Santé et de la Prévention

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 ➡ Suivez les instructions énoncées sur cette page.

- Ecartez 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)

Ecartez 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, allaitez-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'Etape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle répond aux critères de recevabilité médicale et souhaite continuer l'usage du DMPA, 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'Etape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si la cliente répond aux critères de recevabilité et souhaite continuer l'utilisation du DMPA, 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'Etape 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'Etape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si la cliente répond aux critères de recevabilité et souhaite continuer l'utilisation du DMPA, 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'Etape 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'Etape 2 (face 1) de cet aide-mémoire. Si elle répond aux critères de recevabilité et souhaite poursuivre l'utilisation du DMPA, 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 DMPA 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.

Organisation mondiale de la santé/Département santé et recherche génésiques (OMS), Ecole de santé publique Johns Hopkins Bloomberg/Centre pour les programmes de communication (CCP)/Projet INFO. *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier*. Baltimore, MD et Genève : CCP et OMS, mise à jour 2008.

© Family Health International, 2009

USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

2.2.2.2.Pilulesàseulsprogestatifs (PSP)	
1. Définition	2. Mécanisme d'action
Les PPsont des contraceptifs orauxà basede progestatifs seulsutilisés enprisecontinue	□Blocagedel'ovulation □Epaississementlaglairecervicale □Atrophie del'endomètre empêchantlanidation

3. Les avantages	4. Lesinconvénientsdes PSP
□Très efficaces (si lapriseencorrecte)90-97% □Réversibilitéimmédiate □N'interfèrent pasaveclesrapportssexuels □N'influencent paslalactation □Diminuentlefluxmenstruels □Diminuentles crampesmenstruelles □Protègentcontreles cancers del'endomètre □Diminuentles maladiesbénignesdes seins □DiminuentlesrisquesdeMIP □Pas d'effetsliés auxœstrogènes	□Effetssecondaires : □Spotting,saignements □Aménorrhée □Tensionmammaire □Nausée □Céphalées □Priseou perte depoids □Utilisationcontraignante: nécessité derespect del'heure de prise □Risqued'oubli □Ne protègepas contrelesIST/SIDA.

5. Mode d'administration	
Commencerlaprise entrele1eretle 5èmejourducyclemenstruel Atoutmomentsion est raisonnablementsurequela femme n'est pas enceinte	
Dans lepostpartum	
Avec allaitement	Dans lepostpartum
□Priseà partir de6mois si lacliente utiliselaMAMA □Priseà partir de6semaines si lacliente n'utilisepaslaMAMA □Sans allaitementimmédiatement ou dansles3semaines	□Priseimmédiate oudansles 5jours quisuivent

Instructions	Encas d'oubli		6. Suivi
□Prisequotidienne ininterrompue etàla même heure: dèslafin d'une plaquette,enchaineravecune autre □Encas devomissements dansles 30mmquisuivent laprise,reprendreune autrePilule	Sioublide prendreunepilule	Sioublide prendredeux pilules consécutivesouplus	□Visiteinitiale:donner6 plaquettes □Donnerrendez-vous dans un mois et demanderàlacliente derevenir dèsqu'un problèmese pose □Si laclienteprésente des problèmes ou des effets secondaires,seréféreràla priseenchargedes effets secondaires □Lors detoutesles visites, préciseràlaclientede revenirau centreencas des signes d'alarmes suivants: -Aménorrhéedeplusde3 mois -Céphaléesintenses
	Dès rappel etcontinuerà prendre unepilulechaquejour.	Reprendrelaprise d'unepilule parjourdès rappelmais utiliserdes condoms ou s'abstenirderelations sexuelles pendant7jours consécutifs □Encas dediarrhée persistantecontinuerlaprise et renforcerparuneméthode de barrièrejusqu'àlafindu traitement □Continuerlaprisemême en l'absence derapports □sexuels □Sirisqued'IST/SIDA, encouragerl'utilisation du condom	

		□Sidésird'arrêt,revenirau centre.	-Douleursvives aubas ventre - Troubles delavision -Saignementstrès abondants.
	NB:lacliente peututiliserlespilules progestatives même au-delàde6mois aprèsl'accouchement		

2.2.2.3.LESIMPLANTS			
1. Définition	2. Durée d'action		3. Mécanisme d'action
Les implantssont uneméthode contraceptive Composée decapsulesfines et flexiblesramolliesdeprogestatifs insérées justesouslapeauàla partieinternedu bras.Ilpeuts'agir de:	Jadelle	Implanon Nxt	□Epaississement delaglaire cervicale □Blocagepartiel de l'ovulation □Atrophie de l'endomètre
	5 ans	Sipoids <80 kg	

Camerou

□1capsule d'étonogestrel (Implanon Nxt) □2capsules deLévonorgestrel (Jadelle)	4 ans	Sipoids >80 kg	3 ans	

4. Les avantages	5.Les inconvénients\effets secondaires	6.Complications
□Efficace(tauxd'efficacité:90à100%) □Réversible □N'affecte pasl'allaitement □Retourimmédiat dela fécondité □Pas d'effetsliés auxœstrogènes □N'interfère pas avecles rapportssexuels • Prévention de l'anémie chez certaines femmes (aménorrhée, diminution du flux) • Diminue le risque de maladie inflammatoire du pelvis (MIP) • Discrète	□Effetssecondaires □Spotting □Aménorrhée □Mauxde tête □Vertiges □Nausées Tensionmammaire □Nervosité □Prisede poids □Ne protège pas contrelesIST/SIDA Petite procédure chirurgicale pour l'insertion et le retrait (personnel forme)	□Sont rares □Infectiondusite d'insertion □retraitdifficile □Expulsiondecapsules

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.

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

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. Evaluez 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.

OUI	7. Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	8. 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	9. Vous êtes-vous abstenue de rapports sexuels depuis vos dernières règles ou depuis que vous avez accouché ?	NON
OUI	10. Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines ?	NON
OUI	11. Avez-vous fait une fausse couche ou subi un avortement au cours des 7 derniers jours ?	NON
OUI	12. Utilisez-vous une méthode contraceptive fiable de manière correcte et systématique ?	NON

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.

FROM THE AMERICAN PEOPLE

Camerou

7.Mode d'administration:quandcommencer?		
Période gynécologique	Dans lepostpartum	Dans lepostabortum
□Entrele 1eretle7èmejourdes règles □Atoutmomentsilafemme était jusqu'alors couverteparune autre méthode □Atoutmomentsil'onest raisonnablementsurquela femme n'est enceinte	□SiMAMAau 6èmois □Sin'allaitepas :immédiatement ou dans les 3semaines □Siallaitesans MAMA: après 6 semaines	□Immédiatement ou □Dans les7jours quisuiventl'évacuation Utérine

Administrationdelaméthode	Instructionsaprèsl'insertion
□Préparation dumatériel (matérielcomplet et stérile) □Préparation delacliente: □Explicationdelaprocédure, □Lavage dubras, □Installation □Préparation duprestataire: - Tenue adéquate, -Lavagedes mains, -Port degantsstériles. □Insertiondes capsules enrespectantlatechnique appropriée	□Evitertoutesouillure. □Ne pas mouillerlepansement. □Refairelepansement au 3èmejouret demanderàlacliente del'enlever au 5èmejour. □Peut reprendreses activités, -Mais éviterdesouleverdes objetslourds avec lebrasayantles implantsle1erjour. □Peut reprendreles activités sexuelles(moins de 24 heures) Lazoned'insertionpeutêtreenflammée ou un peu douloureuse □Après cicatrisation pas desoins particuliers □Son effetcontraceptifse terminesi ladurée d'action estdépasséeen fonction dupoids □Peutchangerdeméthodeà toutmoment

8.Suivi	
La femme doitse présenteràlastructuresiellepréseneles	Visites decontrôle
□vivesdouleurs aubas ventre(symptôme de grossesse extra utérine) □Pus ousaignementàl'endroitdel'insertion □Expulsiondes capsules □Mauxde têtesévères ou trouble delavision.	□1ercontrôleà1mois aprèsl'insertion □Puis tousles ans □si lafemmerevientpourlesuivi,vérifierledegré de satisfaction □Rechercherl'existenced'effetssecondaires.

Conduiteàtenirdevantdes effetssecondaires et des complications		
Effetssecondaires et complications	Conduiteàtenir	
Aménorrhée	Sipasde grossesse	Rassurerlapatiente
	Sigrossesse	□Retirerlesimplants □Expliquerqueladosede progestatifn'a pas d'effet nuisiblesur lefœtus □PrendreenchargepourCPN.
	Sisuspicionde GEU	□Référer
Nausées,vertiges, nervosité	Sipas de grossesse	□Rassurerlacliente
	Sigrossesseconfirmée	□Retirerlesimplants □Expliquerquela dosede progestatifn'a pasd'effets nuisibles surlefœtus □Priseencharge pourCPN
Priseou perte depoids	>5kg parrapport aupoids initial	□Conseilleràlacliente devoirsonrégime alimentaire Defairedes exercices physiques sinécessaire
Infectionausite d'insertion	Avec suppuration	□Retrait □Antibiothérapie adéquate □Soinslocaux

		□Prescription d'une autreméthode ou □Insertiond'unjeu dansl'autrebras	
	Sans suppuration	Soinslocaux+ antibiothérapie	
		Siaubout de7jours pas d'amélioration	□Retrait □Insertiondansl'autrebras □Autreméthode
Expulsiondecapsules (manque1à 2)	Sipasinfection	□Retirerles capsulesrestantes □Insérer1 nouveaujeu	
	Si infection	Retirerles capsules restantes(voirinfectionausite)	
Saignements	Eliminerunecauseorganique ou unegrossesse.	Donnerdu fer	
	Sisaignement peu abondant	Rassurer	
	Sisaignement persiste	1cycledeCOC 30mcg	
	Sisaignement persistemalgré COC	□Retrait □Conseillerune autreméthode	
	Sisaignement abondant	□Retrait □Conseilleruneautreméthode	

2.3 LEDISPOSITIFINTRA –UTERIN (DIU)

Camerou

1. Définition	2. Les types deDIU	3. Durée d'action	4. Mécanismes d'actionduDIU au cuivre
LeDIU (stérilet)estun petit objet quel'oninsère danslacavitéutérine pour éviterunegrossesse.	Les DIU Bio-actifs: -Avec cuivre(Tcu-380A) -Avec un progestatif associé(Mirena)	12à 15ans 3 ans	Empêchela fécondation par: -la réductiondu nombre des spermatozoïdes et deleurmobilité -L'accélération dupéristaltisme tubaireet du transportdel'ovuleverslacavité utérine a un effetinflammatoire(corps étranger dansl'utérus)empêchantlanidation

Camerou

5. Avantages	6. Inconvénients
□Efficacité99% □Discrète □Réversible □N'affecte pasl'allaitement □Aucuneinteraction avecles médicaments □Longuedurée d'action(13ans)pourTcu 380A □N'interfère pas avecles rapportssexuels □Peut êtreretiréà toutmoment parun personnel formé □Peucoûteux.	□Nécessite unpersonnelformé □Nécessite unsuivimédical □L'insertionetleretraitpeuventêtreplusoumoinsdouloureux □Ne protège pas contreles IST/SIDA □Possibilité d'effetssecondairestemporaires -Crampes utérines modérées -saignementsvaginauxirréguliers ouabondants -Augmentation dela dysménorrhée

7. Mode d'administration		8. Procéderaubilande laclienteàlarecherchedes élémentssuivants
Entrele 1eretle12èmejourdes règles An'importe quelmoment ducyclesi lafemmen'a pas euderapports sexuels ou utiliseuneméthodecontraceptivefiable		□lebilans'effectueàl'aided'unelistedecontrôlepour leDIU.Ils'agit d'unoutildesélection facileàutiliseret destinée auxprestatairesdesanté quiposentdes dispositifs intra-utérins(DIU). □La1ère partie delaliste decontrôle(questions1-7) ainsiqueles questionspermettant d'écarterla possibilitéd'unegrossesse peuvent êtreremplies par un agentautre quele prestatairechargé dela pose des
Dans lepostpartum	□Immédiat, dansles48 heures □Après 4semaines □SiMAMAà partirdu 6èmemois.	

Camerou

Dans lepostabortum	Immédiatement oudansles 7 premiers jours si pas d'infections pelviennes ousi avortement aseptique	DIU. Les clientes exclues après avoirdonné uneouplusieurs réponsespositives auxquestionsdelaliste decontrôle pourleDIU peuventcependanttoujours opterpource dispositifsiune évaluationmédicale complémentairepermet d'exclurelacondition suspectée.Lesutilisateurs delaliste ontla possibilité D'adapterlelangage etlestyle pourles accorderaucontexteculturelletlinguistiquedeleursclientes, mais ilfautveilleràce quelasignificationde basedes questions reste inchangée
Expliqueràlacliente	Gynécologique etéventuellement para-clinique Les éventuels effetssecondaires temporaires -Crampes utérines modérées -Saignementsvaginauxirréguliersou abondants -Augmentation dela dysménorrhée	

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, allaitez-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. Demander 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

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

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

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 chlamydiose ou d'une gonococcie.

Si la cliente répond **OUI** à la ***2e 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 annexielle 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 convenable 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.

USAID

© 2008

9. Les instructions àlacliente
Possibilité decrampes pelviennes dansles 3jours aprèsl'insertion Reprendrelesrapportssexuels1semaine après Possibilitédesaignement aprèslapose1èresemaine) verifierlesgarnitures(possibilité d'expulsionplusimportantesurtoutpendantla1ère semaine) Verifierles fils 1foisparmois aprèslesrègles Apprendreàla femmecommentverifierlesfils: -Selaverles mains ausavon -Adopterla positionaccroupie, debout avec un piedsurunechaise; oucouchée -Introduirel'index jusqu'au fond duvagin - Toucherles fils surlecolsans fils Ne pas utiliserde tampons intravaginauxpendantlesrègles Respecterlesmesures d'hygiène.

10.Suivi	

Camerou

1. Donnerdesinformations concernantlesuivi	2. Visite desuivi
□Informerlafemmesurlecalendrierdesuivi: 1mois-6mois-touslesans ; □Direàlacliente dereveniràlacliniqueàchaque fois qu'elleprésenteun des signes suivants: -DIU expulsé -filsnonsentis -Bout enplastiqueduDIU sentiauniveauducol -filsanormalementlongs -Saignementstrès abondants. □Direàlaclientederevenirà lacliniqueencasdesignes d'alarmeà savoir: -infection(pertes vaginales, douleurs pelviennes,fièvre) -Saignement anormal -Retardderègle deplus de15jours (TCU380A) □Demanderàlacliente derevenirà toutmoment au besoin	Elle doitsefaireselonlecalendriersuivant: □1mois aprèsl'insertion, □6mois après, □Puis une fois paran Lors delavisite,ilfaut: □Demanderàlaclientesielle estsatisfaite,si elle n'a pas deproblèmes ou de questionsconcernantson DIU □vérifiersi leDIUest enplace □Vérifiersi laclienteneprésente pas uneinfection □Dépisterl'appariti ond'effetssecondaires etde Complications □Pourles clientesdes classes 2et 3,lesuivisera plusrapprochéet enfonctiondes cas

2.4. Lacontraceptiond'urgence		
1. Définition	2. Indications	3. Méthodes
Lacontraceptiond'urgence estune méthodecontraceptived'exceptionqui permet d'éviterlasurvenue d'une grossessenon désiréeaprès unrapport sexuelnonoumalprotégé. Elle peutêtreofferteà n'importe quel moment ducyclemenstruel	LaCU doit être utiliséedansles situations suivantes : □Violencesexuelle □Rapportsexuelsansaucunmoyen contraceptif □Méthodecontraceptivemalutilisée: -Préservatifmalmis, déchiré ounon retiréàtemps -Utilisationincorrectedudiaphragme -Retraittardifdu pénislors delaméthode deretrait -Prise anarchiquedepilule -Non prise del'injectionau delà de4	Méthode hormonale(PCUetpilules classiques) Pilulecontraceptived'urgence(PCU) -Utilisele Lévonorgestrel750 µg Exemple:leNorlevo®,Duetdestinées uniquementàlaCU -Pilules classiques comprennent -Les pilules combinées oestro-Stédiril®, Loféménal®,Microgynon*,Adépal®) -Les pilulesà progestatifsseuls (Ovrette® etMicroval®,Microlut®) -Méthodemécanique

Camerou

4. Mécanisme d'action	5. Mode d'administration
En fonction des méthodes utilisées,atrophiel'endomètre	LaCU doit être offertedansles 120 heures(5jours)qui suivent l'actesexuelpourlaméthode hormonale.Elleest d'autantplus efficace qu'elleest utiliséedansles suitesimmédiates soit12à 24 heures (efficacité de95%).Elle baisseparlasuite aufuretà mesure queledélaid'utilisationpasseà95%dansles 24heures,à 85%dansles 48heures et58%entre48 et 72 heures).

Pourlaméthodemécanique,l'administrationpeutse fairejusqu'au7^{eme}jour		
Pilules (progestatifsseuls) **Dosenécessaire** -0,750mg delevonorgestrolparprise	Norlevoà2comprimés	Prendreuncompriméàrenouveler12h plustardou prendre2comprimés en prise unique
	Norlevoà1comprimé	Prendre1comprimé en priseunique
	Ovrette®	Prendre20cpàrenouveler12hplus tard
	Microval®Microlut®	Prendre25cpàrenouveler12hplus tard
Pilules Oestro-progestatives **Dosenécessaire** -0,006mg delevonogrestrol -+0,12mg d'ethinyloestradiolparprise	**Normo-dosées** Stédiril®	Prendre2comprimés ànouveler12h plustard
	Mini-dosées Loféménal® /Microgynon Adépal®	Prendre4comprimés ànouveler12h plustard
	PourleDIU	L'insertionpeutsefairedansles 7jours quisuiventlerapportsexuelnonoumal protégé.

Camerou

6. Avantages	7. Inconvénients	8. Efficacité
□Préventiondes grossesses non-désirées □Méthodesureet efficaceplutôtelle estpriseplus elle est efficace □Utilisableà toutmoment ducycle □Limitentlerecours àl'avortement □Bonneinnocuité □Peutservirdeméthoderégulière pourleDIU	□Nécessite un personnel qualifié (DIU) □LaCU ne protègepas contreles IST/VIH	□L'efficacitévarie également en fonction des méthodes □85%pourlaCUutilisantles pilules progestatives seules □75%pourles pilules COC □99%pourleDIU

9. Critères d'éligibilité	10.Offre deservicedecontraception d'urgence	11.Les effetsindésirables etCAT

Camerou

PCUetPilules classiques Toutefemme quia eu un rapportsexuel non oumal protégé Absence degrossesse DispositifIntra-Utérin: Toutefemme quiaeu unrapport sexuelnonoumalprotégé Absence degrossesse Absence d'infection génitale Absence decancerducoloude l'endomètre Absence deSaignements vaginauxinexpliqués	Les informations cléssuivantesdoiventêtre données aucours ducounseling: Elle nedoit être utiliséeque defaçon exceptionnelleet nepeutdonc pasremplacer unecontraceptionrégulière conseilset deservices pourl'adoptiond'une méthodecontraceptive Elle estréservée auxsituations d'urgence etde détresse Elle n'estpas uneméthode d'interruptionde grossesse Elle neprotège pasdes IST/VIH Encas deretarddes règlessuivantes,lacliente doitrevenir enconsultation: ilpeuts'agird'un échec delaméthode etd'une grossesse évolutive.Danscecas,laprisedela CUn'a pas deconséquencesurla grossesse. Les méthodes disponibles auCameroun	Cesontceuxdes méthodes hormonales : -La possibilitédecéphalées,asthénie, tension mammaire,nausées,et devomissements troubles des règles,spotting Cessignes digestifssontplusfréquents avec les pilules combinées etdisparaissent en général dans les 24 heures. Encas devomissements dans les2 heures qui suiventla prise,ilest nécessairede renouveler laprise etde prendre des médicaments antiémétiques. Encas devomissementssévères continus, utiliserlavoievaginale

Effetssecondaires duDIU	Conduiteàtenir
Crampes: elles peuvent apparaitre dansles 24à 48heuresquisuiventla pose duDIU	Rassurerlacliente
Si la douleurpersisteau-delàde3à5jours,reveniràlastructure	Vérifiersi leDIU estbieninséré Prescrireantalgiqueou antiinflammatoirenon stéroïdienau besoin
Saignements:Phénomènes courantspendantlestrois premiers mois qui suiventla pose d'unDIU	Rassurerlaclienteettraitersinécessaire
Encas de persistanceou d'aggravation dusaignement,reveniràlastructure	Prescrireantalgiqueou anti inflammatoire non stéroïdienau besoin
Pertes vaginales:Ellespeuventseproduiredurantles semaines quisuiventla poseduDIU	Rassurerlacliente
Si les pertes sont abondanteset accompagnées de douleurs pelviennes ou de fièvre,reveniràlastructureimmédiatement	Traiterselonlesnormes

12.Visite desuivi
Elle n'estpas nécessaire;laclientepourra toutefois revenirauniveaudelastructure encas de besoin

Les prestatairesdeservice peuventconseillerouorienterles clientsversles services dePFou d'autres services SR

Méthode	Quandcommencer
Préservatif	Immédiatement aprèsla prisedes PCU;les préservatifsprotègentdoublementcontrela grossesse etleVIH/IST
Orale	Lejourquisuitlaprise delaPCU
Injectables	Immédiatement ou dansles 7premiers joursducycle(methode d'appointsidansles 7premiers jours ducycle)

Camerou

Implants	EntreJ1 etJ7ducycle(donneruneméthode d’appoint)
DIU	Immédiatement

2.5. LESMETHODESDEBARRIERES	Les méthodesmécaniques	Les méthodes chimiques ouspermicides
Les méthodes barrières sontdes méthodes contraceptives quiempêchentlapénétrationdans spermatozoïdesdanslacavité utérine Ilexistedifférentstypes.	Bloquentl'entrée des spermatozoïdes	Inactiventou détruisentles spermatozoïdes
	□Condommasculin □Condomféminin □Diaphragme □Eponge □Capecervicale	□Comprimés/cônes □Crèmes □Gelées □Mousses

2.5.1.LECONDOMMASCULIN	
1. Décrirelecondomenlemontrant	2. Expliquerlemécanisme d'action
C'est unefinegaineenlatex, plastiqueportéesurle pénisen érection avantlerapportsexuel	□Empêchelesperme d'entrerencontact avecles voies génitales féminines. □Empêchelatransmission d'organismes pathogènes entreles partenaires

3. Expliquerles avantages	4. Expliquerlesinconvénients	5. Bilan

Camerou

Efficacité -78-99%sans spermicides -99%avec spermicides Protègecontreles IST/SIDA(latex) Seuleméthoderéversiblepourleshommes N'exige pas d'ordonnance,ni debilan médical	Possibilités dedéchirures ducondom, et defuites Interfère avecles rapportssexuels Diminution duplaisirsexuel Interromptles préludes durapport Nécessite unemotivationdu partenaire Possibilité d'allergie aulatex.	Aucun bilan n'estnécessaire

Camerou

6. Administrerlaméthode	7. Lesuivi
□Expliquerlemode d'utilisationàl'aided'unmodèle anatomique et/oudela fichetechnique prévueàcet effet □Donnerlesinstructions -utiliserunspermicide pourenrenforcerl'efficacité -ne pasenduirelecondomdelubrifiant -Conserverlecondomàl'abridelachaleur -Utiliseruncondompourchaquerapportsexuel -Après usage prendre toutesles dispositionsutilespouréviterlaréutilisation, -Ne pas jeterdansles poubelles,mais enterreroujeterdanslesWC et latrines -Ne pas utilisersi l'emballageestrompu -Insistersurles conditionsd'achatet deconservation(éviterchaleur- stabilité5 ans) -disposerd'unnombresuffisant encasde besoin -Eviterles rapportssexuels«secs»en enduisant delubrifiantsibesoin -UtiliseruneCU encas demauvaise utilisation □Fournir auclientle nombre désiré □Atitreindicatif40 partrimestre	-Demandersi leclient estsatisfait -Vérifierlabonneutilisationducondom -Réapprovisionner □Encas d'allergieaulatex(urticaire ouéruption cutanéesurlecorps),étourdissement, difficultés àrespirer, pertedeconnaissancependantou aprèsl'utilisationdupréservatif):arrêterla méthode, aiderleclientàchoisirune autre méthode et référerversdes services compétents.

2.5.2 LECONDOMFEMININ	
1. Définition	2. Expliquerlemécanisme d'action
C'est unmince fourreaudeplastique enpolyuréthanemou et transparent.Il estformé de deux anneaux. L'un estfermé et doit êtreplacéencontact aveclecol utérin,l'autre estouvertàl'extérieur devant êtreplacéauniveau despetiteslèvres.	Avantlesrapportssexuels,la femme placelepréservatif dans sonvagin, empêchant ainsi lesperme d'entrerencontact avecles voies génitales féminines.

Camerou

3. Expliquerles avantages	4. Expliquerles	5. Bilan
□Efficacité:71-95%si employécorrectement etconstamment □maitriseparla femme □ProtègecontrelesIST/VIH etles grossessesnon désirées □N'exige pas d'ordonnanceni debilanmédical □Pas d'effetssecondaires; pas d'allergie □N'interfère pas avecl'allaitementmaternel □Méthode d'attente oud'appui □peut améliorerl'orgasmechez la femme □Sensation decontactnaturel □Consistanceplussouple □Peut êtreposéàl'avancejusqu'à8 heures avantlerapportsexuel et n'interrompt pas lesrapportssexuels □Peut ne pasêtreenlevéimmédiatement après lerapport	□Exigel'adhésion du partenaire □La femme doittoucher ses partiesgénitales □Peutfairedu bruitlors des rapports	Aucun bilan n'estnécessaire

6. Administrerlaméthode	7. Suivi

Camerou

Expliquerlemodedefonctionnement grâceu modèle anatomique et/oude lafichetechniqueprévueà ceteffet **La**femme peutchoisirl'unedes 4 positions suivantes pourl'insertion: 1.Assisesurlebord d'unechaise 2.Couchéesurledos,cuissesrepliées 3.Accroupie 4.Deboutavec appuid'unpiedsurunechaise. **D'unemain, ellepince l'anneauinterne enformede 8,de l'autremain, elle écarte leslèvresde lavulve,le condomestalors comprimépuis** **introduitleplusloinpossible.** **Donnerles instructions suivantes:**	**Demandersile clientestsatisfait** **vérifierlabonneutilisationducondom** **Réapprovisionner**

nepas induire le lubrifiantsue lecondom **Conserverle condomà l'abride la chaleur** **Utiliser uncondompourchaquerapportsexuel** Après usage, prendretouteslesdispositionsutilespouréviterlaréutilisation, ne pas jeterdansles poubelles,mais enterreroujeterdanslesW.C. etlatrines Ne pas utilisersi l'emballage estrompu Insistersurles conditions d'achat etdeconservation(éviterchaleur–stabilité5 ans) Disposerd'unnombresuffisant encas debesoin verifierladatedepéremption(5ans àpartir UtiliseruneCU encas demauvaiseutilisation Peutêtreposer8h avantles rapportssexuels	

2.5.2.LEDIAPHRAGME	
1. Définition	2. Expliquerlemécanisme d'action
Lediaphragmeala forme d'unecupule enlatex munie d'un ressortpourenrenforcerlebord. La taillevariede 50à 105mmde diamètre.Il doitêtreutilisé avec unspermicide(gel,crème).	Empêcheles spermatozoïdes d'arriverdansletractusgénital supérieurenfaisant obstacle devantlecol

3. Expliquerles avantages	4. Expliquelesinconvénients
□Efficacité:-87-98% □N'interfèrepas avecl'allaitementmaternel □Pas d'effetsecondairesystémique □Peut êtreinséré6heures avantlerapport □Peut êtreinséréetcontrôlé parl'utilisatrice □N'exige paslacoopérationmasculine □Permetles rapports pendantles règles.	□Nécessite unegrandemotivation etun bonapprentissage □Nécessite un examen gynécologique □Doitêtregardéenplacependant 6haprèsledernierrapport sexuel □Utilisationincommode

5. Bilan		
ELEMENTSARECHERCHER	Classe	CONDUITEATENIR
Anomalievaginale	Classe4	Aideràchoisirune autreméthode etréférer
Infectiongénitale	Classe2	Traiteret donnerlaméthode
Infectionurinaire(àrépétition)	Classe4	Aideràchoisirune autreméthode,traiterouréférer
Prolapsus génital	Classe4	Aideràchoisirune autreméthode etréférer
Post-Partumimmédiat	Classe3	
Allergieaulatex	Classe4	choisir uneautreméthode

N.B:

Classe1:Sans restriction= (indiquée)

Classe2:les avantages sontsupérieurs auxrisques

Classe3:les risques sontsupérieurs auxavantages (C.Irelatives) Classe4: proscrirelaméthode(C.I absolues)

6. Administrerlaméthode	
1. Expliquerlemode d'administration	2. Instructionspourla pose,

Pourêtreefficace,lediaphragme doitêtremis enplacecorrectement. Lorsquelaméthodeest acceptée,lerôleduprescripteurestde: □Déterminerla tailledudiaphragmeà utiliseretdontlediamètrecorrespondàladistancecul- de-sac vaginalpostérieur,symphyse pubienne,mesurée partouchervaginal □Placerlediaphragmechoisietvérifierqu'ilest bien ajusté entreleculdesac postérieuretla symphyse pubiennecouvrantlecol.Undiaphragme trop petit peutglisseret découvrirlecol d'autantplusqu'ilya expansionduvaginlorsdel'actesexuel. Undiaphragme trop grand peuts'allongerverticalement et découvrirlatéralementlecol,ilpeutoccasionnerune dyspareunie. □Apprendreàlafemmel'insertiondudiaphragme:la femmecommence parselaverles mains.Un produitspermicide estensuite appliquésurlafaceinterneetsurle bord du diaphragme. La femme peutchoisirl'une des 4positions suivantes pourl'insertion: 1.Assisesurlebord d'unechaise 2.Couchéesurledos,cuissesrepliées 3.Accroupie 4.Deboutavec appuid'unpiedsurunechaise. D'unemain, ellepincelebordddudiaphragme en forme de 8, del'autremain,elleécarteles lèvres delavulve,lediaphragmeestalors comprimé puisintroduitleplusloinpossiblelelongdela paroipostérieure. Lapartie antérieure dudiaphragmeest alors presséederrièrelasaillie dupubis.Enposition débout l'introductionesthorizontale.En positioncouchée,l'introduction estverticale.Un applicateur enplastiquepeutêtreutilisépourl'insertion.Aprèsla pose,la femme doitvérifiersi lecol est bienrecouvert;ensuiteelle doitseleveretmarcherun peu pourvoirsielleneressentpasde gêne.	□Encas de perte ougain de poidssupérieurà5kget aprèsaccouchement ou avortement,reveniràlaclinique pour réajustement □Laisserlediaphragme en place aumoins 6H aprèslerapportsexuel et enleveravant24H □Ajouterduspermicide pour chaquerapportsans retirerlediaphragme encasde rapportssuccessifs □Ajouterduspermicidesi lerapport n'estpas faitdansl'heure quisuitl'insertion dudiaphragme □retirerlediaphragme encas de rapportssuccessifs □Pas de toilettevaginale avant les 6heures suivantledernierrapport □Changerdediaphragme au bout de2 ans □Après utilisation,laverlediaphragmeàl'eau etausavonordinairerinceretéponger □vérifierl'étanchéité □Garderlediaphragmeàl'abri

Camerou

Camerou

7. Suivi		8. Priseencharge des effetssecondaires	
Lacliente est-ellesatisfaite?		Effetssecondaires	Conduiteàtenir
OUI	NON	Infectionurinairesimple récidivante	Traiteretaideràchoisirune autre méthode
Continueraprès VérificationDDR	□Aideràchoisirune	Allergie	Autreméthode
		CompressionPelvienne	Ajusterledispositif

	autre méthode et/ou □Priseencharge des effets secondaires	Infectionvaginale	Traiter, donnerdes conseils et au besoinchangerdeméthode
		Infectiongrave	□Changeretaideràchoisir uneautre méthode □Traiteretréférer

2.5.4.LES SPERMICIDES	
2.5.4.1Counselingspécifique	
1. Définirles spermicides	2. Expliquerlemécanisme d'action
Les spermicides sontdes produitschimiquesquisontintroduits danslevaginavantlerapportsexuelrendantinactifsles spermatozoïdes	Actionchimique:détruitlamembranecellulaire des spermatozoïdes affectantleurmouvement etleurcapacitéà féconder.

3. Expliquerles avantages	4. Expliquerlesinconvénients	5. Bilan

□N’interfèrepas avecl’allaitement maternel □Peut êtreuneméthode d’attente ou d’appoint □Facileà utiliser □Pas d’ordonnanceni bilanmédical □peutservir delubrifiant □Pas d’effetsecondairesystémique □Réversible	□Excès d’humiditévaginale □Interfère avecle rapportsexuel □Peut donneruneallergie,irritation vaginale □Exige unemotivationcontinue □Efficacité -70-90%si utiliséseule -70-99%avec condom □Pas de toilettevaginaledansles 6 heures aprèslerapport □Ne protègent pasactuellement des IST/SIDA	Rechercheruneallergieauxspermicides

6. Administrationdelaméthode	
Expliquerlemode d'utilisation	
1. Mousses oucrème	2. Comprimés
□Bien agiterleflacon avant usage □Introduirel'applicateurprofondément danslevagin,la femme étantcouchéesurledos, oudebout □Viderlecontenu del'applicateuretleretirer □Immédiatement,àmoins d'une heure avantle rapport sexuel	□Humecterles comprimés etles ovulessecs □Insérerprofondément danslevagin delafemme, en position couchée □Attendre10minutes avant d'avoirle rapportsexuel. □Donnerlesinstructions suivantes -Mettreles mêmes quantitésdespermicidepourchaquerapport -Attendreaumoins 6heuresaprèsle dernierrapport avanttoute douchevaginale -Bienentretenirl'applicateur -Laveravec savon eteautiède -Rinceretsécher -Ne pas partagerl'applicateuravec une autrefemme -Enl'absencederapportsexuel1heure après avoirplacéun spermicidedanslevagin,ilfaut enrenouvelerladose.

3. Suivi	
Lacliente est-ellesatisfaite?	
OU I	NO N
VerifierDDRetcontinuer	Aideràchoisirune autreméthode decontraception, et/ou prise encharge des effetssecondaires

4. Priseencharge deseffetssecondaires	
Effetssecondaires	Conduiteàtenir
Allergie	Aiderlafemmeàchoisir uneautreméthode

II.2.3CONTRACEPTION CHIRUGICALE VOLONTAIRE

LaCCVregroupe desméthodes chirurgicalesirréversibles deprévention dela grossesse.Cesméthodes peuvent être appliquées commesuit:

Chez l'homme:vasectomie

Chez lafemme: LigatureBilatéraledeTrompes (LBT)

A.Ligaturedes trompes	
1. Définir LBT	2. Expliquerlaméthode
C'est une procédurechirurgicaleparlaparotomie,mini laparotomie oulaparoscopie destinéeàsupprimerlepotentiel génésique(toutrisquede grossesse)delafemme.	Empêchelarencontre entrelespermatozoïdeetl'ovule parle biais d'une occlusion des trompes (section,cautérisation, anneaux,clip).

3. Expliquerles avantages	4. Inconvénients	5. BilanCounselling

Camerou

□99,8%d'efficacité □Méthodeirréversible □N'interfère pas avecl'allaitement etles rapportssexuels □Pas d'effetssecondairesàlongterme □N'interfèrepas avecla physiologie gynécologique(cyclemenstruel) □Ne nécessitepas d'approvisionnement et de suiviparticulier □Peutse fairesous anesthésielocale (mini laparotomie) □Préventionde grossesseàhautrisque	□Possibilité deregret,Méthode irréversible □Nécessite un actechirurgical □Pas de protectioncontreles IST/SIDA □Peut nécessiteruneanesthésie générale (laparoscopie,laparotomie)	Insistersurles élémentssuivants □Décisiondoit êtreréfléchie etvolontaire □Unminimumde2visitesestrequis □lacliente doitsignerunefichede consentementvolontaireavantla procédure □Leconsentement dumariestsouhaité et doit êtrerecherché □leprestatairene doitpasinfluencerle choix □Insistersurcaractèreirréversible dela méthode
N.B. Laclienteale droit dechangerd'avis n'importeàquel moment,mêmesurla table.		

Eléments	Conduiteàtenir
Femme entre7 et 42jours post-partum	CatégorieD
Pré-éclampsiesévère/ éclampsie	CatégorieD
Rupturepréma turée des membranes 24 heures avantl'accouchement	CatégorieD
Infectiondu post-partumou post-abortum	CatégorieD
Hémorragiesévère(>500ml)avantou aprèsl'accouchement oul'avortement	CatégorieD
Traumatismesévère du tractus génital lorsdel'accouchement ou del'avortement	CatégorieD
TA>160/100mmHg	CatégorieD
Infectioncutanéesurl'abdomen	CatégorieC Référer, Antibioprophylaxie recommandée
Cardiopathie non-compliquée	CatégorieC
Cardiopathiecompliquée	CatégorieS
Saignementvaginalnondiagnostiquénormal ou abondant	CatégorieD
MaladieInflammatoirePelvienne oudansles3 derniers mois	CatégorieD
ISTycompris unecervicite purulente	CatégorieD
Poids corporel >80kg	CatégorieS
Hémoglobine<9g/al	CatégorieD
Hépatiteviraleaigue	CatégorieD
Maladietrophoblastiquemaligne	CatégorieD

N.B.

CatégorieA:Pas derestriction

CatégorieC :Faire avec plus depréparation et précautions

CatégorieD :Ajournerla procédurejusqu'àcequelaconditionsoit diagnostiquée ettraitée.

Camerou

CatégorieS:Faire dans uncentre avecun équipement adéquat pouradministrerl'anesthésie générale etun personnel bien entraîné.

<table>
<tr><td colspan="4">6. Administrationdelaméthode</td></tr>
<tr><td colspan="4">Quandintervenir ?</td></tr>
<tr><td colspan="2">Période gynécologique</td><td colspan="2">Signes de grossesse</td></tr>
<tr><td colspan="2">An'importe quelmomentsion estraisonnablementsure quela femme</td><td colspan="2">Priseencharge des complications</td></tr>
<tr><td>Dans lePost-partum</td><td>□En post-partumimmédiat</td><td rowspan="2">Infectiondusite de
l'incision</td><td rowspan="2">□Nettoyeravec un antiseptique
□Administrerdes antibiotiquesorauxpendant</td></tr>
<tr><td>EnPost-abortum: en
l'absence
d'infection</td><td>□Immédiatement,
□Ou dansles7 premiers jours.</td></tr>
<tr><td>1. Instructionavant intervention</td><td>□Utiliseruncontraceptifjusqu'au moment delaprocédure
□Ne pas mangerpendant8havant lachirurgie
□Ne prendreaucunmédicament</td><td>Abcès :</td><td>□Nettoyeravec un antiseptique
□Inciseretdrainerl'abcès
□Traiterlaplaie
□Administrerdesantibiotiques</td></tr>
<tr><td>2.Instruction après
l'intervention</td><td>□Veuillez àne pas mouillerlaplaie pendant2jours
□S'abstenir derapportssexuels pendantunesemaine
□Eviterdesouleverles charges lourdes pendantunesemaine</td><td>Graves douleurs
abdominales</td><td>Eliminerune GEU</td></tr>
</table>

	□Demanderàlacliente derevenir en cas designesd'alarme		
Signes decomplicationsliéesà l'intervention	□Fièvre □Vertiges □Douleurs abdominales persistantes □Douleurs abdomino-thoraciques □Saignement ouliquides'écoulant delaplaie □Hématurie		

7. Suivi
Demanderàlacliente derevenirà toutmoment quandellele désire.

B.VASECTOMIE

1. Définirvasectomie	2. Expliquerlemécanisme

Camerou

◆lavasectomie est uneméthodeirréversibleetvolontairepour mettre finàla féconditédel'homme.	Ligatureetsectiondes canaux déférentsquiempêcheles spermatozoïdesdesemêlerausperme(lesperme necontient plusdespermatozoïdes)

3. Expliquerles avantages	4. Expliquerlesinconvénients
□99,8%d'efficacité □Méthodeirréversible □N'interfèrepas avecles rapportssexuels etlafonction sexuelle (érection) □Ne nécessitepas d'approvisionnement ni dedépense supplémentaire. □Jouissancesexuelle accrue □Plus grandefréquence del'actesexuelle	□Possibilité deregret:Méthodeirréversible □efficacitéretardée(après 3mois) □Ne protège pas contreles IST/SIDA □Risquedecomplicationsliéesàl'intervention. *(vive douleurauscrotumoudans les testicules,saignement sous la peau,infection ausite d'insertion)*

5. Bilan	
Eléments	Conduiteàtenir
Antécédentsoudiabètecourant	CatégorieC
Troublesdelacoagulation	CatégorieS
Cardiopathie et/ousymptômes pulmonaires	CatégorieS
Manifestations évoquantune atteinterénale	CatégorieC
TA>160/100mmHg	CatégorieS
Tauxdel'hémoglobine<9g/dl	CatégorieD
Infectiondelazonescrotaleouinguinale	CatégorieD
MSTcourante,balanite,épididymite ouorchite	CatégorieD
Antécédentsdechirurgie outraumatismescrotale	CatégorieC
Infectionsystématique ougastro-entérite	CatégorieD
Varicocèle énorme	CatégorieC
Filariosesiinguino-scrotale	CatégorieD
Tumeurintrascrotale	CatégorieD
Hernieinguinale	CatégorieS
Testicules ectopiques	CatégorieS
Drépanocytose	CatégorieA

N.B.

CatégorieA:Pas derestriction

CatégorieC :Faire avec plus depréparation et précautions

CatégorieD :Ajournerla procédurejusqu'àcequelaconditionsoit diagnostiquée ettraitée.

CatégorieS:Faire dans uncentre avecun équipement adéquat pouradministrerl'anesthésie générale etun personnel bien entraîné.

Camerou

6. Administrationdelaméthode	7. Suivi
Instructionaprèsl'intervention □Porterunsoutienscrotal (slipserré)pendant2à3J □Ne pas mouillerlaplaie □Nécessite uneméthode d'attenteaumoins pendant3mois □Eviterdesouleverles chargeslourdes,les travauxou exercices pénibles pendant3 jours □En cas de douleurs duscrotum, prendre1à2comprimés d'analgésiquetoutesles4 -6 heures □Revenir après 1semaine pourenleverles points desuture □Revenir pouruntest desperme après 3mois □Revenir encas de: -Infectiondelaplaie - Tuméfactionet douleurpersistante -Fièvre -Saignement ouliquides'écoulant dusite del'incision	Demanderauclientderevenirà tout moments'il ledésire

Camerou

8. Priseencharge deseffetssecondaires communs	
Effetssecondaires	Traitement
-Infectiondelaplaie -Hématome(scrotal)	-En présence d'infectioncutanée,traiteravecdes antibiotiques.Encasd'abcès,drainerettraiter tel qu'indiqué. -appliquerunpansementchaud ethumideàl'endroit etfournirunsoutienscrotal.observer– disparaittoutseul

1.2 L'infécondité

<table>
<tr><td>1. Définition de l'infécondité</td><td colspan="3">2. Principalesétiologies</td></tr>
<tr><td rowspan="11">L'infécondité estl'incapacitéà avoir des enfants.Elle comprend autant l'incapacité pouruncouplede concevoirquecellepourune femme demenerune grossesseàterme donnant naissanceàun enfantvivant (faussecouche ouunmort-né) Uncouple estjugéinfécond après 12mois derapport sexuelsans protection.Les causes concernentaussibien l'homme quela femme</td><td colspan="2">Chez lafemme</td><td>Chez l'homme</td></tr>
<tr><td>Causes vaginales</td><td>-Diaphragme
-Infection
-Malformation</td><td rowspan="10">Infections
-Prostate
-Epididyme
- Testicules
Impuissance
Ejaculationrétrograde
Varicocèle
Obstructionducanal déférent</td></tr>
<tr><td>Causes cervicales</td><td>-Sténose
-Infection</td></tr>
<tr><td>Causes utérines</td><td>-Endométrite
-Atrophiedel'endomètre
-Synéchie utérine
-Adénomyose
-Malformations</td></tr>
<tr><td>Causes tubaires</td><td>-Obstruction tubaire(+++)
-Endométriose tubaire</td></tr>
<tr><td>Causes péritonéales</td><td>-Endométriose
-Adhérences</td></tr>
<tr><td>Causes ovariennes</td><td>-Dysgénésiegonadique
-Polykystose</td></tr>
<tr><td>Causes hypothalamohypophysaires</td><td>-Adénomeà prolactine
-Syndrome deSheehan
-Anorexiementale</td></tr>
<tr><td>Causes immunitaires</td><td></td></tr>
<tr><td>Infertilitésinexpliquées</td><td></td></tr>
</table>

NB: aussibienchezl'hommequechezla femmeles ISTsontl'une des causes les plusfréquentes d'infécondité

Eléments du diagnostic	Examenclinique
Démarchediagnostique:elledoit être simple etlamoins coûteusepossible.	Elle doitdébuterparuneanamnèse approfondieaxéesurtoutsurles antécédents et les aspects psycho-sociauxassociés àl'infertilité, àcette étapeilestsouhaitable desolliciterlacollaboration d'uneassistantesociale.Il faut ensuite examinerlafemme etl'hommede façoncomplète eninsistantsurl'appareilgénital pourrechercherdes anomalies pouvantorienterversune étiologie particulière et guiderlesexamens complémentaires.

Exploration paraclinique	Etapes	
Elle doitêtremenée demanièreméthodique et réfléchiepouréviterde demanderdes examens inutiles etcoûteux. Les séquences ou étapessuivantes sontproposés:	1ère	□Courbede températurependant3cycles(fiche thermique) □Echographiegynécologique □Hystérosalpingographieprécédée d'unbilaninfectieux(Prélèvement vaginal,sérologies)
	2eme	□Test post-coîtal □Explorationdes causes masculines:ExamencliniqueetSpermogramme □Etude delaglairecervicale
	3eme	□Biopsie d'endomètre □Dosages hormonaux □Explorations endoscopiques
	4eme	□Epreuves destimulationhormonale

Principesthérapeutiques	
Prévention	Traitementcuratif
Elle reposesurtoutsurles conseils d'hygiène etsurledépistage précoce des infections génitales ycomprisles IST.	Ilestfonctiondel'étiologie, ondoitallerduplus simple aupluscompliqué.Dans notrecontexte oùplus de 80%desinfertilitéssont duesà des séquelles inflammatoires post-infectieuses,lagrandemajorité despatientes relèveplutôtdes techniques de procréationmédicalement assistée(insémination,fécondationin vitro),plusrarement delachirurgie

Camerou

1.3 Laprévention desinfections

Introduction	
LapréventiondesinfectionsdanslecadredelaSRàdeux grands objectifs:	Ainsi,les responsables deces servicesdoiventréduireau minimumlerisquede transmissiondecesinfections aux:
□Minimiserlesinfectionsimputables àdes micro-organismes quisontcauses degravesinfections deplaies, d'abcès abdominauxouscrotaux, d'inflammations pelviennes, de gangrène, detétanos, etc… □Prévenirlatransmission degraves maladies tellesl'hépatiteB etleVIH.	□Consultants □Prestataires □Personnes chargéesdu nettoyageet del'élimination des déchets ensuivantlespratiques adéquates decontrôle d'infections.Les consultations deSR demandent unevigilance particulière Lacommunauté

Camerou

A.Définitions	Asepsie	Antisepsie	Décontamination	Nettoyage	Désinfectionà hautniveau	stérilisation
Prévenirles infections Consisteàplacer des Barrières entre l'hôteetles micro-organismes ;ces barrières peuvent être desprocédés physiques, chimiques ou mécaniques.	Technique permettant de réduireà un niveau de sécurité ou d'éliminerles microorganismes surles surfaces vivantes etles objetsinanimés.	Consisteà inhiberouà détruireles microorganismes quise trouvent surles tissus vivants.	Procédé qui consisteàinhiber ouà détruireles microorganismes surles objets inanimés afinde lesrendremoins dangereuxà manierpourle personnel.	Procédé qui consiste à enleverles matières organiques oules autres matières visibles àl'œil nucommela poussièresur lapeau ou surles objets.	Procédé qui consisteà éliminer laplupartdes micro-organismes àl'exception des endospores, surles objets inanimés.	C'estla destruction de tousles microorganismes y compris les endospores bactériennes sur les objets inanimés.

Camerou

<table>
<tr><td colspan="2">B.Lavage desmains</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lavagesimple des mains</td></tr>
<tr><td colspan="2">Selaverles mains estprobablementlamesurelaplusimportante pouréviterlesinfections.</td></tr>
<tr><td>Ilfautseles mains avant:</td><td>Ilfautselaverles mains après:</td></tr>
<tr><td>□D’examinerunclient
□Decommencertoutes autres activités
□Demettre des gants (stériles ou désinfectés àhaut
niveau)</td><td>□L’examen d’unclient
□Toutes activitéspendantlesquellesles mainsont pu êtrecontaminées àsavoir:
□Manipulation des objetssouillés
□Contact avecdes muqueuses, dusang oudes liquides organiques
□Avoirenlevéles gants</td></tr>
<tr><td colspan="2">NB:ilfautpas selaverles mains avecdusavon ordinaire antimicrobien pendant15à 30secondes,lesrincersous unjet d’eau proprepuis séchersoitàl’airlibresoitàl’aided’uneservietteindividuelle propre,unefacepourchaquemain</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lavagechirurgical des mains</td></tr>
<tr><td colspan="2">Lelavagechirurgical des mains avecunesolutionantiseptiquediminuelenombre demicro-organismes résidents etcontribueainsi
àrenforcerl’asepsie.</td></tr>
</table>

Matériel nécessaire	Procédures:
Savon, antiseptique depréférence Bâtonnet oubrosse dure pournettoyerlesongles Eaucourante(depréférence pouvant êtreréglée parlepied oulegenou) Brosse douceou épongepournettoyerla peau. Serviettes stériles	Enlevertousles bijoux Tenirles mains plushautquelecoude,bienlesmouiller,appliquer l'antiseptique Encommençant parle bout des doigts,frotteretlaveren faisantdes mouvementscirculaires,jusqu'aucoude d'unemain et faire demême pourla deuxièmemain Rincerséparémentchaque bras,le bout desdoigts enpremier, entenant les mains audessus ducoude Laverpendant3à5minutes Utiliseruneserviettepourchaquemain,essuyerenpartant des doigts verslecoude Maintenirles mains au-dessus dela taille etnerientoucher

Camerou

C.Traitement dumatérieletdesinstruments
1. Décontamination etNettoyage
1.1. DesInstrumentschirurgicaux
Unebonnedécontamination etun nettoyagecorrectsont nécessaires pouroptimaliserlastérilisation. après utilisation,placerdoucementlematériel dans unseau enplastiquecontenant unesolutionchloréeà 0,05%fraichement préparé(moins de24 h)etlaisserpendant 10mn. Rincerles objetsàl'eaupourenlevertoutestraces desang ouliquide organique,sionneles nettoiepasimmédiatement. frotterlesinstruments doucement avec unebrosse enlestenantsousl'eausavonneusepouréviterles éclaboussuress Bien nettoyerles dents,les jointures etvis;unevieillebrosseà dentsfaitbienl'affaire.

Préparation delasolutionchloréediluéeà0,05%pourladécontamination				
Formule	%dechloreconcentré %dechloredésiré dans lasolution(0,5)	-1	=	Nombre de parts d'eaunécessaire parpart de
	Marque d'eaudejavel	Concentration duchlore		Comment diluerpourobtenirunesolutionà0,5%
	Eau dejavelLaCroix–	3,6%		6 parts d'eau pour1partdejavel
1° Chlorure estéquivalentà environ 0,3%dechlore				

Camerou

1.2. Des aiguilles etseringues	1.3. Dulinge etdes champs opératoires	1.4.Dessurfaces (tables,sol, paillasse,matelas,chaises) souillées.
□Laisserl'aiguilleattachéeàlaseringueaprèsusage □Remplirlaseringueavec unesolutionà 0,5%en aspirant avec l'aiguille. □Immergertout dans unesolutionchloréeà 0,5% pendant10minutes □enles plaçant horizontalement dans unplateau □Ejecterlasolutionchlorée delaseringue. □Siseringueàusageunique,séparerl'aiguille capuchonnéeducorps delaseringue,mettrede l'aiguilledans une boiteà tranchantetjeterla seringuedans une poubelle.	□Tremperlelinge etleschamps contaminés pendant10minutes dans unesolutionchloréeà 0,5%. □Les laveraprèsladécontamination avec un détergent etdel'eauchaude. □Bienrincer. □fairesécherausoleilouàla machine □les toucherpouréviterdeles recontaminer □Si les champs opératoires sont séchés àl'air,lesrepasser lorsqu'onnedisposepas d'autoclave	□Les essuyerchaque fois avec unesolutionchloréeà 0,5%si elles sontsouillées.
NB:les aiguillesetseringues sontdirectementjetées dansles boites desécurité		

2. DésinfectionàHautNiveau(DHN)

LaDHNparébullition ouproduit chimique ouparvapeurdétruitles virus,bactériesetchampignons

Camerou

2-1.Parébullition:	2-2.Parvapeur	2-3.Parproduitchimique:
□Immergerdansl'eaules objets décontaminés etnettoyés.L'eaudoit recouvrirde 2,5cmles objetsàDHN. □Mettre uncouverclesurlerécipient et amenerl'eauàl'ébullitionàgros bouillons. □Mettrelaminuteriedèsle début de l'ébullition(neplus ajouteralors nieau, niobjet et nerienretirernonplus). □Baisserlefeupourquel'eaucontinueà bouilliraumêmerythme. □Fairebouillirpendant20mnà partirde l'ébullition □Enleverles objets avec despinces préalablement désinfectées à haut niveau(leretrait auralieu pendant l'ébullition) □faireségcheràl'airlesinstruments désinfectés àhautniveauàl'écartdes insectes, delapoussière etdes surfaces contaminées. □Les instrumentsDHN peuventêtre utilisésimmédiatement oustockés pendantunesemaineaumaximum	□Mettreles objetsà désinfecter(préalablement décontaminés etnettoyés) dans untamis bienranger et aérermettrelechrono enmarche pendant 20mn □Laisserrefroidir	□DHN à base dechlore □Immergerlesobjetsà désinfecter(préalablement décontaminésetnettoyés)dansun bac couvert contenantunesolution dechloreà 0,5%avecde l'eauderobinetouà 0,1%avec del'eaubouillie pendant20minutes. □Après 20minutes,utiliserdesgantsDHN oustériles poursortir lesinstruments □Rincersoigneusement avec del'eauqui a étébouillie pendant20minutes,si laDHNestfaite avecune solutionchloréeà0,1%. *Parcontre* □si lasolutionchlorée estdoséeà 0,5%,rinceravec del'eau derobinet. □Sécheràl'air,àl'égard desinsectes,dela poussière et des surfaces contaminées ousécheravec untissu douxen coton stérile ouDHN.
NB: nejamais laisserlesinstruments dans l'eau quiaarrêté debouillir (risquedecontamination)		

Camerou

3. Stérilisation		
A.Autoclave(chaleur	B.Poupinel (chaleursèche)	C.Produits chimiques
- Température121°C - Pression 106Kpa - Durée 20minutes (objets non enveloppés) - 30minutes (objets enveloppés).	- 170°C pendant1heure (60mn)ou - 160°C pendant2heuresou (120mn). *NB:la minuterie débute quandl’appareil affiche 121°*	Les instruments quipourraient êtreabimés s’ils sont bouillis (e;g:matérieldelaparoscopie)pouvant etre désinfectés àhautniveausans dangeravecdes désinfectants chimiques telsque:Leglutaraldéhyde et leformaldéhyde DHN à base deglutaraldéhydeou formaldéhyde - Immergerlesobjetsà désinfecter(préalablement décontaminés etnettoyés)dansun bac couvertcontenant unesolutionde formaldéhydeà8%pendant8heures ou Glutaraldehyde(cidex)à 2%pendant 24heures - Après 20mn, - Utiliserdes gants désinfectés àhautniveauoustérilespour sortirlesinstruments delasolution (les pincespeuvent abimerlesinstruments) - Rincersoigneusement avec del’eauqui a étébouillie

D.Emmagasinage des instrumentstraités	E. Préparation delapeauet des muqueuses avant une	F.Manipulation des aiguilles	G.Evacuation des déchets contaminés
-Doivent être gardés dans unrécipientstériliséou	- Ne pas raserles poils se trouvantsurlazone d’incision mais les couperauras si	- Après utilisation - Evacuerl’aiguille dans une	- Mettre des gants deménage épaispourtransporterles déchetscontaminés dans

propreetsec	nécessaire. vérifiersi leclient neprésente pas d'allergieàl'iode(si oui utiliserunproduitnoniodé). Nettoyerlapeauavec du savon etdel'eau. Appliquerunantiseptique en suivant des mouvements circulatoireset partantdu champ opératoirevers l'extérieur. ne pas revenirsurles zones déjà traitées Attendrequel'antiseptique agisseavantdecommencerla procédure.	Incinérerla boiteetson contenu	des récipientscouverts, prévus àcet effet. Jetertousles objets tranchants oupointus dans une boiteà tranchant. Versersoigneusementles liquidescontaminés dans un évier, destoilettes munies de chasse d'eauou dans une fosseseptique. Brûlerouenterrerles déchetssolidescontaminés. Décontamineretnettoyerles gants etlesrécipients. Enleverles gants etselaver les mains.

Camerou

1.4 Surveillancedelagrossesse,l'accouchementetlepostpartum

1.4.1 *Lesconsultationsprénatales*

INTRODUCTION

4. Le butdusuiviprénatalestd'aiderla femmeàmenersa grossessejusqu'àterme età accoucherdansles meilleures

   Conditions desécuritépourelle etson enfant.

5. Pource faire,laprise enchargedevraassurer:

6. Lesuivi delagrossesse(préventifetcuratif)

7. La préparationàl'accouchement

8. Lacommunication pourlechangement decomportement(mode devie,signes de dangerde grossesse…etc.)

FREQUENCE DES VISITES PRENATALES :

Prévoir au moins 8 contacts pendant la grossesse :

- Au 1er contact avec la femme enceinte,
- Tous les mois jusqu'à a 28 semaines,
- Toutes les 2 semaines jusqu'à a 36 semaines
- Toutes les semaines jusqu'à a l'accouchement

  En dehors de ces rendez-vous, le prestataire doit encourager la femme enceinte à revenir à la formation sanitaire chaque fois qu'elle ressent un signe de danger.

I.Premier contact	I.IObjectifsspécifiques

Camerou

Le premier contact se definit comme la premiere fois ou la femme enceinte se rend dans la formation sanitaire	Diagnostiquerla grossesse Rechercherles pathologies associées àla grossesse etles facteurs morbides Rechercherles signesde danger Eduquerinformeretsensibiliserlafemme enceinte Menerles activités préventivesprioritaires(prévention del'anémie, du tétanos néo natal, dupaludisme et delatransmissionmère-enfantduVIH, hépatiteB) Menerles activités curatives Etablirleplandesuividelagrossesse

Camerou

I.I. Objectifsspécifiques Respecterlesétapesdel'observationclassique			
I.2.Etapes			
I.2.IAccueil	I.2.2.Interrogatoire		
Ildoit se faire dansuncadre adéquatet garantissantla confidentialité,lasécurité etle confort. Le prestatairedevraêtre chaleureux,disponible et avoir une attitude d'écoute, donner des explicationsnécessaire et limiterle temps d'attente	1.Identification	2.Motifde consultationLes signesfonctionnels	3. La date des dernièresrègles (mettre dans identification
	Nomprénom, Age, Situation matrimoniale, Profession, Adresse exacte,Contact téléphonique, etc…	Début, Mode desurvenue d'installation, Evolution Traitement éventuel	Demanderla date des dernières règles(DDR). S'aiderd'uncalendrierévènementiel oùsont notéesles dates desévènements religieux etlocaux

Objectifsspécifiques					
4. Le terme de lagrossesse	5. Les antécédents obstétricaux	6. Les antécédents gynécologiques	7. Les antécédents médico-chirurgicaux	8. Les antécédents sociauxàrisque	9. Les antécédents familiaux Grossesse gémellaire, malformations

Camerou

ladate de l'accoucheme nt est calculée parla règle de Nägle: -1er jourdes règles + 7 jours)–3mois ou -1er jourdes règles +7 jours)+ 9 mois Exemple : DDR : 12 mars Terme: 26 décembre	nombre de grossesse(s), avortements (inférieur à 22SA)parité(à partirde 22SA), envisagerlaplage 22SA-27+6jrs nombre d'enfantsvivants, mort-nés (frais ou macérés), nombre d'enfantsdécédéset causes dedécès, notion decésarienne etindication (protocole opératoire obligatoire), accouchement prématuré, hypotrophie, macrosomie, pathologiesaucours des grossesses et accouchements antérieurs -œdèmes, -HTA, -protéinurie, -convulsions, -hémorragies après Accouchement	infections génitales autres pathologies cervico- vaginales -dysplasies, -herpès, -condylomes et -autres infections sexuellement transmissibles…)	Notiondediabète, d'hypertension artérielle,de cardiopathie, signesd'appel d'une infectionàVIH -(amaigrissement importantsupérieurà 10%du poids habituel, -diarrhéechronique de durée supérieureàunmois, -fièvreprolongéede duréesupérieureàun mois, -zona -tuberculose, -prurit généralisé, -muguet, -passé transfusionnel, -date d'une éventuelle contaminationconnue au VIH,	professiondela cliente, professiondu conjoint/ partenaire,statut matrimonial, notion devoyages et d'émigration, comportement sexuelàrisque, toxicomanie,…	Drépanocytose, diabète, HTA, traitementARV cancers gynécologiques familial (sein, endomètreovaire),

I.2.4.EXAMEN CLINIQUEtopographiqueavec rapporttopographiquerespectantIPPA

I.Préparerla cliente	2.se préparer	3. examen général	4.Examen obstétrical	5.Inspection	6.Palpation
expliquerlebut et leprocessusde l'examen, luidemanderde videsavessie	selaverles mains à l'eauet ausavon et les sécheravec une serviettеindividuelle ouàl'airlibre; Communiqueravec lacliente duranttout leprocessus	Ilconsiste enla mesure du poids, dela taille, dela tension artérielle, l'examen des muqueuses, la recherche des œdèmes ou de varices. Ilne fautpas oublierderegarder lapatientemarcher àlarecherche d'une boiterie	Demanderàla cliente dese dévêtir l'installersurla table d'exameneffectuer les manœuvre de Léopold	concernelesseins, l'abdomen, lavulve, l'attitudeàla marche	seinset abdomen membres inférieurs

7. examen au spéculum	8. Auniveauducentre desantéintégré, duCMA,HD,HRG	9.Touchervaginal	10. examens des autres appareils
Aspect macroscopique ducol et l'existence des pertes éventuelles.	ilestassocié,sipossibleàl'Inspectionvisuelleàindiquer, auxtestsàl'acide acétique(VIA)etaulugol (VILI)pourla recherche d'éventuelles anomalies cervicales; l'existence dezoneblanche après applicationdel'acide acétique etquiestiodo-négativedoitconduireà uneréférence pourlaréalisationd' unecolposcopiea unniveau adapté(HD,HRGéquipé)	Ilpermet d'apprécier: l'état ducol, levolume de l'utérus, l'état des annexes,	Ilestcentrésurla recherche d'anomalies cliniques

I.2.5Examens complémentaires

Les examens obligatoires	Les examens	Les examens facultatifs
Groupesanguinet rhésus Recherched'agglutinines irrégulières sirhésus négatif; Numération formulesanguine Test d'Emmel/électrophorèse Sérologiesyphilitique (RPR/TPHA) SérologieVIH Recherched'albumineàla	: Ac HCV FCV	Sérologies : toxoplasmose et rubéole Glycémieàjeun Echographiepelviennesi disponible,afin de confirmergrossesse et de précisersituation, évolutivité, etâge gestationnel Les examens orientés enfonctionducontexte,protéinurie des 24h, examencytobactériologiquedes urines (ECBU), prélèvement vaginal/examen bactériologiquecréatininémie, calcémie, protidémie, albuminémie, uricémie,transaminases,tauxde prothrombine, numérationCD4

Camerou

LaPTME	Encas desérologienégative(VIH?)
encas desérologieVIH positive,ilfaut: Assurerune priseenchargepromotionnelleparleprestataire enrelation,si possible, avecleservicesocial.Elledevraenparticuliercibler: -Les conseilshygiéno-diététiques etl'appuinutritionnel, -Lapromotion desrapportsprotégés, -Lapromotion dudépistagedu partenaire,deladescendance, etdes coépouses, -l'identificationdes signesd'alerte(douleurpelviennes,saignement génital,…) -Les entretiensaveclepédiatre oulapersonnecompétente pourdiscuterdes modalités de priseencharge etdel'alimentation del'enfantànaître Unemisesous traitementARVoptionB+	Sérologies : toxoplasmose et rubéole Ilfautinsistersur: La promotiondes rapports protégés pourles femmes ayant des comportementsàrisque, La promotiondu dépistagedu partenaire, etdes coépouses

Camerou

I.2.6Prescription	I.2.7Miseàjourdes supports,signes dedangeret rendez-vous
lasupplémentationen fer: -60mg parjouret acidefolique 400 µg. -Eviterautant quefairese peutl'absorptionde thé,café,tabac, argile blanc. -lavaccination antitétaniqueen fonction dustatutvaccinal -la prescriptiondemoustiquaireimprégnée d'insecticideàlongue durée d'action(MILDA) -lesconseils hygiéno-diététiques : -repos, -alimentationvariée… (insisterpourles femmes maigres etles adolescentes) -expliquerl'importancedel'allaitementmaternel exclusif -Recommanderunesexualitéàmoindrerisque -établirunpland'accouchement -Choixdulieud'accouchement avec leprestataire desoins desanté -rassemblerlematérielnécessairepourunaccouchement (Garniture ou serviettes ou pagnes propres,unsavon, unebouteille d'eau dejavel pour ladécontamination) □Identificationducentre etmoyen de transportà utiliserencas d'urgence □ Mobilisationdes ressources financières pourletransfert etles dépenses	Remplissagecorrectdes registresetcarnetde santé -Explication ducalendrierdesurveillance -Reconnaissance des signes danger(douleurs à type decontraction, brûlures mictionnelles, leucorrhées,saignement génital,…) -Sensibilisationsurles dangersdes pratiques néfastes -informationsurleprochainrendez-vous. NB :fairelasynthèse del'examenclinique etdes examens complémentaires. Traiterouréférer.

Camerou

77

II.Les contacts du 2ème trimestre

Ils sontdéfiniscommelesconsultations ayantlieu au deuxième trimestre degrossesse(entre 12 et 28 semaines)

2.1 Objectifsspécifiques	2.2 examenclinique	
Evaluerl'évolutiondelagrossesse Prendreenchargeles signes dedangeretles pathologiesintercurrentes Assurerles mesures préventives éventuellement l'étude delamorphologiefœtale	2.2.1Accueil Ildoit se faire dansles mêmes conditions quela CPN1	2.2.2interrogatoire Ilcherchera: Des plaintes éventuelles -Début -Mode desurvenued'installation -Evolution

2.2.3. examen général	2.2.4. examenobstétrical (topographique)	
Ilconsiste enlamesure Du poids, Delataille, Delatensionartérielle,	Inspection	Les seins, L'abdomen Levisage Les membres inférieurs (œdème)

Camerou

L’examen desmuqueuses, Larecherchedes œdèmes ou devarices. Ilne fautpas oublierderegarderla patiente marcheràlarecherche d’une boiterie	Palpation	Les seins L’utérus(souplesse,mobilité)) Les membres inférieurs
	Mesure delahauteurutérine	
	Auscultation	Recherchedelaprésencedes bruits du cœurfœtal
	Examenauspéculuméventuel	Recherchedes anomalies cervicales
	Touchervaginal éventuelle	Appréciel’étatducol L’existence despertes éventuelles

2.3 Examen des autresappareils	2.4. examens complémentaires
Commeau 1er contact,ilestcentrésurla recherche d'anomalies cliniques.	Examens obligatoires : Recherched'albumine aveclesbandelettes.Apartirdedeuxcroix, demanderune albuminurie des 24 heures etunecréatininémie. Examens facultatifs: échographie pelvienne,sidisponible, afindepréciserl'évolutivité

2.5. Priseenchargepréventive Supplémentation enferetacide folique, Vaccination antitétaniqueselonstatutvaccinal, Vérification del'utilisation demoustiquaireimprégnées et TraitementPréventifIntermittent(TPI): -Consiste enl'administrationdela1ère dose deSulfadoxinePyriméthaminecpde 500mg(S)et 25mg(P) (3comprimés)àpartir dela 16ème semaine d'aménorrhéeou dès perceptiondes mouvements actifsdu fœtus parlagestante. -Cette administration doitse faireselonleprincipeduTraitementDirectObservé(TDO) (les comprimés sont administrés durant laconsultationenprésenceduprestataire,) -Conseils hygiéno-diététiques, -RétroinformationsurlaCPN etl'évolutiondelagrossesse,

Camerou

-Counselingsurlareconnaissancedes signes de danger(arrêt des mouvements du fœtus, douleursà typedecontraction,

brûlures mictionnelles,leucorrhées,saignement génital,…)

Sensibilisationcontreles pratiquesnéfastes

Planl’accouchement (idemCPN1)

PTME

2.5.Prise encharge préventive	
En desérologieVIH positive,	Encas desérologieVIH négative
Ilfaut: □ Assureruneprise enchargepromotionnelleparle prestataire enrelation–si possible–avec lepersonnelsocialenciblantparticulièrement: □Les conseils hygiéno-diététiques etl'appuinutritionnel, □La promotiondes rapportsprotégés, □La promotiondu dépistagedu partenaire, dela descendance, etdescoépouses, L'identificationdes signesd'alerte: □Douleurs pelviennes, □Saignement génital etc	Ilfautinsistersur: □La promotiondes rapportsprotégés, □ La promotiondu dépistagedu partenaire, etdescoépouses NB:-fairelasynthèsedel'examen cliniqueet desexamens complémentaires Traiterouréférer.

III. Les contacts de 30, 32, 34 SA

3.1 Objectifsspécifiques	3.2. examenclinique	
□Evaluerl'évolutiondelagrossesse	3.2.1. accueil	3.2.2.interrogatoire
□Rechercherles signesde danger □ Prendreenchargeles pathologiesdela grossesse	IdemT1, T2	IdemT1,T2

Camerou

3.2.3 examen général	3.2.4 examen obstétrical		3.2.5. examen des autres appareils
IdemT1, T2	Inspection	Les seins L'abdomen Les membres inférieurs	IdemT1, T2
	Palpation	ManœuvredeLéopold Souplesse, -Présencede ballottement fœtalet -La position du fœtus Les membres inférieurs Mesure delahauteurutérine	
	Auscultation	Recherchela présencede bruits ducœurfœtal	
	Touchervaginalsi nécessaire	Appréciel'étatducol, L'état dusegmentinférieur, Le typede présentation L'existence depertes génitales éventuelles (blanchesousanglante	

Camerou

	Cet examensera orientévers larecherche depathologie du troisième trimestre	Syndromevasculo-rénaux, Placentaprævia, etc. Lediagnosticdela présentation	

<table>
<tr><td colspan="3">3.3. examencomplémentaires</td></tr>
<tr><td>Examens obligatoires</td><td>Examens facultatifs</td><td>Examens orientés</td></tr>
<tr><td>• Faire sérologie HB
• FairesérologieHIV
Recherched’albumine aveclesbandelettes.(Apartirdedeux croix, demanderunealbuminurie des24 heures
RechercheruneMaladieRénaleChroniqueparles bandelettes urinaires multifonction etledosagedelacréatinémie</td><td>Echographiepelvienneafin de préciser
-L’évolutivité
-La trophicité fœtale
-Lasituation duplacenta</td><td>NFSsianémie clinique
Prélèvement vaginal/examen bactériologique</td></tr>
<tr><td colspan="3">3.4. priseenchargepréventive etpromotionnelle</td></tr>
<tr><td colspan="3">Priseenchargepréventive,idemCPN2 avec:</td></tr>
<tr><td colspan="3">TPI : L’administration dela2^{eme}dose deSulfadoxinePyriméthaminecpde 500mg(S)et25mg(P) (3comprimés)à partirdela 28^{ème}semaine d’aménorrhée ettoujours enTDO avecutilisation deMILDA</td></tr>
<tr><td colspan="3">PTME:Silafemme enceinteséropositive estvue pourla première fois enCPN au-delàde14SA,ilfaudrafaire
-Lebilan
-démarrerla trithérapie aussitôtaprès préparation(éducationthérapeutique)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Etablissement avecla femmed’un pland’accouchementtChoixdulieu d’accouchement avec leprestatairedesoinsdesanté
Rassemblerlematérielnécessairepourunaccouchement
- pagnes propres ouserviette etgarniture
-Unsavon</td></tr>
</table>

Camerou

Identificationducentre etmoyen de transportà utiliserencas d'urgence, Prévoirles ressourcesfinancières pourletransport etlesdépenses d'urgenceet aumoment del'accouchement pourlamère etl'enfant Prévoir des donneurdesang Voirqui estlepreneurdedécision Pourles cas sociaux, référerauservicesocial Orientationverslelieu d'accouchement
NB:- Fairelasynthèse del'examencliniqueet des examens complémentaires - Traiterouréférer

Camerou

IV Contacts de fin de grossesse: 36, 38, 40 SA

La consultation doitavoirlieuausite del'accouchement.

Elleseraorientéeversl'évaluation pronostique del'accouchement,larecherche decausespotentielles de dystocieet de syndromes vasculo-rénaux

4.2.1Accueil	4.2.2 Interrogatoire	4.2.3Examen général	4.2.4 examen obstétrical	
Idem	Idem	Idem	Inspection	Les seins L'abdomen Les membres inférieurs
			Palpation	Les seins etl'utérus -ManœuvredeLéopold, estimationdepoidsfœtal Souplesse -
			Auscultation	Recherchela présencede bruitsducœurfœtal

			Examen au spéculum	Recherchedes anomalies cervico-vaginales
			Toucher vaginal	Apprécie L'état ducol L'état dusegmentinférieur

				(blanchesousanglantes)scoredeBishop éventuel
			Pelvimétrie clinique	Recherchedupromontoireavec calculdudiamètre RP),lignesinnominées,concavitédusacrum; angle souspubiens, pédale coccygienne diamètrebi ischiatique

4.3 examensomatiquedes autres appareils	4.4. examens complémentaires	
Idem	Examens obligatoires	RPR/TPHAsitest négatif au2^{eme}trimestre Recherched'albumine aveclesbandelettes. sans hypertensionartérielleniprotéinurie)
	Examens facultatifs	Echographieobstétricale,sidisponible, afinde préciserlescore biophysiquedemanning,cordonl'évolutivitéet
	Examens orientés	NFSsianémieclinique

4.5.Prise encharge préventive

IdemT1 à T3 avec Etablissement avec lafemme d'un pland'accouchement:

-Choixdulieud'accouchement avec leprestataire desoins desanté
-Matériels nécessairepourl'accouchementidemCPN 3 Identificationducentre etmoyens de transportà utiliserencas d'urgence Prévoirles ressourcesfinancières pourletransport etlesdépenses d'urgenceaumoment del'accouchement pourlamère et l'enfant Identificationducentre etmoyen de transportà utiliserencas d'urgence

Camerou

PTME

Si la femme enceinteséropositive estvue pourla première fois enCPN, ilfaudrafairelebilan et démarrerlatrithérapieaussitôt après préparation(éducation thérapeutique).

SI la mère est séropositive à au VHB, la mettre sous Lamivudine si charge virale elevee dès le 3e trimestre de grossesse, donner le vaccin monodose au NN le plus tôt possible ou dans les 24h suivant l'accouchement et le suivre après dans le PEV de routine. Si la charge virale n est pas elevee, on vaccine juste l enfant a la naissance.

NB:-fairelasynthèsedel'examencliniqueetdes examens complémentaires/Traiterouréférer si necessaire.

Camerou

5.Menace d’accouchement prématuré(28SA-33SA+6jrs)

1.Définition	2.contre-indications générales àla	3.lestocolytiques depremièreintention
C’estl’apparitiondecontractions utérines Avec des modifications cervicales au cours d’une grossesse entre 22et 34SA exclus	Souffrance fœtaleaiguë RPM Chorioamniotite Métrorragiesinexpliquées ?	Les inhibiteurs calciques, Les béta-mimétiques (salbutamol)

1. Les tocolytiques depremièreintention

1.1. Tocolytiquesaux inhibiteurs calciques	1.1.1.Contre-indications	1.1.2Modalités dutraitement(ilexiste2protocolesquel’on choisitselonles cas)	
Onconseille d’utiliser	Hypertensionartérielleet	Protocole d’attaque	Protocole d’entretien

Camerou

préférentiellement lesinhibiteurs calciques en cas de diabète,de grossessemultiple et deles éviterencas d'hypertension artérielleou d'hypotensioninférieureà9/5 oumétrorragies surpreavia	hypotensionartérielle maternelle (PA<9/5) Associationaveclesulfate de magnésie Défaillancecardiaque notamment secondaireaux bêtamimétiques	Nifedipinesublingual: 10mg Répété 15minutes plus tardsi persistancedes CU (etTA stable),maximum40mg en1 heurepuis arrêt. Surveillance delatension artériellependant2 heurespar 15min. Sihypotensionmaternelle(PA	Nifedipine LP20mg par6 heures puis par8heures. SurveillanceTA30min après laprise Transaminases1xpar semaine Effetsindésirables: céphalées,rashcutané L'échec desinhibiteurs calciques

1.2Tocolyse auxB-mimétiques

1.2.1.contre-indicationsauxB-	1.2.2.modalités du traitement	
Troublesdurythmecardiaque et cardiopathies Intolérance auxß-mimétiques (tachycardie,OAP) Diabète pré-existant ougestationnel	Traitement d'attaque	Traitement d'entretien
	Débitinitial: 15ml/h(1.5mg/h ou 25gamma/mn) Dosemaximale: 34ml/h(tenircompte de notrecontexte avec absence depousse	Après 48 heures de tocolyseIV,le relais estfait parSalbumolcp 2cp/3H puis 2cp/4H
	Surveillance	Bétaméthasone
	Immédiate: poulsmaterneldoit rester≤ 120 puls/min;arreter, 25mg de tenormine peuvent être donnés peros en cas de tachycardie	1cure= 12mgsoit3 ampoules de celestène Faire2curesà 24hd'intervalle

1.1. Prévention

Communauté	Contre-indicationau transport	Interventions efficaces

Camerou

Conseillerauxfemmes,tôt dans la grossesse,d'êtreattentivesauxsignes et symptômes du travailpré termeimminent, lesquelsincluent: des contractions, une perte deliquidevaginal, unsaignementvaginal, un changement aul'accompagnementlorsdu transport,conditions du	Situationcliniquedela patienteinstable, monitorage fœtalnonrassurant, accouchement imminent, nondisponibilité depersonnel qualifié pourl'accompagnementlors du transport,conditions duvoyage dangereuses NB: Leprestataireda épuisertous les	Dépistage ettraitement dela bactériurie asymptomatique Dépistage ettraitement delavaginose bactériennechezlesfemmes quiont eu un accouchement prématuré antérieur -RPM

1.4.2 *Surveillancedel'accouchement*

Le travailcomprendtrois stades:

1er stade	2eme stade	3eme stade
L'effacement etladilatationducol	L'expulsion dufœtus	L'expulsion desannexes (placenta et

1. Diagnostic delaphasedu travail

Symptômes etsignes	Stade	Phase
Colnon effacé	Fauxtravail/travail	
Dilatation ducol de0à3cm	Premierstade	Phaselatente
Dilatation ducol 4cmet plus Rythme de dilatationde 1cm/h aumoins	Premierstade	Phase active
Dilatationcomplète(10cm) Poursuite dela descente fœtale	Deuxièmestade	Phaseinitiale
Dilatationcomplète(10cm) engagement	Deuxièmestade	Phase finale ouexpulsive

1.1Au premierstade

1.1.1.Accueil			
Ildoit se faire dansuncadre adéquatgarantissant:	Laconfidentialité Lasécurité	Evaluerrapidementl'état général dela femme -Pouls - Tension artérielle -Respiration - Température	Devantles signesd'urgence (cftableau)ou d'état dechoc : -Prendreimmédiatement en chargeselonles protocoles Enl'absence designes de dangerou d'urgence -Procéderaurespectdu concept de l'accouchement humanisé
Le prestatairedevraêtre:	Chaleureux, Disponible Avoirune attitude d'écoute		
Ildoit donner:	Des explications nécessaires surle déroulement de l'accouchement		
Le prestatairepeut:	Accepterlaprésenced'un accompagnantchoisi parla clienteeventuellement dans		

1.1.2.L’interrogatoire(organiserselonétapeclassique del’observation)

1.1.2.L’interrogatoire			
Identification	Histoire dutravail	Antécédents	

Camerou

Nomprénom, Age, Situationmatrimoniale, Profession, Adresse exacte, Contactstéléphoniques,etc.	Contractions: -Début Perte des eaux: -Début -Couleur Perte desang: -Début -Quantité Mouvements actifsdu fœtus Préoccupation delacliente	Sice n'estpas sapremière grossesse, demanderàlacliente: -Combien de foisellea été enceinte -Combien de foisellea accouché -Nombre d'avortements -Sielleasubiune oudes césariennes, -Une extractionaux forceps -Alaventouse obstétricale ou -Siellea euune autre	Examen ducarnetdesantéàla recherche de: Facteurs morbides etsignes de dangerpendantlagrossesse Date prévue del'accouchement Déterminers'ils'agit d'un accouchement prématuré Plan d'accouchement Statut: -GSRH -Syphilis -Vaccinationantitétanique - Tauxd'hémoglobine -HIV

Camerou

1.1.3.L'examen delacliente Selaverles mains ausavon avant etaprès chaque examen			
Inspection	Palpation	Auscultation	Touchervaginal
Unecicatricedecésarienne; Unanneauderétraction dans lapartiebasse del'abdomen (s'ilyena un,viderlavessie, B12 et observerànouveau). Observerlaréaction dela patienteaux contractionsetles mentionner dansle dossier (détresse, efforts depoussée, gémissement	La fréquenceetla duréedes contractions S'ilya unecontraction ininterrompue La positiondu fœtus, longitudinaleou transverse La présentation,tête,siège, autre S'ilyaplus d'un fœtus	Ecouterlecœurfœtal: compter lenombre de battements cardiaquesen uneminute Signes de dangersi lerythme inférieurà 110ousupérieurà 160	Installerlaclientejambes fléchieset écartées Pratiquerl'examenvaginal avec précaution(ne pas commencerpendantune contraction) L'examen auspéculumdoit toujoursprécéderletoucher vaginals'ilya unsaignement ous'ilyenaeu un,à quelque moment quecesoit, au-delà de7mois de grossesse.

1.1.4.Surveillance dutravail Apporterunsoutien psychologiquedurantleprocessus					
Communication	Hygiène	Mobilité	Urines	Alimentation	Respiration

	L'encourageràselaver, à prendre unbain ou unedoucheau début du travail Désinfecterlarégion vulvo-périnéale avant chaque examen Selaverles mains au savon avantet après chaque examen	L'encourageràse déplacerlibrement L'encourageràadopter laposition qu'elle voudra pendantletravail et l'accouchement	L'encouragerà vidersavessie régulièrement	L'encourager à boireetà mangeràsa convenance	Lui enseignerles techniques respiratoires pourletravailet l'accouchement. L'encouragerà expirer pluslentement qu'à l'accoutumée et

Camerou

	Veilleràla propretédes locauxprévus pour l'accouchement Nettoyerimmédiatement toute projection				àse détendreà chaque expiration

1.2. Pendantla phase activedu travail	2. Lacourbes'inclineversla droite et	3. Lacourbe atteintlaligned'action
(Premierstadeet début2^{eme}stade)	(zone devigilance)	Prendreenchargeselonles niveaux
Le prestatairenoterégulièrementsurle partogramme: Les contractions utérines:fréquenceet intensité Les bruitsducœurfœtal: fréquence(norme entre 110 et160 battements parminute)et régularité Ladilatationducol L'état delapochedes eaux L'aspect duliquide amniotique Lavariétédelaprésentationetleniveau dela présentation	Ilfaudraalorsrechercherun obstacle mécanique -Disproportion fœto-pelvien -Bassinrétréci -Gros fœtus -Hydrocéphalie -Présenced'une tumeurenposition prævia -Kyste del'ovaire Une anomalie delaprésentation -Siège	

Camerou

91

-Le partogramme permettra de prendredes décisions appropriées : - Lacourbesuitlaligned'alerteouresteà gauche decelle-ci - Ladilatationprogresse normalementà une vitessede 1cmouplus parheure.Ils'agit d'un travail normal	Surveillertousles¼d'heure: -Les BDC -Lacouleurduliquide amniotiqueàla recherche d'unesouffrance fœtale. Aumoindredoutesurles conditions obstétricalesou encas d'apparition d'une souffrancefœtale:prendre en chargeselonles niveaux	

1.3Pendantla phased'expulsion	1.4 au3^{eme}stade du travail
(2^{eme}stade)	

Dégagement du fœtus Dirigerles effortsexpulsifs Aiderau dégagement dela têteencontrôlantlepérinée Faireune épisiotomiesinécessaire(surtoutchez les parturientes excisées) Attendrelemouvement derestitution Procéderau dégagement des épaules Poserl'enfantsurleventredesamère Clampertardivement etsectionnerlecordon Installerlebébésurlapoitrinedesamère,peauà peau Essuyerle bébé avec unlingepropre L'enveloppperavecunlingedouxetsec puisdans unecouverture etveilleràcequesatêtesoit biencouverte pouréviterqu'ilnese refroidisse Palperl'abdomen pourécarterl'éventualité delaprésence d'un deuxième enfant et poursuivreenprenant activement encharge letroisièmestade du travail Féliciterlamère etluiannoncerlesexe du bébési possible	ProcéderàlaDélivranceActive Vérifierl'absence d'unsecond fœtus Injection d'utérotonique10UI desyntocinon Clampage tardifducordon ombilical (2à3minutes)(voir chapitreSPNN) Tractioncontrôlée ducordon etcontrepressionsimultanée surl'utérus Massage utérin Surveillance toutesles quinzeminutes pendant 2heures Anoter: Examinersoigneusementleplacentaetles membranes Examinerlepérinéeet réparerunéventuelleépisiotomie ou déchirure des parties molles pourgarderson efficacité,l'ocytocine doittoujours être conservéedans une chambre froideà une températurecompriseentre2et 15°c (au frais).

Soins essentiels dunouveau-né(SPNN)	Lamise auseinprécocedanslademi-heure, Lemaintien delatempérature, Les soins ducordon ombilical,et Les soins desyeux, AdministrationdelavitamineKoralesystématiquechez tout nouveau-né Laréanimationdes nouveau-nés qui nerespirent pas àla naissance, Les soins complémentairespourles nourrissons de faiblepoids (supplémentationen fer2mg/kgàJ 42)voirchapitreSPNN

1.4.3 *Surveillancedu postpartum*

Le postpartumpeut êtredivisé entrois parties			
Le postpartum(ousuites decouches)	Le postpartum immédiat	Le postpartumprécoce	Le postpartumtardif
(mettre plus haut)Comprendlapériode quis'étenddel'accouchementjusqu'à six semaines après.Ilse termineparle retourdecouches (retour delamenstruation)sauf danslecas d'aménorrhée denourrice. Les soins dupost partumont pourobjet lesuividucouplemèreenfant afinde dépisterd'éventuellescomplications	Concernela surveillanceducouple mère enfant pendantles premières heures qui suiventl'accouchement. Ellese fera dansla sallede travail surla table d'accouchement ou dans unlocalqui lui est proche	Concernelasurveillance delamère et du nouveau-né pendant leur séjouràlamaternité(48h à 72 h)et laconsultationdu9^{ème}jour	Concernelasurveillance dela mère et du nouveau-nédu 9ème au 42^{ème}jourdu post partum

Camerou

Classification	Période
Post partumimmédiat	1-2hsuivantl'accouchement
Post partumprécoce	2h-48h48 heures aprèsl'accouchementjusqu'au8^{eme}jour
Post partumtardif	2jr jourau 42 èmejouraprèsl'accouchement

Tenantcompte decetteclassificationlecalendrierdes consultationspost-natales	Période
La premièrevisiteouCPON I	J6
CPON 2	6J
La troisièmevisite ouCPoN3	J àJ42

I^{ère}consultationpost natale ouCPoN I(adapteràlaCPON de6jrs

Mère	Nouveau-né

Camerou

Rechercherles situations d'urgence(saignement,convulsions, fièvre,HTA) L'encouragerà nerienmettre danslevagin Surveillerlamontéelaiteuse,lesmollets,l'involution utérine, ladiurèseetleslochies Rechercheruneperte urinaire anormale Donnerdes conseils sur: -La nutrition -laplanification familiale -L'allaitementmaternel exclusif -Lavaccination -Lasurveillance nutritionnelle etpondérale del'enfant (SNP) Conseil pourutilisationdeMILDA	Soins essentiels etpréventifscontinusauxnouveau-nés, Allaitementmaternel exclusif Maintiendela température Soins ducordon ombilical Vaccinations Détection dessignes de dangeretréférence Applicationcontinue des activités depréventionde transmissiondelamèreà l'enfant (PTME),incluant: -LaprophylaxieARV -L'encadrement duchoixdumode d'alimentation Les conseils surlaPF(tripleprotection) -dépistage etprise encharge des autres membres dela famille

Camerou

Conseil ousuiviPF	-L’accompagnement psychosocial

Conseillerle dépistageVIH etHépatiteB(si non fait

Physiothérapiedu postpartum

-DépistageetPEC des autres membres delafamille.

2ème consultation postnataleouCPoN 2

Consulterlecarnet :lestatutHIV,les complications durantl’accouchement etletraitement reçu

L’interrogatoire	Examen	Prescription/activités promotionnelles

Camerou

Demanderàlafemme -La date d'accouchement -Les plaintes -Douleurs -fièvre -Saignements S'enquérirdes problèmes -Urinaires -Digestifs -Mammaires Demanderàlafemmesielleacheisi	Prendrelesconstantes -Température -Tension artérielle Rechercherles autres signesde danger Rechercherles oedèmes Examiner -Les muqueuses -Les seins -Les mollets Apprécier l'involution utérine	Informersur -Les signesde danger -Les signesd'urgence MILDA Vaccination antitétanique Fer SNP? ProphylaxieARVsi indiqué Conseil ousuiviPF Hygiène nutrition Physiothérapiedun post partum

Camerou

3ème consultation postnataleouCPoN 3

Consulterlecarnet :lestatutHIV,les complications durantl'accouchement etletraitement reçu

L'interrogatoire	Examen	Examens complémentaires selonle	Prescription/activités promotionnelles	MILDA(réorganiser)

Camerou

Retourdecouches Qualité dela continenceurinaire et anale Problèmes liés aux rapportssexuels éventuels Qualité de l'allaitement et problèmes mammaires Etat psychologique	Tensionartérielle etpoids Examenminutieuxdes seins Examen abdominal: qualité delasangle abdominale et dela cicatrice encasde césarienne Examenvulvopérinéal: qualité delasangle abdominale et dela cicatrice encasde césarienne Examenauspéculum: sécrétions cervicovaginales, aspect ducol	ECBU Bilanvasculo-rénalet consultation néphrologique Hyperglycémie provoquée parvoieorale	Traitementsi nécessaire VATselonle calendrier	ConseilsurlaPFsuivi duserviceselonle choix Conseilsur l'allaitementmaternel exclusif,l'alimentation delamère Evaluationclinico- biologiqueencas de séropositivitéauVIH Rappeldu calendrier vaccinal

Camerou

NB:Femme tuberculeusequiallaite

Une femme allaitante quiprésente unetuberculosedoitrecevoirun traitement antituberculeuxcomplettout encontinuantàallaiter son bébé.

Tousles antituberculeux sontcompatibles avec l'allaitement etles femmes quiprennentpeuventcontinuersans risque d'allaiter leurenfant. Lamère etl'enfant doivent resterensemble etle nourrisson doitcontinueràsenourrir auseindelamanièrehabituelle.

Cependant,lesconcentrations d'antituberculeuxdans lelaitmaternelsontinsuffisantes pourprévenir outraiterla tuberculosechez lenourrisson.Celui-ci doitrecevoirunechimioprophylaxieparisoniazidependant6mois.(protocoleleplusenvuedanslebénéfice materno fœtal)

1.4.4 *SoinsObstétricauxetNéonatals Essentiels d'Urgence(SONEU)*

SONU1:CONDUITEÀTENIRDEVANTLES INFECTIONSDELAGROSSESSE,DUPOSTPARTUMETDUPOST ABORTUM

1. DEFINITION

Infections maternelles survenantpendant lagrossesse/l'accouchementliées directement ouindirectementàl'état	Les situationsàrisque d'infection	Certainesinfectionsindirectementliéesà lagrossessepeuventlacompliquer
□Chorioamniotite □Endométrite □Pelvipéritonite □Péritonite □Thrombophlébite pelvienne □Septicémie	□Anémie □Avortementsclandestins □Manœuvres endo-utérines □Rupturepréma turée des membranes □Rétentionplacentaire □Travailprolongé	□Infections urinaires □Infections sexuellementtransmissibles (IST) □InfectionàVIH □Paludisme □La tuberculose

2. DIAGNOSTIC ETCONDUITEATENIR PAR NIVEAU

2.1. CHORIOAMNIOTITE

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Fièvredépassant 38,5°C,pouls accéléré sans altérationdel'état général □Douleurabdominale basse □Lochiesfétides, parfois hémorragiques	□Chorioamniotite (Infectionduchorion et de l'amnios pendant la grossesse	□Identifier,référeret accompagner □Organiserle transport □fairelemoins detouchervaginal possible □Amoxicilline:2g IM □Paracétamolperos : 1g

Camerou

□Utérus gros,mou,sensibleet douloureux □Colramolli,largement ouvert □Culs desaclibresetindolores Utérus sensible etdouloureux □Ecoulementspontanéetcontinu deliquide amniotiquefétide,parfoispurulent. Recherchertoujours une notionderupture prématurée des membranes		□fairelemoins detouchervaginal possible □voieveineuseavec ringerlactate □Ampicilline: -2g IVtoutesles 6heurespendant3jours -Relais parvoie orale pendant7jours □Gentamycine 160mg IM/jpendant5jours □Métronidazole500mg en perfusiontouteles8heurs □Accoucherlapatientesi l'expulsion estimminente etqu'il n'existe pas de dystocie

		□Hospitaliseretperfuser □Maintenirl'antibiothérapie □Hâterl'évacuation utérine: -Déclencherle travailou activerletravail -Césariser

2.2. ENDOMETRITEDU POSTPARTUM

Situation	Diagnostic	Priseencharge	
•Fièvresuperieura38,5°, poulsaccélérésans altérationdel'étatgénéral •Douleurabdominale basse •Lochiesfétides, parfois hémorragiques •Utérus gros,mou,sensible et douloureux •Colramolli, plus oumoinsouvert •Culs desaclibres et indolores	•Endométriteaiguëdu post partum (Infectiondel'utérus qui survient entrele4ème etle 8èmejour dans les suitesdecouches)	•identifier,référeret accompagner Organiserle transport	
		•Ampicilline	•2g IM
		•Métronidazolecp	•500mg(2cp de 250mg)
		•Paracétamol	•1g peros
		•Ocytocine	•10U en IM(pasde methylergométrine)
		•Transférer	Vers hôpitaldecatégories3 ou2
		•Perfuser	•Voieveineuse avec ringer lactate
		•Ampicilline	•2g IVtoutesles 8h
		•Gentamycine	•160mg parjouren IM
		•Métronidazole:	•500mg en perfusiontoutes les 8h
		•Antipyrétiqueen perfusion	•(paracétamol1g /8h)jusqu'à .
		•Echographie(sidisponible):	•Rechercherunerétention placentairepourévacuer l'utérus paruneaspiration
		•Evacuerl'utérus par	•Siéchographie non

		aspiration	disponible
		□Ocytocine enperfusion:	□10UI dans500ccx2/j
		□Relais parvoieorale48h aprèsl'apyrexie etpendant 10jours :	□Ampicilline2g/j □Métronidazole 500mgx3/ jour
		□Référer(Si persistance symptomatologieou complication)	□un hôpitaldecatégories3ou 2
		□Idemavec Prélèvement delochies □Echographiepuis évacuationutérinesi indiqué □Antibiothérapie adaptée	

NB:vérifierfonctionrénaleavantl'utilisationdes aminosides typeGentamycine

2.3. ENDOMETRITE AIGUEDUPOSTABORTUM

Situation	Diagnostic	Priseencharge	
•Contexte de tentative d'interruption degrossesse •Températuresupérieureà 38,5°C, frissons etpouls accéléré •altérationdel'étatgénéral •Douleurpelviennes •Pertes maladorantes	•Endométriteaiguëdu post postabortum (Infectiondel'utérus qui survient après un avortement septique)	•identifier,référeret accompagner Organiserle transport	
		•Ampicilline	•2g IM
		•Métronidazolecp	•500mg(2cp de 250mg)
		•Paracetamol	•1g peros
		•Ocytocine	•10U en IM(pasde methylergométrine)
		•Transférer	•un hôpitaldecatégories3ou2
		•Perfuser	•VV
		•Ampicilline	•2g IVtoutesles 8h

		□Métronidazole:	□500mg en perfusiontoutesles8h
		□Antipyrétiqueen perfusion	□(paracétamol1g /8h)jusqu'à .
		□Echographie(si disponible):	□Rechercherunerétention ovulaire pour évacuerl'utérus parune aspiration manuelleintra utérine
		□Ocytocine en perfusion:	□10UI dans500ccx2/j
		□Vaccination antitétanique	□Si indiquée
		□SérumantiD	□Femmerhésus négatif
		□Relais parvoieorale 48h aprèsl'apyrexie et	□Ampicilline2g/j
			□Métronidazole 500mgx3/jour
		□Counseling pourla contraception	
		□Référer(Si persistance symptomatologieou complication)	□un hôpitaldecatégorie(1 ou2
		□Perfusersérumglucosé5% □Prélèvement de pertes □Echographiepuis évacuationutérinesi indiqué □Antibiothérapieadaptée □Oxytocine	

SONU2:PRISEENCHARGEDUTRAVAIL DYSTOCIQUE

1. DEFINITION Ils'agitd'uneanomaliedutravail: **Dystociemécanique** □Dystocieosseuse □Dystociefœtale □Dystociede présentation	**Dystociemécanique:**~~Dystociedynamique~~ □Dystociededilatation: □dystocie delaphaseactive □Dystocied'expulsion

1. CONDUITEGENERALE

Elle obéità3principes

Principe1	Principe2	Principe3
•Etablirun partogramme	•Rechercherles 3 types d'obstructionévidente tellequ': -Un bassinrétréci, -Unedisproportion fœto-pelvienne, -Une présentation dystocique - Transférer:	Régulerlaprise encharge enfonction del'évolution: •Accoucherparvoiebassesitousles paramètres sont normaux •Transférerauniveausupérieurleplus prochepourcésariennesidystocie.

2. CONDUITE SPECIFIQUE

2.1. DYSTOCIEDYNAMIQUE

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Coldilaté entre4et9cm □contractionsutérinesinefficaces (<3en 10mn, duréedelaCU) □Arrêt deladilatationcervicaleentre4 et9cm	□Dystociedela phase active	□Référerverslecentredesanté
		□Eliminerune dystociemécaniqueou de présentation □Rompre artificiellementles membranes □placerune perfusion d'ocytocinecontrôléeet progressive(Annexe)
		□Césarisersi dystocie persistanteet/ou
□Absence d'engagementà dilatationcomplète(10 cm)avec détériorationdelasituationobstétricale (maternelle oufœtale)	□Dystocie d'expulsion	□Référerverslecentredesanté
		□Siengagement: appliqueruneventouse □Pas d'engagement:transférerversleniveau
		□Siengagement: appliqueruneventouse

NB:Importance del'attitudeparrapportalaligne d'alerte etlaligne d'action

3.2DYSTOCIEMECANIQUE

DEFINITION:Inadéquation foeto pelvienne

Situation	Diagnostic	Priseencharge
•les contractions utérines debonne qualitésont inefficaces •Dilatation etprésentationne progressent pas •Pelvimétriecliniqueanormale •Lignesinnominées suivies au-delà desdeux tiers antérieurs •Promontoire atteint avecunepromontorétro-pubiencompris entre8,5 et10,5cm	Dystocieosseuse (bassinrétréci: •Bassinlimite •Bassinmalformé)	•Référerverslecentredesanté adapté •Référerversl'hôpital •Césarisertout bassinchirurgical •faire uneEPREUVEDETRAVAIL devant unbassin limite
•Hauteurutérine excessive avec déborddela tête fœtaleau dessusdu pubis •Dilatation trainante •	Dystociepar macrosomie fœtale	•Dépisterles femmes àrisque demacrosomie fœtale ; •Transférerla femmevers lecentre deréférence
		•Dépisterlesfemmes àrisque demacrosomie fœtale ; •Transférerla femme au niveauhospitalier

		□Césarisertoutemacrosomie excessive :sup 4500grs □Gérerla dystociedes épaules : □Nejamais tirersurla têtefœtale; □Ne pas faire d'expressions utérines ; □Demanderdel'aide; □Installerlafemmesurunplandurlesfesses débordantla table; □demanderàl'aide depousserfermementlesgenoux fléchisdelapatientevers sapoitrine; □Essayerdedégagerles épaules sansforceren sollicitantdevotreaideune □pressionsuspubienne;
Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Débordàla palpation delatête fœtale par rapport au détroit supérieur □Echographie:importance del'hydrocéphalie	Dystociepar hydrocéphalie	□Transférerà unhôpitaldecatégorie2ou1toute suspicion de fœtusmalformé etsurtout
		□◆Transféreraniveauhospitaliertoutesuspicionde
		□Césarisersi: □Hydrocéphaliemineuretproposerune dérivation

Camerou

		□obstétriciennon expérimenté pourpratiquerune craniotomie.
□Echographie	Dystociesur tumeurfœtale	□Transférerà unhôpitaldecatégories 2ou1
		□Transférerenmilieu hospitalier
		□Césarisersidéformationvolumineuse; □Proscrirel'embryotomiesitechniquenonmaitrisée

Dystociemécaniqueparmalposition oumalprésentation

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Utérus étalétransversalement;		□Référeraucentre deNiveau2
		□Référerauniveau hospitalier

Camerou

□Excavationvide; □Touchervaginal : palperépaule et grillcostal; □Sipochedes eauxrompues:c'est une épaule négligée	Simoded'accouchement non faita36SA	Pendantlagrossesse □Faireuneversion parmanœuvre parversionexterneà 36 semaines □Césarisersiéchec à38semaines. □Sicontre-indication:faireunecésarienne □Pendantl'accouchement □Dilatationcomplète etpochedes eauxintacte: rompre et tenterversionparmanœuvreinterne etgrande extractiondusiège(endehors des contre-indications habituelles,obstétricien expérimenté etbloc opératoire fonctionnelavec anesthésistesurplace)

Camerou

		siéchec
□Présentationlongitudinale; □facefixée au détroitsupérieur □Touchervaginal : retrouverle menton etjamais la fontanelle antérieure.Ilfaut précisersa variété(antérieureou postérieure).	Présentationdela face	□Référerun hôpitaldecatégorie3 ou2
		□Accoucherparvoiebasse:laface enmento-antérieure età progression normale □Transféreràl'hôpital leplus proche
		□Césariser:lafaceenmento-postérieur, oumento-antérieure avec dystocieet ousouffrance fœtale; □Accoucherparvoiebasse:laface enmento-antérieure età progression normale
□Présentationlongitudinale céphalique □Occiput et petite fontanelle triangulaire enarrière □présentationdefrontpersistant	Sommetlégèrement défléchi	□Transférervers un hôpital decatégorie3 ou2siprésentation non engagée, dystocie deprogressionousouffrance fœtale. □Terminerl'accouchement parvoiebassesitête engagée et progression normale. □L'épisiotomie doit êtrelarge pourledégagement en occipito-sacré(risques dedéchirures graves du périnée)
		□Idem

		Césariser:si dystocie deprogressionou d'engagement ou souffrance fœtale. Accoucherparvoiebasse:siconditions obstétricales favorables,placeruneperfusion d'ocytociques et extraire latête paruneventouse

Camerou

SONU3:PREECLAMPSIE/ECLAMPSIE

Définition	Situation	Diagnostic
Pré éclampsie:Tensionartérielle(TA) élevée aucours dela grossesse (TAdiastolique≥90mmdeHg avec ou sans TAsystolique≥140mmdeHg) associéeàune proteinurie **Éclampsie:**apparition decrises convulsives tonico-cloniquessurvenant dans	Apparitionàpartirdela20^{eme}chez une gestante présentant uneHTA, etuneprotéinurie	HTA(TAS≥160mmhg et ouTAD≥ 110mmg Céphalées Œdèmes Douleurépigastrique Crisesd'éclampsie

Priseencharge

Que fairePElégère?

Mesures générales

CSI: référer versunhôpitaldecatégorie5ou4

Camerou

CMA(un hôpitaldecatégorie 5)

A	B	C	D	E	F
Assurerlaliberté des voies aériennes	Voieveineuse(≥ 18 G) tPlacerunsérum	Prévenir ettraiter l'éclampsie Sulfatedemagnésie(++)	Traiter l'Hypertension Artérielle	Surveillance Conscience Fréquence	Référerla patiente vers unestructureavec

troubles delaconscience ou convulsion) Canule deMayo Aspiration buccale/ trachéo-bronchique Position:décubitus latéral gauche,tête en extension Oxygénersi disponible (extracteur d'oxygène) Placerunesonde vésicale(diurèse horaire)	ouRingerlactate 500 à 1000ml	Dose decharge4g en IV lente de5min puis10gr intramusculaire(5g dans chaque fesse) Anticonvulsivants d'actionrapide au moment des crises(à répétersinécessaire) Diazépam: 2,5à5mg diluésdans 10cc en IV Midazolam:1à2mg en IV	adapter protocolesexitant (exple 4amp ds 200cc deSG5%)	>16C/min) Tension Artérielle Diurèse horaire Reflexes rotulien E–Accélérer letravail	chirurgical femme non en travail (encas d'éclampsie, l'accouchement doitavoirlieu dans un délaide12h) Oligo-anurie (diurèse inférieureà 30 ml/h) Troubledela coagulation

NB:Assurerle nursingcomplet (salle d'hospitalisation adapté)

Camerou

Hôpital dedistrict (catégorie4) Priseenchargeidentique(mesures générales) Corrigerl'hypovolémie Luttercontrelavasoconstriction(antihypertenseur) Inhibiteurcalcique(Loxen) Béta bloquant(Trandate) Prévenir ettraiterlacrised'éclampsie MgSO4>benzodiaazépine Accouchement parvoie oucésarienneenfonctiondubishop etdudélaiàl'accouchementla grossesse Déclenchement Césarienne

Prendreenchargeles complications

Crisesàrépétition(sassurerdelastabilitédumalade parlanesthésiste)4à6h?assurerlafonction renale(multidisciplinarité)

Troubleprofonddelaconscience(coma) OAP

Défaillance organique

Coagulopathie

SONU4:CONDUITEÀTENIRDEVANTLESHÉMORRAGIESDELAGROSSESSE,DEL'ACCOUCHEMENTETDU POSTPARTUM

I.Principes

I. principes	2.Reconnaîtreun état dechoc hémorragique	3.Mesures générales	
		Centre desantéintégré	Hôpital

Camerou

Devanttoutsaignement anormal (quantitéou durée),ilfaut: Mettrerapidement en condition lapatienteselonles mesures universelles; Rechercher rapidementla cause de l'hémorragie,latraiter; Transférerla patiente oule nouveau-né,chaquefoisque leur état estgraveet demande des capacités humaines ou techniques	Pâleurcutanée,soifviveet muqueuses sèches,sueur profuse froideurdes extrémités, asthénie etangoisse poulsrapide etfilant, tension artériellebasse Hypotensionsévère Agitation, obnubilation et confusionvoire perte de connaissance Polypnée(supérieureà24/mn) Tachycardie(supérieureà110 Pulsations/min)pouls filant Oliguri-anurie(inférieureà30 l/h)	Mettre en positionla patiente : Membres inférieurs surélevés ; Tête basse; Surlecôtégaucheouà défaut avec unbillot(champ enroulé)souslafessedroite, Sielle estenfinde grossesse Prendredeuxbonnes voies veineuses : avec de(gauge 16 ou 18),courtes etbien fixées Oxygénationsi disponible	Idemavec Bilanbiologique(GSRh,NFS, Créatininémie,crase sanguine)ou enfonctionde l'étiologie Transfusersi lespertes sanguines sontsupérieures à 1500cc (volume pour volume),enplusdu remplissage vasculaire: Utiliserdusang totalfrais chaque foisquepossible. Utiliserdes médicaments: -L'adrénaline,si latension

Camerou

		moyens physiques : Tamponnement delésions des voies génitales accessibles qui saignent Compressionutérine bimanuelle(externe puisinterne) Compressiondel'aortetrans-abdominale Préhensionducoldéchiré par des pinces Hémostasemécanique des hémorragies du segmentinférieur (placenta bas inséré) Transférertoute patienteprésentant: -Une hémorragiegrave(plus de 1500cc);	del'hémorragie:sielle relève d'untraitement chirurgical (lésions génitales, rupture utérine,placenta praevia...) Surveillerle traitementsur: -L'étatdeconscience; -La fréquencerespiratoire; sup 24 /min -L'étatcirculatoire(tension artérielle,pouls, colorationtéguments, pales...) ;inf90/60 -Ladiurèsehoraire(sonde vésicale).inf30ml/h Dans lessuites d'hémorragie grave:rechercheret traiterou
NB/ ne pas attendrelachutedelatensionartérielle pourcommencerà agir(indicateurtardif etmauvais devolémiematernelle			

Camerou

113

4. Reconnaîtreles causes	5. Conduiteàtenirdevantune hémorragiedelapremière partie dela grossesse
En début degrossesse:traumatisme génital,avortement spontanéou provoqué, grossesse extra-utérine,môle hydatiforme En finde grossesse oupendantletravail:décollement placentaire,placenta praevia,rupture utérine.	Avortementsimple Avortementseptique Avortementmolaire Grossesse extra-utérine

6. CONDUITEATENIR DEVANTUNEHEMORRAGIEDELA PREMIEREPARTIEDELAGROSSESSE

6.1Avortementsimple

Situation	Diagnostic	Priseencharge
Hémorragies génitales,souvent continues,après unretarddes règles (préciserla date des dernières règles etI'abondance des saignements) Douleurs pelviennes sous forme decrampes utérinesrythmées Auspéculum: une hémorragie quivient delacavité utérine Au touchervaginal:	Menace d'avortement	Identifier,référeret accompagner Repos aulit etantispasmodiques (voieoraleourectale); Progestérone naturelleparvoievaginalepourlagrossessejeune(inférieureà 10 semaines)facultatifet Idem L'échographieabdominale (sielleestdisponibleetsi l'étatdela femmele permet) précisel'état Idem

àlapulpedu doigt; -Desculs desacslibreset non		
Situation	Diagnostic	Priseencharge
Une hémorragieplusimportante avec caillots. Descrampes utérines plus intenses et plusrapprochées. Au touchervaginal:uncolouvert avec parfois desdébrisovulaires sentisau doigtier.	Avortement inévitable	Identifier,référeret accompagner Avant 12SA S'abstenir,si lesaignement estmodéré etl'expulsioncomplète etspontanée; tSicolouvertfairelecurage Sicolnonperméableaudoigt, effacétransféreraucentredesantéleplus proche après mise encondition(en fonction del'état Au-dela de12SA Mettre enconditionlapatienteetlatransférerimmédiatement aucentredesantéou Hôpital Avant 12SA Pratiquerune aspirationmanuelleintra-utérine(protocoleSAA)ou Au-delà de12SA Placeruneperfusiond'ocytocine(10unitésinternationales d'ocytocine dans500cc desérumsalé,au débitde 20à 30 gouttes/mn)jusqu'àl'expulsion; S'il persisteunehémorragiesurrétentionplacentaire(utérus gros,mou,mal Idem

6.2Avortementmolaire

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□ Signes sympathiques exagérés degrossesse □Discordanceentrele volume utérin etl'âge de lagrossesse □Utérusplus gros que l'âgedela G Grossesseavec rfois degros ovaires (kystes lutéiniques) □ Vésicules dedifférentes tailles,si avortement encours □ Images enfloconsde neige ou «nid d'abeille» avec	□Avortementmolaire	□Identifier,référeret accompagner □Référerverslecentredesanté □ Evacuerutérus rapidement de préférenceparaspirationmanuelle intra utérinesous perfusion d'ocytocine(10 unitésd'ocytocine dans 500ccdesérumsalé 20à30 gouttes/mn), □Contrôlerlavacuitéutérine □Faireattentionàla perforation utérinelors del'aspirationutérine (utérusgrosetfragile) □SérumantiD siRH négatif □Traitement del'anémie □ Surveillerpendantdeuxans àcausedurisque demaladie trophoblastiquepersistante(môleinvasiveouchoriocarcinome) □ Dosage desbétaH.C.G.une foisparmois pendant3mois, durant lesquelleselles doivent normalement devenirnégatives. □Puis tousles3mois pendantsix mois et □Puis tousles6mois pendant deuxans; □ Donnerunecontraception pourévitertoute grossesse pendant deuxans

NB:BHCGàsurveillertoutesles semaines

6.3.GROSSESSEEXTRA-UTERINE

Situation	Diagnostic	Priseencharge

□ Retard derègles(préciser ladate desdernières règles) Signes sympathiques de grossesse Pertes brunes ounoires □ Douleurs annexielles du côté delagrossesse extra-utérine □Au touchervaginal:qui estsouventnormal, uncol fermé et un utéruspetit, rarement on palpeune petitemasselatéro-utérine douloureuse Echographie(sidisponible) Le dosagedelabéta.H.C.G. (si disponible) Cœlioscopie(sidisponible) Aménorrhée, avec métrorragies Douleurs pelviennes variables	□ Grossesse extra utérinenonrompu	□Identifier,référeret accompagner □Organiserle transport

Abdomen: distenduet sensible □Touchervaginal : douloureuxau niveau du		□Mettre encondition etréanimerselonl'étatdelapatienteet transféreren urgencedès suspicionoudiagnostic
		□ Laparotomie en urgencesous anesthésie générale dès diagnostic de grossesse extra-utérine: □ Enleverla trompe(salpingectomie) rompue ou antérieurement malade ous'il existe unchoc hémorragiqueavec signesdegravitéou □Inciseret évacuerla trompeintacte etd'apparencesaine (salpingostomie)danslesenslongitudinaletévacuer leproduitovulaire,s'assurerdel'hémostase dulitdelagrossesse extra-utérine,avantderefermerl'incision,qui peut êtrelaisséetelle quelleou □Conserverla trompe: dansl'avortementtubaire del'œuf,si l'état tubaire est bonet quelatrompe nesaignepas. □Traitementmédicalsi les conditions techniques réunies etsi l'état

culdesacpostérieur interne Echographie(sidisponible etl'état delafemme Cœlioscopie(sidisponible		partenaire. mois avant une nouvellegrossesse. SérumantiD siRhnégatif FaireHSGà3mois pourvoirl'étatdela trompecontrolatérale

7. Conduiteàtenirdevantune hémorragiedefinde grossesse

7.1. Placentaprævia

Situation	Diagnostic	Priseencharge

<table>
<tr><td rowspan="3">Métrorragies:Sang rougeplus omoins

abondant,survenant aureposou durant

une activiténormale</td><td rowspan="3">Placenta prævia</td><td colspan="2">Identifier,référeret accompagner

Organiserle transport</td></tr>
<tr><td colspan="2">Mettre enconditionla femme etlatransféreren urgenceversleCentre desanté leplusproche</td></tr>
<tr><td>En finde grossesse</td><td>Encours detravail</td></tr>
</table>

sans douleur, enun ouplusieurs épisodes □ Un état dechoc corréléà l'importance de l'hémorragie extériorisée □Utérus estsouple. □ Présentation souvent haute dans l'utérus (dystocique). ATTENTION : □ Poser soigneusement un spéculum vaginalpouréliminer les autres causes de saignements cervico-vaginaux (infection,		□ Rompre artificiellementles membranes si lesaignement est important etles membranes accessibles, etterminer l'accouchement parvoie basse.Sinon: □Césariserlafemmesi: - Leplacentaprævia est recouvrant, - l'hémorragie persiste ou s'aggravemalgrélarupture artificielle des membranes., - Ilexiste unedystocie ouune souffrance fœtale □Maintenirl'hospitalisationetla surveillancevigilante:si lesaignement □ eststabilisé, attendrele terme pour terminerl'accouchement. □Indiquer,àl'arrêt dusaignementsi nécessaireetsous surveillance: □ repos aulit,tocolyseexceptionnelala nicardipineselonlecasetsous	□ Accoucherparvoiebasse:si: Hémorragieminimesans altération del'état delamère, Placentaprævianonrecouvrant et membranes accessibles:rompre □ Présentationcéphalique basseet comprimeleplacentaprævia,et pas desouffrance fœtale, □ Remettrele nouveau-né au pédiatreleplus vite possible. □CESARISER tous les autres cas.

dans uncentre obstétrico- chirurgical. □L'échographie(si disponible			

7.2. Décollement prématuré duplacentanormalementinséré

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□ Métrorragies: de sang	□DPPNI	□Identifier,référeret accompagner □

noir,minime ou nul,parfoisrouge. □ Douleurs utérines: constanteset brutales survenant endehors		□ Romprelargementles membranes si lecolest ouvert,mettre en condition etévacuerla patientevers Centredesanté □Si la femme est en phase expulsive,terminerrapidement l'accouchement, fairela délivranceartificielleet révisionutérine, placeruneperfusion d'ocytocine ettransféreverscleCentre de santé

□ Absence de relâchement de l'utérus (hypertonie). □ Etat dechoc:dans les formes graves et évoluées, en discordanceavec un saignementminime et uneHTA		Accoucherparvoiebassesitravailavancé: Romprelesmembranes:si lecolest ouvert,puis - Terminerl'accouchementsi expulsionimminente eteutocie, □Evaluerrapidement:l'étatfœtal et obstétrical (dilatation, présentation...) □Bilanbiologique(GSRh,NFS,créatininémie) □ Evacuerl'utérusleplus vitepossible,quelquesoitl'âge gestationnel,lorsqu'ilexiste unétat dechoc,parallèlementàlamise enconditiondelaparturiente -Césariser:si lecolestfermé,s'ilexisteunedystocie ouune souffrance fœtale,ouàdilatation débutante(inférieurà3cm) □Après ruptureartificielle des membranes. -Accoucherparvoie bassesitravailavancé: -Rompreles membranes:si lecolest ouvert,puis - Terminerl'accouchementsi expulsionimminente eteutocie,

7.3. Ruptureutérine

Situation	Diagnosti	Priseencharge
□ Douleurs utérines avec hémorragie ou choc maternel. □ Rechercher rapidementà l'interrogatoire	□ ruptur e utérin e	□ transférerlafemmevers centre desanté ouhôpital leplus procheet dansles meilleurs delaispossibles:lechoc hémorragique quandils'installe estbrutal et grave □ Mettrela patiente enconditionetlatransféreren urgence,sielleest endehors ou au débutdu travail; □ Arrêtertouteperfusion d'ocytocinesielle existait,mettre une perfusiondesérum saléet
		□idem

□ les situations à risqueélevéde rupture: -Utérus fragilisé - Traumatisme utérin -Dystocie mécanique non diagnostiquéet prolongé -Utilisation		Opérerla femmesimultanémentàsamise encondition; SUTURER l'utérus:si désunion oupetiterupture utérine(peu étendueousous séreuse:incomplète).; Faireuneligature destrompes si lapatiente est grandemultipareousi l'étatdel'utérus conservéne permet pas une autre grossesse(prévenirla femme ousa famille). Faireune hystérectomiesubtotale:si ledélabrement utérinoul'hémorragiesont importants ousi ladéchirure estcomplexe. □Elleseratotalesi lésions s'étendenten bas verslecoletlevagin(chirurgien expérimenté enchirurgie gynécologique)

CONDUITEATENIR DEVANTUNEHEMORRAGIEDU POST-PARTUM

7.1RETENTION PLACENTAIRE

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Absence: -D'expulsiondu placenta 30mn après l'accouchement. -D'un oude plusieurs cotylédons delasurface maternelle placentaire,à l'examen du placent	□ Rétention placentaire	□Identifier,référeret accompagner □idem Mettre encondition Eliminerrapidementles autres causes d'hémorragie(examensous valves etla révision utérine). Faireune délivranceartificielle douce:sortirle placenta aprèsl'avoirdécollé, oules cotylédodonsrestants,sans s'acharner. Administrerdu 600 ugdemisoprostol (3cp)en peros,sublinguale ouintrarectal Faireunecompression utérinemanuelle externe d'abord puisinterne

		Idem+ Administrationséquentiellede: Injection IVde10U d'ocytocinesuivi; D'uneperfusion de20 unités puis ; Del'injectionintramurale de10U d'ocytocinepuis Ergométrine 0,25mg en IMou 0,125 enIVD toutesles 5minutes sans dépasser

		Hospitaliserettraiter lechocselonl'état delafemme Pratiquerunerévision utérine Si lesaignement persistemalgrélerespect des séquences, opérerlafemme pour arrêterl'hémorragie Ligaturerles vaisseauxutérins ouhypogastriques Sinonpratiquerune hystérectomied'hémostase en dernierrecours

7.2 INERTIEUTERINE

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□ Hémorragie	□Atonieutérine	□Identifier,référeret accompagner □Organisede transport (accouchementinopiné)

génitale après accouchement □Utérus mou □ Pas delésion des parties molles □ Examen du placenta normal		□Mettre encondition □Eliminer rapidementles autres causes d'hémorragie(examensous valvesetlarévision utérine). □Viderlavessie □Faireunerévision utérine douce □ Administrer600 ugdemisoprostol (3cp)enperos,sublingualeouintra rectal □Fairelacompression utérinemanuelle externe d'abord puisinterne
		Idem+ Administrationséquentiellede: -Injection IVde 10U d'ocytocinesuivi; -D'une perfusionde 20unités puis;

		□ Ergométrine 0,25mg enIMou 0,125 en IVD toutesles 5minutes sans dépasser1,5mg □Misoprostol : 600µg enperos,sublingualeouintrarectal □Transférersi l'hémorragiepersiste avec : -Perfusiond'ocytociqueenmaintenantlemassage del'utérus;ou
		□Hospitaliserettraiterlechoc selonl'étatdelafemme. □Pratiquerunerévision utérine, □Si lesaignement persistemalgrélerespect des séquences, opérerla femme pourarrêterl'hémorragie:

7.3SAIGNEMENTCERVICO-VAGINAUX

Situation	Diagnostic	Priseencharge
□Patiente qui saigne etqui a unbon globe	□ Lésions cervico-	□Identifier,référeret accompagner □Organiserle transport (accouchementprévu)

Camerou

desécuritéet dontleplacenta est completàl'examen □Examensous valveidentifiedes lésions cervico-	vaginales	□Eliminerrapidementles autres causes d'hémorragie(examensous valves et révisionutérine) □Suturerleslésions vaginales simples □ Tamponnerlevagin avec des compresses, desmèches ou des petits champs
		Idem

		□Suturerleslésions vaginales etcervicales après s'être assurédela vacuité utérine □Mettre encondition ettransférerenurgenceversl'hôpital leplus proche:

si l'hémorragie estimportanteou accompagne uneinertie utérine,ousi les lésions cervico-vaginales sontcomplexes.Suturerleslésions

ou pratiquerune hystérectomie pourarrêterl'hémorragie:l'indication est

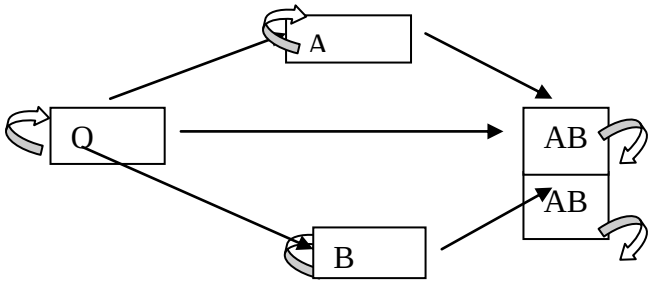
fonction deslésions constituées

□(hautesou basses)

7.4 TRANSFUSION SANGUINE

Définition	lnjection dans la circulation sanguine d'un sujet, de l'un des

	constituants du sang
Examens biologiques pré-transfusionnels	Chez la receveuse : Obligatoire : Groupage sanguin ABO-Rh Cross-Match Facultatif : Sérologie VIH Serologie hépatite B et C Chez le donneur : Obligatoire : Groupage sanguin ABO-Rh Cross-Match Sérologie VIH : un test sensible (DETERMINE ou UNIGOLD) + un test specifique (Shanghai ou oraquick) Serologie hépatite B et C Serologie TPHA/VDRL

Règles de transfusion	La transfusion sanguine doit être isogroupe (ABO) isorhésus A défaut les règles de compatibilité doivent être respectées :  Verifier la poche de sang Faire le crossmatch au lit du malade La transfusion d'une poche de sang (500cc) corrige le taux d'Hb d'environ 1g/dl

Réalisation de la transfusion	• La transfusion doit être réalisée dans les 6 h maximum après le retrait du réfrigérateur (immédiat pour sang frais). • Vérifications au lit du malade : concordance des identitsé, des groupes sanguins et Rh, Cross-match
Surveillance transfusionnelle	• Surveillance du rendement • Réactions allergiques (rash, érythème, frissons, choc anaphylactique) • Signes de surcharge (dyspnée, tachycardie) • Hyperthermie, agitation, sensation de chaleur, douleur lombaire ou thoracique, hypotension voire collapsus, nausées, vomissements, diarrhees, bouffées de chaleur, paleur, saignements au point d'injection
Prise en charge des accidents	• Arrêt immédiat de la tranfusion • Voie veineuse • Corticotherapie, anti histaminique pour reactions allergiques • Diuretique pour surcharge • Réanimation si état de choc • Renvoi de la poche de sang au laboratoire pour analyse • Déclarer dans les 48 h au comité d'hémovigilance

8. PATHOLOGIESDES SUITESDECOUCHESCHEZLAMERE

□LePaludisme - Températureélevée(38°5) -Céphalées,frisson -Courbatures -Goutteépaisse	□Identifier,référeret accompagner □TDR □Quinine administréeparvoieintraveineuse □ 25mg/kg/jourde quinine baserépartis endeuxou troisperfusions parjourdans du sérumglucoséà10%ou 5%à défaut □La durée delaperfusion estde4heures -Les deuxperfusions sont espacées de10à12 heures sionfait deuxperfusions parjouret -Une perfusionde4heures toutesles8 heures si on faittrois perfusionsparjour. La durée dutraitement parlaquininevade5à7jours.Cependantsi l'évolution est □Idem

Les Thrombophlébites Puerpérales -Molletdouloureux,tendu,luisant, chaud -Douleuràla dorsiflexiondupied - Températureélevée -Poulsaccéléré	Référer
	Héparinede bas poids moléculaireà dosecurative Repos aulit avec membresurélevépendant72h
	Héparinede bas poids moléculaireà dosecurative Repos aulit avec membresurélevépendant72h Recherchedecomplications

L'abcès	Antibiothérapie: -PénicillineM(cloxacine):50mg/kg/jou -250mg d'Erythromycine peros 3 foisparjour
	Antibiothérapie: -PénicillineM(cloxacine):50mg/kg/jou -250mg d'Erythromycine peros 3 foisparjour
	Antibiothérapie: -PénicillineM(cloxacine):50mg/kg/jou -250mg d'Erythromycine peros 3 foisparjour

Camerou

□L'engorgementmammaire Seins chauds,pleinset lourds -Apparence brillante ettendue	□Positiondu bébé(prisecorrectedusein) □Allaitementàlademande □compresses froides entreles tétées □Application d'untissuchaudsurl'aréolejuste avantles tétées □Exprimeràlamainlelait dusein affecté après chaquetétée
	□Idem
	□Idem

□LaMastite -Fièvre - Tuméfaction/placard douloureux, -Rougeetchaud	□Continuerl'allaitement □Bandage ousoutien-gorge □Compresse froidesurles seins entreles tétées □Exprimeràlamainlelait dusein affecté après chaquetétée □Antibiothérapie:
	□Idem
	□Idem

□ L'Anémie -Hémoglobine< 7g/dlet/ou -Pâleurimportante despaumes et muqueuses ou - Toute pâleurdes muqueuses avecsignes d'intolérance:	• Anémiemodérée associéà delavitamineC. -si absenced'améliorationau bout d'unmois,référerpourexploration: NFS,fersériqueauminimum Anémiesévère:REFERER
	• Anémiesévère:

□Anémiemodérée -Hémoglobine entre7et 11g/dlou -Pâleurdespaumes et des muqueuses	-Exploration □Idem

□L'HTA □PAsystolique≥140mmHg et/ou □PAdiastolique≥90mmHg □-En position assise □-Brassardadapté □- Techniqueadéquateà2consultations successives espacées d'unesemaine	□HTAmodérée: □HTAmodérée: □Alphaméthyldopa: -750mgà 2000mg parjour,si échec -Nicardipine: 40à100mg parjourou -Nifedipine LP20mg:1-2cp/jour □HTAsévère □Hospitalisation

Camerou

□L’hypertension artérielleestconsidéréecomme:	□Idem+ exploration

INSUFFISANCERENALE ETGROSSESSE

1.Définition	2. causes	3. signes
Diminution brutaledu débitdefiltration glomérulaire entraînantrétentionazotéeet perturbationshydroélectrolytiques. Elle peutêtrefonctionnelle ouorganique. Elle peutêtreanurique ouàdiurèse conservée.	□ Vomissements gravidiques □ Hémorragies dela délivrance □ Pré éclampsie éclampsie □Hémolyseaigue □Infections sévères	Signes delamaladiecausale □ Oligurie(diurèse<500ml/24 heures;20 ml/heure)ou □ Anurie: absence dediurèseoudiurèse<300 ml/24 heures □Ladiurèse peutêtreconservée □ Elévationdelacréatininémie, ouascension récente(25%delavaleurde base aumoins)
4. Complications	5. Priseencharge	

Inflation hydrique(œdèmespériphériques, œdème aigu despoumons,œdème cérébral) □Troublesélectrolytiques □Infections.	□Préventionchezles sujetsàrisque -Surveillerladiurèseparheure - Traiterprécocementlacause □Phase préanurique:remplissage adapté etadéquatsi nécessaire □Curative □Phase anurique:restrictionhydrique -Régime pauvre enselet enpotassium □Relance deladiurèseavec dufurosémide, 500mgà 1000mg/j □Siéchecréférer

Camerou

Situation	Diagnostic	Priseencharge
IRAfonctionnelle	Vomissement, déshydratation,baisse deladiurèse. Habituellement au	Perfuser: -Sérumsaléisotonique ou -sérumglucoséisotonique+ 3à4grammesdeNa
IRAorganiqueen phase d'installation: phase pré anurique	Sonde urinaireà demeure signesdelacause+ réductiondeladiurèse	Traiter rapidementlacause: -si hémorragietransfuserrapidement et suffisamment -Siéclampsietraiter
IRAorganiqueen phase anurique	Signes delamaladie+ Diurèse<500mlpar24 heures (20mlparheure	Restriction hydrique(500ml/ 24heures); -Restrictionsodée; -Régime pauvre en potassium; -Injectionde furosémide 1000mg/ 24 heures pendant3jours. Traiterlacauseetles complications Sinonreprise
IRAorganiqueen phase dereprise de diurèse	Augmentation dela diurèse	Compenseravecdusérumsaléisotonique; Quantité fonctiondeladiurèse.

Camerou

MALADIERENALECHRONIQUE ETGROSSESSE

<table>
<tr><td colspan="2">1. Lamaladierénalechronique</td></tr>
<tr><td>Ellese définitcommela présence d’unmarqueurd’atteinte
rénale,biologiqueet/ oumorphologique depuis aumoins 3
mois ; qu’ilyaitou nonunealtération delafonctionrénale
(insuffisancerénale)</td><td>Laclairancedelacréatininepeutêtrecalculée parcertaines formules dontcellede:
-CockcroftGault[(140–âgeen année)xpoids enkg/7,2x créatininémiemg/l]x0,84
Aucours del’insuffisancerénalechronique(IRC)
-Lagrossesseentraine uneaccélération dela détériorationdela
fonctionrénale;</td></tr>
<tr><td colspan="2">NB:
Pourla femme présentant uneinsuffisancerénalechronique,oucelles quisontdialysées,les grossessessonttoujours déconseillées,mais
survenued’unegrossesseestleplussouventinattendue, rendantinadaptésles conseilsdecontraception...
au contrairechezles patientes transplantées,une grossesse peut êtreplanifiée,elle estsouvent unmotif pourchoisirla greffe, mais sila grossessesurvientalors quela fonctionrénale est anormale,la patientedoit êtreprévenue qu’iln’y aaucunmoyen d’empêcherla possible détériorationrénale.
Ence quiconcernelepronosticfœtal, desprogrèsimportants ontété faits,dautantplus quelaplupartdesinformations obtenues
proviennent degrossesses décidées endehors de toutavismédical. Ilest possible quel’onsoitarrivéàstadeoùl’éventualité d’une grossessesoitconsidéréecomme un des buts dutraitement del’insuffisancerénaleet nonpluscomme unincident auquel lemédecinseraconfronté.Cecirestevalablepourles transplantées.</td></tr>
</table>

Camerou

Situation	Diagnostic	Priseencharge
StadeI:maladierénale avec DFG normal(débitde filtrationglomérulaire)	Anomalie rénalebiologique et/ou morphologiquedepuis 3mois et plus Avec fonctionrénalenormale	Grossesseautorisée -Si lapathologie estprise encharge

	ml/mn)	
Stade2:insuffisance rénaledébutante	Clairance delacréatinine 60à 89 ml/mn	Contraception -Sigrossessepriseenchargemultidisciplinaire
Stade3:insuffisance	Clairance delacréatinine 30à 59	Contraception -Sigrossesseinterruptionthérapeutique
Stade4:insuffisance rénalesévère	Clairance delacréatinine 15à 29 ml/mn	
Stade5:insuffisance rénaleultime	Clairance delacréatinine<15ml/mn Leplus souvent estendialyseou est transplanté	Sipas desuppléance desfonctionsrénales: -Contraception -Sigrossesseinterruptionthérapeutique -Sisuppléancedes fonctions rénales :voirplus bas
Dialyse(5D):lafertilité est considérablement réduite	Interrogatoire Difficultéde grossesse;chez celles quiveulenttenter Chez lesdialysées,lediagnostic de grossessepeut êtredifficile:le test urinairen'est pas valable,mêmechez les sujets nonanuriques;letaux sérique d'hormonechorionique està lalimitesupérieuredelanormale Chez lesdialysées,lediagnostic doit être faitavecl'échographie	

Camerou

Situation	Diagnostic	Priseencharge
StadeI:maladierénale avec DFG normal(débitde filtrationglomérulaire) Transplantationrénale (5	Interrogatoire Informerles patientesgreffées quela transplantationentraineraunretour de fertilité	Conseiller, avant d'envisagerune grossesseaprès transplantation, un délaide2 ans,avec une fonctionrénalestable,sans épisode

133

T):restaure-lafertilité; patientsous corticostéroïdes et immunosuppresseurs		derejet récent, et unecréatinine<14mg/l. La pression artérielle doitêtrenormale,ou facilement contrôlepardes médicaments, etlaprotéinurie doit être inférieureà 500mg/24h. L'immunosuppression doit êtreà une posologie d'entretien,c'est-à-direprednisone<15 mg:azathioprine<2mg/kg/j,ciclosporine< 5mg/kg/
Chez lafemme avec une fonctionrénale posttransplantationlagrossessela grossesse n'a pas d'impact surlagreffe ousurlasurviedela patiente	Mais il faudra -2 ans de délai, -Une bonne fonctionrénale, -Sans protéinurie, -Ni hypertensionrénale -Une échographie dugreffonrénalnormale La grossesse doitêtresurveilléepardeséquipes expérimentées	

Conduiteàtenirobstétricale

Camerou

- Une excellentecoopération estindispensableentrelenéphrologue,l'unité degrossesses àrisque, etl'équipede néonatologie. L'accouchement prématuré étantlacauselaplus

Importantedemortalité/morbiditéfœtalechezce type depatientes, quelques précautionsdoiventêtreprisesquantàl'utilisation

des perfusionsdemagnésium

- Certains centres décidentde provoquerl'accouchement entreles 34°et 36° semaines, eten tous cas de nepas dépasserla

  38° semaine. L'indication decésarienne doit procéderdes

Indiction obstétricaleshabituelleset non pasdel'état ded'insuffisancerénale.

L'enfant d'unedialysée naîtavec untauxded'urée etdecréatineidentiqueàceluidesamère,eten général unediurèse osmotique, nécessitant unesurveillance précise.Faire attentionàlacalcémie,carunnouveau-né exposéàune hypercalcémie

risque defaireune hypocalcémie avec tétanie. Les paramètres hématologiques doivent êtresurveillés,carles

conséquences del'érythropoïétine,commeceuxdes nouveauximmunosuppresseurs,nesont pas encorecomplètement connues.

TUBERCULOSEETGROSSESSE

1.Problématique	2. Diagnostic	3. Priseencharge delatuberculosechezla femme .

Camerou

La touxest unsigne fréquent souvent Négligépendantlagrossesse (reflux, dyspnée) Le dépistage delatuberculose est non effectif auniveaudes sites de prestations SR alorsquela Tuberculose estla premièrecause demortalité dûà unemaladie évitablechezlafemme en âge de reproduction. Ilest doncnécessaire deposerun diagnostic précocepouruneprise encharge efficacete pourrompre lachaînede transmission	Ilestrecommandé de rechercher systématiquementàchaque contact avecunepatientetoute touxde plusde 15jours avec ou sans signes d'imprégnation Tuberculeuse:fièvre,anorexie, sueurs nocturnes, amaigrissement, hémoptysie. Devant unesymptomatologie évocatrice,il faut demanderun examen des crachatsàla recherchedes BAAR etlaconduiteà tenirsuivra l'algorithme proposé parlePNLT	La tuberculose n'induit pasunrisque tératogène supplémentaire. Lediagnostic delatuberculoseseferaselon l'algorithme proposé parleprogramme avec une recherche des BAAR dansles expectorations. Notons cependantquelaradiographiepulmonaire estcontreindiquée Chez lafemme enceinte,une tuberculoseactive doit être traitée Les antituberculeuxde base,isoniazide,rifampicine, pyrazinamide etethambutholnesontpas tératogènes etsont utilisablessansrisque.Ilfaut éviterlastreptomycine qui peutêtre ototoxique pour le fœtuset nedoit donc pas êtreadministrépendant lagrossesse. Lorsquela grossesseaété découverte alorsquela patiente estsous streptomycine,ilfaut retirerla streptomycine dutraitement etmaintenirles autres molécules.

AFFECTIONSDENTAIRES ETGROSSESSE

Les bouleversements hormonauxquiapparaissentlors des grossesses peuventfragiliserles dents etleurtissudesoutien. Les réactionsinflammatoires etlesinfectionsquipeuventendécoulerprésententuncertainrisque pourlenouveau-né

Situation	Diagnostic	Priseencharge	
□Gingivitegravidique	□ Inflammation des gencives □Tuméfaction □Saignement aucontact □hypersensibilité	Identificationet référence	
		Amoxicilline	2 gélules de500mgx2 parjour24h avantde
		Dans lescas à risque:	Diabétique, Hypertendue, Drépanocytaire donnerl'antibiothérapiependant 48h avantle détartrage
□Epulis gingival	Excroissance non douloureuse auniveaudu colletdeladent	Identificationet référence	
		Amoxicilline	2 gélules de500mgx2 parjour24h avant exérèse chirurgicaleaprèsATBthérapie deprophylaxie
		Dans lescas à risque:	Diabétique, Hypertendue, Drépanocytaire donnerl'antibiothérapiependant
Fluorosedentaire(eau de	Dyschromie dentaire de	Reconnaissanceet référence	

Camerou

boisson)	l'enfant pouvantse compliquantd'une	Défluoration des eaux(ETAT)	
Infectionparodontale dentaire(carie	Carie dentaire dont l'évolution est respectivementinfection périapicale,lacellulite,	Identificationet référence	
		Amoxicilline	2 gélules de500mgx2 parjour24h avant extractiondentaire+++
		Dans lescas à risque:	
			Diabétique,

	répercussions surle produit deconception estlefaible poidsde naissance		Hypertendue, Drépanocytaire donnerl'antibiothérapiependant 48h

PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES ETGROSSESSE

Définition

Pathologie psychiatriquedelamaternité.Ensemble de troublesmentauxconcernantles femmes enceintes,lesnouvelles accouchéesetles nourrices.

2.PENDANTLAGROSSESSE

2.1.TROUBLESNEVROTIQUESMINEURS:

2.1.1vomissements gravidiques		
□Situation	□Diagnostic	Priseencharge

Rejets répétés d'aliments et deliquide du premiertrimestre ou parfoisau-delà, témoignentd'unenon acceptationdela grossesseauplan psychologique.Eviter les psychotropes à cette	Vomissements incoercibles	Apprécierlevécu dela grossesse parla femme: est-ce une grossesse désirée ou nonApprécierla qualité desrelationsavecleconjoint Apprécierlaqualitédes relations avecl'entourage familiale
		Continuerl'exploration delaqualitédes relations etsoutenirlafemme Au besoinconseillerunchangementtemporaire decadredevie, aborderunséjour éventuelauprèsdesa famille d'origine Prescriptionde pansements gastriques
		Hospitalisation pourisolerdel'entourage habituel [illegible]

Fluorosedentaire(eau de boisson) Infectionparodontale dentaire(carie		psychotropes Largactil(chlorpromazine)100mgx2 parjour)au besoin. Les effetssecondaires serontcorrigésparlatriphexiphénidylouArtane*5mgx2 parjour Les autres antiémétiques:
		Hôpital dedistrict/Hôpital régional -Hospitalisationpourisolerdel'entouragehabituel -Prescription d'antiémétiquesou depsychotropes aubesoin Hôpital régional

2.1.2.Troubles hystériques (grossesse nerveuse, dénide grossesse)		
La grossesse nerveuse		
□Situation	□Diagnostic	Priseencharge
Elles'accompagne degros ventre etarrêt des règles.Le testdegrossesseet l'échographie permettent d'éliminerunegrossesse. S'observechezlesfemmes désirant fortement une grossesse ouaucontraire chez les femmes quicraignent d'être enceintes.Peutdéboucherparfois surdes	Grossessenerveuse	Ecouterassurante Conseilleretoriente
		Ecouterassurante Faireun testde grossesse pours'assurerquelafemme n'est pas enceinte Conseilleretorientercelles désirantunegrossesse pourune priseenchargeadéquate

Camerou

138

Le dénidegrossesse Favorisépar Unestérilitésupposée (la femmese pensestérile etimagine nejamais tomberenceinte), -Des grossesses très rapprochées, -Lecontexte familial, notamment pourles adolescentes,

-L’enfant d’uneliaison extraconjugale,

-Un bébénondésiré,

-Une grossesserésultantd’uneagressionsexuelle,

Mais enréalité,chaquedénidegrossessecorrespondà unehistoireparticulière.Danscedomaine,ilesttrèsdifficile d’énoncer des généralités.Cesfemmes ne fréquententpas les structuresdesanté pourlesuivideleurgrossesse ettrès souvent,leur entourage neserend pas compte qu’elles sont enceintes

□Situation	□Diagnostic	Priseencharge

Camerou

Prisedeconscience d'être engrossesse pour une femme quil'est.Peut débouchersur des complications du fait d'un nonsuivi ou d'un infanticidepassifou acti	Dénide grossesse	1.Surveillerl'humeurdes nouvelles accouchées 2.Etablir régulièrement unerelationverbaleavec elle 3. La questionnersurses préoccupations concernantle bébé 4.Demanderà une femme plus expérimentée deson entourage(samère)delasoutenirpour

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

Situation	Diagnostic	Priseencharge
Survenantdansles deux premières semaines dupost- partum, elles présentent un tableauclinique assez polymorphe avec confusion mentale,idées délirantes et troubles del'humeurimportants. Lecomportement esttroublé avec une	Psychose Puerpérale	Préparertrès vitelaréférence Rassurerlesaccompagnants Demanderauxaccompagnants de protégerlapatientependantson transfert Interrogatoire del'entourage:mode de début,antécédents,maladies pendantlagrossesse… Examen physiquecomplet Utiliserau besoin unsédatif pourcalmerlapatiente etpouvoir

Camerou

agitationimportante.Elles sontfavorisées pardes complications survenueslors dela grossesse: infection,toxémie,ROM, enfant mort-né…Ellessont d'autantplus fréquentes quela nouvelle accouchée a des antécédentspersonnels ou familiauxde psychosepuerpérale. Elles peuventsignerledébut d'une		Interrogerlapatiente etson entourage Faireun examencliniquecomplet Fairedes examens paracliniques:NFS,VS,glycémieàjeun, azotémie,… Hospitalisation Amener lebébéauxcôtés desamère quisera aidée parson entourage etlepersonneldesoins Neuroleptiquesinjectables: Largactil25mg:1 ampoule en IM2 fois parjour.Haldol5mg:1 ampouleinjectable2foisparjour.Artane5 mg:1comprimélematin.Quandlecontactverbalcohérentest rétabli,relais

dangerson entourage.Ils'agit d'unesituation'urgenceà prendre enchargeauplus vite.		Sipersistancedes symptômesmalgréle traitement,référeràun service de psychiatrie
		Hôpital dedistrict Hôpital régional Hospitalisation enpsychiatrie etsuivi

*

SONU5:SOINSNEONATALSD'URGENCE

1. Soins néonataux

Lamère est en travail(confère;soins obstétricauxd'urgence):

a. Aterme, laisserévoluer

b. Elle n'estpas à terme(moins de 37semainesoumoins de8mois)estimerlepoids de bébéparla formule

Poids = HauteurUtérine xCirconférenceAbdominale

a. Le poids estsupérieurà2000g,laisserévoluer

b. lepoids estimé estmoins de2000g,transférerauCMAouàl'hôpital (transfertin utéro debébé)

1.1. Bébérespireet oua uncri immédiat,

Camerou

Bébé pèseplusde 2500g	Bébé néà terme, accouchement normalsans incident,	Fairesoins essentielsdu nouveau-né: Assécherle bébé avecdulingesec etpropreet retirerlelingemouillé Placerlebébéencontact peauàpeau aveclamère Présentation du nouveau-né et de son sexe à la mère Clampage tardif du cordon ombilical (attendre 1mn à 3mn avant de clamper le cordon ombilical) Mise auseinprécoce dansles 30minutes qui suiventla naissance FaireVitK1: 1mg en IM Appliquer la tétracyclinepommade ou Gentamycine collyre):1goutte/œilenune application unique faire les Soins ducordon ombilical àlachlorhexidine 7,1%,pasde bandage Porter le bracelet d'identification au nouveau-né et apposer des empreintes plantaires du nouveau-né et l'empreinte digitale du parent sur la fiche d'identification Habillerle bébé et le laisser auprès de sa mère
Bébérespire Bébé pèse entre2000 et 2500g	Bébé né prématuré oua un faible poids de naissance	Fairesoins essentielsdu nouveau-né Surveillance

Camerou

Bébé pèsemoins de 2000g	Bébé prématuré et a unfaible poidsde naissance	Fairesoins essentielsdu nouveau-né Transfert enposition kangourou

Bébé nerespirepas, pas decri

Luttercontre l'hypothermie	Assécher rapidementle bébé L'installersurunetable chauffante(lampechauffanteou radianteousurleventre desa mère),fermerles fenêtres (pas decourant d'air)enleverlelinge mouillé	Acette étape80%des bébés respirent, poursuivresoins essentiels du nouveau-né Sinonpasseràl'étapesuivante
Libérerlesvoies aériennes	Installerlebébéen positionde décubitus dorsal,cou légèrement en extension Aspirerlacavitébuccalepuisles narines en unseul passage Evaluerlarespirationetla fréquencecardiaque	Acette étape15%des bébés crient etrespirent Poursuivresoinsessentielsdu nouveau-né Sinonpasseràl'étapesuivante
Ventileraumasque	Ventilerle bébéàl'airambiant avec un ballon etunmasque adaptés Tenirleballon danslamain dominante	4%des bébésrespirent,secolorent. Poursuivreles soinsessentielsdu nouveau-né Sinon,appeleràl'aide(uneautrepersonnedisponiblemême un

	Fréquencedeventilation 40à60 cycles parminute Puis évaluerlarespiration etla fréquencecardiaque	
Massagecardiaque externe Toujours coupléàla ventilation	Celuioucelle quivous aide poursuitlaventilationtelle que vous avez commencée empaumerle thoraxde bébé avec vos 2mains,les 2pouces l'unàcôtédel'autresouslaligne bi-mamelonnaire, exercer3 pressions douces avec vos pouces pourune ventilation aumasque(soit90compressions et 30insufflations/mn)Contrôler lepouls oulesbattements cardiaquessans arrêterla ventilation	Bébérespire etcri AuCSI Mise enkangourou ettransfertimmédiat AuCMA Sibébéaplus de 2000g FaireATBIMdoseinitiale ettransfert enkangourou Al'hôpital Hospitaliserlebébé dansleservice denéonatologie PlaceruneVoieveineusecentrale(cathéterombilical)ouunevoie veineuse périphérique avec duG10%et duCalcium10%:5mldans 250ml Mettrele bébésous oxygènesibesoin Poser unesonde naso ouorogastrique

Camerou

144

		Intuberle bébé:Mettreenplacelelaryngoscope parla bouche,le tenir aveclamain gauche,refoulerlalangueversla gauche pourvoir laluette,chargerl'épiglotte.Al'aide d'unepince deMagill,tenir l'extrémité delasonde etenfoncerentreles cordes vocales Retirerlelaryngoscope,maintenirlasonde auras dunez aurepère correspondant(7+1cm/Kg)etfixeravecunsparadrap ventiler avecun ballon autogonflable (Ambu bébé); Si la fréquencecardiaques'améliorepoursuivre priseencharge hospitalière,poursuivrelaventilation(respirateuroumanuelle) ~~Sifréquencecardiaqueinférieureà 60c/minmalgrélaventilationvia~~ l'intubation,faire del'adrénaline(confèrefichepourdilution)0,1ml/kg toutesles 5minutesen IV. ARRETER LAREANIMATION AU BOUTDE20MINUTESDE REANIMATION BIEN CONDUITE:VENTILATION EFFICACE, MASSAGECARDIAQUEADEQUAT,DROGUESA BONNES DOSES,APRESAVOIR INFORMÉLAFAMILLE (confèrefiche)

Pathologies courantesdu nouveau-né

Nouveau-nésuspectd'infectionmaterno-fœtale(IMF)

Uneinfectionmaternofoetale estuneinfection(surtout bactérienne)contractée avantpendant ou aprèsl'accouchement

Quandsuspecterune IMF?	Conduiteàtenir		
Travailprolongé	AuCSI	AuCMA	Al'hôpital dedistrict
Rupturedela poche deseaux avantledébut dutravail	Une dose d'antibiotique Ampicillineinjectable:100mg/ KG/12h en IM Gentamycineinjectable : 5mg/ KG/24h en IM Puis transfertimmédiatà l'hôpital	Une dose d'antibiotique Ampicillineinjectable:100mg/ KG/12h en IM Gentamycineinjectable: 5mg/ KG/24h en IM Puis transfertimmédiatà l'hôpital	Fairedes prélèvements (analysedu LCR NFSCRP
Rupturedela poche deseaux deplus de12h avant expulsion			SiLCR perturbé:faire antibiothérapieàdose méningée durant 10à 14jours
Fièvrematernelle aucours du travail(en dehors du paludisme)>38°C			SiLCR normal,CRP et/ou NFSperturbés:anémie, hyperleucocytose≥25 000/mm3, leucopénie<5000/mm3 thrombopénie<150
Liquide amniotiquefétide, purulent(teinté)ouméconial			SiLCRnormal,CRPet/ou NFSnormales,faire antibiothérapieàdose septicémique etcontrôleCRP ouNFS48heuresplustard.Si toujours normale, arrêter

Prématuritéinexpliquée<35 semaines			Siperturbation,continuer antibiothérapieàdose septicémique durant 10jours
Infectionurinaireouvaginale delamaman avant			
Infection d'un des jumeaux			

Traitement del'infectionbactériennenéonatale: Il s'agit ici des doses méningées

.Les réduire de moitié en cas de Sepsis/Pneumonie

Faireune triple antibiothérapie quicomprend: Cefotaximeinjectable:100mg/kg/12h en IVL(ou ceftriaxone injectable si le nouveau-né n'a pas d'ictère :100mg /kg/jr en une prise unique)

Ampicillineinjectable:100mg/kg/12h en IVL

Gentamycineinjectable : 5mg/kg/24h enuneprise en IVL pendant 03 à 05 jours

ATTENTION : NE PASDONNERD'ANTIBIOTIQUEPARVOIEORALEAUNOUVEAUNE

Camerou

Situationsparticulières

Situationscliniques	Conduiteàtenir (voir PTME)
4.Menace d'accouchement prématuré	Prendre enchargelamenace d'accouchementsurleplan obstétrical avec emphase sur la -- Cortoicothérapie anténatale entre 24 et 34SA - Administration du sulfate de magnésium si AG est inférieure à 32 SA - Antibiothérapie en cas de rupture prématurée (RPM) avant terme

Prise en charge du nouveau-né de mère atteinte de syphilis	• Administrer à toutes les femmes dont la sérologie est positive de la benzathine benzylpénicilline à la dose de 2,4 millions d'UI par voie IM en une seule fois, après avoir exclu une allergie à la pénicilline. Suspecter la syphilis congénitale si la mère a une syphilis en grossesse traitée ou non: – **rechercher chez le nouveau-né les signes de syphilis congénitale (œdème généralisé, éruption cutanée, bulles sur les paumes ou sur les plantes de pied, rhinite, condylome anal, paralysie d'un membre , ictère, pâleur...etc).** – **Faire la sérologie de la syphilis (TPHA et VDRL dans le sang et le LCR). Si sérologie positive compléter par une radiographie osseuse.** – • **Le bébé doit être traité si:** – **signes cliniques présents et sérologie positive** – **signes cliniques absents et sérologie fortement positive (4 fois le taux de la mère)** – **pénicilline cristalline ou de la procaïne pénicilline à la dose de 50 000UI/kg/jour pendant 10 jours.** – • **Pas de traitement si la sérologie du bébé est négative et absence de signes.** **Nouveau-né asymptomatique et son bilan non fait: lui donner 50 000 unités/ kg de pénicilline benzathine**

NOUVEAU-NÉS DE MÈRE ATTEINTE DE TUBERCULOSE	• Si la mère atteinte de tuberculose a complété le traitement approprié et ne montre pas de signes actifs de la maladie, Vacciner le bébé avec BCG et poursuivre l'allaitement maternel exclusif • Si la mère n'a pas fait de test de VIH, envoyer-la pour le faire. • Si la maman a été récemment diagnostiquée comme tuberculeuse et sous traitement pour une période de moins d'un mois: – Pas de BCG à la naissance, donner de l'isoniazide au nouveau-né (5-10mg/kg) pendant 6mois. – Revoir l'enfant après 6 à 8 semaines pour faire l'examen physique et faire une IDR et une radiographie pulmonaire. S'il ne présente aucun signe de la maladie, continuer l'isoniazide et faire le BCG à la fin de la chimioprophylaxie. – **NB:** **NE JAMAIS DONNER LE BCG EN MÊME TEMPS QUE L'ISONIAZIDE.** **LE NOUVEAU-NE DEVRAIT TOUJOURS ETRE NOURRI AU SEIN.**

NOUVEAU-NÉ DE MÈRE DIABÉTIQUE	• Hypoglycémie néonatale est la complication la plus fréquente et peut être grave : glycémie strictement inférieure à 0,4g/l. • Les nouveaux nés doivent être alimentés le plus tôt possible après la naissance (30 minutes) et à intervalles fréquents (toutes les 2-3h) – Laisser l'enfant auprès de sa mère – Favoriser le contact « peau à peau » et la mise au sein précoce (première ½ heure) – Encourager l'allaitement maternel – En l'absence d'allaitement maternel, le premier repas (formules infantiles) sera proposé dans la 1ère demi-heure

NOUVEAU-NÉS DE MÈRES ATTEINTES DE L'HÉPATITE VIRALE B	Faire les injections à deux sites différents sur la cuisse du nouveau-né dans les 12heures qui suivent la naissance ou dans les 72heures • Les IG sont administrées en une dose unique de 200 UI i.m SI c'est disponible. • La vaccination contre l'hépatite virale B: 0,5ml en IMà la naissance • Suite de la vaccination selon le programme PEV. • Poursuivre l'allaitement maternel exclusif

1.5 SoinsApresAvortement(SAA)

PROTOCOLESDES SERVICESDETRAITEMENTDESCOMPLICATIONSD'AVORTEMENTETDESSOINSAPRÈS AVORTEMENT

1. INFORMATION/SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE/COUNSELING

1.1.Buts etobjectifs

Dans lecadre des soinsaprès avortementquelquesoitlaméthode d'évacuationutilisée,l'information,lesoutienpsychologiqueue verbaletlecounseling ontpourbut de:

Etablirrapidement unclimat deconfianceafin decalmerl'angoisse etlapréoccupationquelespatientes pourraient éprouver
Rassurerla patiente enexpliquantles différentes étapes delaprise encharge
Donnerlesinformations adaptées auxbesoins dela patiente Pouratteindrecesobjectifs,leprestatairedoit appliquercertains principes : Ecoutercequelapatienteveutdire,l'encourageràexprimerses préoccupationset essayerde nepasl'interrompre Lui montrerqu'onl'écoute etqu'onlacomprend Répondredirectementàses questions demanièrecalme et rassurante Utiliserunlangagesimple etadapté

Camerou

- Répéterleschosesles plusimportantes dontelledoitserappeler
- Eviterdes termesmédicauxcompliqués, utiliserplutôtdes motsque lapatientecomprendra
- Utiliserunecommunication non-verbalepleined'empathie, parexemple en hochantla têteet ensouriant,etc.

1.2.Counseling

Ildoit sedéroulerà touteslesétapes

Avantlaprocédured'évacuation Le prestatairedoit avanttoutvoirsi lecounselingest possiblesinonil leferaaprès avoirleverl'urgence. L'accueil se fera dansune salle d'examenisoléevoire dansun bureaudiscretselon

les circonstances cliniques.Le prestataire devra:

- Saluerlaclienteourépondreàlasalutation selonl’usage
- Se présentersinécessaireetluidemanderdese présenter
- L’inviteràs’asseoiroul’installer
- rassurerlaclientesurlaconfidentialité del’entretien
- Poserdes questions ouvertespourdécouvrirlemotif delavisite
- Avoirune écoute attentive
- Rassurerla patiente
- Demanderàvoirlecarnet desantédela patientesielleen possède undemême quelafiche deréférence
- Être empathiqueenverslapatiente

-Luiexpliquerqu’onval’examineret quelasuitedépendradel’examen

-Luiexpliquerqu’uninterrogatoireprécèdel’examenclinique.Cetinterrogatoire estimportant pourtraiteraumieuxson état médical

-Expliquerlesdifférentes étapes dutraitement (procédure)

-Orienterlapatienteversles services financiers pourlecoûtdutraitement ainsiquela durée del’hospitalisation

Counseling pendantla	Counseling aprèslaprocédure
Pourunsoutienverbalen expliquantlesdifférentes étapes dela priseencharge. Cetteinteractioncontinue duranttoute laprocédurede prise encharge,sert d'anesthésieverbaleet doit être adaptéauxréactions et àl'état	Pourles conseils àdonneràlacliente etl'aideràchoisir uneméthode adaptéeet pourcela,le prestataire doit: □Informerlacliente desrésultatsdelaprocédure □Informersurles signesnormauxderécupération(saignementsquinedépassent pas ceuxdes règles, unemenstruation normale quidevraitse présenterdansles 4à8semaines) □L'inviteràrevenirdevant lessymptômessuivants (saignementsplus abondants,douleuraigue ou accrue,fièvre,frissons oumalaise,évanouissement,syncope) □Lui donnerles conseils tels que:

□S’assurerdesa bonne collaboration □Encouragerla patienteà poserdesquestions □Larassurertout aulong de laprocédure(bilan initial, stabilisation,curage, référence,suivi) □Etre attentifauxbesoins pouruneréponse adéquate.	contraceptiveimmédiatement. □L’aideràcomprendreles facteurs qui ontprovoquécetavortement etses conséquences (IST, VIH/SIDAet autresinfections) □Identifierd’autres besoinsenSR (infertilité) □Discuterde □S’assurerqu’elleabiencompris □FairelecounselingPFet offrirlaméthodechoisie avantsasortie -Luidemandersielleadéjà utiliséuneméthodecontraceptiveet quelleméthode,sielleaeu des problèmes,sielleaarrêté etcequimotivél’arrêt decetteméthode. □Lui présenterlesdifférentes méthodes contraceptives disponibles (mécanisme d’action, avantages,limitations,effetssecondaires)

□Lui parlerdelaprotection ounondelaméthodecontreles IST,VIH,Hépatite

□L’aideràchoisiruneméthode adaptée

□L’informersurcomment utiliserlaméthodechoisieetseréapprovisionner

□L’informersurcomment et quand arrêterlaméthodechoisie oulachanger

□Lui fairerépétercequ’onadit pours’assurerqu’elleacompris

Camerou

□Demandersielleades questions àposer

□Lui direqu'elle peutrevenirà n'importe quel momentsielle ena besoin

□Lui donnerunrendez-vous

2. PROTOCOLESD'EVACUATION UTERINEPOUR LA PRISE EN CHARGEDESCOMPLICATIONSD'AVORTEMENTET SOINSAPRESAVORTEMENT

2.1. EXAMEN CLINIQUECOMPLET

L'examencliniques'effectueraquandl'étatdelapatientele permet.

2.1.1.Interrogatoire,Anamnèse ouhistoiredel'avortement				2.1.2.Examen physique général
Demander	Antécédents			
	Gynéco-obstétricaux	Chirurgicaux	Médicaux	
•Date des dernières règles •Saignement (date	•Âge •Gestité	•G.E.U. •Césarienne	•Allergie médicamenteuse	•Expliquerle butetla procédure del'examen àlapatiente

quantité) □Douleurs abdomino-pelviennes □Douleurslombaires □Expulsionpartielleou totale duproduitdela conception □Avortementspontané ou provoqué □Siprovoqué,moyens abortifs utilisés	□Nombre d'enfantsvivants □Age du dernierenfant □Age du dernier accouchement □Nombre d'avortements provoqués/ spontanés:leurterme gestationnel et ladate dudernier avortement	□Kystectomie □Cure desynéchie □Chirurgietubaire □Appendicectomie	□(antibiotiques, xylocaïne) □Maladies cardiaques □Maladies respiratoires	□Allongerla patiente □Prendreles constantes(TA, □Température, pouls) □Rechercherles signes d'anémie □Examinerles seins □Ausculterlecœur,les poumons

2.1.3.Examen gynécologique	2.1.4.Examens paracliniques
□Demanderàlafemme devidersavessie □Expliqueràlaclientelaprocédure etle but de l'examen □Installerlafemme en position gynécologique □Selaverles mains □Porterdesgantsstériles □Inspecterles organes génitauxexternes et noterles pertes ousaignement	□Etablirle groupesanguinrhésus □Sirhésus négatif, fairesérumantiD □Fairesi nécessaire: - Tauxd'hémoglobine/hématocrite NFS
	2.1.5.Conclusion del'examen
	□selonles signesetsymptômes,déterminer lestade del'avortementet les complicationsassociées. □La priseenchargesera fonctiondustadedel'avortement et du type

Camerou

151

duvagin etducolavec unepince □Notertoutelésionduvaginet ducol □Observerle degré d'ouverture ducol □Retirerlespéculum □Touchervaginal combiné aupalperabdominal □Apprécierlasituation,laconsistance,lalongueur,le degré d'ouvertureducol □Notertoute douleuràlamobilisation ducol □Evaluerla forme,la position,lataille,lamobilitéde l'utérus □Notertoute douleuràlamobilisation del'utérus □fairelacorrélationentre tailledel'utérus etladate des dernièresrègles □Rechercherlaprésencedemasse annexielle	decomplications rencontrées. □Ne pas confondreun avortement avec : -Saignementsvaginauxnon dus àlagrossesse,il peuts'agir: -D'effetssecondairesdes contraceptifs -Descomplications destumeurs del'utérus(fibromes,cancers ducol,du corps et d'ovulation) -Deviolencesexuelle □Traiterselonl'étiologie -GrossesseExtraUtérine.Sisuspicion,faire: -CuldosynthèseponctionduDouglas) -Uneéchographie -Unelaparotomiesinécessaire

3.PROTOCOLES EN FONCTION DESTYPESD'AVORTEMENT

3.1.AVORTEMENTSIMPLE

<table>
<tr><th>Situation</th><th>Diagnostic</th><th colspan="2">Priseencharge</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Evaluerles signesdechoc

-Poulsfaible,rapide110 bts/mm

- TAbasse(diastolique<60,systolique<90)

-Pâleur

-Sueur, extrémités froides</td><td rowspan="2">Avortement incomplet</td><td>sichoc ousaignements:

-Allongerlapatienteles jambes surélevées

-Libérerles voies aériennessupérieures

-Prendre unevoie</td><td>Enl'absence dechoc

Repos aulitet antispasmodiques (voie orale ourectale);

Progestérone naturelle:parvoie vaginale pourlagrossesse jeune(inférieureà10semaines)et peros</td></tr>
<tr><td colspan="2">Idem</td></tr>
</table>

Camerou

-Anxiété -Confusion -Perte deconnaissance -Vertiges -Agitation -Respirationrapide 30/mm □Hémorragies génitales,souventcontinues,après un retarddes règles (préciserla date des dernières ; règles etI'abondancedes saignements) □Douleurs pelviennes sous forme decrampes utérinesrythmées ;		□Oxygéner6à8L/mn □Etablirle groupesanguin-Rhésus -faireun tauxd'hémoglobineet/ouhématocrite -Restaurerlevolumeliquidien(lactate deringer1Len 15à20 minutes etmacromolécule 500ml) -faireun testdecompatibilité ettransfusersinécessaire □Sitauxd'hb<6g/100mlou hématocrite<18% - Transfuser -Administrerdes antibiotiques (Ampicilline2grammes,IVou IM) □Sisignesinfectieux:

Camerou

<table>
<tr><td>Situation</td><td>Diagnostic</td><td colspan="2">Priseencharge</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Une hémorragie
plusimportante avec caillots.
Descrampes utérines plus
intensesetplus rapprochées.
Au touchervaginal:
uncolouvert
avec parfoisdes débris ovulaires</td><td rowspan="4">Avortement inévitable</td><td>Avant 14semaines</td><td>Au-delà de14semaines</td></tr>
<tr><td>S’abstenir,si lesaignement estmodéré et l’expulsioncomplèteetspontanée;
Sicolouvertfairelecurage.
Sicolnonperméableau doigt, transférerau centredesantéleplus procheaprès mise encondition.
Siprésencedesage-femme
Pratiquerune aspirationmanuelleintra-utérine(protocoleSAA).

Misoprostol
Avortementincompletjusqu’à 12SA:</td><td>Avortement 2ème trimestre
13-15SA: 400µg toutesles 12hvoie vaginale(2cpx2/j)
16-20SA: 200µg parvoievaginaletoutes les 12h(1cpx2/j)
Ilne faudrait pasexcéder4 doses supplémentaires
Mettre enconditionlapatienteetla transférer immédiatement aucentrede santé desantédeniveaux2 ou3au besoin</td></tr>
<tr><td>Avant14semaines</td><td>Au-delà de14semaines</td></tr>
<tr><td>Pratiquerune aspirationmanuelleintra-utérine(protocoleSAA).
Misoprostol
Avortementincompletjusqu’à 12SA:
donnerunedose unique de600 µg(3cp)</td><td>Placeruneperfusiond’ocytocine(10unités internationales
d’ocytocine dans 500ccdesérumsalé, au débit de20à 30gouttes/mn)jusqu’à
l’expulsion;</td></tr>
</table>

Camerou

154

			curagedigital; Examinerleproduitdeconception Ocytocine etantibiotique
		Idem	

2.2. AVORTEMENTMOLAIRE

Situation	Diagnostic	Priseencharge
•Signes sympathiques exagérésde grossesse •Discordanceentrelevolume utérin etl'âge delagrossesse •Utérus plusgros quel'âgedela grossesse avec parfois degros ovaires (kysteslutéiniques) •Vésicules dedifférentes tailles,si avortement encours	Avortement molaire	Référervers hôpitalrégional/central/général •Evacuerutérus rapidement de préférenceparaspirationmanuelleintra utérinesous perfusion d'ocytocine(10 unités d'ocytocine dans500cc desérumsaléà 20à30 gouttes/mn), •faire attentionàla perforation utérinelors del'aspiration(utérus gros et •Surveillerdurantl'année quisuit àcause durisque demaladie trophoblastiquepersistant (môleinvasiveouchoriocarcinome), pardosage du tauxde bétaH.C.G.(une foisparsemaine pendant8semaines,durant lesquellesildoitnormalement devenir négatif,puistousles mois pendant6 mois et pendantles9ème et 12èmemois);
•Donnerlafiche deréférence •Assurerles bonnes conditions delaréférencesi besoin(voieveineuse,confort,assistance); •Demanderàlafamille derépéterles consignes ;		

3. METHODESD'EVACUATION

Ellessontde troistypes:

3.1. Moyensmécaniques	3.2. Moyensmédicamenteux	3.3. Autres méthodes
□sonde deFoley □Curage □Aspiration	□Misoprostol □Perfusion d'ocytociques	□Hystérotomie □Injection desoluté hypertonique
Ne pas commencerl'évacuation utérine avantdestabiliserla patiente		

4. ASPIRATION MANUELLEINTRAUTERIN (AMIU)

4.1. Préparation delapatiente	4.2. Gestion deladouleur	4.3. Préparation dumatériel d'évacuation

Camerou

Le butdececontactsera d'informer lapatientedu résultatdel'examen,lapréparer pourlaprocédures'ily aune indicationd'AMIU envuedela rassureroupratiquerlecurage dansles structuresnedisposant pas d'AMIU ou utiliserdes méthodesmédicamenteuses □Leprestatairedevralui expliquer toutes étapes desoins. □S'assurerdelavacuitévésicale et quelepérinéea éténettoyé □Demanders'il existedes antécédents	□Informerlacliente delapossibilité de ressentircertaines formes de douleurs supportables etd'intensité variable qui accompagneladilatation ducol. □Parailleurs une autre douleur diffuse, dansle basventreavec irradiationpostérieure,liéeà l'évacuation utérine,peut-être ressentie. □Parleràlafemme pendanttoutela duréedelaprocédure □Lui donnersielle n'a pas d'antécédentsd'épigastralgiede	Pourminimiserlerisque detransmission de maladies,lesprincipes fondamentauxde prévention desinfections doivent êtrerespectés. □Utiliserlesinstruments etles gantsstérilesou DHN. □Ilfaut quelesinstruments, aiguilles,seringues et fournituresnécessaires pourl'AMIU ou tout autre matériel d'évacuationsoient prêtsetà portéede main. □VérifierquelaseringueAMIU tientlevide □Verifierquelematérieldesecoursestdisponible encas d'urgence □Etablirle vide danslaseringueAMIU

4.4. ETAPESDELA PROCEDURE

4.4.1.Préparation	4.4.2.Anesthésie paracervicale	4.4.3.Procédureproprement dit

selaverles mains etenfiler des gantsstériles ouDHN Aspirer10mldexylocaïne à 1%sans adrénalinedans uneseringue. Insérerdoucementle spéculum, retirercaillots desang,débris et tissusduvagin. Nettoyerlecoletlevagin avec unesolution antiseptique. Injecter1mldexylocaineà 1%au niveau dupoint detraction de lapince dePozzi Saisirlalèvrepostérieure ducolavec unepincede Pozzià12h ou18h	Exercer une tractionsurlapincedePozzipour exposerlazonedejonctionentrel'épithélium cervicaletlevagin. Introduirel'aiguillejusteàlajonctionàune profondeurmaximalede 5mm, aspirerpour s'assurerqu'on n'est pas dans unvaisseau. Injecterenviron2mldexylocaïneà 1%à 3h, 5h, 7h et9h.? Attendre2à4minutes pourquel'anesthésie aituneffetmaximum. **LesEffetsSecondairesde l'anesthésie** Certains effetssecondairespeuventsurvenir: Effetssecondaires mineurs : -Engourdissement des lèvres etdelalangue -Goûtmétalliquedanslabouche Étourdissements	Exercerune tractiondoucesurlecolafin d'horizontaliser lecanalcervical etl'utérus l'utérus. Faireune hystérométrie Dilaterlecolsinécessaireen utilisant des dilatateursdupluspetit auplusgrand. Tout enstabilisantlecoleten appliquant doucement une traction,insérerlacanule par lecol danslacavité utérine. Pousserdoucementlacanuledanslacavité utérinejusqu'àcequ'elle touchele fond utérin, Noterlaprofondeurdelacavitéutérine grâce auxpointes visiblessurlacanule. Après avoirmesuréla tailledel'utérus, retirer doucementlacanule d'AMIU. Adapterlaseringued'AMIU. S'assurer quelacanule n'avance pasdans l'utéruslorsqu'onadaptelaseringue Libérerlavalvedevidesurlaseringue.

		jusqu'au premiertrou. Sicelaseproduisait ousi laseringue était remplieplusqu'àlamoitié(voirles Fiches techniques) Faireun prélèvement des débris pourexamen anatomo pathologique

4.5. Surveillance post-AMIU	4.6. Décontamination dumatériel

Surveiller Les signes vitaux: - TA, - Température, -Pouls, -Respiration Les saignementsvaginaux La douleurabdomino-pelvienne	Avant deretirerlesgants,placerles objetsjetablescontaminés (compresses,coton et autres déchets)dans un bac étancheou unsac enplastiquebienétiquetéàcettefin. Placerlesinstrumentstranchants (aiguilles etseringues)dansunrécipientséparéne pouvantêtrepercé. Lesfragments detissussortis del'utérus peuvent êtreévacuésdanslesystème d'égout. Une fois qu'on estcertain quelaprocédureestterminée, décontaminertousles instruments (seringues,canules,pince dePozzi etspéculum) enles plaçant dansunesolutionchloréeà0,5%.Sionaadministré uneanesthésie para cervicale, décontaminerl'aiguillehypodermique et laseringueassemblée enlesremplissantdelasolutionchlorée avant deles faire

4.7. PRISE EN CHARGEDESCOMPLICATIONSPENDANTL'AMIU

4.7.1.Evanouissement au cours de l'AMIU	4.7.2.Perforationutérine

Camerou

□Arrêterla procédure □Libérerlesvoiesaériennes supérieures □Tournerlatête dela patiente de côté pouréviterl'inhalationsi ellevomit □Suréleverles jambes dela patiente □Si larécupération n'estpas immédiate: -Prendre unevoieveineuse -Oxygéner -Demanderune assistance	Elle estSoupçonnéependantlaprocédure: □si lacanule pénètreau delà delataille escomptée del'utérus en fonction del'examen bi-manuel, □levidede laseringuediminue aveclacanulebienintroduite. Ce qu'ilfautfaire: Arrêterlaprocédure Observerla patientesisymptomatologiepauvre pendant 2heuresaumoins 1. Commencerà perfuseretà donnerdesantibiotiques parvoieintraveineuse.Verifier l'hématocrite delapatiente etprendreles dispositionsnécessaires pourune transfusion desangou unesolutionderemplissagevasculairesi indiqué(etsi disponible). 2. Réévaluerlasituationen faisant uneéchographiepelvienne avantlasuitedela prise en charge 2..Sicelan'est paspossible,transférerla patiente dansun hôpitaldeniveausupérieur.

4.7.3.Choc grave	4.7.4.Choc infectieux	4.7.5.L'emboliegazeuse
Voirprise encharge d'urgence-phaseinitiale	Idem	Oxygénationhyperbare Ventilation Voieveineuse

5. CURAGE

5.1. DEFINITION	5.2. INDICATIONS	5.3. L'emboliegazeuse
Lecurage estun procédédigitalutilisé dansl'avortement dans lebut d'évacuer lacavité utérine. Ilpermet demieuxs'assurerdela vacuité del'utérus ; également d'explorer et d'apprécierune éventuelle anomalie. Le touchervaginalaupréalablepermet de préciserlasituationetledegré d'ouverture ducolainsiquelevolume de	Avortementincomplet saignement abondant chez unefemme quia faitunavortement	Colperméable auniveaudel'orificeinterneetexterne permettant ainsi l'introductionspontanément de deuxdoigts Préparation psychologique(femme détendue, bien informéesurlebut,laprocédureetle déroulement ducurage) Vessie etrectumvidés Femme placée en position gynécologique Voieveineuse desécuritégestiondeladouleurpar

Camerou

5.4. TECHNIQUES	5.5. IDENTIFICATION D'AUTRES BESOINS EN SRAT PAUTRES
□Préparerlematériel □Désinfecterlarégionvulvo-vaginale avec unantiseptique □Porterles gantsstérilesselonlaprocédure	□L'anamnèse(PF,Prénatale, autre) □L'examen physique/examen pelvien □Lecounseling

béant etexplorentsoigneusementles faces antérieures etpostérieures,les bordslatéraux,lefondetles cornes utérinesdétachantainsi les débris ovulaires quisont ensuite extraites □Avant desortirles doigtsilfauts'assurerdela parfaitevacuitéetintégrité de l'utérus □Termineren faisantunetoilettevaginale, puisvulvaire □FaireuneinjectionIMd'antibiotique et d'ocytocique □Examinerleproduitdeconceptionàlarecherche devésicule(môle)	□Cesmécanismes peuventaiderleprestataireà identifier -Les notions d'infertilité etou d'IST -Laprévention des avortements -Les cas àréférerencas de besoinnonsatisfait

6. METHODESMEDICAMENTEUSES

L'une des méthodesles moins onéreusesetles plus efficacesestleMisoprostol

6.1. Indication	6.2. Contre-indication	6.3. Effets secondaires	6.4. Posologie	6.5. Suivi

Camerou

□Grossesse intrautérine non évolutive jusqu'à quatorze semaines □Avortement incomplet	□Allergieau Misoprostol ou autres prostaglandines □Glaucome □HTAsévère □DIU enplace □Endométrite	□Fièvre □Frissons □Nausées □Vomissements □Diarrhée	□Avortement 1ertrimestre: 800µg(4cpde 200 µg)/voievaginaleousublingualetoutesles 3-4h □Avortement 2ème trimestre -13-15SA: 400 µgtoutesles 12hvoievaginale (2cpx2/j) -16-20SA: 200 µgparvoievaginaletoutesles 12h(1cpx2/j) □S'il n'va pasd'effetpendant 24h doublerladose	□donnerrendez-vous quarante huitheuresplus tard etaviserla femme dese rendredansla structure encas desaignement abondant
NB: éviterdedonnerlemisoprostol à des doses élevées chezles gestantes avec unâgede grossesseavancécarilyaunrisque deruptureutérine				

NB:Voirfiched'utilisationdumisoprostol

8. LIENSENTRELACOMMUNAUTE ETLESSTRUCTURES SANITAIRES

L’avortementmet en dangerlaviedela femme du faitdeses complications.

Lamobilisationcommunautaireaidelacommunautéàreconnaitrelessignesdedangerdel’avortementincompletetsoutenir l’accès aux servicesdeSAA.;Lamobilisation aideégalementlacommunautéàreconnaitreleslacunes et problèmesauniveaude l’accès auxSAAet encourageles membres communautairesà formulerdes solutions pourtraiterces problèmes

8.1. Préventiondes avortements etcomplicationsdanslacommunauté	8.2. Dans letraitement
•Préventiondes grossesses non désirées etdes avortementsàrisque •Sensibiliserlacommunautésurles causesetconséquences des avortementsspontanés ;les causes etconséquences de l’avortement provoqué;lareconnaissance des signes dedangeretlarecherche desoins •Conscientiserlacommunautéàlareconnaissance deceslacuneset problèmes liésaux 3retards (reconnaissancedu problème, prisede décisionet résolution •mobilisationdes ressources communautaires(politique,financières, humaines,…)pour faciliterlarecherche des soins appropriésetprécoces àlastructuredesanté •Plaidoyerauprès desleaders politiqueset autorités administratives pourmobiliserles ressources delacommunauté: -Organisation d’aide/soutienàlaprise encharge des frais médicaux -Mise enplacedecaisses desolidarité; assurances maladies -Cotisationsindividuelles etadhésion des membres des groupes aux mutuelles desanté -Dispositionslocalespourfaciliterletransfertdes urgences	•Lamatrone doitidentifierles signes quimontrentqu’unefemme fait un avortement: •La perte desang endébutde grossesse •Les douleurs aubas ventre •Souhaiterlabienvenueàlacliente, lamettreàl’aise etlarassurer Conduiteàtenir •Faireune toilettevulvaire,si nécessaire •Poserouconseillerune garniture propre; •Donnerdes médicamentscontrela douleur(paracetamol)siellea des crampes

concertation entrelacommunauté,lacollectivitélocale etlastructure desantépourla résolutiondes problèmes liésàl'accueil,auxhorairesd'ouverture.	(formationsanitairedeniveau1 ou2) avec l'aide delafamilleafin quela femme puissebénéficierdesoins appropriés etprécoces □Accompagnerla femmeréférée □Rassurerlafamille

8.3. Aprèsle traitement d'urgenceàlastructuresanitaire

□Faireaumoins unevisitedesuiviàdomicileàsonretour

□Donnerdes conseils àlafemme:

□Retournerimmédiatement au poste oucentredesantéencas de:

-Saignements plus abondantsqueles règles

-Vives crampes ou douleursau basventre

-Pertes malodorantes duvagin

-sensationdefroid oudefièvre oudemalaise en général

Camerou

-Saignements quidurentplus de10jours

- Sereposeretbienmanger
- Nerienmettre danslevagin
- Attendrequeles saignementscessent avantd'avoir desrelationssexuelles
- Utiliseruneméthode deplanificationfamilialeimmédiatement ou aumoment des relationssexuelles.Attendre6mois avant de tomberenceinteà nouveau(unegrossessepeutànouveausurvenirdansles11jours quisuiventl'avortement)
- FairelaconsultationPFsielle n'est pas sousméthodecontraceptive

- Offrirlaméthodesidisponible auniveau delacasesinonréférée pourautreméthode
- Solliciterlesoutiendumarietdela famillepourles soins desuivietlapratique delaPF
- Faireuncontrôlele8^{ème}jouràlastructuresanitaire

ANNEXE

SIGNES ETSYMPTOMESDES STADESDEL'AVORTEMENTETSESCOMPLICATIONS

Diagnostic	Saignement	Coldel'utérus	Taille del'utérus	Autres signes
Menace d'avortement	Légerà modéré	Non dilaté	CorrespondantàlaDDR	Testimmunologique de grossessepositif
Avortementinévitable	Modéréa abondant	Dilaté(œuf dansle col)	Inférieure ouégaleàla taille correspondanteàlaDDR	Contracture utérine,utérus sensible, douleur lombaire
Avortementcomplet	Legerou aucun	Mou, dilatéou ferme	Inférieure ouégaleàla taille correspondanteàlaDDR	Aucunecontraction utérine, expulsion totale des
Avortementincomplet et septicémie	Legerà abondant	Dilatéetmou	Inférieure ouégaleàla taille correspondanteàlaDDR	Défense abdominale, douleur àlamobilisation ducol, expulsionPDC,T>38C, signesdechoc
Avortementincomplet et lésions abdomino-pelviennes	Legerà abondant	Dilaté	Inférieure ouégaleàla taille correspondanteàlaDDR	Abdomen distendu,défense abdominale ou contracture abdominaleàla palpationprofonde

Camerou

1.6 Avortement thérapeutique

I. Définitions

Selon l'OMS, l'avortement est l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant l'âge de 22 semaines ou l'expulsion d'un fœtus de moins de 500 g. Dans notre contexte, c'est l'interruption spontanée ou provoquée de la grossesse avant la période de viabilité du produit de conception, soit 28 semaines de grossesse ou l'expulsion d'un fœtus de moins de 1000 g.
On parlera d'avortement spontané lorsqu'il survient en dehors de toute manœuvre volontaire (locale, générale) On parlera d'avortement provoqué dans le contexte thérapeutique ou d'interruption volontaire de la grossesse
L'avortement thérapeutique est pratiqué en raison d'anomalies graves du fœtus ou lors d'une grossesse menaçant la vie de la femme

II. Principales indications des interruptions médicales de grossesse

Avant 12 semaines	
Indications maternelles	Indications embryonnaires
- Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, ….. - Toute femme sous chimiothérapie, radiothérapie et autre traitement anticancéreux - Pathologies médicales graves : o maladie cardiaque stade III et IV (classification de New	- Malformations embryonnaires en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de santé de la mère : - Anencéphalie - Agénésie rénale

York), o maladie cardiaque emboligène o Insuffisance rénale grave o maladie hépatique grave (insuffisance hépato-cellulaire, Cirrhose, CPF) o maladies métaboliques graves (Diabète décompensé, ..) o HTA sévère réfractaire au traitement o etc….. - Viol - Troubles psychiatriques (avis du psychiatre requis)	- Syndromes polymalformatifs - etc… - Infections congénitales graves - rubéole sévère - etc…
Entre 12 et 28 semaines	
Indications maternelles	Indications fœtales
Il s'agit ici des situations où l'évolution de la grossesse constitue un risque vital (menace) pour la mère - Cancers du sein, du col, de l'ovaire, de l'utérus, ….. - Maladie cardiaque stade III et IV (classification de New York), - maladie cardiaque emboligène	- Malformation fœtale (génétique, chromosomique, anatomique…) en raison des conséquences psychologiques graves sur l'état de la mère - Grossesse arrêtée

- Insuffisance rénale grave - maladie hépatique grave (insuffissance hépato-cellulaire, Cirrhose, CPF) - maladies métaboliques graves (Diabète décompensé, ..) - HTA sévère refractaire au traitement - Préclampsie sévère,éclampsie, HELLP Syndrome - Viol - Troubles psychiatriques (avis du psychiatre requis)	

III. Bilan clinique

1.1.Interrogatoire : Anamnèse/histoire de la grossesse				1.2.Examen physique général
Demander	Antécédents			
	Gynéco-obstétricaux	Chirurgicaux	Médicaux	
- Age de la patiente - Date des dernières règles (début des règles) - Age de la grossesse - Saignement (date, quantité) - Douleurs abdomino-pelviennes - Douleurs lombaires	- Gestité - Parité - Nombre d'enfants vivants - Age du dernier enfant - Age du dernier accouchement - Nombre d'avortements provoqués/ - spontanés : leur terme gestationnel et - la date du dernier avortement - Utilisation de la contraception : si oui méthode de contraception utilisée	G.E.U. Césarienne Myomectomie Kystectomie (ovaire) Cure de synéchie Chirurgie tubaire Appendicectomie Autres…	Allergie médicamenteuse (antibiotiques, xylocaïne) Maladies cardiaques Maladies respiratoires Troubles psychiatriques Consommation des substances toxicologiques Groupe sanguin et rhésus Electrophorèse d'hémoglobine	Expliquer le but et la procédure de l'examen à la patiente Allonger la patiente Prendre les paramètres vitaux (TA, Température, pouls) Rechercher les signes d'anémie Examiner les seins Ausculter le cœur, poumons Palper et ausculter l'abdomen

	- Date du dernier dépistage du cancer du col et résultat			

3.2.Examen gynécologique	
- Demander à la femme de vider sa vessie et s'assurer de la vacuité vésicale - Expliquer à la cliente la procédure et le but de l'examen - Installer la femme en position gynécologique - Se laver les mains - Porter des gants d'examen stériles - Inspecter les organes génitaux externes et noter les pertes ou saignement - faire la toilette vulvaire si nécessaire - Examen au spéculum • Insérer le spéculum • Inspecter le vagin • Noter toute lésion du vagin et du col • Retirer le spéculum - Toucher vaginal combiné au palper abdominal - Apprécier la situation, la consistance, la longueur, le degré d'ouverture du col - Noter toute douleur à la mobilisation du col - Evaluer la forme, la position, la taille, la mobilité de l'utérus - Noter toute douleur à la mobilisation de l'utérus - Faire la corrélation entre taille de l'utérus et la date des dernières règles Rechercher la présence de masse annexielle	3.3.Conclusion de l'examen La prise en charge sera fonction de l'âge de la grossesse et du type de complications envisagées

IV. Examens complémentaires

1.3.Examens avant le début de la procédure
- Faire si nécessaire • NFS ou Taux d'hémoglobine/hématocrite • Echographie • Bilan de coagulation (TP, TCK, TS)

V. Moyens

VI. 1. Moyens médicamenteux

VI. 1. 1. Misoprostol

Indications	Mécanisme d'action	Contre-indications	Effets secondaires	Voie d'administration	Suivi
- Grossesse intra utérine évolutive jusqu'à douze semaines	- analogue des prostaglandines ayan effet stimulateur sur le muscle utérin	- Allergie au Misoprostol ou autres prostaglandines - Glaucome - DIU en place - Suspicion de GEU - Coagulopathie	- Fièvre - Frissons - Nausées - Vomissements - Diarrhée - Rupture utérine - Hémorragies	- orale - sublinguale - vaginale - anale - Buccale (entre la gencive et la joue)	Donner rendez-vous 48 heures plus tard et aviser la femme de se rendre dans la structure en cas de saignement abondant

VI. 1. 2. Mifépristone

Indications	Mécanisme d'action	Contre-indications	Effets indésirables	Précautions d'emploi	Voie d'administration	Mise en garde
- Interruption médicamenteuse de grossesse intra-utérine évolutive en association séquentielle à un analogue des prostaglandines, au plus tard au 63ème jour d'aménorrhée (9 SA) - Préparation à l'action des analogues des PG dans l'interruption de grossesse pour raisons médicales *(au-*	C'est un anti progestérone qui bloque les récepteurs au niveau de l'utérus	- antécédent d'hypersensibilité à la mifépristone - porphyrie - insuffisance surrénale - asthme sévère non équilibré par le traitement, en raison de l'effet anti-stéroïdien de la mifépristone	- Céphalées. - Hypotension - Nausées, - vomissements, - diarrhées - Crampes abdo - rashs cutanés - Contractions utérines ou crampes - métrorragies - Malaises, manifestations vagales (bouffées de chaleur, vertiges, frissons)	- Ajuster le traitement en cas de corticothérapie au long cours - Eviter l'aspirine. Le mifépristone est déconseillé en cas de : - Malnutrition - Insuffisance hépatique - Insuffisance rénale	Orale exclusivement	En raison de ses propriétés abortives, la mifépristone ne doit jamais être utilisée chez une femme enceinte qui souhaite mener sa grossesse à terme. L'âge gestationnel doit être déterminé à partir de l'interrogatoire et de l'examen clinique de la patiente. Une échographie de l'utérus est recommandée.

delà du premier trimestre).			- fièvre			

VI. 1. 3. Solution salée hypertonique 20%

VI. 2. Moyens non médicamenteux

2. 1. Aspiration Manuelle Intra utérine (AMIU) cf. chapitre soins après avortement)

VI. 2. 2. Dilatateurs mécaniques

Sondes de Foley

Cette méthode consiste à insérer une sonde 16 - 22F au-dessus de l'orifice interne du col et à gonfler le ballonnet (avec un volume de 30 - 60 ml) la veille de l'intervention. L'effet est une libération locale de prostaglandines au pôle inférieur et une dilatation mécanique du col.

Laminaires

Ce sont des dilatateurs osmotiques, dont le diamètre initial est entre 3 et 6 mm, qui gonflent jusqu'à 3 à 5 fois après hydratation, entraînant ainsi une dilatation cervicale progressive. Ils sont fixés à un fil, permettant de les repérer et les retirer

VI. Procédure d'avortement thérapeutique

Les protocoles d'avortement thérapeutique varient avec le terme de la grossesse et les antécédents de la patiente. Les procédures doivent être exécutées dans les hôpitaux généraux, centraux, régionaux et de district (catégorie 1, 2, 3 et 4)

Indications	Méthode	Posologie
Lorsque le terme est inférieur ou égal à 12 semaines	médicamenteuse	**Protocole 1** : Misoprostol 600 µg per os à répéter 6h plus tard si pas de déclenchement (saignement) **Protocole 2** : Mifépristone est prise en une seule dose de 200 mg (soit 1 comprimé à 200 mg) par voie orale, suivie 48 heures plus tard de l'administration de 800 µg de misoprostol par voie orale
	chirurgicale	Préparation du col se fait par le misoprostol 200µg voie vaginale ou le mifépristone 200mg et ensuite AMIU
Entre12 semaines et 22 semaines de grossesse	• Utiliser le misoprostol 400µg par voie vaginale toutes les 8 heures jusqu'à expulsion. • Faire l'AMIU en cas d'avortement incomplet.	
Entre 22 et 28 semaines de grossesse	• Le déclenchement est réalisé par misoprostol 200µg (1cp - par voie vaginale) à répéter tous les 6 heures. • Référer au niveau supérieur si pas de réponse après 3 doses de misoprostol. • En cas de réponse, la rupture des membranes doit être effectuée le plus tôt possible, dès que le col utérin est perméable.	
En cas d'utérus cicatriciel	Référer au niveau supérieur	

NB : la patiente est hospitalisée pendant toute la procédure

VII. Prise en charge après la procédure

- En cas de saignement avec vertiges, de fièvre, … revenir dans la formation sanitaire
- Les effets secondaires des médicaments doivent être présentés à la patiente qui sera rassurée

Camerou

• Une visite de contrôle doit avoir lieu durant la période de 14 jours faisant suite à la prise de la mifépristone, • En cas de doute sur la persistance de la grossesse, une échographie peut s'avérer nécessaire. • La persistance d'un saignement à ce stade peut évoquer une rétention, ou une grossesse extra-utérine passée non diagnostiqué • Si une grossesse évolutive est diagnostiquée après la visite de contrôle, une deuxième procédure d'interruption de grossesse sera proposée à la patiente. • Assurer les autres composantes des soins après avortement

Annexes

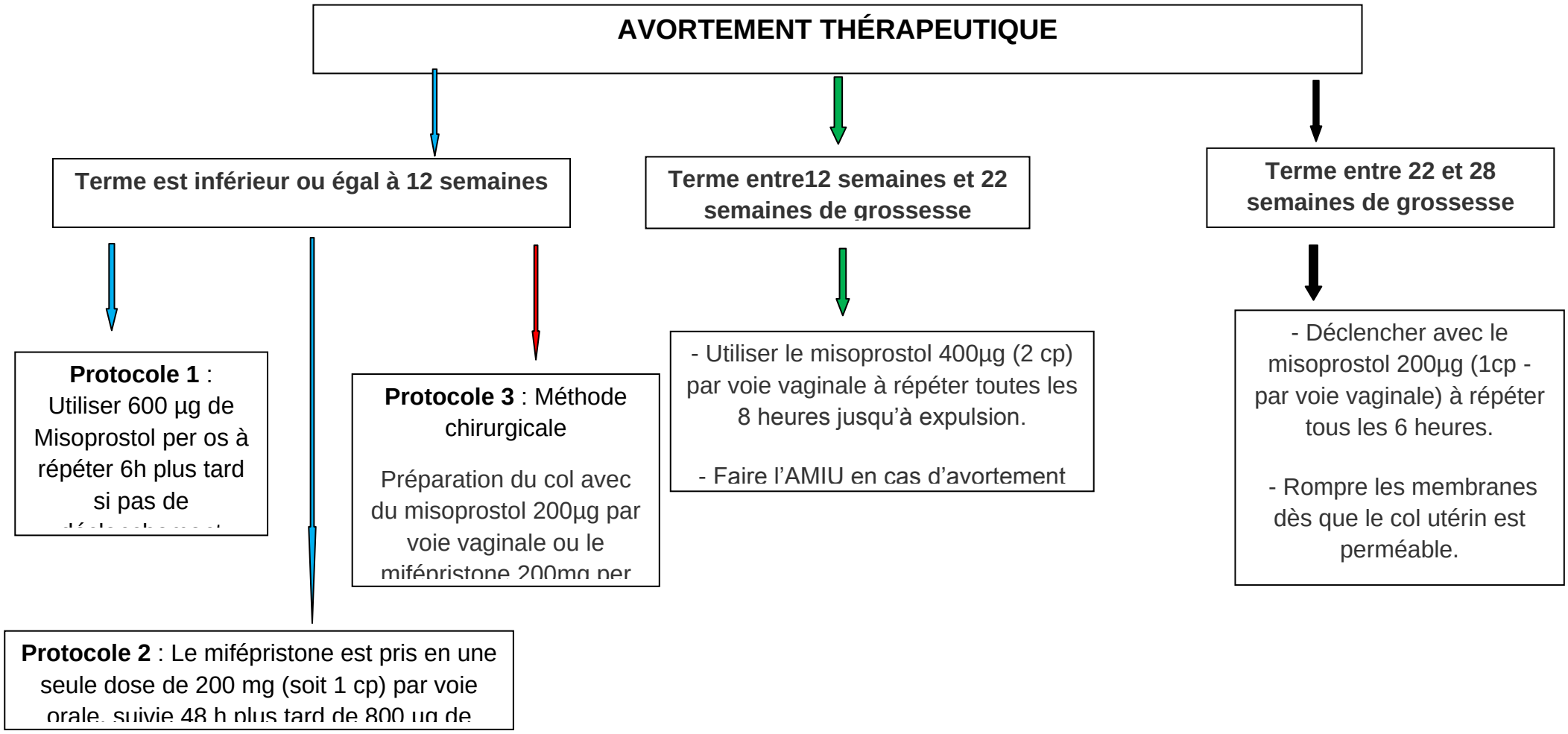
Définitions opérationnelles

Age gestationnel en semaines de grossesse	nombre de semaines écoulés depuis le premier jour des dernières règles (DDR) chez les femmes ayant des cycles réguliers (pour les femmes dont les cycles sont irréguliers, il sera peut-être nécessaire de déterminer l'âge gestationnel par un examen physique ou une échographie). On considère généralement que le premier trimestre comprend les 12 premières semaines de grossesse
Méthodes médicamenteuses d'avortement thérapeutique:	utilisation de médicaments pour interrompre la grossesse.
Dilatateurs osmotiques avec les laminaires	les laminaires sont de petits bâtonnets constitués d'algues. Après leur mise en place dans l'orifice cervical, ils absorbent l'eau et gonflent, entraînant ainsi une dilatation progressive du col de l'utérus.
Voies d'administration du misoprostol	• orale – les comprimés sont immédiatement avalés ; • buccale – les comprimés sont placés entre la joue et la gencive et avalées au bout de 30 minutes ;

	• sublinguale – les comprimés sont placés sous la langue; • vaginale – les comprimés sont placés dans les culs-de-sac vaginaux postérieurs (parties les plus profondes du vagin), et l'on demande à la femme de s'allonger pendant 30 minutes)
Méthodes chirurgicales d'avortement thérapeutique	• AMIU • la dilatation et l'évacuation par aspiration (D&E)

Camerou

ARBRE DECISIONNEL



NB : En cas d'utérus cicatriciel : Référer au niveau supérieur

1.7 Fistulesobstetricales

Protocole pour lesfistulesgenitalesobstetricales

1. DEFINITION	SIGNES		
-Communicationanormaleentrela Vessie,urètre, ouuretère pelvienetlevagin etoulerectumsecondaireàl'ac couchement dystocique	Pertesinvolontaires d'urines etou desmatières fécales parlevagin		
	Complications	Classification	Explorations paracliniques (nonindispensableau diagnostic)
	-infections urinairesàrépétition Sclérosevaginale -Lésions dermatologiquesd'irritation -Calcul urinaire -Lésions neurologiques	-fistules simples Fistules complexes -fistules compliquées	-ECBU -UIV -Dans certains cas cystoscopie

3.TRAITEMENT

3.1. Traitementcuratif	Traitement préventif		
-fonction dutype:peut allerdel'abstention thérapeutique(sonde urinaire)à un traitementchirurgical ATBpourtraiterune éventuelle	Préventionprimaire	Préventionsecondaire	Prévention tertiaire
	-Plaidoyerauprèsdesleaders communautairespourun changement decomportement (MGF,mariages précoces, promotion del'utilisation des services SR)	-Disponibilité des services SR (personnelqualifié, équipements adéquats,accessibilitédes soins	- surveillance dutravailparle partogrammedu travail -accouchement parpersonnel qualifié - Prise enchargedes complications

Camerou

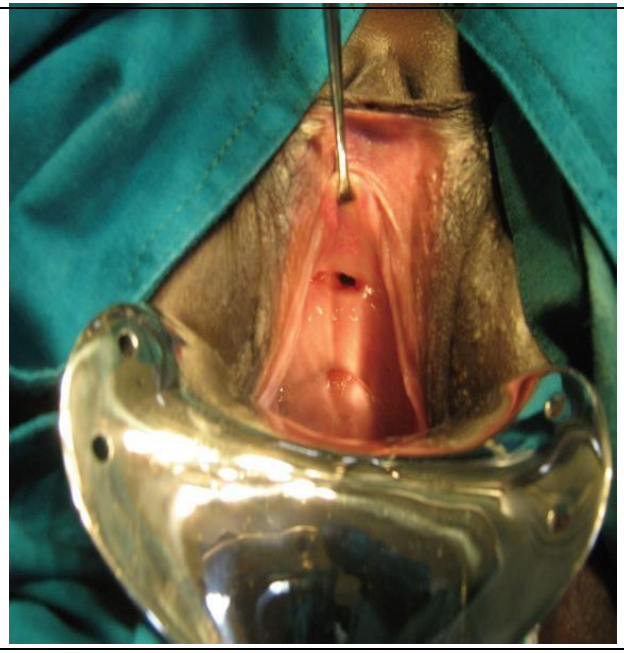
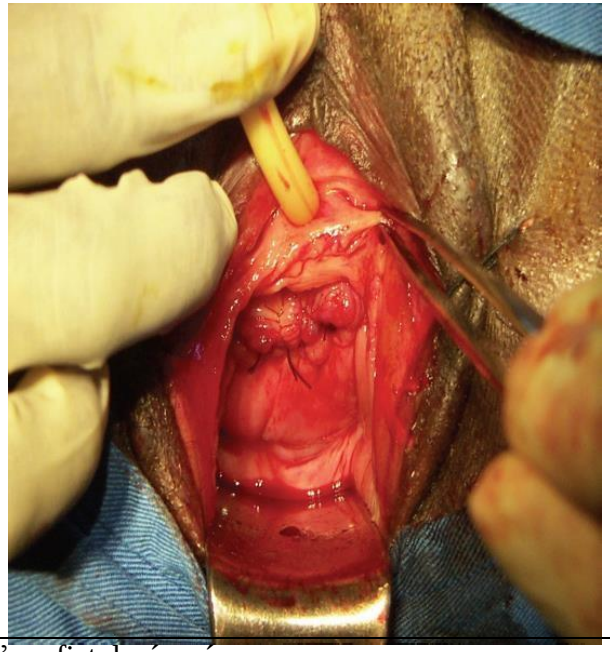
Infection -Œstrogènesenapplication localedontl'usage est controversé parcertains -Exclusivementchirurgical	-Reconnaissance des signes et existencede traitement -Recoursprécoceauxsoins -Assistanceetsoutien psychologique	-PEC des urgences obstétricales	-Surveillance accruedu post partumdes femmes avec accouchement dystocique

4.CATPAR NIVEAU

Camerou

4.1. communautaire	4.2. CSI	4.3. HR	4.4. Hôpital
-Entretien -Soutien -Orientation -Référence -Préventionprimaire -Réinsertionsociale	-Counseling, -Soutien, -Examenclinique pourdiagnostic différentiel avecincontinence urinaire -Référence -Suivides femmes traitées et non traitées -Préventionprimaire -Préventionsecondaire	-idem+cure de fistule -référerlesautrescas de fistules -Préventionprimaire -Préventionsecondaire -Préventiontertiaire	--Prise encharge intégrale

Camerou

	
Schémad’unefistule non encore traitée	Schéma d’unefistuleréparée

2 COMPOSANTE 2 : SANTE DE LA REPRODUCTION DES ADOLESCENT(E) S ET JEUNES

Camerou

2.1 Sante sexuelle et reproductive des adolescentes

Généralités			
L'ensemble des besoins (planification familiale, SONU, SPNN, MGF, prise en charge des violences 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.	Les protocoles définis doivent être respectés pour les différents services. Cependant du fait de la spécificité 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	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	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 limitent les possibilités de choix.
D'autres domaines feront l'objet d'une présentation plus approfondie sous forme de protocoles			

2.2 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/d	• Anémie légère : taux d'hémoglobine entre 9 et 12 g/dl • Anémie modérée : taux d'hémoglobine entre 7 et 11 g/dl • Anémie sévère : taux d'hémoglobine inférieur à 7 g/d

3. Intérêt de la question par rapport au contexte camerounais	4. signes

Camerou

Dans la plupart des pays en développement, plus du tiers des adolescent(e)s présentent une anémie fortement liée à la carence en fer. La période de l'adolescence correspond à une accélération de la croissance avec une augmentation des besoins en fer. Les mauvaises habitudes alimentaires fréquentes chez les adolescents 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. 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. Pourtant, les stratégies de lutte contre l'anémie sont connues : - 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. - Le personnel communautaire peut intégrer l'éducation nutritionnelle à ses activités. - Les écoles peuvent intégrer l'éducation nutritionnelle à l'éducation à la vie familiale et au cours de prévention du SIDA. 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.	t L'anémie modérée est bien souvent de découverte fortuite. A un stade avancé, la symptomatologie peut être riche, caractérisée par : - Pâleur de la paume des mains, de la plante des pieds et des muqueuses conjonctivales - fatigabilité à l'effort, - Dyspnée - Vertiges - Tachycardie et ou souffle cardiaque - Décompensation cardiaque parfois

1. CAT par niveau

Communautaire	CSI /CMA	HD/HR	Hôpitaux généraux
Dépister par observation de la paume des mains, de la plante des pieds, des muqueuses conjonctivales faire l'éducation nutritionnelle (consommation d'aliments riches en fer : viande rouge ,legume	Dépister cliniquement et biologiquement les cas suspects d'anémie Traiter les cas d'anémie modérée (cf. pathologies des suites de couche de la mère)	Dépister cliniquement et biologiquement les cas d'anémie Rechercher les causes d'anémie Traiter les cas d'anémies sévère faire une transfusion	Faire un dépistage clinique et biologique plus complet Rechercher les causes d'anémie Traiter les cas d'anémie sévère faire une transfusion

vert, et en vitamines C : oseille,agrumes, diminution de la consommation du thé et du café ;eviter le kaolin) Référer les cas suspects d'anémie	Référer les cas d'anémie sévère ou rebelle au traitement initial faire l'éducation nutritionnelle	sanguine au besoin (cf. pathologies des suites chez la mère) Faire l'éduction nutritionnelle	sanguine au besoin faire l'éducation nutritionnelle

2.3 Protocole de prise en charge de l'obésité chez les adolescentes

1. Définition	2. Concept	3. Formule	
L'obésité se définit comme une accumulation anormale de graisse présentant un risque pour la santé	L'évaluation clinique est faite grâce à l'Index de masse Corporelle (IMC)	IMC=poids/(taille)^2	Poids (kg) Taille ($m^{2)}$
		Obésité	
		Adulte Enfant-adolescents	IMC>30 IMC >97e percentile

4. Intérêt de la question par rapport au contexte camerounais	5. Diagnostic
Au Cameroun,même si les problèmes nutritionnels restent dominés par la malnutrition et les carences en micronutriments, l'obésité notamment chez l'adolescent(e)s, constitue une pathologie émergente ou négligée. Elle est due à des facteurs génétiques et environnementaux que sont la mauvaise alimentation et la sédentarité. Des pathologies fréquentes chez l'adulte camerounais dont l'hypertension artérielle et le diabète surviennent fréquemment sur un terrain d'obésité. 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	Le diagnostic de l'obésité se fait essentiellement par l'évaluation de l'index de masse corporelle (IMC). 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,problemes psychologiques ;troubles des regles

CAT par niveau

Communautaire	CSI	CMA	HD/HR	Hôpitaux généraux

Camerou

•Etablir le diagnostic par •l'IMC notamment en milieu scolaire et extra-scolaire •faire l'éducation nutritionnelle et promotion de l activité physique •Référer	•Etablir le diagnostic par l'IMC. •Dépister certaines complications (trouble du sommeil,trouble psychologique • •faire l'éducation nutritionnelle et promotion de l' activité physique •référer •Education thérapeutique(après contre référence)	Etablir le diagnostic par l'IMC Dépister les complications notamment le diabète et l'HTA Prendre en charge certaines complications Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique Education thérapeutique	Etablir le diagnostic par l'IMC Dépister les complications Prendre en charge les complications Faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique promotion de l'activité physique Education thérapeutique	Etablir le diagnostic par l'IMC Dépister et prendre en charge toutes les complications Prendre en charge les obésités séveres faire l'éducation nutritionnelle et la promotion de l'activité physique Education thérapeutique

Les dysmenorrhées

1. Définition	2. Types	3. Signes et symptomes
Douleur pelvienne recurrente à type de crampe précedant ou accompagnant des régles.	1-Dysmenorrhée primaire : C' est une douleur qui apparait ou précede les regles de quelques heures.sa duree dépasse rarement 24 à 36 heures. 2-Dysmenorrhée secondaire : C'est une douleur qui apparait ou s' aggrave le deuxieme ou le troisieme jours des regles,et de durée plus longue.Elle est secondaire à une pathologie sous-jacente .	Douleur pelvienne se répetant de mois en mois sans tendance à l aggravation (dysmenorrhee primaire) ou progressivement croissante dans son intensité suspecte d'organicité et s aggrave avec les cycles (dysmenorrhée secondaire) Les élements d accompagnement :asthénie, céphalées, nausées, parfois vomissements, diarrhée, lipothymies, irritabilité, nervosité ...

Camerou

Prise en charge

Communauté	CSI	CMA	HD/HR
Education à travers les activités de groupe (SRAJ)	Education Antalgiques (paracétamol ou ibuprofen)	Education Antalgiques (paracetamol,ibuprofen)	Evaluation clinique et morphologique (échographie) Antalgiques, traitement hormonal si nécessaire prise en charge psychologique

Camerou

2.4 Protocole de la prise en charge des toxicomanes chez les adolescent(e)s

1. Définition	2. Intérêt	3. Les drogues
-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 la suite de l'utilisation périodique ou continue de celui-ci » (OMS) - 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 entrainer des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale de l'individu et des effets sur la famille et la communauté en général. - De manière empirique, on remarque une augmentation de ce phénomène chez les adolescents au Cameroun.	- 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 entraine une prise de risques ayant un impact sur la santé. Le recours à la consommation de drogues tend à devenir fréquent.	On appelle drogue toute substance qui peut modifier la conscience et le comportement de l'utilisateur (OMS) Les effets recherchés par l'absorption de substances toxiques sont de trois ordres directement liés au type de drogue : - Les stimulants (TABAC,le café, le thé, la cola, le …) provoquent excitation psychologique, gaieté, et sentiment de tension physique parfois violente. - Les sédatifs (les somnifères, l'alcool, les solvants) déclenchent la détente physique, l'apaisement, et l'endormissement. Les hallucinogènes (cannabis, LSD, ecstasie) modifient : les perceptions, les sensations visuelles, olfactives, auditives...

4. SIGNES

La diversité des comportements traduit un malaise de l'adolescent(e)schématiquement on distingue des signes précoces et 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
Turbulence, Excitation, Tristesse, Angoisse, Peurs excessives, Isolement, Auto dévalorisation	Endormissement très difficile Insomnies, Réveils incessants, Cauchemars, Hypersomnie, Somnolence diurne	Anorexie, Boulimie, Vomissements spontanés	Maux de tête, Crises de tétanie, Fatigue importante Maux de ventre, Peur de la maladie	Fléchissement des résultats Absentéisme, Retards, Echec scolaire	Vandalisme, Bagarres, Vol, Fugue	Passage à l'acte Idées de mort, Discours suicidaire

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	CSI	CMA/HD
causeries éducatives (cf. groupe IEC/CCC) Traduire si possible les dispositions de la loi relatifs à la toxicomanie en images illustratives CAT devant un cas de toxicomanie L'accueillir Le calmer/ le référer en cas d'agitation incessante S'entretenir avec lui L'écouter activement Lui faire admettre qu'il a un problème, mais qu'il en est pas un en réalité Lui faire admettre qu'il doit agir aujourd'hui et non demain 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 Associer les parents dans les discussions Envisager toutes les mesures susceptibles de faciliter sa réinsertion sociale Identifier si possible la source d'approvisionnement Faire un signalement à tous les services compétents	Idem niveau communautaire plus Prise en charge de l'agitation Donner les neuroleptiques sédatifs type chlorpromazine (50 à100 mg), Orienter vers le CMA/HD NB : les benzodiazépines sont à éviter, surtout en cas d'ivresse alcoolique (risque de potentialisation et de détresse respiratoire) Education thérapeutique	Idem au CSI plus : Soins curatifs Sensibiliser contre les risques infectieux notamment le VIH/ SIDA et l'Hépatite B et C Faire la sérologie VIH et Hépatite virale B/C Education thérapeutique Faire un signalement à tous les services compétents

	Faire un signalement à tous les services compétents	

HR	Hôpitaux généraux et spécialisés
Idem au CMA/HD plus : Prise en charge des situations des cas graves Mener l'activité de sevrage visant à rompre définitivement le lien de dépendance entre l'individu et le produit Faire des analyses plus poussées visant à typer le produit et son taux dans le sang et les urines. Sinon référer au niveau central Education thérapeutique Faire un signalement à tous les services compétents	Idem pour HR plus Faire des soins de sevrage Rechercher les complications (neurologiques, infectieuses, hépatiques, etc.) Education thérapeutique Faire un signalement à tous les services compétents

V. CCC/SRA

1. thématiques CCC	Hôpitaux généraux et spécialisés
Les thématiques spécifiques à la SRAJ comprennent : Toxicomanie Nutrition et alimentation Grossesses précoces et accouchements Violences (morales, physiques et sexuelles) basées sur le genre Avortements IST/VIH/SIDA Connaissance et fonctionnement du corps (y compris la sexualité) les valeurs et l' estime de soi La mise en œuvre des activités 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.	Elle doit tenir compte de certaines spécificités : 15 à 20 adolescent(e)s/jeunes au maximum Respect des classes d'âge (10–14 ans, 15–19 ans et 20–24 ans) Contexte socio-culturel Environnement dans lequel la cible évolue Niveau d'instruction: instruits/non instruits Exposition aux fléaux sociaux à risques/pas à risques Equilibre entre nombre de garçons et de filles. il est parfois conseillé de faire des sessions différentes pour des filles et des garçons, pour permettre aux adolescent(e)s de mieux s'exprimer Nécessité d'informer le groupe sur le thème qui sera abordé Nécessité de s'entendre avec le groupe sur un calendrier et un lieu de rencontres selon la disponibilité de la cible - Accessible aux adolescent(e)s/jeunes; - Vaste et aéré; - discret et confidentiel - Sécurisant, convivial et attrayant

	- À l'abri du bruit

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 de 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.

2.2 lieu de la causerie	2.3 Déroulement de la causerie			
Il est recommandé de l'organiser au niveau de : •Points de Prestation de Santé, •Points d'information, •Ecoles, •Quartiers •Lieux de regroupement des adolescent(e)s/jeunes • CMPJ	L'enchaînement et la complémentarité des différentes étapes d'une session (consignes à donner, exercices, réponses fréquentes, points à retenir, etc.) sont importants: •Installer le groupe confortablement en arc de cercle pour permettre l'interrelation entre le groupe et l'animateur; •Informer le groupe du thème choisi ; •Expliquer la méthodologie d'animation ; •Proposer de créer un	Contenu •Solidarité, •Confiance mutuelle Engagement, •Respect mutuel, •Amitié	But Connaissance de valeurs, •Connaissance de soi, •Maîtrise de soi • Vie saine.	Inviter le groupe à développer un slogan à la fin du thème. Ce slogan peut annoncer un engagement à un changement de comportement. •Développer les thèmes en 20 à 30 minutes ; •Savoir s'arrêter pour reprendre l'explication des points importants non •compris ; •La Communication pour un Changement de Comportement (CCC) nécessite du temps, de la pratique et de la patience ; • Ne pas hésiter à recourir à des personnes ressources pour les questions pour lesquelles on n'a pas de réponses. •Veiller à une bonne distribution de la parole; •Permettre aux différents acteurs de se rendre

	hymne qui leur soit propre, sur la base des mots-clés •Qui reflètent le contenu du thème et son but			compte de la force des préjugés et des messages négatifs, qui les empêchent d'intégrer les valeurs et attitudes positives; •Aider les adolescent(e)s/jeunes à expliciter leurs valeurs, à confronter leurs points de vue avec ceux des autres, etc. Eviter de toujours de toujours mettre en avant son point de vue pour affirmer qu'un tel a raison... •Aider le groupe à discuter en s'appuyant sur les informations contenues dans le "document de références", •Aider chacun à départir des préjugés, influences et messages négatifs qui l'empêchent d'avoir un comportement responsable dans sa sexualité; •Faire une synthèse partielle

3. JEUX DE ROLE	4. AUTRES ACTIVITES CCC
Pour les jeux de rôle, respecter les consignes suivantes : •Présenter l'objectif et les règles de fonctionnement ; •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 ; •Présenter la situation, décrire l'environnement ; •Organiser l'environnement ; •Diriger le jeu avec souplesse et tact ; •Animer la discussion selon l'objectif poursuivi ; •« 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. •Féliciter les acteurs d'avoir bien interprété leur rôle •Demander aux participants de les applaudir ; •Résumer le thème et conclure	•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).

2.5 Autres protocoles

2.5.1 *Maternité à moindre risque*

Surveillance de la grossesse	Surveillance de l'accouchement	Suites de couches
Eduquer l'adolescente, lui donner des conseils et lui expliquer que: •Sa grossesse est à risques pour elle et pour son enfant. •Elle doit rechercher des soins précoces en cas d'apparition de signes d'alarme •Le suivi doit être régulier et plus rapproché que chez la femme enceinte plus âgée. • Elle doit être assistée par un personnel qualifié lors de son accouchement Elle sera prise en charge sur le plan psychologique	•La surveillance du travail et de l'accouchement de l'adolescente doit être faite impérativement par un personnel qualifié en raison de l'immaturité et de la vulnérabilité de cette cible.	Initier la mise au sein précoce •Donner des conseils hygiéno-diététiques •Promouvoir les methodes de contraception adéquate •Expliquer l'importance du suivi post- natal •Prise en charge psychologique

Surveillance post natale	Système d'orientation recours
Sensibiliser l'adolescente sur les avantages de la planification familiale •La prendre en charge sur le plan psychologique •L'informer sur l'existence des structures d'encadrement des autres secteurs et celles du niveau communautaire	•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

•lui proposer un rendez-vous.(continuum des soins)	encadrement et un suivi social et psychologique

2. soins après avortement
•Prise en charge psychologique •Éducation sur les risques et conséquences de l'avortement •Education à la sexualité et à la contraception •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

Camerou

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.
Délire	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	Ecstasie	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 (+++) « gérer 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(tramadol et autres)	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

Tranche d'âge	**10 - 13 ans**		**14 – 16 ans**		**17-19 ans**	
Sexe	**Garçon**	**Fille**	**Garçon**	**Fille**	**Garçon**	**Fille**
Changements Physiques	•Apparition de poils pubis •Développement des épaules et de la musculature	•Apparition des poils au niveau pubis. •Elargissement des hanches. •Apparition et irrégularité des règles. •Apparition des seins	Eclaircissement du visage Acné Apparition poils Axillaires Apparition des éjaculations nocturnes	•Eclaircissement du visage •Acné •Apparition poils axillaires •Régularité des règles	Barbe pousse. Voix rauque. Poitrine musclée. Développement poids et taille	Prend soin de son corps. Coquette. Développement poids et taille
Psychologique : Cognitif Emotionnel	Affirmation Propre décision. Expression de désirs, etc	Affirmation Propre décision. Expression de désirs, etc.	Affirmation de soi Propre décision. Expression de désirs, Etc.	Affirmation de soi Propre décision. Expression de désirs, Etc.	Désir du sexe opposé paternité Curiosité. Ambition	Désir du sexe opposé Maternité. Curiosité
Social	Imitation. Curiosité.	Imitation. Curiosité.	Imitation. Curiosité.	Imitation. Curiosité.	Crise d'autorité.	Veut aider les plus

Camerou

	Découverts. Conflit interne	Découverts. Conflit interne	Découverts. Conflit interne	Découverts. Conflit interne	Veut aider les plus petits	petits

LES ORGANES REPRODUCTEURS

1. L'appareil génital de l'homme	L'appareil génital de la femme
Il est composé d'une partie externe et d'une partie interne. - La partie externe comprend : 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 Le scrotum ou bourse : enveloppe qui recouvre les testicules. - La partie interne comprend: Les testicules : organes qui produisent les spermatozoïdes (éléments nécessaires à la reproduction) et sécrètent des hormones (la testostérone) Les épididymes : lieu de maturation et de stockage des spermatozoïdes Les canaux déférents : conduisent les spermatozoïdes des épididymes jusqu'aux vésicules séminales lorsque l'homme est en érection 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. La prostate : glande donnant sur l'urètre et secrète 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 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 La vessie : organe qui retient l'urine produite par les reins	Il comprend une partie externe et une partie interne. - La partie externe comprend : La vulve : partie génitale externe composée du clitoris et des lèvres Le clitoris : c'est l'équivalent du pénis chez la femme. Il contient des tissus érectiles qui se gorgent de sang pendant l'excitation - La partie interne est composée : Du vagin : conduit musculaire, élastique ; il sert à la pénétration lors des rapports sexuels. C'est l'organe de la copulation chez la femme. Du col de l'utérus : c'est l'entrée de l'utérus De l'utérus : organe creux où se développe le fœtus 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 Des ovaires : organes qui secrètent des hormones (œstrogènes, progestérone) et produisent les ovules

LE CYCLE MENSTRUEL

Définition	La phase pré ovulatoire	La phase ovulatoire	La phase post-ovulatoire
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. 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. Les phases du cycle menstruel Le cycle menstruel comprend 03 phases :	Elle va du 1er jour des règles au 11ème jour environ; cette phase est variable selon la durée du cycle menstruel. Elle est caractérisée par la sécrétion d'œstrogène, le développement de la muqueuse utérine et l'épaississement de la glaire cervicale	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	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.

La glaire cervicale	Conduite à tenir durant les règles

Camerou

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	Se laver régulièrement Rester très propre pendant les règles Eviter toute irritation et odeur Eviter d'utiliser des tampons intra-vaginaux Utiliser des serviettes hygiéniques s à changer régulièrement Utiliser des slips en coton à laver régulièrement et à sécher au soleil.

3 COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA / PTME

Camerou

I.NIVEAU COMMUNAUTAIRE	1.Activités CCC 2.Distributiondes préservatifs (M/F) 3.Orientation des cas des IST 4.Suividés patients atteints deVIH/Sidacontre-référés 5. Dispensation communautaire des ARV 6. Recherche des perdus de vue

Camerou

II.NIVEAU CENTREDESANTE(CSI/CMA)	1.Activités CCC 2.Distributiondes préservatifs (M/F) 3.Prise enchargesyndromiquedes casd'IST 4.Suividés patientsVIH/Sidacontre-référés 5.Référerlescas suspects 6.Détectionet priseenchargedesinfectionsopportunistes 7.Dépistagedelasyphilis chezla femme enceinte 8. supervision des activités des Agents de Santé Communautaire (ASC)
III.NIVEAU HOPITALDEDISTRICT	1.Activités Niveau CSI/CMA 2.Distributiondes préservatifs (M/F) 3.Prise enchargesyndromiquedes IST 4.Prise enchargeétiologique 5.Prise enchargedes cas suspects etréférés 6.Prise enchargedes coinfections etcomorbidités 7.MEO delastratégie avancée dudépistagecommunautaire

Camerou

!	1.Activités Niveau Hopital de District 2.Facteurs derisqueépidémiologique 3.Distributiondes préservatifs 4.Prise enchargeétiologique des casréférés
V.COMPLICATIONSETSEQUELLESDESIST	
VI.PRISE EN CHARGECLINIQUEET THERAPEUTIQUE	

191

VII.ANNEXES

ANNEXE1:Ordinogramme IST

ANNEXE2:Ordinogramme des infections opportunistes

ANNEXE3:Classification utiliséepourleVIH

ANNEXE4:Fiche techniquedel'examencliniquedu patient

ANNEXE5:contenuducounseling

ANNEXE6:Thèmes del'IEC

ANNEXE7:Diagnostic biologique desISTenmilieu hospitalier

I.NIVEAU COMMUNAUTAIRE

1.ActivitésdeCCC:

1.1. organiserdes réunionséducatives endirection des leaders communautaires Afin desusciterleur participationaux activitésdelutte contreles IST/Sida	1.2. organiserdes séances decauserie éducative au seindelacommunautésur les thèmes suivants: □Signes d'appeldes ISTet HVB □Modes de transmission □Complications □Inconvénients de l'automédication □Avantage des consultations précoces auniveaudes	1.3.fairedes entretiens (individuels)aveclespatients qui lesollicitent: Lors ducounselinglesmessages éducatifssuivantsdoiventêtretransmis dès la premièreconsultation: 1).Nécessitédesefairetraiterenmême temps queles partenaires sexuels; 2).Adéfaut detraitement, peuventsurvenirdes complications:infécondité, grossesses ectopiques, possibilité d'infection Dufœtus ou dunouveau–néchezlagestante ouchezlaparturiente 3).Nécessitéd'observerletraitement en doseet en duréeets'abstenir de rapportsjusqu'àlaguérisoncomplèteouà défaut,utiliserdespréservatifs,demême quela/le(s)partenaire(s); 4).Une ISTpeutfaciliterl'infection parleVIH;

Camerou

	structures desanté □Intérêtdu traitement des partenaires □Promotion du préservatif(M/F) et des pratiques sexuelles sécuritaires Recours au dépistage du VIH	5).Importance deconsulterprécocementet revenir enconsultation encas de persistance des symptômes 6).Eviterl'automédication; 7).Informersurles pratiques sexuellesplus sûres,y comprisl'utilisation des préservatifs; 8).Importance dela complaisanceautraitement 9).Recours audépistagevolontaire duVIH 10). Insistersurla possibilitédelatransmission anales desISTetduVIH 11).Démonstration technique d'utilisation dupréservatif

Camerou

Paquet d'activités Apport desoins auxmalades; Éducationdesfamillesetdela communautédanslebutdeprendrelerelaisdessoinsprodigués danslesétablissements sanitaires; Recherchedes perduesdevue; Collection, analyseettransmissiondesinformations surlesactivités menées danslacommunauté; Référenceefficacevers une formationsanitaire pourune depriseencharge. Distribution desARVdans lacommunauté(ASC)		

2.Distributionà basecommunautaire despréservatifsmasculins etféminins:

2.1.Gestionde stockdes préservatifsmasculins etféminins

2.2.Démonstrationdelatechnique d'utilisation auxdemandeurs

Camerou

□Motiverlespatientes àconsultertôt □Référerencas desuspiciond'ISTetHVB	□Aideàlacomplaisanceau traitement □Fairedes visites àdomicilerégulières □Apprécierles conditionsdevie dupatientauseindesafamille, □Suividutraitement, etsuivinutritionnel □Conseillerla famille:insistersurlefait quel'isolement n'est pas nécessaire □Rappelerlesmodes de transmission □Répondreauxinterrogations ouinquiétudes du patient, □Référersi apparition decomplications. □Insistersurla nécessité deprotégerlesrapportssexuels

II.NIVEAU DECSI/CMA

1. CCC	2. Distribution de préservatifsmasculins etféminins	3. Priseencharge syndromique des cas d'IST	4. Suivides patients VIH/SIDAcontreréférés
Toutcequise faitauniveau communautaire+ □Causeries dansles structures surlesthèmes IST,VIH,HVB,PTME,CDV, Accompagnementsoutien auxpersonnes vivant avecle VIH □Counselingspécifiqueà chaque patientpendantla consultation	□Commande de préservatifs □Gérerlestock □Assurerl'approvisionnement des relais	(voir ordinogramme en annexe 1)	□Toutcequise faitauniveau communautaire

Camerou

5. Référerlescas suspects	6. Détection etprise encharge des infectionsopportunistes suivantlaclassification de	7. Dépistage de lasyphilis chez la	8. Formation recyclage des relais
□Interrogerles patientssurlesfacteurs de risque épidémiologiques : □Comportement actuelou passéà hautrisque □Toxicomanieparvoieintraveineuse	□Commande de préservatifs □Gérerlestock □Assurerl'approvisionnement des relais	(cf.:Normes et protocoles CPN)	(cf.: document formation des relais)

□Rapportssexuels avecdes partenaires qui présentent des facteurs derisque épidémiologiques ouvenantd'unezoneàforte prévalencedel'infectionàVIH □En pratiquantlasodomie avec d'autres hommes -Antécédents récents delésions génitales ulcérées			

Camerou

- Evaluerles connaissances du patient;
- Evaluerles risques pris;
- Evaluerles facteurs psychosociaux;
- Explorerles convictions socioculturelles;
- Développerunplanderéductiondes risques;
- Aiderà prendrela décision.

Stratégie avancéede dépistagecommunautaire

III.NIVEAU HOPITALDEDISTRICT

1.Activités CCCidemqueCSI/CMA

2.Distributionpréservatifsmasculins etféminins:

3.Prise enchargesyndromiquedes IST:idemquecentredesanté

4.Prise enchargeétiologique encasderéférence:

5.Dépistageà toutesles portes d'entréedelaSR

- Evaluerles connaissances du patient;
- Evaluerles risques pris;
- Evaluerles facteurs psychosociaux;
- Explorerles convictions socioculturelles;
- Développerunplanderéductiondes risques;

Camerou

- Aiderà prendrela décision.

6MEO delastratégie avancée dudépistagecommunautaire.

4.5. Examen dulaboratoire				
- Colorationde gram:sigonocoque= diplocoque gramnégatif - Examenàl'étatfrais :mis en évidencede trichomonas vaginalis				
4.6. Traitementspécifiquedes cas etpartenaires				
Gonococcie	Chlamidiose	Trichomonas	Vaginose bactérienne	Candidose génitale
- Ciprofloxacine500mg prise unique ou Spectinomycine (Trobicine)2grs enune injection IM	- Doxycyclinecp 100mg x2/jrpendant10jours chez la femme enceinte Erythromycine	- 8cp de 250mg de Métronidazole(2 grammes) prise unique	- Métronidazole 250 mg, 2g en priseunique(8cps) et1 ovule /soirpendant	- Nystatine 100.000UI: 1cp gynécologique/jr pendant14jours - Daktarin gelsurla vulve

Syphilis tardive	Chancremou	Herpes génital	Lymphogranulomatose vénérienne
□Benzathine pénicilline2,4M en uneinjection IMpar semaine pendant3semaines □Siallergieàlapénicilline: tétracycline500mgx4/jr pendant14jours	□Premièreintention: Ciprofloxacine500mg en prise unique □Deuxièmeintention: Péfloxacine 400mg (Péflacine)2cp enune prise unique	□Vésiculesregroupés qui s'ulcèrent etlaissent couleurunesérosité avec adénopathieinguinale douloureuse -Pendantlapousséeclinique, Acyclovir	□Ulcérationindolorenon induréeauniveau du Gland, dupénis chezl'homme, auniveaudeslèvresou dela paroivaginalechezlafemme - Tétracycline 250mg; 2cpx4/j pendant10jours

4.7. Proposition de sérologieHIV	4.8. Contrôle et évaluation	5. Priseencharge des cas suspects	6. Priseencharge des infections opportunistes

Camerou

□Une proposition desérologie devra être faite.	□Siguérison:arrêtdu traitement □Sipas guérison: référer	□cf niveau poste desantéenplus : -Sarcome dekaposi -Candidoseoesophagienne -Baissedel'acuitévisuelle(rétinite àcytomégalovirus) -Pneumopathierebelle -Signes méningés	• Diarrhée • Candidosebuccale • Tuberculose • Maladie de Kaposi • Toxoplasmose cérebrale • Cryptococcose neuroméningée • Pneumopathie nonspécifique • Lymphadénopathie • Fièvre

Prescriptiondes ARV(UPEC)

Bilan biologique (Charge virale VIH)

IV.AU NIVEAU HOPITAL (Catégorie 3,2ou1))

Activités CCCidemqueHD

Distributionpréservatifsmasculins etféminins:

Camerou

Priseenchargesyndromique des IST:idemquecentre desanté

Priseencharge étiologiquedes cas référés

Dépistageàtouteslesportesd’entrée delaSR

- Evaluerles connaissances du patient;
- Evaluerles risques pris;
- Evaluerles facteurs psychosociaux;
- Explorerles convictions socioculturelles;
- Développerunplanderéductiondes risques;
- Aider à prendrela décision.

6Prescriptiondes ARV(CTA)

7 Prescription du bilan biologique (Charge virale VIH).

Camerou

8MEO delastratégie avancée dudépistagecommunautaire.

	Complications et séquelles desIST	Priseencharge cliniqueet thérapeutiquede l'infectionàVIH/SIDA
□Priseencharge étiologiquedes cas référésparlecentre desanté (Communauté/CSI/CMA)/HD □Rechercheetidentification desagentsdes IST -Neisseriagonorrhée - Trichomonasevaginale	IV.1. Complications des IV. 1.1.chezla □Maladie inflammatoire du pelvis □Pelvipéritonite	(voir ordinogramme en annexe)

	ºCancerducol de IV. 1.2.chez Epididymite Orchite Prostato-	
Les testssupplémentairesalternatifs doiventde préférence êtredifférents(tests indirectsplutôt quede typecompétitif etutiliserdes antigènes autresqueceux utilisés pourletestinitialafin deréduirelerisque derésultatsfaussement positifs (lysatviralde préférence auxpolypeptidesrecombinants ousynthétiques)	IV. 2.Séquelles des IST IV.2.1.chezla femme Infertilité Grossesse extra IV.2.2.chez	

□Les techniques utiliséespourlestestssupplémentaires conventionnels sont:le WesternBlot(WB),l'immunofluorescence indirecte etlaradio-immun précipitation (RIPA).Untestsupplémentaireconventionnel est nécessaireseulement en l'absence deconcordancedanslesrésultatsdes testsinitiauxet dutest supplémentairealternatif, ouencas deréaction équivoqueàl'unoul'autre des tests. □S'il n'y a pasde possibilitéd'effectuerun testsupplémentaireconventionnel,ilfaut	□Rétrécissement urétral □Stérilitépar azoospermie Excrétoire	

risque épidémiologiques oudesignescliniques, peut êtreconsidéréecomme négative pourlesanticorps anti-VIH.		

Ajouts:chaquesite doitavoirdeuxtests: 1er determine ou Unigold et2eme Shangai ou Oraquick.Encas d'indisponibilitédu 2eme test,il fautréférer

VI.ANNEXES		
ANNEXEI:ORDINOGRAMMEIST	ANNEXE2:ORDINOGRAMMEDES	ANNEXE3:Classification utilisés pourle
1.1Ulcération génitale	2.1.Prise enchargecliniqueet thérapeutiquedel'infectionàVIH chez l'adulte	ANNEXE 4:Fiche techniquedel'examen cliniquedu patient

Camerou

1.2Ecoulement urétral chezl'homme 1.3Ecoulementvaginal 1.4Douleurabdominale bassechezla femme	□Diarrhéechronique □Fièvre	ANNEXE 5:Contenuducounseling
	2.2.Prise enchargecliniqueet thérapeutiquedel'infectionàVIH chez	ANNEXE 6:Thèmes d'IEC
	□Fièvre □Céphalées	ANNEXE 7:Diagnostic paracliniquedes ISTauniveau hospitalier
	2.3Prise enchargeclinique et thérapeutiquedel'infectionàVIH chez	
	□Diarrhéechronique □Fièvre	

Camerou

□Lymphadénopathies

□Touxchronique

ANNEXE2:ORDINOGRAMMEDESINFECTIONSOPPORTUNISTES

2.1.Prise enchargecliniqueet thérapeutiquedel'infectionàVIH chez l'adulte	2.2.Prise enchargecliniqueet thérapeutiquedel'infectionàVIH chez	2.3Prise enchargeclinique et thérapeutiquedel'infectionàVIH chez
□Diarrhéechronique □Fièvre □Candidose buccale	□Fièvre □Céphalées □Lymphadénopathies	□Diarrhéechronique □Fièvre □Céphalées

ANNEXE3:Classification utiliséedanslecadre del'infectionàVIH

8.1. ClassificationdeBANGUI:Niveaudecentredesanté/hôpitaldedistrict(NiveauI)					
Critères majeurs	score	Critères mineurs	Score	Signes de hautevaleur	Score
Amaigrissement>10%	4	Asthénieprolongée	4	Maladie deKaposi	12 202
Fièvre> 1mois	3	Candidose bucco-œsophagienne	4	Cryptococcoseneuro-	12
Diarrhéependant1mois	3	Herpès cutanéo-muqueux	4		

Lediagnosticclinique d’uneinfectionàVIH doit être évoquéen présencede2signesmajeurs + 1signemineurou unscore>12

8.2. Classificationdel’OMS: niveaucentredesanté ouHR ouCHU			
Stadeclinique1	Stadeclinique2	Stadeclinique3	Stadeclinique4

Camerou

□Patiente asymptomatique □Adénopathies persistantes généralisées □Degré d'activité 1: activité normale	□Perte depoids <10%du poidscorporel □Zona(aucours des5 dernières années) □Manifestations cutanéo-muqueusesmineures (dermiteséborrhéique, prurigo,ulcérations buccales,chéiliteangulaire) □Infections récidivantesdes voiesaériennes supérieures □Degré d'activité2:patient	□Perte depoids>10% du poids corporel □Diarrhéeinexpliquées >1mois □Candidosebuccale □Tuberculose pulmonaire aucours del'annéeprécédente □Infectionbactérienne sévère □Degré d'activité3:	□Syndromecachetisantdû auVIH □Pneumocystose □Toxoplasmosecérébrale □Cryptosporidiose avec diarrhée> 1mois □Cryptococcoseextrapulmonaire □Ctytrómégalovirose □Herpès virosecutanéomuqueuse> 1mois ou visérale □Leucoencéphalitemultifocaleprogessive □Mycose endémiques généralisée(histoplasmose, coccidoïdomycose)

8.3. ClassificationduCDC1993:NiveauxcentresdesantéouHR ouCHU

CatégorieA	CatégorieB	CatégorieC
□Un ouplusieurs des critèreslistés ci-	□Manifestations cliniques chez un adulteou adolescent	□CettecatégoriecorrespondàladéfinitiondeSIDAchez

Dessous chez un adulteou un adolescentinfectéparleVIH,s'il n'existeaucuncritère des catégories BetC : -InfectionVIH asymptomatique -Lymphadénopathiepersistante généralisée -Primo-infectionsymptomatique	infecté parleVIH, nefaisant pas partiedelacatégorieC et quirépondent aumoins à l'unedes conditions suivantes : -Engiomatose bacillaire -Candidoseoropharyngée -Candidosevaginale, persistance,fréquenteou qui répondmalautraitement -Dysplasie ducol (modérée ou grave),carcinomeinsitu -Syndromeconstitutionnel: Fièvre(38°5C)oudiarrhée supérieureà1mois	-Leucoplasiechevelue dela langue - Zonarécurrent ou envahissantplus d'un dermatome -Purpura thrombocytopénique idiopathique -Listériose -Neuropathiepériphérique

Camerou

decetteliste,il est définitivement dans lacatégorieC:

-Candidosebronchique,trachéale ouextrapulmonaire

-Candidosedel'oesophage

-Cancerinvasif ducol

-Coccidioïdomycose disséminéeou extrapulmonaire

-Cryptococcose extrapulmonaire

-Cryptosporidioseintestinaleévoluantdepuisplusd'unmois

-InfectionàCMV(autreque foie,rate, ganglions)

-RétiniteàCMV

-Encéphalopathie due auVIH

-Infectionherpétique,ulcèreschroniques supérieurs à1 mois ; ou pulmonaire ouœsophagienne

-Histoplasmose disséminée ouextrapulmonaire

-Isosporidioseintestinalechronique(supérieurà unmois)

-Sarcome deKaposi

-Lymphome deBurkitt

-Lymphomeimmonoblastique

-Lymphomecérébralprimaire

-InfectionàMycobactériumavium oukansii,disséminéeou extrapulmonaire

-InfectionàMycobacteriumtuberculosis,quel quesoitla bronchique,

localisation(pulmonaire ouextrapulmonaire)

-infectionàmycobactérieidentifiéeou non,disséminée ou extra pulmonaire

-Pneumopathiebactérienne récurrente

-Leuco-encéphalitemultifocaleprogressive

-Septicémieàsalmonelle nontyphirécurrente

-Syndromecachectique dûauVIH

- Toxoplasmosecérébrale

Camerou

ANNEXE4:FICHETECHNIQUE DEL'EXAMEN CLINIQUEDU PATIENT

Etapes delaprise enchargesyndromique des cas d'ISTetHVB

Identificationdumaladeàinsérer	
9. L'histoire delamaladie Elle doitportersurles pointssuivants:	1.Etablissement deconfiance 2.Motifdelaconsultation 3.Histoiresexuelle 4.Evaluation desrisques 5.Antécédentsmédicaux

1.1. Antécédentsmédicaux

Camerou

□Garderl'espritque laplupartdes questions qui sont posées àun patient souffrantd'IST peuventêtre gênantes.Ce sentiment de gêne peut entrainerune attitudederefusde lapartdu patient. Ilpeut également ne	Les attitudes quipeuvententrainerune gênechezlapatientesontlessuivants: □ne pasluidire bonjourquandilarriveà votrecabinet □ne pasleregarderquandvouslui posez des questions □utiliserunton accusateur □utiliserunvocabulaireinintelligible □regardervotremontre pendantla consultation	Certaines attitudes etcertains gestespeuvent vous aideràinitierunemeilleurerelationde prestataireàpatient;ces attitudes etgestes □Souhaiterlabienvenueàvospatients quandils arriventàvotrecabinet □regarderlesquandvousleurposezdes questions □Écouter-lesattentivement □ilestimportantde toujours soulignerle caractère privéetconfidentieldela consultation	□Histoire des IST antérieures. □Recherche allergies □ne pasluidire bonjourquand ilarriveàvotre cabinet.

consultation suivante.	□afficherune expressionpeu amicale pendantlaconsultation □adopteruneattitudede défi □avoir des gestes d'agacement	□L'évaluationdes risques peutaiderà éduqueretàconseillerlespatientsen fonction deleurs besoins.Elle peut également aiderà prendre des décisions	

2. Examen physique

Chez l'homme	Chez lafemme
ExamenClinique	ExamenClinique

Camerou

Doitêtremenécommesuit: 1.Examen delacavitébuccale 2.Recherche deganglionslymphatiques cervicaux, axillaires, inguinaux 3.Examen dela peau pourdépisterd'éventuelles éruptions, ulcérations,etc.	Doitêtremenécommesuit: 1.Examen delacavitébuccale 2.Examen dusystèmelymphatique 3.Examen dela peau pour rechercherdeséruptions etdes ulcérations 4.Examen del'abdomen

Chez l'homme		
Examen delacavité buccale	Examen dusystèmelymphatique	Examen delapeau
Rechercherdeslésions muqueuses évoquantlasyphilis. Laprésence de	Rechercherdes adénopathies localiséesou généralisées.Aussibien	Détecterlaprésence d'éruptionset d'ulcérations.Leslésionsdesyphilis

suggèrelediagnostic duSIDA.	des adénopathiesgénéralisées.Ilfaut bienexaminerlarégioninguinale.	quelle affectioncutanée etse trouversur n'importe quellepartieducorps,savoirles

Examen del'abdomen	Examen des poilset dupubis	Examen del'anus
Avant de procéderàl'examen pelvien,ilconvient d'examiner l'abdomen.Ilfautrechercherl'éventuelleprésence dedouleur, derésistance etde pression abdominale,ainsiquela présence	Ilfaut rechercherla présencedePhtiriuspubis (morpion)	Rechercherdeslésions d'herpèsgénital,ou des condylomes,etc.

Examen du pénis	Examen duscrotum
Rechercherla présenced'éruptions etd'ulcérations.Si le patient n'est pas circoncis, déroulerle prépuce et examinerlegland,lesillonpréputial,lefreinetleméat urétral.S'il n'y	Palperlescrotumpouressayerde décrocher d'éventuelles anomalies des testicules,del'épididyme et ducordon spermatique.

Chez lafemme		
Examen delacavité buccale	Examen dusystèmelymphatique	Examen delapeau
Rechercherdeslésions muqueuses évoquantlasyphilis. Laprésence de candidoseou dusarcome dekaposi suggèrelediagnostic duSida.	Rechercherdes adénopathies localiséesou généralisées.Aussibien lasyphilisqueleSIDA peutproduire des adénopathiesgénéralisées.Ilfaut	Détecterlaprésence d'éruptionset d'ulcérations.Leslésionsdesyphilis secondairepeuvent ressemblerà n'importe quelle affectioncutanée etse trouversur

Camerou

Examen del’abdomen	Examen des poils et du	Examen du périnéedelavulve et delarégioninguinale

□Avant de procéderàl'examen pelvien,ilconvientd'examiner l'abdomen.Ilfautrechercher l'éventuelleprésencede douleur, derésistance etde pression	□Ilfaut rechercherla présencedePhtirius pubis(morpion)	□Pourcommencerl'examen, on palpelarégioninguinalepour détecterd'éventuelles adénopathies et desmasses dures. Ensuite,ilfautinspecterlarégion dupubis,lavulve,le périnée et larégionpéri-anale.Ilfautinspecterlarégiondu pubis,lavulve,le périnéeetlarégion péri-anale.Ilfaut rechercherla présencede phtirius pubis d'érythèmes et

Examenduvagin etducol	Examen bi-manuel
□Procéderàun examen aumoyen d'unspéculum.Ilfautdisposer d'unesource delumièresuffisante.Ilfautintroduirelespéculum délicatement dans levagin,etinspecterlaprésence éventuelle d'érythèmes, de pertesetdelésions,ou d'excroissances.Vous pouvez procéderà desprélèvementsvaginauxafin deles examineràl'étatfrais etd'établirundiagnostic devaginose bactérienne, devaginiteàtrichomonas et decandida.Observerle colet rechercherdes	□Avec précaution et délicatesse,palperlesparois vaginales,lecol del'utérus ainsiqueles régions voisinespourrechercherdes douleursdelasphèregénitale haute pouvant évoquerunemaladieinflammatoire pelvienne.On peutmettre enévidencel'écoulement urétral enraclantla partiesupérieure duvagin, d'arrière enavant parle doigtintra-vaginal et enfaisantunepressiondu pelvis avec

ANNEXE5:CONTENUDU COUNSELING

1. COUNSEILING Lecounselingdoitprécédertouttestde dépistage.L'attente d'unrésultatsérologique esttoutaussi génératriced'angoisse, de peur, d'interprétationsabusivesqu'unstatutsérologique positif;dèslors,il s'avèreutile, pourleconseillerdes'assurerdela bonnecompréhensionparleconsultant delasignification d'untest positifou négatifetdesimplications respectivesdeces résultats.

CEQU'ILFAUT FAIRE	CEQU'ILNEFAUTPASFAIRE
□S'assurerdela faisabilitédu test □Connaitreles raisons du test □Apprécierleniveau d'information etlecompléteraubesoin	• Livrerdesinformationsincomplètes • Induirel'angoissepardesattitudes oudes proposinadéquats • Juger le client

2. COUNSELINGPOST TEST
L'annoncedurésultat estobligatoire.C'estuntemps fort ducounseling. Ladémarche quis'ensuit, estfonctiondustatut

sérologique.

2.1. Al'annonce durésultat	2.2. Encas deséropositivité

Camerou

Iln'ya pas derecettes. L'annoncesera d'autantplus facilitéequelecounseling en pré-testaura étébienmené. Les réactions duconsultantserontfonctionsdesonstatutsérologique,desa personnalité	Ilestimportant d'aiderleconsultantà gérerla situation de criseetàmieuxvivresonnouveaustatut.

CEQU'ILFAUT FAIRE	CEQU'ILNEFAUTPASFAIRE
Respecterlespréalables déjàcités (confidentialité,confirmation) RenouvelerlesinformationsrelativesàI'infectionàVIH/sida Encourageràl'adoptiondecomportement apteàréduirelesrisquesde transmissionet d'apparitiondeco-facteurs (IST)	• Livrerdesinformationsincomplètes • Induirel'angoissepardesattitudes oudesproposinadéquats • Juger le client

□Assurerdes consultations régulières,d'abordseul puis avecle (oula)partenaire

□L'impliquercomme acteurdans laluttecontreleSida.	

2.3. Encas deséronégativité	CEQU'ILFAUT FAIRE
La personnesesentirasoulagée. Leconseillerdevral'aiderà préserversonstatutsérologique.	□Maintenirlaconfidentialité □Reprendrelesinformationsdonnéesau pré-test □S'assurerd'unecompréhensiondu processus del'infectionà VIH/Sida

DEROULEMENTDU COUNSELING

Lecounselingestunprocessus quisedéroulesouventenplusieurs séances selonlecas et en fonction delapersonnalitéde

l'individudanslebut deprévenirlapropagation duVIH grâceà unchangement decomportement,leconseillerdoit:

Camerou

- Réserverauclientun accueil ouvert(salutations, détente del'atmosphère,mais enconfiance)sans excès.
- Aiderle clientàracontersonhistoireen ayantàl'esprit quechaque personnevit unesituation uniqueL'écouterattentivement en analysantsoncomportement (regard,voix, gestes)en évitant aumaximumdel'interrompre
- S'atteleràdécelerles messages tacites
- Éviterd'émettre des jugements devaleursoudese poserendonneurs deleçons
- Lui poserdes questions pertinentes etbienàpropos
- Éviterles questions fermées,c'estàdireàréponses par"oui" ou"non";

Lui fournir desexplicationset apporteràsesquestions des réponses claires etcompréhensibles
Éviterles hésitationstoutenreconnaissantses propreslimites L'amenerà être unacteur responsabledevantsa partenaire,sa familleetsonentourage L'aideràprendredes décisionsenconnaissance decause L'amenerà être unacteur responsabledevantsa partenaire,sa familleetsonentourage Lesoutenir dansses projets d'avenir

2.4. La famille etl'entourage	3. Enl'absence detest
Compte tenu desrapports entrelesujet etson entourage d'une part, etdes réalités socialesd'autre part,leconseillerdevra particulièrement s'attacherà: □Responsabiliserlesujetcontaminé dans sesrelations avec sonentourage □Induireunréseaudesoutienauseindelacommunauté □Répondre auxquestions del'entourageen accord avecleconsultant	□danslecas spécifique,ilappartientau médecin,seréférantàlaclassification de Bangui,de poserlediagnostic,et desuggérerla mise enœuvre ducounseling,en attendantla sérologique.

ANNEXE6:THEMESD'IEC

Les thèmes suivantssontrecommandés pourles séances d'IEC

□Les modes de transmission,

Camerou

- Les manifestations cliniques

- Education therapeutique (ETP)

- Stigmatisation et dicrimination

- Les complications

- Lesliens entreles ISTetleVIH/SIDA, la disponibilité du traitement

- Les méthodes préventives (IST,VIH,PTME,CDV)

- L’accompagnement etsoutien psychosocial auxPVVIH

Camerou

PTME

PréventiondelaTransmissionMèreEnfant(PTME)

1. DEPISTAGE			
AVANTLAGROSSESSE	PENDANTLAGROSSESSE	PENDANT LE POST PARTUM	PENDANT L'ALLAITEMENT
-Informationlapluslarge possible delacommunautésurla PTME (CDV,CCA,GPF, Collèges/lycées) -Conseildépistagevolontaire -Dépistageàl'initiative du prestataire -Propositionsystématique du test(Opt-Out,Opt-In) VIH lorsdubilanprénuptialou préconception	Le dépistage deroutineduVIH **serafaitau 1er contact avec la FOSA , et 2 mois après chaque fois que le test est négatif jusqu'à l'arret de l'alaitement** Aucours des consultationsprénatales: -Àla1ère consultation prénatale -Àla3ème consultation prénatale,si le testétait négatifàla1ère visite -Siellenevientpas àla3ème	-Intégrationduconseil et dépistageduVIH danslepaquet desoins dupost partum -Consultations postnatales:avant lasortie delamaternité,en 1ère CPoN (J1-J3),2èmeCPoN (J9– J15), 3èmeCPoN (J16-J42). -Encas d'accouchementà domicile: proposerle testàlamère dès le premiercontact avecle personnel de santé ºDistribution dedépliantsillustrés avec desinformations générales	1. Lors des consultations pédiatriques Toutcontact avecun enfant est une occasionpourfaire passer des messages de prévention aux parents 2. Lors des vaccinations **Continuer de tester 2 mois après chaque fois que le test est négatif jusqu'à l'ablactation**

3.2. Protocoles pourleconseilet dépistageduVIH initiéparleprestatairependantlaCPN

Options deDépistageetconseil	Etapes du dépistageetconseilenCPN	
- Testde dépistagesystématiquement proposéau 1er contact aveclafemme enceinte ºMêmesi le1ercontactalieu aumoment du travail,à l'accouchement,juste après la naissance oupendant l'allaitement - Testproposéchezlesfemmes en âge de procréerà toutesles occasions possibles (consultation gynécologique,planning familial,conseils pré-conceptionnels,bilandestérilité, bilanprénuptial…)	Sensibilisationdugroupeau début Desséances d'information de groupedoiventêtreorganisées à l'intention desfemmes enceintes présentesdansles salles d'attente des CPN et deleurs accompagnateurs (concernantles modes de transmission duVIH/HVB, les moyens de préventionet en particulierce qu'estlaPTMEdont l'allaitement protégé etquels	Conseil avantletest aucoursde Le test dedépistage duVIH doit être systématiquement proposéàla femme enceinte dès la premièrevisite deCPN, quel quesoit l'âgedelagrossesse. Ildoitfaire partie dubilanprénatal.Encas derefus,il faut

Diagnostic biologiquede	En fonction dusite oùledépistage estréalisé	
Lediagnostic biologiquedoit se		Centre deSanté Intégré/CMA
		ºLerésultatpositif ounégatifdoit êtrerenduàlafemme dans l'heuresuivantle prélèvement.Pourles deux sites,si lerésultatest douteuxil fautfaireun 2ème

protocoles nationauxen vigueur.Le prélèvement de sang ensalledeCPN sera préféré chaque fois que c’est possible pourminimiser risque de déperditionsi l’on réfèrait les femmes aulaboratoirepour leprélèvement.		grossesse»etselonle terme dela grossesse laconduiteàtenirestlasuivante: º EntreS14 et 28SA:reconvoquerlafemmepourluirendrelerésultat du laboratoire de référence danslemois suivantle1ertest. º Après 28SA:contacterlelaboratoire deréférencepoursavoirdans quel délai le résultatseradisponible(confirmationsérologique et/ouvirologique)et mettre la femme sous ARV (dans cecasannoncerledoutesurlerésultatàla femme)

Camerou

Conseil aprèsletest	Recommandations surles testsVIH les centres desantéintégrés /CMA,
Les entretiens pré etposttestsseront effectués de préférence parlemême prestataire.Ils doiventse déroulerentoute confidentialitédans unbureauàhuis clos où les femmes seront reçues uneà une. Leconseil individuelposttestapourbut d'annoncerles résultats etd'indiquerla	-

2. TRAITEMENT DELAFEMME ENCEINTESEROPOSITIVE		
Indication delamisesous TARV	Hôpital de toutecatégorie	Quand débuterle traitement
-chezla femme enceinteséropositive n'ayantjamais reçude traitementARVon devra démarrerlaPEC dès quelerésultatdu test est positif -quelquesoitlestadeclinique ouletaux	Trithérapie (Ténofovir + Lamivudine + Efavirenz)	Dès queletest deVIH estpositif quel quesoitlestadeclinique ouletauxde CD4 quelquesoitl'âgedela grossesse.

Femmes déjàsous ARVavantlagrossesse	
S'assurerde: l'innocuité des moléculesutilisées encontexte de grossesse, changer de molecule le cas écheant	

Camerou

3. Bilanchezlafemmeséropositive(Arrimeraux recommandations camerounaises actualisées)

Monitoring duTARVaulaboratoire	Pendantlagrossesse	Apres l’accouchement
Ilfaudrafaireauminimum: -Hémogramme - Transaminases	-CPN : aumoins 8CPN* -Bilanbiologiqueprénatalhabituel+ sérologietoxoplasmose	-Poursuitedes ARVàvie °vérifierl’observance °vérifierla tolérance

	aprèsla2ème dose -Promotion del'utilisation du préservatif -Accompagnement psychosocial avec l'éducation thérapeutique, élaboration duplan d'accouchement etla discussion concernantlechoixdumode d'alimentation du futurenfant	politique normes et protocoleSR -Suivimédicalpourlamère pourle traitementARV . Lesuivi s'effectueraselonleprotocole duprogrammedePEC des PVVIH.

4. SOLUTIONSAUXPROBLEMESDERESISTANCES AUX ARV

-Bonne observance: accompagnement psychosocial+++

-Éducationthérapeutique

-Amélioration del'accessibilitéauxARV(disponibilitédes ARV)

-Supportsd'aideàl'observance(affiches,cahiers deprotocole,fiches techniques)

-Accompagnementcommunautaire:ASC etASSantécommunautaire,yinclus dispensation des ARV.

- Testderésistance le cas échéant

5. PRISE EN CHARGEDEL'ENFANTNEDEMERESEROPOSITIVE			
Alimentation	ARV	DIAGNOSTIC	SUIVI
Allaitement maternel exclusif (protégé) jusqu'à 6 mois	Névirapine (NVP) 2mg/kg/J ou 0,2 ml/kg/j x 6 semaines si la maman	PCR*à6semaines,puisà6 semaines après arrêt de	Vaccination

**Substitutdelaitmaternel exclusif (si allaitement maternel impossible)	semaines de trithérapie ou 12 semainessielleaprismoinsde 4semaines.		Surveillance de la croissance
		Sérologie:A 9 mois siPCR négative, Sérologie à 18	

*Sinégatifsuivisimple,sipositifdémarrerARVaprèslebilanpréthérapeutique

**Conditions pourunesubstitution delaitmaternel: acceptabilité, disponibilité,accessibilitéfinancière,durabilité,sécurité

Age del'enfant	Dosejournalière
0-6semaines: Poids àlanaissance2000-2499g	□10mg une fois parjourenuneseuledose
□>6semaines à 12semaines	□20mg une fois parjourenuneseuledose
Les nourrissons pesant<2000gdevraient recevoir2mg/kg en uneseule dose	

Situationsparticulières

Situationscliniques	Conduiteàtenir
1.Femmevue tardivement (<4semaines avant accouchement)oumise	-chezlamère démarrerla trithérapie(TDF+3TC + EFV)etlapoursuivreàvie -chezl'enfant,une dosejournalière deNVPdelanaissanceà 12semaines, quelquesoitlemode d'alimentation
2.Pourles enfantssous	-la prophylaxie dunourrissonseraNVPpendant6semaines.
3. grossessechez une femmeséropositive ayant déjà bénéficiéd'une prophylaxieARVpourla	***Mère*** -mettrelamèresous trithérapie ***Enfant***
4.Menace d'accouchement prématuré	***Mère*** -S'assurerquelafemme prendrégulièrementsa trithérapie

Camerou

5.Femme enceinte séropositiveavec tuberculose évolutive	-Commencerparletraitement dela tuberculose, -InitierlathérapieARV(protocole usuel)dèsquel'étatcliniquele permet (de préférence 02 semaines suivantle début dutraitement delatuberculose) (Interactions médicamenteuses:rifampicine/ARV) - Tenircompte des modifications dedoses del'Efavirenzenprésenced'antituberculeux.

6. Alimentation del'enfantné demèreséropositive
Les femmesVIH+allaitantes: Allaitement exclusifdurantles 6premiers mois

Des 06mois,introduireles alimentscomplémentaires tout encontinuantl'allaitementmaternelprotégéjusqu'à12mois.

A12mois:

- Enfantséronégatifou destatutinconnu:arrêtprogressif del'allaitement
- EnfantinfectéparleVIH:continuerl'allaitementjusqu'à 24mois ouau-delà

NB:L'allaitement ne devraits'arrêterquesietseulementsi unealimentationsaineet appropriée peutêtrefournie

NB:l'alimentation artificielle peut être discutéesiles 5conditions (acceptable,faisable, abordable,durableetsûre),sontremplies au préalable.

Il faudradébuterl'alimentation du nouveau-né30mnaprès lanaissance tellequerecommandée parla politique nationale enla matière

7. DIAGNOSTIC PRECOCEDUVIH CHEZL'ENFANT

Diagnostic virologique:

- Avant 10à 18mois lediagnostic chezl'enfantne peutpas être faitsurlasérologieenraison du transfertdes anticorps maternels à traversle placenta.Il doit doncêtrefaitsurlarecherched'un des constituantsduvirusluimême:ARN ouADNviral enPCR.
- LaPCRest habituellement proposéeàl'âgede6semaines ;cechoixest guidé parle fait quece prélèvementvaretrouverles virustransmisinutero,durantle perpartumetlorsdes premières tétées d'unallaitementmaternel.

Cette datecorrespondégalementàcelle dela misesous CTMdes enfantsnés demèreVIH +. C'est aussi l'âgedela premièreinjectionduvaccinpentavalent.etcelle dela troisièmeconsultation postnatalechezlamère

- Ce prélèvement doit être faitsurpapierbuvard(DBS)et adressésouscetteforme aulaboratoire deréférence.
- Encas dePCRpositive,l'enfant estmis soustraitementARVselonles recommandations nationales etunePCR2 estprélevée immédiatement pourconfirmationdudiagnostic avantle démarragedu traitement.(On n'attend paslerésultatpourinitierle traitement).

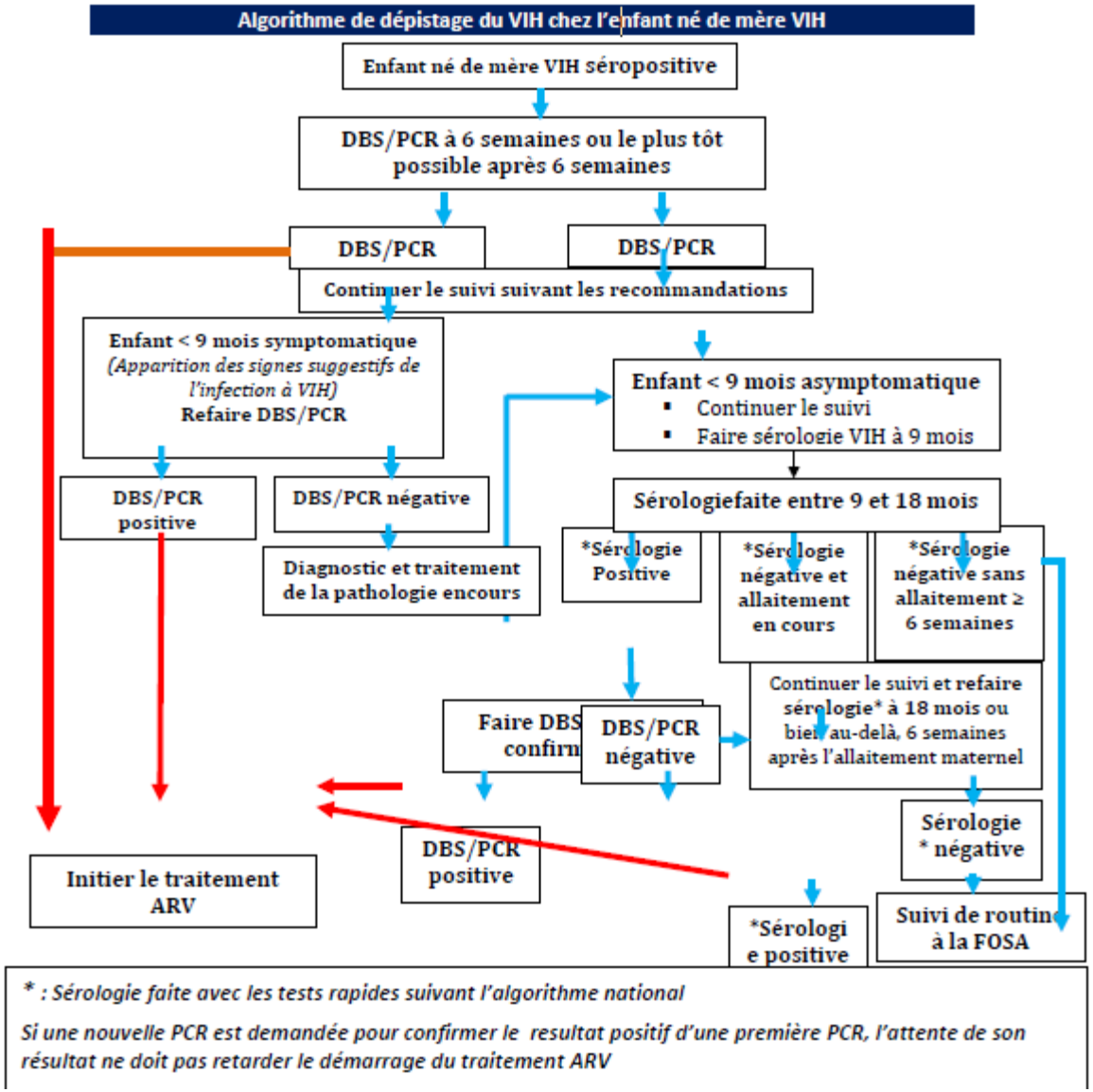
Enl'absence devirologieou	Argumentscliniques	Arguments anamnestiques	Arguments biologiques

en attendantlesrésultats dela			
Un diagnostic de présomption d'infectionsévère peut aujourd'hui êtreposésurdes argumentscliniqueset/ ou	Existence d'unsigneclinique dustade4 ouExistence de2 des 3signes suivants -Candidose	-Mère austade4sans traitement aumoment de l'accouchement -Mère décédée dusida dans	Existence d'un pourcentagede CD4<20%
Au terme decette étapediagnostique,ildoit être possiblepour tout enfant deconnaitresonstatutinfectieux		Au terme decette étapediagnostique avec une bonne complaisancedelamamanla grandemajorité des enfants ne sera pasinfectée.Pourles enfantsinfectés unePEC s'impose dansles structuresderéférence	

8. SUIVIDEL'ENFANTNEDEMERE SEROPOSITIVE						
Calendrierde	J1–J3	J7–J9	J8–J42	S6		

Camerou

suivipost natal	polio orale etBCG	bilande tolérance ARV (Transaminases, HbsiAZT)	suivi cliniqueet nutritionnel	-FairelaPCR -Démarrerla prophylaxie au Cotrimoxazole selonles posologies suivantes :		Sirop (5ml =200 mg SMX	Cp enfants (100 mg SMXet	Cp adultes simples (300 mg et	-Assurerle suivinutritionnel -lavaccination (1ère injection du vaccin pentavalent)
					<6 mois 100mg	2,5ml	1cp	¼ de cp	


Algorithme de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère VIH
Enfant né de mère VIH séropositive
DBS/PCR à 6 semaines ou le plus tôt possible après 6 semaines
DBS/PCR
DBS/PCR
Continuer le suivi suivant les recommandations
Enfant < 9 mois symptomatique
(Apparition des signes suggestifs de l'infection à VIH)
Refaire DBS/PCR
Enfant < 9 mois asymptomatique
Continuer le suivi
Faire sérologie VIH à 9 mois
DBS/PCR positive
DBS/PCR négative
Sérologiefaite entre 9 et 18 mois
Diagnostic et traitement de la pathologie encours
*Sérologie Positive
*Sérologie négative et allaitement en cours
*Sérologie négative sans allaitement ≥ 6 semaines
Faire DBS confirm
DBS/PCR négative
Continuer le suivi et refaire sérologie* à 18 mois ou bien au-delà, 6 semaines après l'allaitement maternel
Sérologie * négative
DBS/PCR positive
Initier le traitement ARV
*Sérologie positive
Suivi de routine à la FOSA
* : Sérologie faite avec les tests rapides suivant l'algorithme national
Si une nouvelle PCR est demandée pour confirmer le resultat positif d'une première PCR, l'attente de son résultat ne doit pas retarder le démarrage du traitement ARV

					20mg				
N.B: -levaccincontrelafièvrejaune estcontreindiquéechezlenourrissonsymptomatique -leBCG devraêtredifféré simère porteused'une tuberculoseactive:donneraunourrisson del'INH5mg/Kg/jourpendant6mois									

4 COMPOSANTE 4 : SERVICES COMMUNAUTAIRES DE SR

C. LES PROTOCOLES

Par rapport aux 8 composantes retenues et conformément aux normes, l'Agent de Santé Communautaire (ASC) devra :
1. Mener les activités de communication 2. Mettre en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires, 3. Faire la référence et recevoir la contre référence. 4. Assurer le suivi et la relance des clients, 5. Remplir les outils de gestion 6. Elaboration d'un plan de travail budgétisé 7. Contribuer à la mobilisation communautaire des ressources.

1. mener les activités de communication	2. mettre en œuvre des Interventions Sous Directives Communautaires
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	L'ASC devra prendre en charge les cas selon les politiques et normes définies pour le niveau communautaire. L'ASC devra distribuer les produits mis à sa disposition. Cette activité de distribution suppose l'application des règles de gestion liées aux éléments suivants : -Le système d'approvisionnement : l'ASC s'approvisionne auprès duCHEF de l'aire de santé 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. la gestion financière comprend l'encaissement, le décaissement, l'arrêt des comptes et

	le versement. Le remplissage régulier des outils de gestion. Par ailleurs, l'ASC 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 et recevoir la contre référence	Les étapes de la référence	Les supports de la référence
La référence est une activité importante de l'ASC qui consiste à orienter le client vers le centre de santé. La référence concerne les client(e)s des 8 composantes retenues pour lesquelles l'ASC devra orienter vers le centre de santé auquel il est rattaché. Il s'agit de : -de toute nouvelle cliente PF ayant choisi une méthode contraceptive non disponible au niveau communautaire - toute cliente sous méthode contraceptive présentant des plaintes, - toute personne se plaignant d'infécondité/infertilité,	- Identifier les cas à référer, - Expliquer les motifs de la référence, - Informer sur les conditions de prise en charge de la structure de référence (circuit du client, frais), - remplir les supports : fiche de référence et contre référence + registre, - remettre la fiche de référence et contre référence à la personne à référer et l'orienter vers la structure de	Les supports suivants sont utilisés : - La fiche de référence-contre reference - Le registre de référence de l'ASC, - Le registre de référence duChef du CSI où sont mentionnées les références effectuées par les ASC, la fiche de référence-contre reference qui doit etre remise au patient refere comporte 2 parties détachables: La 1ere partie qui est la reference est remplie par l'ASC - Après la consultation, le Chef du CSI complète le remplissage de la 2ème partie en inscrivant la date de la visite, ses observations pour la contre-reference. Il prendra soin d'enregistrer ces éléments

- Toute personne présentant des signes d'IST/SIDA. - Toute personne présentant des signes relatifs aux affections de l'appareil génital y compris les cancers, - Tout enfant présentant des signes de danger, - Toute femme enceinte pour la surveillance de la grossesse, - Toute femme enceinte présentant un facteur de risque ou un signe de danger (œdème, petite taille, anémie, saignement), - Toute femme en travail, - toute accouchée récente présentant un signe de danger (une fièvre, un problème de lactation ou une infection Infection…), - Tout cas d'hémorragie ou d'infection liée à l'excision et tout cas suspect de mutilations génitales ou de viol - Toute personne victime d'accidents domestiques: brûlure, ingestion de produits toxiques, blessure.	référence, - Recevoir le feedback de la structure sanitaire référente - Demander à la personne référée de rapporter la fiche de contre reference dès son retour.	dans un registre de référence des ASC. Il remet ensuite cette partie au client qui l'apporte à l'ASC. L'ASC complétera à partir des informations reçues, le registre de reference *Un modèle de fiche de référence-contrereference est présenté en annexe.*

4. Assurer le suivi et la relance des clients	**Les méthodes de suivi**	**La motivation des clients ayant accepté un service**	**Les clients référés qui n'ont pas encore fréquenté la structure sanitaire**	**La remotivation des clients ayant abandonné un service**

Le suivi consiste à revoir le client qui a reçu un service pour l'aider à résoudre des problèmes éventuels. Il permet de: - avoir un feed-back des cas référés et savoir si les cas référés ont choisi un service ou produit, - vérifier l'utilisation des services, -'i dentifier le nombre et les causes d'abandon des services - remotiver les clients ayant abandonné les services, - aider à trouver des solutions pour les causes d'abandon des services. - vérifier la prise correcte des produits, - s'assurer de l'amélioration de l'état de santé du client, - aider le client à respecter ses	Il existe plusieurs méthodes pour faire le suivi des clients : - les Visites A Domicile Intégrée (VADI), - la revue des fiches de contre-référence, l'exploitation avec le ChefF du CSI des fiches de contre-référence	L'ASC 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 ou des services pour aider à trouver une solution. Il s'assure de l'amélioration de l'état de santé du client	L'ASC doit revisiter tous les nouveaux clients référés au CSI auquel il est rattaché. Si un client ne s'est pas rendu au CSI, l'ASC doit chercher à savoir pourquoi il n'y est pas allé et l'aider à trouver des solutions.	En cas d'abandon ou de non-respect des rendez-vous : - L'ASC doit s'entretenir avec le Couple/client 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 donner des informations appropriées. Si le client accepte de retourner au CSI, l'ASC doit l'encourager, remplir la fiche de référence et l'accompagner si possible. Si le couple/client refuse, l'ASC le remercie du temps passé et négocie avec lui un autre rendez-vous.

rendez-vous	pour déterminer les cas d'abandon et de non-respect des rendez-vous.			-Après la visite, l'ASC réfléchit sur les stratégies à mener pour lui faire accepter le service (recours aux personnes influentes de la famille ou de la communauté…)

5. Remplir les outils de gestion
Ces outils sont constitués des éléments suivants : - - Le carnet de reçu communautaire, - la fiche de référence/contre-reference - La fiche de synthese mensuelle des activités de l'ASC - Le registre de référence, - Le registre de communication, - Le registre de consultation - Le registre de suivi du nouveau-né - La grille de supervision de l'ASC, - Le remplissage de ces différents supports devra être fait selon les modèles en

annexe.

- La fiche de suivi de stock de medicaments et autres intrants

6. Elaboration d'un plan de travail budgétisé

- Fixer l'objectif général à atteindre du mois
- Identifier les objectifs spécifiques
- Identifier les activités et taches
- Faire le costing de taches
- Faire valider le plan par le responsable de l'aire

7.Contribuer a la mobilisation de ressources pour la sante

Communication pour :

- Utilisation de services de sante
- Participation de la communauté aux activités de sante
- References

5 COMPOSANTE 5 : MUTILATIONS GENITALES FEMININES

1. EXAMEN CLINIQUE	2. COMPLICATIONS IMMEDIATES
L'interrogatoire précise les circonstances de la mutilation(lieu, matériel utilisé, conditions, incidents et accidents), l'âge auquel elle a été pratiquée. 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 Celles ci peuvent être immédiates ou tardives.	- **Hémorragies immédiates lors de la manœuvre dues à des lésions de l'artère clitoridienne** pouvant entrainer un état de choc cardio-vasculaire engageant le pronostic vital ou des vaisseaux irrigant les lèvres ou les glandes de Bartholin ou alors secondaires à la chute des tissus nécrotiques - **Douleur** : cette région est très innervée d'ou sa sensibilité extrême. - **Dysurie, rétention** urinaire: ces complications urinaires qui font suite aux lésions des voies urinaires ou des inflammations au niveau du méat urétral - **pertes d'urines (incontinence) et les fistules vésico- vaginales ou recto-vaginales** résultent des lésions des organes de voisinage par les instruments utilises ou de l'opérateur lui même - **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 - **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

3. COMPLICATIONS TARDIVES OU SEQUELLES

Elles peuvent être d'ordre :

3.1. Uro-gynécologiques	3.2. Obstétricales	3.3. Sexuelles
- Obstruction vaginale plus ou moins complète, hématométrie, hématocolpos	la MGF peut être à l'origine de complications survenant pendant l'accouchement dont les plus fréquentes sont :	- Frigidité - Dyspareunie, déchirure et

- Dyspareunie - Infertilité, - Dysménorrhée - Algies pelviennes chroniques - Sclérose péri urétrale avecsyndrome obstructif urinaire: Dysurie, vessie de lutte, diverticules, calcul, infection urinaire haute, insuffisance rénale - Chéloïdes vulvaires - Kystes dermoïdes vulvaires - Névrome du nerf dorsal du clitoris	- Arrêt de la progression du mobile fœtal , défaut d'expulsion. Déchirures sévères et fistules obstétricales - Hémorragies post-partum - Déchirures périnéales - Traumatisme de l'urètre - Rétention urines - Asphyxie néonatale en rapport avec difficulté d'expulsion, voire décès foetal intrapartal	saignement per coïtal - Troubles psycho somatiques (hallucinations…)

COMPLICATION	CAT DEVANT LES COMPLICATIONS ET SEQUELLES DES EXCISION ET MUTILIATION GENITALES FEMINES				
	Niveau communautaire	NiveauCSI	NiveauHD	Niveau HR	Niveau hôpital de catégorie 2 ou 1
Immédiates Hémorragie	Référer AAS et référence	Bilan initial, voie veineuse hémostase référence SAT/VAT	Idem + hémostase chirurgicale	Idem + hémostase chirurgicale	Idem + hémostase chirurgicale
Douleur	AAS et référence	Antalgique	Antalgique	Antalgique	Antalgique
Dysurie, rétention,	AAS et référence	AAS, Sondage vésical	Bilan complet et prise en charge	Bilan complet et prise en charge	Bilan complet et prise en charge

Fistules vésico-vaginale, recto-vaginale	Soutien Psychologique Référence	Référence	Bilan, traitement chirurgical ou référence	Traitement chirurgical	Traitement chirurgical
Infection urinaire, -- Génitale	Référence	Ciprofloxacine 500 mg 1G/jour pendant 10 jrs si échec ou récidive référence	ECBU, PV antibiothérapie adaptée	ECBU, PV antibiothérapie adaptée	ECBU, PV antibiothérapie adaptée
Déchirure périnée	Accompagnement psychosocial Référence	Périnéorraphie Diazépam,	Périnéorraphie	Périnéorraphie	Périnéorraphie
Tétanos	Référence	Référence	Sérothérapie antitétanique, Diazépam	Sérothérapie antitétanique, Diazépam	Sérothérapie antitétanique, Diazépam
VIH	Référence	Référence	ARV, Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	ARV, Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	ARV, Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes
Hépatite	Référence	Accompagnement	Surveillance clinique et	Surveillance clinique et	Surveillance clinique et

		psychosocial Suivi thérapeutique, traitement affections opportunistes	biologique	biologique	biologique
Abcès vulvaires et périnéaux	Référence	Référence Antibiotique, Référence	ATB, Traitement chirurgical	ATB, Traitement chirurgical	ATB, Traitement chirurgical
Secondaires, tardives ou séquelles Uro-gynécologiques :					
Obstruction vaginale complète,	Référence	Référence ou lubrifiant	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos	Cure chirurgicale de l'hématométrie, l'hématocolpos
Dyspareunie	Référence	Référence	Bilan lésionnel et traitement adapte Référence	Bilan lésionnel et traitement adapte Résection	Bilan lésionnel et traitement adapté
Chéloïdes vulvaires	Référence	Référence	Référence	Cure chirurgicale	Cure chirurgicale
Kystes dermoïdes vulvaires	Référence	Référence	Référence	Cure chirurgicale	Cure chirurgicale
Obstétricales -Dystocie d'expulsion -	Voirprotocoles SONU	Voirprotocoles SONU	Voirprotocoles SONU	Voirprotocoles SONU	Voirprotocoles SONU

Hémorragiespost-partum+++ - Détresserespiratoire néonatale					

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

6 COMPOSANTE 6 : PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES SEXUELLES

I. INTRODUCTION	2. L'ACCUEIL ET LA PREPARATION DE LA VICTIME	3. L'INTERROGATOIRE ET LE RECIT DES FAITS
Une agression sexuelle désigne tout acte de nature sexuelle, non consenti, imposé par une contrainte physique ou psychologique. Au niveau psychologique, on peut avoir : - Un état de choc initial avec incrédulité et confusion - Le comportement est très désorganisé - Cet état peut être suivi de ruminations, répétition des préoccupations anxieuses et des cauchemars	. . Dans un cadre convivial, rassurant, confidentiel empathique, sans jugement. Respect des droits et dignité de la victime La victime mineur devra être interrogée et examinée en présence de celui/celle qui est civilement responsable de lui/d'elle.	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 : - Informations générales (nom, adresse, sexe) - Description des faits permettant d'apprécier

mettant en scène le viol Ces violences touchent aussi bien les sujets de sexe masculin que féminin Les services de prise en charge des violences sexuelles comprennent : - L'accueil et la préparation de la victime - L'interrogatoire et le récit des faits - La collecte de preuves médico-légales - L'examen physique et génital - L'évaluation de risque d'IST - Depistage du VIH - Administration des ARV -Traitement préventif systématique des IST - L'évaluation du risque de		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. - Circonstance de l'agression (date, heure, existence de violence physique, d'arme, lutte.

grossesse et contraception d'urgence - Le traitement des lésions - Soutien psychologique		

4. LA COLLECTE DE PREUVES MEDICO-LEGALES	**5. L'EXAMEN PHYSIQUE**
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 correct de 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	Il est préférable de ne pas multiplier les examens. Si possible, et si nécessaire faire examiner dans dans une formation sanitaire avec bloc opératoire pour pouvoir faire anesthésie et réparation éventuelle de lésions) Il a pour objectif principal de déterminer le traitement médical à administrer à la

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. La collecte des preuves peut concerner les échantillons suivants : - La preuve des blessures en les illustrant sur les pictogrammes représentant la localisation sur le corps ; - Les vêtements déchires ou tâchées, 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	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 le qu'elle peut l'interrompre à tout moment. L'examen qui doit se faire en présence d'un chaperon comprend : - 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

famille de ce qui pourra être fait (test d'ADN, constat police) - Les corps étrangers tels que la terre, les feuilles, l'herbe… - Les cheveux n'appartenant pas à la victime trouvés sur les vêtements ou le corps - Le sperme ou liquide séminal à prélever dans le vagin, l'anus, la bouche - Le sang et les urines pour des examens toxicologiques si la victime a été droguée - Signalement aux autorités (inserrer recommandations UNFPA sur violences)	la tête, des parties génitales, de l'abdomen, du thorax ou des membres. - L'examen physique proprement dit - la consignation des résultats et observations de façon claire et exhaustive afin de pouvoir être utilisés pour l'élaboration ultérieure d'un certificat médical au besoin et à 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.

L'évaluation du risque d'infections sexuellement transmissibles et le traitement préventif	**L'évaluation du risque de grossesse et sa prévention**	**Le traitement des lésions**	**Le soutien psychologique**

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.	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	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	C'est un élément fondamental de la prise en charge des violences 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. Elle doit aussi recevoir des conseils en vue de pouvoir utiliser les recours légaux et retrouver son équilibre psychologique

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

6.1 Protocoles de prise en charge des violences sexuelles

PRESTATIONS	
Accueil et préparation de la victime	**Au niveau de la communauté** - Prévention - Sensibilisationde la communauté sur la gravité des violences sexuelles et leur impact sur les victimes en vue d'un changement de comportement - Dénonciation les personnes qui continuent à exercer ces pratiques - Information sur le droit à la protection contre l'exploitation et les violences sexuelles - Information sur les procédures de plainte - Mise en place d'un mécanisme de renforcement de la couverture judiciaire - Information sur l'existence des services - Recours précoce aux soins pour les complications liées aux violences sexuelles - Assistance et soutien psychologique **Niveau CSI** - Instaurationd' un climat serein d'écoute - Calmer la victime - Ecoute et consignation de sa description des faits - Aider à préserver les preuves éventuelles (habits, traces sur le corps…) - Ne pas se mêler aux négociations familiales - Référence vers une structure de santé
	- Informer sur les démarches judiciaires éventuelles

	Au Niveau CMA/HD/HR Idem avec rédaction certificat médical et réparation des lésions - Hospitalisation si nécessaire et prescription de psychotrope
	Au Niveau HC/HG/CHU Idem avec rédaction certificat médical et réparation des lésions - Référence vers un psychiatre

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU(CSI, CMA, HD, HC, HG)
L'interrogatoire et le récit des faits	Nom, adresse, sexe, âge ou date de naissance - Date, heure de l'examen, nom et fonctions des personnes présentes lors de l'examen - Description des faits par la victime - Date des dernières règles, mode de contraception utilisée et check list grossesse - Problèmes de santé existants - Statut vaccinal (VAT, Hep B) et sérologique
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU

Collecte de preuves médico-légales (CMA, HD, HC, HG) discussion si CSI competent	- - Examen des vêtements et prélèvement de corps étrangers - description des lésions observées à l'examen général du corps - examen de l'anus, du périnée et de la vulve et prélèvement d'échantillons sur la peau a l'aide d'écouvillons - 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 acides ou d'ADN - prélèvement de sang et d'urines si la victime semble avoir été droguée - préservation de la chaine de preuves par étiquetage, stockage et transport corrects (vêtements emballes dans du papier, sang et urines conservables 5 jours au réfrigérateur). - Consigner tous les résultats par écrit et sur un schéma. - Le délai de conservation des preuves au niveau des structures de santé est de 1 mois. - Ces preuves ne doivent être apportées aux autorités que si la victime décide d'intenter un procès

PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Examen physique et génital (CSI, CMA, HD, HC, HG)	-Examen général physique (tenue vestimentaire, handicap physique) et mental (état psychologique et émotionnel, handicap mental) - - constantes : pouls, TA, température, fréquence respiratoire
	Idem + - Si la victime se présente dans les 72 heures suivant l'agression : - - ne pas lui demander de se déshabiller complètement, examiner la partie supérieure puis inferieure du corps en la couvrant progressivement - - 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. - - examens radiologiques et de biologie en cas de traumatismes ou de signes d'infection (bactériologie et virologie après counseling pré test) - - examen génital et anal a 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 (lacération, 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 - Si la victime se présente au-delà des 72 heures suivant l'agression : - - noter les dimensions et la couleur des bleus et cicatrices - - chercher des signes de complications telles que les fractures, surdité, abcès… - - noter les signes de guérison des lésions génitales - - rassurer la victime en cas d'absence de blessures physiques - -Dessiner sur un pictogramme les lésions observées lors de l'examen
	Idem
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Prise en charge du risque d'infections	A partir des faits survenus au cours de l'agression et de l'examen, prescrire le traitement prophylactique contre la syphilis, gonorrhée, chlamydiase, et trichomonas - chez la femme adulte non enceinte : ciprofloxacine 500mg per os ou cefixime 400mg per os+ azithromicine 1 g per os ou doxycycline 100mg per os 2 fois par jour en cas de grossesse proscrire la doxycycline. - chez l'enfant de moins de 45 kg : cefixime 8mg/kg en dose unique+azitromycine 20 mg/kg per os en dose unique ou érythromycine 50 mg/kg/j pendant 7j per os + métronidazole 5mg/kg 3 fois pendant 7j. - chez l'enfant de plus de 45 kg. Trainer comme l'adulte. - 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

	- Et le référence pour le traitement prophylactique du VIH post exposition
	Idem+ traitement prophylactique du VIH post exposition - Adultes et enfants de plus 40kg : TDF 300 mg + 3TC 300 mg + EFV 600 mg une fois par jour pendant 28 jours ou TDF 300 mg + FTC 200 mg + EFV 600 mg une fois par jour Pendant 28 jours+ lamivudine(3TC) 1cp de 150 mg 2 fois /pendant 28 jours. - Enfant de 2 ans ou pesant 5 à 9 kg : zidovudine en sirop 7,5ml 2fois/j pendant28j + lamivudine en sirop 2,5ml 2fois/j + Névirapine 2,5 ml 2 fois par jour pendant 28 jours - Enfant de 10-19kg : zidovudine 1 gélule de 100mg 3fois/j pendant 28j+ lamivudine ½ cp de 150mg 2fois/j + Névirapine ½ cp 2 fois par jour pendant 28 jours - Enfant de 20-39kg : zidovudine 2 gélules de 100mg 2fois/j pendant 28j+ lamivudine 1cp de 150mg 2fois/j + Névirapine 1 cp 2 fois par jour pendant 28 jours(voir protocole national)
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Prise en charge du risque de grossesse (CSI, CMA, HD, HC, HG)	Voir protocole contraception d'urgence
	- Voir protocole contraception d'urgence
	- Voir protocole contraception d'urgence
PRESTATIONS	PROTOCOLES PAR NIVEAU
Accompagnement psycho social et suivi	Soutien émotionnel, écoute et empathie envers la victime - Orienter vers des services de prise en charge psycho sociale
	- Idem +

(CSI, CMA, HD, HC, HG)	- 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 3jours. - Si la victime ne suit pas de prophylaxie post exposition au VIH, donner un rendez-vous. 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 un CTA du VIH º Au bout de 3 mois pour les mêmes évaluations et l'orientation vers un spécialiste en cas de pathologies mentales - Si la victime a suivi la prophylaxie post exposition au VIH, donner un rendez-vous : 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 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 CTA - Référence vers un psychologue - Référence au besoin vers un psychiatre
	Hospitalisation si nécessaire - Soutien psychologique - Prescription de psychotrope

7 COMPOSANTE 7 : AFFECTIONS GENITALES NON INFECTIEUSES ET LES DYSFONCTIONS SEXUELLES DE LA FEMME ET DE L'HOMME

7.1 Protocoles pour la prévention et traitement des dysfonctions sexuelles chez la femme

Différentes dysfonctions sexuelles	1. Définition	2. Interrogatoire	
		2.1. Enquête sexuelle	2.2. L'enquête médicale
1. Troubles des désirs sexuels 2.Aversion sexuelle 3.Trouble de l'excitation sexuelle subjective 4.Trouble de l'excitation génitale 5.Association 3 et 4 6.Excitation sexuelle persistance 7.Trouble de l'orgasme 8.Dyspareunie 9.vaginisme	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	- 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 (exemple: 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 : antécédent 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, artherosclérose, neuropathie - Santé mentale - Médication actuelle (antidepressseurs tricyclique, inhibiteur de capture de la séritonie, antipsychotype, antihypertenseiurs etc.)

Signes	Diagnostic	CAT
		- Faire la CCC sur bonne hygiène de vie - Méfait de l'obésité - Méfaits de la caféine - Méfaits de la constipation - Méfaits du tabac

Signes	Diagnostic	CAT
- Problèmes interpersonnels - Absence de stimuli - Expériences négatives - Anticipations sexuelles négatives	- Troubles désir sexuel	- Thérapie**Cognitivo-comportementale**: pensées sexuelles négatives, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle, - **Sexothérapie éducation sexuelle** (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital
- Provenance de l'Excitation mentale: lecture, vidéo, à stimuler du partenaire, recevoir stimilus sexuel non génitale puis génitale, pensées sexuelles délibérées ou souvenirs - Conscience d'excitation génitale: sensation de	- Troubles de l'excitation sexuelle	

battement, pulsation… - Sensation génitale: intensité qui augmente progressivement par stimulation OGE par le doigt, le pénis, corps du partenaire - Clarifier les pensées (peur IST et grossesse, et les émotions (triste, mécontente de ne pas satisfaire partenaire, attiré par partenaire)		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), - **Thérapie de couple** : communication - **Baisse de l'anxiété** - **Thérapie Psychoanalytique** (travail sur la relation à l'enfance et parentale) - **Travail sur l'Intimité et l'attraction physique** - **Traitement des autres dysfonctions** sexuelles de la femme - Traitement dysfonction sexuel du mari - Hormonothérapies avec ou sans androgènes - Si hyperprolactinémie: - Si hyperthyroidie : - Antidépresseur à petites doses
- Crainte de s'abandonner au plaisir - Besoin de confiance pour se laisser aller - vérifier s'il n'ya pas de trouble	- Troubles de l'orgasme (Absent, émoussé)	
- Peur phobique de la pénétration - Dimension Pénis avec OGE infantiles - Insatisfaction sexuelle - conflit de couple - Manque d'intimité émotionnelle - Mauvaise image de soi - Manque de confiance en soi - Trouble de l'identité sexuelle	- Dyspareunie- vaginisme - Tenir compte de cela dans le traitement: - Renforcement de l'image de soi - Remettre la confiance	

Baisse ou absence de sensation de désir sexuel et ou de l'intérêt sexuel Absence d'une bonne réponse à 1 désir sexuel Absence de pensées et de fantasme sexuel Les motivations pour toute excitation font défaut	- Trouble des désirs sexuels	- Traitement hyperglycémie - contrôle effets secondaires médicaments

Signes	Diagnostic	CAT
Extrême anxiété et/ou dégout à anticiper une activité sexuelle Hypervigilance	- Aversion sexuelle	- Remettre la confiance - Donner des informations éclairées sur le traitement intégré en vue d'un choix libre (chirurgien, sexologue, psychologue, psychiatre) - Chirurgie plastique - Thérapie de couple: communication - Thérapie - Cognitivocomportementale:) pensées sexuelles négatives, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle, - 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), - Baisse de l'anxiété - Thérapie Psychoanalytique et systémique
- Diminution ou absence d'excitation sexuelle cognitive ou de plaisir sexuelle par n'importe quelle stimulation - Diminution ou absence d'excitation sexuelle ou de plaisir sexuel lors des caresses génitales. - L'excitation ou sensation génitales sont minimales	- Trouble de l'excitation sexuelle subjective	- Thérapie Cognitivocomportementale: pensées sexuelles négative, distorsion sexuelle, fausse idée sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle, - 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), - Thérapie de couple : communication - Baisse de l'anxiété - Thérapie Psychoanalytique et systémique - Traitement médical avec inhibiteur phospho di estérase 5 (IPDE5)
- 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	- Trouble de l'excitation sexuelle génitale	

- Atrophie du clitoris - Périnéorraphie - Chirurgie périnéale - Vestibulites vulvaires		- Tibolone (association oestrogene, androgéne, progestérone) - Lubrifiant vaginal - instruments (vibromasseur)
	- Association de troubles de l'excitation sexuelle génitale et subjective - Idem pour les signes	

Signes	Diagnostic	CAT
Malgré excitation intense orgasme absent, diminué ou retardé	- - Causes: - Atrophie du clitoris - Périnéraphie - Chirurgie périnéale - Vestibulites vulvaires - MGF	- Thérapie - Cognitivocomportementale,pensées sexuelles négatives, distorsion sexuelle, fausses idées sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle, - Sexothérapie éducation sexuelle (connaissance du corps et des réactions sexuelles) masturbation, sensate-focus (massages corporels non génital puis génital) augmentation

	- Bartholinite - distribution irrégulière des micropapilles des petites lèvres: Consistance dure - testing vaginal (plancher pelvien faible)	de la satisfaction sexuelle, exercices de kegel (prise de conscience des muscles du périnée, exercices de contraction des muscles du plancher pelvien), - Thérapie de couple : communication - Baisse de l'anxiété - Thérapie Psychoanalytique et systémique
Douleur persistante ou récurrente lors de tentative ou de pénétration vaginale complète ou lors des rapports sexuels	- Dyspareunie - Causes : - Atrophie du clitoris - Périnéraphie - Chirurgie périnéale - Vestibulites vulvaires - MGF Bartholinite - distribution irrégulière des micropapilles des petites lèvres: Consistance dure cystite - Endométriose - Atrophie vulvovaginale,	- Thérapie Cognitivocomportementale: pensées sexuelles négatives, distorsion sexuelle, fausse idée sur la sexualité, baisse anxiété sexuelle, - Psychothérapie individuelle - 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), - Thérapie de couple : communication - Baisse de l'anxiété

	ambiguïté sexuelle	- Thérapie Psychoanalytique et systémique - Anesthésie locale - Antimycosique, - Traitement des IST (gardenelle, papilloma etc.) - Antidépresseur - Vestibulectomie - Oestrogènes locales
Impossibilité de pénétration vaginale du pénis ou d'un doigt Evitement, crainte associées des contractions involontaires des muscles du périnée Examens complémentaires : PV- frottis cervico vaginal ECBU Bilan hormonal :Testostérone libre, Prolactine, 17 béta oestradiol, SHBG (sexe hormone biding globuline) oestrogènes, prolactinémie si association autres pathologies (ménopause, galactorrhée,	- Vaginisme - Causes : - Peur de la pénétration - Neurodystonie du plancher pelvien primaire - Mariage forcé - Douleur génitale	- Automassage muscle élévateur de l'anus - Traitement pharmacologique de l'anxiété - Traitement psychologique de la phobie

oligoménorhée, aménorhée)		

7.2 Protocole pour l'incontinence urinaire de la femme

1. DEFINITION	2. CLASSIFICATION	3. EVALUATION DES INCONTINENCES
C'est une perte involontaire d'urine. Cette fuite d'urines survient quand la pression intra vésicale (force expulsive) devient supérieure à la pression urinaire (force de clôture)	- 3 types d'incontinence - **Incontinence urinaire par impériosités mictionnelles**: Fuites d'urines involontaires qui précèdent immédiatement ou accompagnent un besoin urinaire fort, soudain et incontrôlable Résultat de contractions involontaires du détrusor - **incontinence urinaire d'effort**: Perte d'urines involontaire à l'effort laquelle la pression urétrale de clôture est insuffisante (exercice, toux,	- **Antécédents urologiques** - quand perdez-vous les urines - 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 - combien de fois vous perdez les urines - Parfois/Une/plusieurs fois par jour/Tout le temps - Importance des pertes évaluée par le nombre de couches de protection - Faiblesse du jet mictionnel : Dysurie - Impossibilité d'arrêter le jet urinaire - Sensation réplétion vésicale - Autres signes : inconfort périnéal, énurésie dans l'enfance, douleur mictionnelle, douleur lors des rapports Sexuels, incontinences anales, constipation - - **Antécédents gynéco obstétricaux** - Ménopause - Nombre d'enfants

	éternuement) pendant Le muscle du Sphincter urétral est faible et/ou le système de soutènement urétral défectueux **- Incontinence urinaire mixte**: Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort	- Accouchement instrumental - Césarienne - Chirurgie pelvienne - Radiothérapie - **Antécédents médicaux** - Toux chronique - Constipation chronique - Maladies Neurologiques - Traitement maladies cardiaques - Traitement (Anticholinergiques, Diurétiques, Anxiolytiques, sédatifs) - **Calendrier mictionnel** (recueil journalier des informations urinaires) - Fréquence : pollakiurie, diurne, nocturne - Épisodes incontinence - Impériosités mictionnelles - Volume: polyurie - Nombre de couche de protection **Evaluer la qualité de** vie (degré de gêne, perte d'urines pendant les rapports sexuels, auto exclusion)

SIGNES	DIAGNOSTIC	CAT
- Impériosités mictionnelles : besoin mictionnel difficile à différer - Pollakiurie diurne et nocturne: miction fréquente	- Incontinence urinaire par impériosités mictionnelles - **Etiologie :** - Hyperactivité du détrusor Idiopathique ou Neurologique	- **Pharmacologique** : Desmopressine (minirène) - Antimuscariniques - **chirurgical :** - Cystoplastie d'agrandissement - Neurostimulation des racines sacrées - Autodilatation vésicale
- Perte d'urines involontaire à l'effort - Poids/ Taille à la recherche d'une obésité - Globe vésical (rechercher une matité pelvienne - Neurologique: examen neurologique du périnée - Inspection: lésions grattage, excoriation - Stress test (évaluation des pertes d'urines à l'effort) - Perte d'urine extra urétrale - Testing vaginal (évaluation de la tonicité	- **Incontinence urinaire d'effort**: - Etiologie : - Grossesse - Accouchement par voie basse - Chirurgie pelvienne et radiothérapie - Causes neurologiques par étirement du nerf pudendal	**Au niveau communautaire** - Faire CCC - méfaits de l'obésité - méfaits de la caféine et du tabac **CSI, CMA, HD** - Méfaits de certains exercices musculaires - Miction régulière Promotion d'une bonne hygiène de vie (voir plus haut) - Rééducation vésico -sphinctérienne - Biofeedback - Traitement physique:

des muscles du périnée) - Testing anal (évaluation de la tonicité du sphincter anal) - Examens complémentaires - Bandelettes urinaires - ECBU Evaluation de la fonction rénale - Mesure résidu post mictionnel - Pad test (quantification de la perte en pesant la couche - Test urodynamique - Electomyographie (EMG) du sphincter strié urétral ou du périnée - Abdomen sans préparation - Cystograhie rétrograde - Échographie pelvienne - IRM - cystoscopie	- Mauvaise hygiène de vie: - antécédent de tabac, alcool, café, obésité, constipation, absence de miction régulière - Sport excessif fatigue musculaire - Causes favorisantes : Comorbités liées à l'âge	- stimulation électrique - stimulation magnétique - Thérapie comportementale - CCC - Traitement de la toux - Traitement de la constipation - Référence **Niveau HR, HC, HG et CHU** - **Pharmacologiques :** - Alphabloquants - œstrogènes - **Système de continence mécanique** : - intra vaginal - **Chirurgicale :** - Bandelettes sous urétral TVT/ TOT - « Sling» - Cystourétropexie rétropubienne (Burch) - sphincter artificiel - Injection intra-urétrale

Association incontinence urinaire par impériosités et à l'effort Instabilité urétrale	- Incontinence urinaire mixte	- PEC de L'incontinence médico-chirurgicale

7.3 Protocoles pour la prevention et le traitement des affections de l'appareil genital y compris les cancers

1. ACTIVITES CCC	2. THEMES de CCC
- Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion (voir thèmes) - Causeries sur tous les thèmes - Entretien sur tous les thèmes avec démonstration sur modèles anatomiques - Visites à domicile pour le suivi	- La physiologie et l'anatomie de l'appareil génital de l'homme et de la femme - e déroulement du cycle menstruel et les modifications qui peuvent survenir pendant le cycle - Les troubles des règles - Les infections génitales - L'infertilité/Infécondité - Les affections de la prostate - Les risques liés à l'automédication - Les mutilations génitales chez les femmes et certaines pratiques culturelles néfastes (injection intra vaginale d'antiseptiques et d'autres produits). - 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 coïtale; - 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 / VIA/VILI (à valider) (périodicité tous les 2 ans) - La prévention des cancers du col et le rôle des IST (virus papillome humain)

7.4 CAT devant les principales affections génitales par niveau : chez la femme

Symptômes	Niveau				
Douleurs cycliques	Communautai	CSI	CMA:/HD	Hôpital	HC, HG, CHU

(Dysménorrhées)	re			Régional	
Les étiologies suivantes seront évoquées : - Dysménorrhée 1aire (essentielle ou malformations) - Dysménorrhée 2aire : º fibrome º Endométriose º Polype º Synéchie º Séquelles infection (post-partum, post-abortum, IST) avec tableau de infections génitales hautes	- Entretien - Donner paracétamol ou Aspirine 1g x 3 pendant 2jrs - Rassurer - Référer si pas amélioration	- Counseling - Antalgique ou Anti-Inflammatoires stéroïdiens : - paracétamol 500mgx3 ou Acide Niflumique - Référer si pas amélioration	- Counseling - 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 ou référer - Rechercher autres causes (rétroversion…) et référer - Si dysménorrhée primaire traitement symptomatique (antalgiques, antispasmodiques, antiprostaglandines, AINS), ou hormonal si échec	- Counseling - Idem + CMA/HD - Explorations complémentaires (cœlioscopie, Hystéroscopie…) et prise en charge (ex : rétroversion utérine, endométriose)	Idem que HR

Symptômes	Niveau				
Troubles des règles et du cycle (spanioménorhées, Polyménorhées, ménorragies, métrorragies) Les étiologies suivantes seront évoquées : - Causes iatrogènes (contraceptifs hormonaux)	Communautaire	CSI/CMA	HD	HR	HC, CHU, HG
	- Si les règles ont débuté il y'a moins de 2 ans, rassurer, - Dans tous les autres cas, référer	- Entretien - Idem + Rechercher notion de contraception (voir ordinogramme PF) - Si persiste : référer - Dans tous les autres cas, référer	- Idem + - Interrogatoire, examen clinique (y inclus VIA/VILI et échographie à la recherche : Col pathologique, Fibrome utérins, dystrophie et tumeur	- Idem + Explorations complémentaires (colposcopie, cœlioscopie, Hystéroscopie…) et prise en charge : º Fibrome º Tumeurs de l'ovaire º Polype	- Idem + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés - + Traitement médical (chimiothérapie, hormonothérapie) et ou chirurgical et/ou

- autres : cancer du col, Fibrome utérin, polype, cancer endomètre, tumeur de l'ovaire dystrophie ovarienne, endométriose, endocrinopathies…			de l'ovaire… - Prendre en charge ou Référer	º endométriose º Prendre en charge ou référer	radiothérapie des cancers
Absence de règles (aménorrhées) Les étiologies suivantes seront évoquées : ***Aménorrhée primaire :*** - avec caractères sexuels présents et normaux : malformations vaginales, testicule féminisant - Avec caractères sexuels	- Entretien - Référer	- Entretien et examen à la recherche: º Signes de grossesse et prendre en charge º Aménorrhées du post-partum º Notion de contraception (voir ordinogramme PF) - Dans tous les autres cas, référer	Idem + Interrogatoire, examen clinique, échographie et ou HSG à la recherche d'autres causes : sténose cervicale, synéchie utérine et Référer	- Idem + - Explorations complémentaires (Radiographie pour âge, radio selle turcique, cœlioscopie/hysteroscopie…) et prise en charge des cas référés	- Idem+ explorations Complémentaires (dosages hormonaux) et prise en charge

virilisants : hyperplasie congénitale des surrénales - Caractères sexuels absents d'origine hypothalamo hypophysaires, dysgénésies ovariennes ***Aménorrhée secondaire*** - Causes utérines : sténose du col, synéchies… - Ovariennes : ménopause précoce, dystrophies ovariennes.. - Hypothalamo hypophysaires : syndrome de sheehan,					

tumeurs hypophysaires, hypophysaires… - Endocriniennes : hypothyroïdie, diabète - Générales : anémie, cancer, tuberculose…					

Symptômes	Niveau				
Douleursmammaires	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC ,HC, HG,CHU
(mastodynie) Les étiologies suivantes seront évoquées : - Incidents de l'allaitement - Syndrome pré menstruel - Abcès du sein - Cancer du sein - Adenofibrome, kyste	- Entretien - En période des règles rassurer, conseiller de petits moyens pour soulager (compresses chaudes) - Si en dehors des règles, paracétamol ou acide acétylsalicilique,	- Idem - Si femme allaitante,(cf protocoles SPNN) - Rechercher : un abcès du sein : drainage + + antibiotique + antalgique et référer en l'absence d'amélioration - Une lymphangite : - Ampicilline 2grs/jour + - Nifluril 1-2 gel x 3 / jour	- Idem - Prendre en charge : - Un abcès du sein (incision + antibiotique, drainage, antalgique) - Une lymphangite (cf protocoles allaitement maternel) - Suspecter une tumeur et référer - Mastodynie cyclique, progestatif du 16è au 25è jour du	- Idem + explorations paracliniques à la recherche d'une tumeur (mammographie, échographie, cytoponction…) - Prendre en charge les tumeurs non suspectes cliniquement et cytologiquement (ablation et examen anatomopathologique)	- 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

	si pas amélioration, référer - Si engorgement : (cf protocoles SPNN)	- Compresses chaudes (+cf protocoles allaitement maternel) - Si association avec sécrétions sanglantes ou ulcérations, signes cutanées ou tumeur : référer.	cycle pendant 3 cycles. - Si pas amélioration : référer	- référer les tumeurs malignes ou suspectes	
Tuméfaction des grandes lèvres	- Entretien - Référer	- Entretien et examen clinique à la recherche d'une bartholinite : commencer le traitement (antibiotique, anti inflammatoire) et - Référer	- Prendre en charge kyste ou autre tumeur bénigne ou bartholinite (chirurgie) - Si récidive : référer	Idem + Référer si suspicion de tumeur maligne	- Idem + Traitement médical et ou chirurgical des cas référés + Traitement médical (chimiothérapie,) et ou chirurgical et ou radiothérapie des cancers
Pertes génitales	- Entretien - Référer	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST	Voir protocoles IST

Symptômes	Niveau				
Saignements lors des rapports sexuels	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC, HG, CHU
	- Entretien - Référer	- Counseling - Examen gynécologique à la recherche d'une infection, d'anomalies macroscopiques du col utérin ou d'une déchirure du cul de sac de Douglas - Prise en charge infection (voir protocoles IST) - Dans tous les autres cas : référer	- Idem + - Examen gynécologique y inclus VIA/VILI et référer si anomalie - Prise en charge déchirure du Douglas - Dans tous les autres cas : référer	Idem + Faire un examen complet du col et du vagin : colposcopie, cytologie, biopsie et référer si anomalies	Idem + Explorations complémentaires et prise en charge des dysplasies et des cancers du col, vagin, utérus

Augmentation du volume abdominal en dehors de la grossesse	- Entretien - Référer	- Entretien - Référer	- Exploration clinique et échographique à la recherche d'une tumeur abdominale ou l'ovaire…) - Référer	Explorations complémentaires (échographie…….) et Prise en charge chirurgicale des fibromes	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

7.5 CAT devant les principales affections et par niveau : chez l'homme

Symptômes	Niveau				

Développement des seins (Gynécomastie)	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC, HG, CHUHN
	- 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 (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 2ans libération, abaissement et fixation du testicule

				- Cure de cryptorchidie avant 2 ans ou Référer	
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	Prise en charge sauf cas associés aux tumeurs de la prostate	- Prise en charge complète - Référer au besoin	- PEC complète

		hydrocèle, une hernie étranglée, un éléphantiasis, - Référer dans tous les cas			
Circoncision	- Entretien - Référer	circoncision Référer si anomalie	- 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

2

Symptômes Maladies	Niveau				
Dysfonctionnement érectile	Communautaire	CSI	CMA/HD	HR	HC, HG, CHU
	- Entretien	- Counseling	- Idem + prise en	- Prendre en charge	- PEC complète

(hypoérection, ano-érection)	- Référer	- Rechercher antécédents chirurgie pelvienne, Diabète, maladies cardiovasculaires et notion de traumatisme - Référer	charge par psychothérapie ,anxiolitique et prendre en charge un diabète - Référer	complète, psychothérapie - Référer au besoin	
Pollakiurie nocturne, dysurie, impériosité mictionnelle chez un homme de plus de 45 ans	- Informer, éduquer les familles - Référer	- Informer, éduquer les familles - Référer - Counseling - Rechercher : - Autres signes cliniques d'infection urinaire: ciprofloxacine 500 mg : 1cp matin et soir	- Suspecter le diagnostic de cancer de la prostate par le (toucher rectal - Référer pour confirmation et prise en charge - Suivi médical	- Diagnostic par Toucher Rectal, Dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) et imagerie pour diagnostic différentiel entre cancer et adénome de la prostate - Biopsie prostatique - Examen anatomo pathologique	- Diagnostic par Toucher Rectal, Dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) et imagerie complète - Examens biologiques complets - Biopsie prostatique - Examen anatomo pathologique

		pdt 10 jours - Si pas amélioration ou récidive, référer - Suivi des malades traités	des patients contre référés - Dosage du PSA	-Traitement curatif (chirurgie, radiothérapie) - Traitement palliatif (hormonothérapie, chimiothérapie castration chirurgicale - Counseling - Referer les cas de cancer au besoin	- Traitement curatif (chirurgie, radiothérapie) - Traitement palliatif (hormonothérapie, castration chimiothérapie - Counseling - Faire la contre référence des patients traités ou incurables

SIGNES	DIAGNOSTIC (CMA,HD,HR,HC,CHU,HG)	CAT (HD,HR,HC,CHU,HG)
-**Prolifération bénigne de la glande prostatique** - Pollakiurie,	- Hypertrophie Bénigne de la Prostate (HBP)	- médical : extraits de plante , alpha bloquants , inhibiteur de la 5 alpha réductase

- Dysurie, - Miction impérieuse, - Miction par regorgement, parfois hématurie, - Rétention d'urines, - Infection urinaire à répétition,		- chirurgical : adénomectomie - résection trans urétrale de prostate (RTUP)
Toucher rectal : - Prostate augmentée de volume, - Elastique, - Régulière indolore		
Echographie : - Augmentation de volume de la prostate, - Parfois dilatation des cavités rénales		
Biologie : - Taux de PSA inférieur à 4 ng/ml - Apprécier la fonction rénale		

7.6 La ménopause

1. Introduction	
1.1. Ménopause	1.2. Pré-ménopause
La ménopause est un phénomène naturel ; qui survient au moment où les ovaires arrêtent de secréter les hormones de la reproduction : les estrogènes et la progestérone. Les règles disparaissent, la femme ne peut plus avoir d'enfants. La ménopause commence le plus souvent aux alentours de 50 ans. Lors de la ménopause, peuvent apparaitre des états psychologiques voire psychiatriques particuliers qui ne peuvent pas être entièrement imputés aux modifications hormonales. . Elle est caractérisée par : - La disparition des règles pendant au moins 12 mois (définition) - La modification de l'apparence physique(atrophie cutanéomuqueuse) -	Des signes avant coureurs peuvent apparaitre plusieurs années avant la ménopause : c'est la préménopause. Il peut s''agir d'une humeur changeante, d'un cycle menstruel irrégulier, quelques bouffées de chaleur,… Certaines femmes n'ont aucun signe, la ménopause apparait alors brutalement avec arrêt des règles du jour au lendemain.

2. SIGNES				
La ménopause peut s'accompagner de troubles	2.1. Les troubles dits « climactériques de la ménopause	2.2. Les bouffées de chaleur	2.3. Les troubles vaginaux	2.4. Les troubles urinaires
dits «climatériques»	Le climatère désigne la période des	Il s'agit du symptôme le plus	La carence en	Le contrôle de la

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	changements endocriniens, physiques et psychologiques qui survient à la ménopause.. Les troubles «climatériques» ne sont pas graves en eux-mêmes et ne présentent pas de danger pour la santé. Ce sont : - des bouffées de chaleur, - une sécheresse vaginale -des troubles urinaires, -des troubles de l'humeur (irritabilité, anxiété), -des troubles du sommeil (insomnie). Ces troubles sont inexistants ou très modérés chez une femme sur deux. Lorsqu'ils se manifestent, ils peuvent être Pénibles et difficiles à supporter. Leur	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 plusieurs fois dans la journée ou pendant la nuit. Elles sont sans danger mais peuvent être très incommodantes.	estrogènes peut rendre la paroi vaginale plus fine, plus sèche et moins «élastique». Les rapports sexuels peuvent ainsi devenir inconfortables. Pouvant entraîner une baisse de la libido.	miction 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'l ne s'accentue pas.

ressentis de la même façon par chaque femme.	durée peut varier de quelques mois à plusieurs années.			

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 cardio-vasculaires à la ménopause
Il y a amincissement (atrophie) de la peau et des muqueuses responsable des rides et sécheresse vaginale.	- On observe une modification de la répartition des graisses : celles-ci s'accumulent plus fréquemment au niveau du	Il peut s'agir de: maux de tête, sensation de fatigue, troubles du sommeil, douleurs articulaires, tendance à la dépression..	- 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	- 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. -. il y a plus de risques d'être atteint d'une maladie cardio-vasculaire en cas de:

	ventre qu'au niveau des cuisses et des fesses.(obésité androide)		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. - L'ostéoporose ne concerne pas toutes les femmes. Cependant, ce risque d'ostéoporose augmente si : - la ménopause survient précocement (avant 40 ans) ; - Antécédents de fractures sans traumatisme - La femme est maigre ; - Traitement par les corticoïdes - Consommation de tabac ou d'alcool ; - Déficit en calcium et/ou en vitamine D	- tabagisme excès de poids - antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire ; - diabète, d'hypertension artérielle ou de taux de cholestérol élevé dans le sang. - sédentarité .

			- La femme est sédentaire ou n'a pas pratiqué assez de sport dans sa jeunesse.	

3. DIAGNOSTIC	
3.1. Préménopause	3.2. Ménopause
Le diagnostic est clinique se basant sur les troubles du cycle menstruel (spanioménorrhées **ou ménorragies**) il faut éliminer les autres pathologies gynécologiques par un examen clinique soigneux.	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 lorsqu'on suspecte une ménopause précoce (avant 40 ans).
NB : Test à la progestérone : un comprimé par jour pendant 10 jours . L'absence de règles signe une ménopause	

4. PRISE EN CHARGE			
2.1. Niveau communautaire	4.2. CSI	4.3 CMA/HD	4.4.HR/HC/HG/CHU
- Information sur la ménopause - Conseils pour dépistage (VIA/VILI, FCV, glycémie)- Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/marche)	Idem	- Idem + - Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur articulaire) **sans THM** - Prise en charge psychologique - Référer si persistance symptomatologie	- Information sur la ménopause - Conseils pour dépistage (VIA/VILI, FCV, glycémie) - Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, marche) - Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur

			articulaire) **avec possibilitédeTHM**
Prise en charge psychologique - Ecoute rassurante - Informer sur la ménopause et ses symptômes - Expliquer que les signes gênants ont un début et une fin - Soutenir la patiente par rapport aux évènements de vie difficiles - aider à l'identification nouvelles activités pour s'adapter à la nouvelle situation - Encourager des échanges au	Prise en charge psychologique Idem - Information sur la ménopause - Conseils pour dépistage (VIA/VILI, FCV, glycémie) - Mesure hygiéno-diététique (alimentation riche en calcium, activité physique régulière/ marche) - Prise en charge des troubles du climatère (Bouffées de chaleur, troubles trophique génito-urinaire, douleur articulaire) sans Traitement Hormonal de la Ménopause (THM). - Référer si persistance symptomatologie	Prise en charge psychologique Idem - Prescription de traitement - Prescription de tranquillisants - Prescription d'antidépresseurs - Prescription de neuroleptiques - Référence à la consultation de psychiatrie	Prise en charge psychologique Idem Prescription de traitement hormonal substitutif de la ménopause. - Consultation de psychiatrie - Hospitalisation en psychiatrie - Suivi après l'hospitalisation

sein des groupes d'âge			

Tableau I : Troubles de la préménopause et ménopause

Situations	Signes –Diagnostic	Prise en charge
Ménorragies de la préménopause	- Règles qui durent plus de 7 jours avec une perte sanguine supérieure à 80 ml (plus de 7 protections hygiéniques par 24 heures) - Règles abondantes avec retentissement sur l'état général (anémie…)	- Eliminer causes organiques : - Hyperplasie atypique de l'endomètre - Polype endocavitaire - Fibrome - Adénomyose - Traiter - Progestérone du 5ème au 25ème jour du cycle - Correction de l'anémie - Faire FCV ou VIA/VILI
Spanioménorrhée de la préménopause	- Règles espacées supérieures à 35 jours	- Rassurer - Counseling pour contraception - Faire FCV ou VIA/VILI
Aménorrhée	- Absence des règles pendant au moins 3 mois	- Eliminer une grossesse - Test à la progestérone
Bouffées de chaleur	- Cf. ci-dessus	- THM - Cf. tableau II

		- Traitement alternatif - Phytoestrogènes (Inoclim°) - Alphaméthyl dopa (Aldomet°) - Clonidine (Catapressan°) - Psychothérapie
Trouble de la trophicité uro-génitale	- Cf. ci-dessus	- Œstrogène par voie local (colpotrophine, oestrogel, colposeptine)
Céphalées, trouble du sommeil	- Cf. ci-dessus	- Antalgique, tranquillisants - Psychothérapie

Tableau II : Schéma du Traitement Hormonal de la Ménopause

Schéma avec règles	- Prescription d'un estrogène du 1er au 25 du mois auquel est associé un progestatif de synthèse les 12 derniers jours ; - Cette solution est facile pour les patientes, - évitant tout calcul de date et limitant les risques d'erreur
	- Prescription d'un estrogène tous les jours du mois, le progestatif étant associé les 12 derniers jours. - Ce schéma convient particulièrement aux femmes sujettes - aux migraines menstruelles ou à celles se plaignant de récidive - des troubles pendant l'intervalle d'arrêt.
Schéma sans règles	- Prise d'un estrogène et d'un progestatif du 1er au 25 de chaque mois
Chez la femme sans utérus	- Prise d'estrogènes 3 semaines sur 4

Sexualité et ménopause cf dysfonction sexuelle

7.7 Prévention et prise en charge des cancers du sein et de l'utérus

1. CANCERS DU SEIN

1.1. DEFINITION	1.2. DIAGNOSTIC

Prolifération maligne primitive intéressant la glande mammaire et ayant tendance à disséminer.	Positif				
	Circonstances	Examen clinique	Examens complémentaires	Différentiel	Facteurs de risque
	- Nodule mammaire qui grossit - Ulcération cutanée mammaire ou masse ulcéro-bourgeonnante - Tumeur inflammatoire du sein - Douleur unilatérale au sein - Adénopathie axillaire - Ecoulement mamelonnaire (hémorragique	- Age - Antécédents - Examen local º Tumeur ou nodule du sein • dure, plus ou moins irrégulière • Fixée ou tendant à se fixer • Indolore • parfois ulcérée º Ulcération du mamelon º Ecoulement hémorragique du mamelon º signes inflammatoires locaux aspect de peau d'orange ou	- 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	- Tumeurs inflammatoires º non spécifiques (abcès, mastite inflammatoire) º spécifique (tuberculose, syphilis) - Tumeurs bénignes (adénomes, kystes, tumeur phyllode de grade I & II) - Autres tumeurs malignes (sarcomes, lymphomes, métastases)	- Anomalies génétiques (notion familiale) º Antigène BRCA1 et BRCA 2 º Syndrome de Lynch, Neurofibromatose de type II º Notion d'hypereostrogénie antécédents personnels de cancer du sein et/ou chez un ascendant/collatéral au premier degré.

	surtout) - Consultation systématique (dépistage clinique ou radiologique)	de rétraction cutanée en regard - Régional à la recherche d'adénopathies axillaires homo latérales - Général º Adénopathies sus claviculaires º Foie, squelette osseux (points douloureux) et autres localisations métastatiques º Etat général			

1.2. **CAT selon les bases factuelles par niveau** (non adapté pour les cliniciens mais pour les décideurs) voir document de stratégie ?

SITUATION	PRISE EN CARGE
INFORMATION ET DEPISTAGE (au niveau de la communauté)	- Activités de CCC : - Faire des causeries éducatives avec des leaders d'opinion - Causeries sur tous les thèmes

	- Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques - Visites à domicile pour le suivi - Education à l'autopalpation mammaire
	- Examen clinique systématique des seins de toute femme reçue en CPN ou en consultation
PRISE EN CHARGE	- Toute tumeur du sein doit être adressée à l'hôpital pour exploration - toute adénopathie axillaire isolée ou associée à une tumeur mammaire doit être adressée à l'hôpital pour exploration - Informer, éduquer et former les prestataires - mises en place de service d'imagerie médicale avec les appareils de mammographie dans les hôpitaux régionaux - Promouvoir un dépistage de masse centralisé au niveau régional par la mammographie de toute femme de plus de 35 ans - - 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 - Traitement et suivi adéquat des patientes présentant des lésions néoplasiques bénignes et malignes - Planifier la mise en place d'unités régionales de radiothérapie et de chimiothérapie - Développer les soins palliatifs et d'accompagnement
	- Dépistage par mammographie chez toute femme de plus de 45 ans

	- Exérèse chirurgicale des tumeurs cliniquement et cytologiquement bénigne : nodulectomie, pyramidectomie, kystectomie, etc - Bilan d'extension / pré thérapeutique - Clinique-Radiologique (mammographie sein controlatéral, Radiographie pulmonaire, échographie, scanner, scintigraphie, +/- IRM) - Biologique (NFS, crase sanguine,, transaminases, créatinine, urée, marqueurs tumoraux, récepteurs hormonaux, antigènes et oncogènes) - Autres (échographie cardiaque, scanner cérébral, …) +/- - Classification (staging et pronostic) - Traitement Méthodes : Chirurgie : conservatrice ou radicale avec curage axillaire - Chimiothérapie adjuvante et/ou néo adjuvante – hormonothérapie - radiothérapie - Palliatifs : mastectomie de propreté, antidouleur Surveillance post thérapeutique

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

ACR 1	- Aucune anomalie, sein normal
ACR 2	- Opacité arrondie avec microcalcifications (adénofibromes ou kystes) - Opacité ovaire à centre clair (ganglion intra-mammaire) - Image de densité graisseuse ou mixte

	- Cicatrices connues - Micro calcifications type I de Le Gal - Calcifications vasculaires
ACR 3	- microcalcifications de type II de 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
ACR 4	- 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
ACR 5	- Microcalcifications de type V de Le Gal ou type IV nombreuses et groupées - Amas de calcifications de topographie galactophorique - 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 : Autopalpation de face des seins devant un miroir

	Ai : La femme est debout en face du miroir. Les bras le long du corps, elle observe bien ses seins.		Ap : La femme couchée sur le dos, place un oreiller sous son épaule. la main gauche examine le sein droit et vis versa.

Bi : L'inspection des seins se fera toujours en position debout ; devant un miroir, les mains étant posées sur les hanches.

Bp : La femme est couchée de côté pour mieux examiner ses seins avec la pulpe des doigts, la main étant bien à plat

Ci : Toujours en face du miroir, les seins sont inspectés pendant que les bras sont à

Cp : méthode verticale pour parcourir tout le

	hauteur de la tête.		sein.
	Di : La femme inspecte ses seins devant le miroir pendant que son thorax est incliné vers l'avant.		Dp: méthode circulaire pour parcourir tout le sein.

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

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

2. CANCER DU COL

1.1. DEFINITION	1.2. DIAGNOSTIC				
Tumeurs malignes intéressant le col utérin.	Positif				
	Circonstances	Examen clinique	Examens complémentaires	Différentiel	Facteurs de risque
	- Métrorragies provoquées (post coïtales) ou	- Col macroscopiquement sain ou érythémateux au début	- Colposcopie sur col sain ou si frottis	- Cervicites - non spécifique (bactériennes,	- Papilloma virus (HPV) - Autres (tabac, hydrocarbures,

	spontanée (tardif) - Leucorrhées plus ou moins abondantes (hydrorrhée fétide) - Douleurs pelviennes - Complications (signes urinaire ou rectaux) - Frottis anormal	- Ulcération ou bourgeonnement - Application acide acétique (3-5%) à la recherche d'un blanchiment du col utérin - Application du lugol à la recherche de zone négative (jaune clair)	anormal - Biopsie de toute lésion macroscopique ou suspecte (TAGII) à la colposcopie	mycosiques, parasitaires) - spécifiques (tuberculose, syphilis, bilharziose) - Lésions non tumorales (endométriose, ectropion) - Tumeurs bénignes (polypes, condylomes, maladie de Bowen) - Autres tumeurs malignes	infections chroniques,infection au VIH/Sida …)

2.3. METHODES ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES	
Méthodes	Indications
- Les méthodes physiques pour les lésions de bas grade (pré cancéreuses) : - Cryothérapie, Résection à l'anse diathermique - La chirurgie	-**Cancer in situ** - Conisation -**Stade I et II proximaux** - Colpohystérectomie élargie

- Conisation - Colpohystérectomie élargie - La radiothérapie - Curiethérapie - Radiothérapie externe - La chimiothérapie (Elle emploie plusieurs drogues)	- Radiothérapie adjuvante **Stade II et III** - Radiothérapie - Colpohystérectomie élargie -**Stade III urinaire et IV** - Radiothérapie - Chimiothérapie

2.5. CAT SELON LES BASES FACTUELLES PAR NIVEAU

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Activités de prévention Métrorragies provoquées lésion suspecte (frottis anormal, lésion macroscopique) Leucorrhée	- Activités CCC : - Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion - Causeries sur tous les thèmes - Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques - Eduquer et informer les populations au sujet des programmes de dépistage et de la prévention primaire par la vaccination. - Orienter les patientes vers les centres de dépistage - Aider au suivi des patientes dont les résultats sont positifs ou négatifs pour des traitements adéquats - Traitement des lésions précancéreuses

Douleur pelvienne	- Assister les femmes qui ont bénéficié de traitements - Promouvoir l'utilisation des préservatifs - Etablir les dossiers des malades, rendre des visites aux patientes et leurs aider à respecter leur suivi. - Le cancer invasif - Etablir des contacts avec la patiente et le personnel des centres se santé. - Informer le niveau supérieur de l'apparition de signes - Assister les patientes dans tous leurs stades et procurer si nécessaire des soins palliatifs
	- Examen clinique systématique du col de toute femme en activité sexuelle reçue en CPN ou en consultation pour pathologies gynécologiques - Dépistage - Dépistage par les méthodes visuelles - Former, assister les agents de santé communautaire - Eduquer les patientes à venir se faire dépister - Assurer par une bonne information le suivi des femmes ayant un frottis positif et ou négatif - Promouvoir la vaccination contre le cancer du col utérin - Traitement des lésions précancéreuses - Réaliser des dépistages visuels, le frottis cervico-vaginal - Faire une colposcopie - Traitement par la cryothérapie

	- Référer à l'hôpital Régional et national les patientes selon le besoin - Assurer le suivi des patientes - Etablir une communication entre les structures selon le niveau - Formation, supervision et évaluation permanentes - Lésions invasives - Formation et encadrement des agents communautaires et des agents des postes de santé - Suivi selon un protocole établi en accord avec le niveau supérieur - Etablir une communication permanente avec le niveau supérieur - Participer aux soins palliatifs

SITUATION	PRISE EN CHARGE
	- Campagne de dépistage de masse par FCV ou VIA/VILI chez toute femme en activité génitale au-délà de 25 ans - Dépistage - Dépistage par les méthodes visuelles (VIA/VILI), le FCV - Information adéquate des patientes ayant un résultat positif - Formation des différents prestataires - Traitement des lésions précancéreuses - Colposcopie

	- Biopsie - Cryothérapie, résection à l'anse diathermique, conisation et hystérectomie - Réaliser des examens cytologiques et histopathologiques - Suivi des patientes - Formation et supervision des prestataires - Lésions invasives - Information précise de la population et des patientes - Formation et encadrement des prestataires - Prise en charge thérapeutique des patientes - Envisager l'installation d'unité de radiothérapie dans les hôpitaux régionaux
	- : Dépistage - Activité de dépistage des lésions précancéreuses (VIA/VILI) - Structurer et centraliser le dépistage à l'hôpital - Equiper les laboratoires de biologie dans les hôpitaux - Formation et capacitation des prestataires - Système de référence aux régions et au niveau communautaire - Archivage correct des dossiers - Développer l a prévention primaire par la vaccination - Lésions précancéreuses

	- Faire la colposcopie - Réaliser une cryothérapie, résection à l'anse diathermique, conisation, hystérectomie - Information et suivi adéquat des patientes - Assurer une bonne référence au niveau inférieur - Archivage correct des données - Lésions invasives - Informations des patientes - Prise en charge thérapeutique multidisciplinaire : chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie - Développement des services d'aide au diagnostic - Soutien psychologique et soins palliatifs

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Rechercher HPV fortement oncogènes : surveillance rapprochée et conseils au partenaire. - - Bilan d'extension / pré thérapeutique- Clinique- Radiologique (échographie abdomino-pelvienne, Radiographie pulmonaire, cystoscopie, rectoscopie, scanner abdomino-pelvien, +/- scintigraphie osseuse, +/- IRM) – Biologie (NFS), crase sanguine, transaminases, créatinine, urée, marqueurs tumoraux), Autres (échographie, cardiaque, scanner cérébral, …) +/- - classification (staging 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	

- - radiothérapie externe et curiethérapie - - chimiothérapie adjuvante et/ou néo-adjuvante - Traitement palliatif : hémostatiques, propreté, antidouleur, en fonction des impératifs (curatifs, palliatifs) – du stade (FIGO, TNM) – des facteurs pronostiques – de l'âge et du terrain - Surveillance post thérapeutique

3. CANCER DU CORPS DE L'UTERUS

3.1. DEFINITION	3.2. DIAGNOSTIC			
	Positif			
	Circonstances	Examen physique	Examens paracliniques	Diagnostic différentiel
Néoplasie maligne primitive développée au dépend du	***Fortuite*** - Echographie pelvienne suspecte une tumeur	- Obésité, HTA, diabète - Col utérin normal, écoulement hémorragique de	- Echographie pelvienne : Image irrégulière endo-utérine	- Fibrome utérin (femme jeune non ménopausée), polype, hyperplasie de

corps de l'utérus	endo-utérine - Découverte sur une pièce opératoire d'hystérectomie pour un fibromyome utérin ***Symptomatique*** - Métrorragie post ménopausique, leucorrhée, hydrorrhée, douleur pelvienne	l'endocol - Utérus augmenté de volume	- Hystéroscopie : tumeur endo-utérine à biopsier - Examen anatomo-pathologique : précise le type histologique de la tumeur	l'endomètre - Choriocarcinome

3.2. CONDUITE A TENIR

Hystérectomie associée aux traitements adjuvants : chimiothérapie, radiothérapie

SITUATION	PRISE EN CHARGE
Activités de prévention	- Activités CCC : - Faire des causeries éducatives avec les leaders d'opinion - Causeries sur tous les thèmes - Entretien sur tous les thèmes avec démonstrations sur modèles anatomiques - Visites à domicile pour le suivi

Métrorragies spontanées post ménopausiques	- Examen clinique systématique du col de toute femme en activité sexuelle reçue en consultation pour pathologies gynécologiques - Formation des prestataires sur cette pathologie - Echographie pelvienne endovaginale, mesure de l'épaisseur de l'endomètre
Col utérin normal	- Campagne de dépistage de masse par FCV ou VIA/VILI chez toute femme en activité génitale au-délà de 25 ans - Formation des prestataires sur cette pathologie - - Hystéroscopie suivie de biopsie de toute lésions endo-utérine suspecte - Disponibilité des examens d'aide au diagnostic (radiographies pulmonaires, tomodensitométrie, imagerie par résonnance magnétique nucléaire,
Tumeur endo-utérine hypoéchogène	scintigraphie osseuse, laboratoire d'anatomie et de cytologie pathologique) - Traitement chirurgical adapté de toute lésion suspecte de cancer du corps utérin - Traitements adjuvants nécessaires - - Disponibilité des soins palliatifs et d'accompagnement
Hystéroscopie : tumeur endo-utérine (à biopsier)	

7.8 Prévention et prise en charge des cancers de la prostate

1. SIGNES DE CANCER DE PROSTATE

1.2. DEFINITION	1.2. CLINIQUES	1.3. PARACLINIQUE	TRAITEMENT	
Prolifération maligne de la glande prostatique	- Troubles urinaires (pollakiurie dysurie,miction impérieuse, parfois brulures mictionnelles, hématurie, rétention d'urines) - TR : prostate augmentée de volume, nodulaire ou dure pierreuse - Complications extra urinaires : insuffisance rénale, lombalgies, paraplégie, - AEG	- Echographie (augmentation du volume prostatique, hétérogène) - PSA augmenté dans le sang - Anatomie pathologie : histologie (adénocarcinome prostatique le plus souvent) - Bilan d'extension : radiographie simple des poumons (image en lâcher de ballon) ; du rachis (ostéocondensation)	CURATIF - prostatectomie radicale (voie sus pubienne, périnéal, coelioscopique) - radiothérapie	PALLIATIF - radiothérapie, hormonothérapie, chimiothérapie, pulpectomie

8 COMPOSANTE 8 : COMMUNICATION EN FAVEUR DE LA SRMNIA

8.1. COMMUNICATION POUR LE CHANGEMENT DE COMPORTEMENT (CCC)

La CCC dans la cadre du ce document de protocoles et algorithmes SRMNIA, retient prioritairement les techniques de Communication Interpersonnelle.

8.1.1. Counseling

C'est unprocessus aucoursduquel une personne estaidéeàexprimerses besoins/problèmes,àidentifierles solutions possibles etàprendreune décisionlibreet éclairée. Il respecte les étapes de l'acronyme anglo-saxon« REDI » (Rapport-building, Exploration, Decision-making and Implementation)

Établissement du Rapport (R)	Exploration (E)	PrisedeDécision (D)	Implémentationdela décision (I)

□Saluerleclient,lui souhaiter chaleureusementla bienvenue □Installerlacliente □Se présenter (et présenter toute autre personne présentedanslapièce □Semontrer respectueux □Garantirlaconfidentialité etl'intimité	□Explorerlesraisons dela visiteduclient □Évaluerles connaissancesduclient etlui fournir des informations encas de besoin □Rechercherles besoins duclient enrelationavec lavisite(testVIH,PF…) □Presenterlesoffres de soinsetservices	□Listerles options pourlaprise dedécision □Discuterdes avantages,des inconvénientset des conséquences dechaque option □Assisterleclient dans laprise dedécision □Encouragerleclient pendantladiscussion**:** □Les encouragements se traduisent parlesoutien des comportements positifs	□Assisterleclientdansl'élaboration d'unplanprécis etconcretenvue d'implémenterla/lesdécision(s) □Identifierlescompétences dontaura besoinleclientpourmettre enapplicationle plan □Aiderle clientàmettre enpratique ces compétences □Identifierlesobstaclesauxquelsle clientpourrait êtreconfronté dans l'implémentation duplan □Développerlesstratégies pour surmonterces obstacles □Établirun plan desuiviaveccleclient

discuterdesquestions sensibles etpersonnelles Introduirelesujet	Disponibles Assisterleclient dans l'évaluation desrisques auxquelsilestexposé (testVIH,PF,IST,		

8.1.2. CauserieEducative

Unecauserie éducative estune technique d'échange d'informationentreun animateuretun grouperestreint(15à25 Personnes)surun thèmespécifiqueenvued'aideràl'adoptiond'uncomportementfavorableàlasanté. Lacauseriea unedurée de 20à30minutes.

Ellecomprendles étapes suivantes:

1. La préparationde lacauserie	2. Lacauserie proprement dite

Avant decommencerune séance decauserie,le personnel doit: -Identifierle thème etse documentersurlesujet retenu, -Fixerles objectifsdela	**2.1. Introduction dela causerie**	**2.2. Animation delacauserie**	**2.3. Evaluation delacauserie**
	Avant d'animerla séance de causerie,l'animateur doit: -Accueillirles	Pendantlaséance decauserie,l'animateur doit: -Introduirelethème delacauserie, -Poserdesquestionsouvertes pourévaluer les connaissancesdes participantspar rapport	L'animateurdoit: - Evaluerlacauserieàlafin de chaquesession pourvoirsi les objectifssontatteints. Les indicateurs de

clés à transmettre, -identifierles ressources nécessaires(matérielles, humaines financières -Informerlacible (homogène de préférence)surlethème, -Choisiraveclaciblela date etlelieu dela causerie, -Aménagerlelocal avant la causerie.	confortablement, -Disposerles participants d'unemanièreàfaciliter la communication interpersonnelle ausein dugroupe(par exemple les participants en cercle etl'animateur au centreou aumême niveau qu'eux), -Se présenteret demanderaux participantsdese présenterà tourderôle -Mettreles participants	participantsà: ºDécrirele oules problèmes vécus surle thème, º Analyserlescauses,lesconséquences connues duproblème,les facteurs qui facilitentlasurvenuedu problème dans le contexte, ºidentifierdessolutionsau problème et discutersurla faisabilité des solutions évoquées, -Évaluerlacompréhensiondusujet abordé parles participantsen utilisant des questions/réponses,les démonstrations et l'observation, -Releverlespointsfaibles,les obstacles et les points à améliorer,les analyser, -clarifierlesincompréhensions,puis résumerlemessageàretenir -Amenerles participantsàs'engagerpour	ºLe nombre etles caractéristiques des participantsàlacauserie, ºLes connaissances des participants surlesujet, ºLe nombre de participants qui sesont engagés àadopterle comportement. -Remplirlesupport desuivi des activitésdecauserie, - Transmettrelerapport d'activités auniveausupérieur

8.1.3. Entretien Individuel

L'entretienindividuel est unetechnique decommunicationinterpersonnelleindividualiséegrâceàlaquellelepersonnel ou tout autre acteur de communication formée peut encouragerune autre personneàexprimerlibrementses soucis,ses craintes et/ousesbesoins. La finalité de l'entretien individuel est d'aiderlapersonneà prendrelibrement des décisions susceptibles deluifaciliterla résolution desproblèmes éprouvés

1.Aquoisertun entretien	**2.Quandutiliser l'entretien**	**3.Commentmenerun entretienindividuel?**			
L'entretien	Ilexisteplusieurs	L'entretien	**L'introduction consisteà:**	**Le développement consisteà:**	**Lerécapitulatif consisteà:**

individuelpermet au bénéficiaire: -D'exprimerses préoccupations spécifiques par rapportà une situation donnée, -Demieux assimilerles thèmes développéslors	types d'entretiens individuels tels queles entretiens aprèsles séances de causerie,lors d'uneconsultation ou durant unevisiteà domicileintégrée (VADI)	individuel comprend trois étapes : -Introduction, - Développement -Récapitulatif	-Saluer chaleureusement lapersonne, -L'inviterà s'asseoir, -Mettrela personne à l'aise etlui demander deposerson problème	-Laisserlapersonne expliquer clairementle problème oulasituation, -Essayerde reformulerdans ses proprestermes le problème pourassurer àlapersonnequeses préoccupations sont comprises, -Luiposerdes	Demanderàla personne derépéterles conseils retenuspourla solution du problème, -négocierun rendez-vous etla remercierpuisla raccompagner.

comportements adéquatsà appliquer. L'entretien individuelpermet au personnel: -d'identifierles besoinsindividuels du bénéficiaire, -derépondre aux problèmes d'ordre familial ou personnel, -De donnerdes renseignements pertinentset adaptés au bénéficiaire -D'expliquerun	prendre une décision faceà un problème particulier, -Sensibiliserles bénéficiairesqui n'assistent pasaux activités			favorisantsdans son milieudevie, -Luiposerdes questions ouvertes pour l'amèneràidentifierlui-même des solutions alternatives possibles, -Compléteraubesoin les possibilités de solutions etdécrire les avantages et inconvénientsde chacune d'elles, -Laisserla personne opérer sonchoixsurce qu'il va faireen fonctions des informations	

pouvoirappliquer les solutions					

NB:l'entretienindividuelnécessite beaucoupde qualités humaines et desdispositions communicationnellestelles que:

- Mettrela personneàl'aise
- Etrerespectueux
- Parlerlentement,clairement et de façon précise,
- Ecouteractivementlapersonne enrenforçanttoutes sesidées positives

8.1.4. Visiteàdomicile(VAD)

1.Définition	**2.Intérêts d'une VAD**	**3. Organisation d'uneVAD**		
C'estlefait dese	-Conseillerles	**Avantlavisite (préparation)**	**Durantlavisite**	**Aprèslavisite**

rendredans une famillepour rencontrer une personneou un groupe de personnes pour: -Donnerdes informations, -Donnerdes conseils, - Fairelesuivi d'unclient,patient	familles encasde problèmes de santé, -Encouragerla famille à entreprendre des actions pourune meilleuresanté, -Luttercontreles réticences etles rumeurs, -Relancerles	-Établirlalistedes familles àvisiter, -Fairesonplanningen fonction del'urgence des problèmes desanté, -Pourchaque famille à visiter,seréféreraux notes priseslors dela dernièrevisite, -vérifierquelematérielde travail, y compris la check-list,estaucomplet età jour,	-Pensertoujours à pratiquer l'écoute activeetà utiliserun langageclair et adapté, -Saluerchaleureusementles membres delafamille, -Se présenter (lors dela premièrevisite), -Expliquerlebut delavisite ou rappelerl'objet delavisiteen faisant référenceàlaprécédente VAD, -identifierles groupes ciblesde	-Analyserles doléances, les problèmes identifiés ledegréde connaissancequeles personnes rencontrées ont par rapport aux problèmes, leurs attitudes face auxproblèmes, en

ou nouveau-né, -Aideràrésoudre des problèmes desantéselon une approche intégrée	clientsirréguliers (abandon ou non-respectde rendez-vous), -Inviterla populationà participeraux activitésrelatives àlasanté, -Distribuerdes produits		-Penserau type d'habillementselonla localitéoulafamilleà visiter, -Sipossible appelerau téléphonepours'assurer dela présencedes membres delafamilleà visiter -	la concession(hommes,femmes, enfants), -vérifierl'applicationdes conseils et prescriptions, -Discuterdes problèmes, -Aideràdéterminerlesbesoins, -Aideràtrouverdes solutions pratiqueset offrir,au besoin,les ISDC appropriées,	résumé,constituerun dossier pourpréparerde façon efficace et évolutivelaprochaine visite, -Rangerlematériel, -Évaluerlavisite (atteintesdes objectifs, pointsforts, pointsfaibleset obstacles

8.2. MOBILISATION SOCIALE

La mobilisation sociale est une prise de conscience d'un problème dans la sphère publique et l'action qui en découle à savoir l'organisation d'une stratégie afin d'agir face à ce problème. On la décline ici en 3 trois techniques principales à savoir la communication de masse, la mobilisation communautaire et le marketing social.

8.2.1. Communication demasse

1. Définition	
La communication de masse est l'ensemble	Avantages :

des techniques qui permettent de mettre à la disposition d'un vaste public toutes sortes de messages Les campagnes d'éducationpourlasanté ontété souvent assimilésàl'utilisationà grande échelle des media, avec comme hypothèses principales que: -lesmedia ontun pouvoir depersuasionélevé et peuventainsi inciterlesgens àchangerd'attitude ou de comportement ou en adopterde nouveaux, comme dans lecasdelapublicitécommerciale -toutlemondea tendanceà opterpourle comportementsain,àlaconditionderecevoir suffisamment d'information pourfonderleur choix. La promotiondelasantéélargitla perspectiveet lechamp d'action dans ce domaine.Sans nierla nécessité des campagnesmédiatiques, qui doiventtoutefois respecterdes critèresprécis pouravoir des chances	- rapidité : un message unique vers une quantité illimitée de récepteurs; - effets rapides (réaction à chaud d'une grande partie des récepteurs); - communication totalement contrôlée par l'émetteur (idéal pour la valorisation de cet émetteur ou de son produit)... Inconvénients : - déperdition du contenu du message car la

deréussite,lapromotion delasantésuppose uneutilisationplus diversifiée desmoyens d'informationet des approches. Compte tenu deces enseignementstirésde l'expérience,lacommunicationdemassesera mieuxutiliséepourtoucherle grandpublic. Beaucoup d'informations serontvéhiculées à traverslapresseécrite,la radio (précisément les radios communautaires), la télévisuelle,TIC (internet)	communication n'est pas ciblée; - message souvent réducteur voire partisan; - rétroaction nulle, faible ou lente; - manipulation ou influence des récepteurs; - intrusion dans la sphère de récepteurs qui ne sont pas demandeurs..

8.2.2. Lamobilisation communautaire

Définition	Justification et Objectifs	Démarche	
La mobilisation sociale, c'est le fait de prendre conscience d'un problème dans la sphère publique et de s'organiser afin d'agir face à ce problème. La société civile rend ainsi visible dans l'espace public une cause qu'elle défend ou qu'elle veut faire connaître en s'assurant que ceci ait un impact. Selon l'OMS, « la mobilisation sociale implique de planifier des actions pour atteindre, influencer, engager tous les segments et secteurs concernés de la société afin d'atteindre un but commun ».	Les individus pris isolément ne sont pas toujours en mesure de cerner les problèmes qui les touchent, de les analyser et d'y apporter des solutions. La mobilisation sociale vise à : - Sensibiliser les individus et les organisations communautaires de base à l'existence d'un problème ou d'une situation à améliorer - Les inciter à agir, à se mobiliser et à mobiliser leurs moyens propres pour y remédier - Mutualiser les expériences, lesconnaissances et les pratiques - Réfléchir ensemble à	identifier un problème : en utilisant des méthodes de diagnostic participatif (Ex. Rapid Rural Appraisal, Diagnostic Participatif, Méthode Accélérée de Recherche Participative…) Ces méthodes ont l'originalité et le mérite d'impliquer pleinement les populations dans le processus de collecte, d'analyse et d'interprétation de l'information. - Créer un groupe d'initiative communautaire. Il s'agit ici d'identifier les personnes dans la communauté capables d'être les « porteurs du projet ». Ces personnes doivent remplir un certain nombre de critères (être disponible, résider dans la localité, choisi par la population elle-même, avoir des capacités en matière de communication, avoir une expérience de terrain, être alphabétisé). Veiller ici à la représentativité des hommes, des femmes, des jeunes et personnes âgées. - former sur l'importance de la mobilisation sociale ou communautaire. De manière à donner le maximum d'information sur le problème et faire prendre conscience des conséquences de l'inaction.	

	d'éventuelles solutions, dans le cadre de ré- unions ou d'ateliers regroupant différentes composantes de la population - Élaborer une stratégie commune déclinée en activités	- Elaborer un plan d'action communautaire. Le plan d'action doit être simple et contenir des informations précises à mettre en œuvre selon un calendrier précis. Le plan d'action doit contenir les rubriques suivantes : activités ; période, Lieu, bénéficiaires/cible, les ressourcés financiers, matérielles et humaines ; le responsable d'exécution ; observations. - La mise en œuvre du plan. Elle implique invariablement les étapes de préparation, la mobilisation des ressources, information et sensibilisation des populations; identification des mécanisme de pérennisation de la mobilisation, - Organiser le suivi-évaluation de la mobilisation sociale. Cette étape renvoi au contrôle de la bonne mise en œuvre de la stratégie de mobilisation sociale d'une part et d'autre part sur l'évaluation faite sur la base des indicateurs préalablement définis afin démesurer si la mobilisation sociale perdure ou non.
Supports : Les radios communautaires ; Matériel de sensibilisation (brochures, affiches, dépliants, boites a images,	**Les populations concernées** regroupent toutes les personnes physiques et entités morales interpellées directement ou non par le thème de la mobilisation sociale, et qui sont en mesure de participer au changement de la situation, qui ont une influence sur les populations, ou au contraire qui pourrait freiner le processus. C'est donc toute la société, la communauté qu'il convient de mobiliser. Parfois, la	

	mobilisation peut porter sur un groupe social en particulier, par exemple les femmes, les jeunes, les syndicalistes, les étudiants, etc. **Qui peut mobiliser la population ?** Pour atteindre un maximum de personnes, il est possible de se tourner vers des acteurs organisés qui pourront servir de relais au message à faire passer. On peut ainsi mobiliser: les ONG (acteurs incontournables) ; les organisations communautaires de base ; les leaders syndicat

8.2.3. Lemarketingsocial

Définition	**Justification**	**Méthodologie / processus**
«Le concept de marketing social [sociétal] soutient que la tâche de l'organisation est de déterminer les besoins, les désirs et les intérêts de la population cible et de fournir les satisfactions désirées de manière plus efficace et efficiente, de manière à préserver ou améliorer le bien-être de la	Les méthodes traditionnellement utilisées pour fournir des produits et services de santé dans les pays en développement n'atteignent pas souvent une grande partie de la population, en particulier celles situées au bas de l'échelle et en zone rurale. Les entités commerciales vendent des produits à des prix élevés, abordables pour une petite frange de la population,	Un élément clé d'un marketing social réussi est une communication efficace pour encourager l'adoption de pratiques de santé appropriées (y compris l'utilisation appropriée des produits et services) Ceci est fait par la publicité spécifique à

société. » Alternativement, il peut être défini comme la tâche des organisations qui essaient d'identifier les besoins et les intérêts des consommateurs et fournit des services ou des produits de qualité par rapport à ses concurrents et de manière à maintenir le bien-être des consommateurs et de la société. En d'autres termes, les organisations doivent équilibrer la satisfaction des consommateurs, les bénéfices des entreprises et le bien-être à long terme de la société.	généralement avec peu ou pas de promotion. Les systèmes de santé publique surchargés n'ont généralement pas assez de débouchés et offrent un produit ou service générique gratuit qui souvent n'est pas apprécié par le consommateur. Les ministères gouvernementaux sont limités dans le type et la nature des campagnes de motivation qu'ils peuvent entreprendre.	la marque ainsi que par des campagnes éducatives génériques, en utilisant un mélange de stratégies et de canaux, y compris les médias de masse et les communications interpersonnelles, pour atteindre le public cible.
Outils	**Acteurs**	**Populations cibles**
Matériel de communication ; Affiches, dépliants, **Matériel promotionnel** ; Gadgets avec des messages bien définis **Outils de collecte de données**: Journaux	Les organisations utilisent un système de distribution et vend les produits via le réseau de vente en gros et au détail (détaillants, promoteurs) La communication est réalisée grâce à l'utilisation de mobilisateurs communautaires et les agents de santé de	Personnes à faible revenu et à risque élevé et population vulnérable, enfants de moins de 5 ans, travailleurs du sexe, homosexuels, PVVIH)

quotidiens, tickets de référence, formulaires de rapport MIS, DHIS2	santé communautaires, Les autres canaux de communication incluent les masses médias, les magazines pour les jeunes, les boites à images.	

8.3. PLAIDOYER ET PARTENARIAT

8.3.1. Plaidoyer

1.Définition	2.Cibles	3. démarches
Leplaidoyerestunexposé argumentéàla défense d'unecause, d'uneopinion,d'unintérêt ou d'unepolitique. Il permet de traduireen actes concretsles déclarationsd'intention etles engagements.	-Autorités administratives, -Leaders religieux, -Leaders politiques, -Partenaires audéveloppement, -Journalistes,	Pourmenerune activitédeplaidoyeril faut: -Unmécanisme decoordination, -Unecoalitionet desréseauxpour l'exécution desactivités de plaidoyer, -Lacollaborationavec desinstitutions

Dans ledomaine delaSR, plusieurs modèlesdeplaidoyersontutilisés.Ils'agitduModèleREDUCE, duModèleRAPID et du PlaidoyerCommunautaire.

8.3.1.1. ModèleREDUCE

Définition	Justification	Démarche
REDUCEest un outil deplaidoyerdestinéà influencerlesactions des pouvoirs publicsdans ledomaine delasanté delamère et du nouveau-né. REDUCEréunitdes personnes militant au niveaulocalpour lasantédelamère et du nouveau-né etles galvaniseautourd'un ensemble d'objectifscohérents. Ilpermet auxpartiesprenantes nationales, allantau-delà desdéfenseurs traditionnels dela santé, dedévelopperdes argumentssolidesen faveurd'unemeilleure prise encompte delasantématernelle dansla formulation despolitiques desantéet l'affectationdes ressources. Ilciblenotammentles acteurs qui prennentles	Le processus deREDUCEstimulela concertation entreles décideursetla planificationstratégiquesurlasanté maternelle. -Les parties prenantes utilisentcet outil pourtraduirel'incidencedela mortalité etl'invaliditématernellesous forme d'arguments économiques engageant les décideurspolitiques àagiretà opérer des changements, fautede quoi il faudrait s'attendreà des conséquences négatives sur	Le processus d'élaborationdumodèle comporteles étapes suivantes : -Constitueretformeruneéquipe pluridisciplinairecomposée d'environ15 professionnelsnationaux delasanté, d'économistes, de démographes, desociologues, de communicateurs,etc.Pourengager unplaidoyerbasésurdes données probantes, - Favoriserunconsensus entreles membres del'équipesurles priorités etlesstratégies enmatière de politiques etde programme,

Allouées àlasantématernelle dans de nombreuxpays en développement. Ilaideles décideurs àidentifierles actions à entreprendre pour unaménagement des Politiquesdansle domainedelasanté dela Mère et del'enfant.	coût/efficacité Desdifférentesinterventions ni N'établit unordre deprioritéentreces Interventions. -Il revientàchaque paysde déterminerlapanoplied'actions qui est adaptéeàsasituation.	Économiquesdes mauvaises conditions desantématernelle néonataleetinfantile, -formerl'équipeàl'utilisation des modèles informatiques -Préparerdesexposés contenant des textes persuasifs, -Élaborerdes plans deplaidoyer, -Menerunplaidoyerauprès des responsables gouvernementauxet des représentants desorganismes donateurs, delasociétécivileet des média,--Fairelesuivi et évaluation des résultats.

8.3.1.2 ModèleRAPID

Camerou

Définition	Justification	Cibles	Démarche
LemodèleRAPID oumodèle des impactsSocio-économiques, estun siglequisignifie:Ressourcespour l'Analyse delaPopulationet deson ImpactsurleDéveloppement. -LeRAPID est unmodèledeplaidoyer quiviseàsensibiliserdavantageles décideurs surles facteurs démographiques	Pourunecontributionà l'atteinte desObjectifs duMillénaire pourle Développement (OMD), leCamerounaélaboré unmodèleRAPID dont l'objectifest demontrer commentlamaîtrisede	LemodèleRAPID viseà sensibiliser: -Descibles primaires: lesleaderset décideurs auplus hautniveau(le Chef del'Etat,le Gouvernement, l'AssembléeNationale, leSénat,leConseil	LemodèleRAPID demandeun certain nombre d'étapes : -identification des cibleset des messages-clés, -Collecte desdonnées surle développementsocio-économique, -Analyse etprojection

pourfaireleplaidoyerdansle domaine delaplanification familiale.Il met enexergueles bénéfices sanitaires directs pourlafamilleliés à l'utilisationdelaplanification familiale	delaPF, peutfavoriser l'atteinte desobjectifsde développement quele Camerouns'est assigné, dans undélaiplus court	:lesréseauxet organisations professionnelles (le réseaudes parlementaires,les autres secteursdel'Etat, les Universitaires,les Associationsdes élus locaux,leRéseau des religieux, leRéseaudes journalistes,	accompagnelaprésentation, -formationdes présentateurs -Mise aupointet application d'unplan dediffusion -Suiviet évaluation desrésultats

Observations

Lemodèle demande d'abord desinformationsdéjà disponiblessurdiversindicateurs socio-économiques auniveau de l'éducation,del'économie, dela population activeet des nouvelles demandes d'emploi, del'urbanisation, del'agriculture,de l'environnement, des ressourcesnaturelles etdelasanté(nombre demédecins,desages-femmes, d'infirmiers,decentrede santé,CSI,,,)

Ensuite,cesinformations sontcombinéesauxprojectionsdémographiques pourprojeterlesfuturs besoins surunepériode

Camerou

Pouvant allerjusqu'à 50 ans.

La présentationfournit auxdécideursdesinformations-clés sousune forme appropriéeaupublic.Elle faitressortirlespointsci- dessous :

-LavisionduCameroun,

-Lasituation démographique,

-Lesinterrelations entre populationet développement économique,

-L’impact delacroissancedémographiquesurle développement économique etsocial,

-lescontraintes delaplanification familiale auCameroun

-Laréponsepolitique

8.3.1.3 Plaidoyercommunautaire

Définition	**Justification**	**Principesméthodologiques**

Leplaidoyercommunautaireest une techniquedecommunication qui viseànégocieravecdes personnes ressources d'unecommunauté, pour obtenirleuradhésion etleursoutien actifdansleprocessusdemise en œuvre des activités. -Ilconsisteàlesinformersurles avantagesdes activitésetàdiscuter avec ellessurles rôleset responsabilités	La participationcommunautaireà toutes les étapes du processus degestiondes activitésest nécessairepourobtenir des résultats durables. Laclarificationdes rôles desgroupes et personnes ressources d'une communauté est unpréalable indispensableàl'appropriation etàla maîtrise des activitésdu programme. Les personnesressources dela	Leplaidoyercommunautairepeutciblerune personneressourceous'adresseràun groupe, -Il se faitgénéralement au débutde l'interventionmais peut également se faireà toutmoment pendantl'interventionsides besoinsspécifiques seprésentent. -Il repose essentiellementsurlanégociation etl'informationlarge d'une oudes personnes influentes pourobtenirunsoutien actifdans

Supports utilisés	**Démarcheméthodologique**	**Difficultés/contraintes/solutions préconisées**

Les supports utilisés(fiches d'information,carteconseils,dépliants) varient enfonctiondelanature du plaidoyeret delacible.Ils'agit d'un document avec unesynthèse des résultatsqualitatifs et quantitatifssurles problèmesmajeurs desanté,les avantages del'intervention etles principales étapes delamise en œuvre des activités	Se présenteretsaluerlapersonneoules participantsselonlecas, -proposerlecanevasdelaséance(l'animateurpeut aussi préparerun participantinfluentàle faire). - Demander à la personne ou aux participants de donner son ou leur avis sur les points clés, - 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, - Demander à la personne ou aux participants leur avis sur leurs rôles et responsabilités - Demander à la personne ou aux participants de dire les autres attentes qu'ils ont pour le programme, - 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	Non-respect desengagements prisparunepersonne ouun groupe/Négociationavecla communauté

.

8.3.2. Partenariat

8.3.2.1. Partenariat avec lesécoles

Définition	Justification	Principesméthodologiques

Camerou

C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avecles enseignantsdes écolessituées danslazonedes projets/programme de renforcement decapacités des enseignantset desélèves surles domaines desanté dela reproductionvéhiculés àtravers des activités pédagogiques et récréatives commelesketch,le théâtre,lachanson,lerécital,le génie enherbe,le dessinetc.C'est	Les enfantsconstituent unesourceinépuisable de talentscachésquelesprogrammes peuvent exploiter etfairepartageràd'autres, -si lesenfantssontinformés surles pratiques bénéfiquesdesanté,ils peuventlesrelayer au niveau familial etmême dans lacommunauté, -leschangements decomportements acquisdepuis l'enfancesont généralement plusdurables queceux acquisàl'âgeadulte, -pourbâtirun prototypedecitoyen utileàlasociété, l'écolealamissionde développerles fonctions cognitives, psychomotrices et d'empathie del'enfant. Ace titre,lastratégieécole estunrenforcement pédagogique	-L'approche est baséesurle principe queles enseignantsetles élèvessontdes personnes ressources àimpliquer systématiquement dans l'analyse etla résolutiondesproblèmes de santécommunautaire, -ellechercheàcapitaliserlerôle quelasociété assigneaux enseignantsquiconsisteà faire des élèves des relais potentiels (pairs éducateurs)pouramorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau d'eux-

Supports utilisés	Procédés utilisés pourdévelopperlepartenariat avecles écoles	**Difficultés/contraintes/solutions**
-Poèmes,scénarii pour sketch etthéâtre,tee-	- Faire unevisitedeprise decontactet deplaidoyerauprèsde l'inspecteurd'Arrondissement/déléguédépartementalde l'Enseignementsurles orientations etlecontenu duprogrammeà	-Lasurcharge des programmes scolairesà certains moments del'année qui fait

8.3.2.2. Partenariat avec lesmedias

Définition	**Justification**	**Principesméthodologiques**
C'est un ensemble d'activités conçues en collaboration étroite avecles mediassituées danslazoned'intervention des programmes de SRMNIA. Il s'agit par exemple du renforcement decapacités des journalistes et autres animateurs des medias surles domaines desanté dela sante reproductionvéhiculés àtravers des activités diverses telles que : la production et diffusion des émission sur la SRMNIA renforcement des capacités des animateurs / producteurs en française, en anglais et en langues locales ceci en respectant l'approche genre ; implication les relais hors médias, les prestataires de services, les autorités	Les medias offrent une opportunité immense de toucher plusieurs groupes de population c'est cet avantage que les programmes de SRMNIA peuvent exploiter etfairepartageràd'autres, -si les medias, les journalistes et autres acteurs animateurs sontinformés surles pratiques bénéfiquesdeSR,ils peuventlesrelayer au niveau familial etmême dans lacommunauté, -pourbâtirun prototypedecitoyen utileàlasociété, les medias ontlamissionde développerles fonctions cognitives et comportementales de différents individus dans la communauté. Ace titre,lastratégie media estunrenforcement de de la	-L'approche est baséesurle principe queles medias et tous les acteurs des medias sont des personnes ressources àimpliquer systématiquement dans l'analyse etla résolutiondesproblèmes de santécommunautaire, -ellechercheàcapitaliserlerôle quelasociété assigneaux hommes et femmes des mediasquiconsisteà faire de ces derniers des relaispotentiels pouramorcer des changements d'attitudes et de comportement au niveau d'eux- mêmes, dans

Supports utilisés	**Démarche utilisée pour développer le partenariat avec les medias**
- Radios communautaires - Spots audio-visuels ; Microprogrammes - Spots audio ; accord de partenariat - Dossier de presse	- Faire une analyse situationnelle (identification du besoin, des opportunités possibles, de l'importance et des cibles du partenariat) - Visite de prise de contact et de plaidoyer auprès de MINCOM ; - Visite de prise de contact et de plaidoyer auprès du responsable du media partenaire - Rédaction de l'accord de partenariat contenant 03 parties essentielles: les dispositions générales (l'objet de l'Accord, la nature de l'activité, la durée); les engagements des parties prenantes et les dispositions diverses et finales (équité et bonne foi, suivi-évaluation, coordination, révision du cadre de collaboration, dénonciation de l'accord, règlement des différends et entrée en vigueur) - Réunion de concertation entre les parties prenantes pour la relecture de l'accord de partenariat - Intégration des amendements et signature de l'accord de partenariat - Multiplication de l'accord en 06 exemplaires en français (03 exemplaires) et en anglais (03 exemplaires)

8.3.2.3. Partenariat avec les sectoriels

Les sectorielles concernées par le partenariat en SRMNIA sont le MINJEC (Ministère de la Jeunesse et de Education Civic), MIN PROFF (Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille), MINESUP (Ministère de l'Enseignement Supérieur), MINESEC (Ministère des Enseignements Secondaires), MINEDUB (Ministère de l'Education de Base), MINAS (Ministère des Affaires Sociales), les structures religieuses.

Définition	**Justification**	**Principesméthodologiques**

C’est un ensemble d’activités conçues en collaboration étroite avecles sectorielles situées danslazoned’intervention des programmes de SRMNIA. Il s’agit par exemple du renforcement decapacités des acteurs locaux et autres encadreurs ou animateurs de activités sectorielles ayant un lien avec la sante reproduction.Les activités développées respectant l’approche genre ; implication les relais hors du système de sante, les encadreurs des jeunes, des femmes et autre groupes vulnérables, les autorités administratives locales, les leaders religieux et traditionnels, les groupes de femmes et de jeunes, des populations clés	Les activités des sectorielles offrent une opportunité immense de toucher plusieurs groupes de population c’est cet avantage que les programmes de SRMNIA peuvent exploiter pour améliorer la sante de reproduction, -les sectorielles touchées peuvent participer efficacement à relayer au niveau familial etmême dans lacommunauté des messages clés en faveur de la SRMNIA, Ace titre, l’approche sectorielleestunrenforcement de la mobilisation sociale a travers un paquet d’activités intègres en direction de la population générale dont la finalité est le changement de comportement. Cette approche est efficace danslamesure	-L’approche est baséesurle principe queles intervenants sectoriels (encadreurs des femmes, encadreurs des jeunes, assistants sociaux, les pairs éducateurs, les animateurs divers etc…) sont des personnes ressources àimpliquer systématiquement dans l’analyse etla résolutiondesproblèmes de santécommunautaire, -ellechercheàcapitaliserlerôle des intervenants sectoriels pouramorcer des changements d’attitudes et de comportement au niveaulocal, dans

Supports utilisés	**Démarche utilisée pour développer le partenariat avec les medias**
- Affiches, dépliants, boites a images, Accord de partenariat, images, casquettes, affiches,cahiers,sacs etc. - fiches d'information, fascicules, - modules de formation des acteurs communautaires, -cartes conseils, dépliants,fiches de SNP	- Faire une analyse situationnelle (identification du besoin, des opportunités possibles, de l'importance et des cibles du partenariat) - Visite de prise de contact et de plaidoyer auprès de la sectorielle concerné ; - Rédaction de l'accord de partenariat contenant 03 parties essentielles: les dispositions générales (l'objet de l'Accord, la nature de l'activité, la durée); les engagements des parties prenantes et les dispositions diverses et finales (équité et bonne foi, suivi-évaluation, coordination, révision du cadre de collaboration, dénonciation de l'accord, règlement des différends et entrée en vigueur) - Réunion de concertation entre les parties prenantes pour la relecture de l'accord de partenariat - Intégration des amendements et signature de l'accord de partenariat par les parties prenantes; - Multiplication de l'accord en 06 exemplaires en français (03 exemplaires) et en anglais (03 exemplaire

8.4. AUTRESTECHNIQUESDECOMMUNICATION (STRATEGIESNOVATRICES)

8.4.1. Stratégiegrand-mères(GM)

Définition	Justification	Principesméthodologiques

Camerou

C’est unestratégiequi consisteà utiliserune méthode participative d’éducationpourlasanté avec des réseauxde GMafin de négocierl’intégrationdes nouvelles pratiquesdansle domaine delaSR dansleurs répertoires deconseils et pratiquestraditionnels positifs	Ellese fondesurles valeurs etrôles desGMausein dela société -Les GMsontrespectées pourleurâge,leursagesse etleur expériencedanslapromotionetla prise encharge des maladies, -lesGMs’occupentdel’encadrement éducationneldes jeunes mères et des petits-fils,petites filles etsont aucentredes évènementsfamiliaux(mariages,baptêmes,funérailles etc.), -lesGMgardent etprotègentlamaisonetlafamille,jouentle rôle demédiateurencas deconflit -Les GMappuientles jeunes mères etleursmaris dansla gestion destravauxménagers etla dépensequotidienne, -lesGMinfluencentfortementles décisions etcomportements des jeunes mères et des chefs defamillerelatifsàlaSMNI, de	-Lastratégieconsisteà organiserdes séances d’animationéducativeà base dediscussions dirigées de grouped’environ 15 GM, -Les séances d’animationse tiennentenmoyenne tousles 15jours à1mois

Cameroun

SupportsUtilisés	**Démarche**	**Observationsparticulières**
Histoires sansrésolution, -Chansonsdelouanges ou «bak »ou « Tagg» etchansons	Première phase:elleconcernelanégociation communautaire.Elleestmenée endirectiondes leaders communautaires etdes GM.Elleviseà discuteraveceux,leprincipeetles objectifsdela stratégie. Deuxième phase :elleconcernel'animation dela séance avecles grand-mères.Elles'organisedela façonsuivante: -Installerles GMen demi-cercle -S'asseoiraumême niveau -Saluerchaleureusement etlaisserchacunse présenters'ilyalieu -introduirelethème envalorisantlerôledesGMdans lafamille etlacommunauté -L'animateuraccompagné des relaisentonneune chanson delouanges auxGM. Lachansonsert de brise-glaceet permetlamise enconfiance des participants -Après 3refrains,ilestdemandé auxGMdechanter	-Lerécit doit être«théâtral» pour capter l'attention des grand-mères etsusciter enelles desémotions suffisamment fortes pourdéclencheruneintrospection et une évaluation deleursattitudes et comportementsvis àvis duthème en question -Dansl'approche,l'animateurdoit garderuneneutralité par rapportau débat...Il ne doitpas donnerson point devue pendantladiscussion.Il doit laisserles GManalyser elles-mêmesde façoncritiqueleurscroyances et pratiques surlaquestion. -L'animateurdoit éviterdecritiquerles mauvaises réponses à travers des questions derelance et d'approfondissement;ildoit susciterla discussion entre GM.Ala fin dela séance,ilpourradonnersonavis par
-Histoires sansrésolution:il s'agit descénario portantsurlevécu des mères et grand-mères et les interactionsqu'elles peuvent avoir avec les membres dela famille ou		
Chansons :deuxtypes de chansonsont utilisés dansla stratégie.Les chansons de louanges valorisentlesGMen mettant en exergueleurs rôles et attitudesvisàvis des membres delafamille etdela communauté. Les chansons éducatives sont des		

	Ces questions sontstructuréesde façonàréaliserlecercle expérientiel del'apprentissage: descriptiondes problèmes, analysedes problèmes, recherche de solutions appropriées, application/généralisation des solutions pardes engagements -Laséances'achève paruneautrechansonéducative qui faitlerésumé des discussions.	

Difficultés/contraintes etsolutions préconisées

-Mobilisationdes GMàcause deleurâge:réduireladistance
-Démobilisation des GM:Eviterles histoires troplongues,prévoirbonbons etcola, préparerjudicieusementlesitel'animateur doitêtreun boncommunicateur.

8.4.2. Le cerclede solidaritédesfemmesenceintes

Définition	**Principesméthodologiques**
□Lecercledesolidarité des femmes enceintes estun essai de thérapiede groupe,desoutienmutueletde partage d'expériences entre des femmes à un moment donné deleurviereproductive. □Ilviseà faciliterlacommunication etle	□Des personnes quipartagentles mêmes conditionsdevie,les mêmes contraintes ou quisouffrent des mêmesmauxsont généralementtrès réceptives auxconseils de leurs pairs. Les témoignages etexpériences de personnes ayantvécules mêmes problèmes peuventconstituerunsupportimportantpouraiderles moins expérimentées. □Certaines difficultés delagrossesse telles que: problèmes d'alimentation,indigestion,

Des sentiments d'empathie etdesolidarité sontcultivés etrenforcés pourêtreun supportet unlevierdecommunicationet d'entraide.	rapports aveclemari oula bellefamille,signes de dangeretc.constituent untrait d'union entreles femmes enceintes. Lastratégie permet, entre autre, d'amenerles femmes enceintesàsortirde l'isolement dontelles sontvictimes du faitdeseffets delaculture.

Techniques d'animation d'uneséance avecles femmes enceintes

Négocierleprincipeetles objectifs delastratégieaveclesleaders,les grand-mères etlesmères

-Réunirlesfemmes enceintes (10 aumaximum)en demi-cercle.

-Saluerchaleureusement et procéderauxprésentations d'usage(si lesfemmes neseconnaissent pas)

-Annoncerl'objet delaréunion

-Poserdesquestionsouvertes pourfaireémergerlesdifficultés,problèmes, préoccupations vécus spécifiquement parlesmembres du groupe

-Laisserchaquefemmeexprimerlibrementses difficultés

-Poserdesquestionsouvertes surles causesou facteurs dechaqueproblème évoqué

-Donnerla possibilitéà toutesles femmes de donnerleursavis

-Poserdesquestionsouvertes surles conséquences connues deces difficultés/problèmes

-Demanderauxfemmes enceintes qui n'ontpas euces problèmes d'évoquerlesstratégiesadoptéespourles éviter

Cameroun

- Fairediscuterle groupesurlafaçon degérerces difficultésquandelles arrivent

-Négocieravecles femmes enceintes confrontées àcesproblèmes lafaisabilité dessolutions évoquées parles autres

-Demanderauxfemmes enceintes moins expérimentées sielles ont besoind'unsoutien delapart d'autresfemmes enceintes pour aideràrésoudrecertainesdifficultés

-Fairelasynthèse des difficultés,leurs causes,conséquences etsolutions préconisées parle groupe envue del'applicationàla maison

-Négocierla dateetlelieudelaprochaineréunion aveclesfemmes enceintes

-Remerciertoutle groupe.

L'animateurestun facilitateurduprocessus.

8.4.3. Les groupesde soutien (caregroup)

Définition	Justification
Le groupe desoutienmaternelestunregroupement de femmes d'unecommunauté dont l'objet est d'échangeret des'entraiderpourlaprise encharge etlaprévention des problèmes desantécouramment rencontrés. Ilviseà développer àl'intérieurdes activitéstraditionnelles des groupements de femmes	Ilexiste des groupesde femmes dynamiques capablesd'intégrer les activités desanté dontla prise enchargedes urgencespar

Principesméthodologiques	Supports utilisés
-Renforcerl'organisationtraditionnelledes femmes déjà organisées en groupes -Renforcerles bases desolidaritéet d'entraide quiexistentauseindes groupesde femmes - Fairela promotion des bonnes pratiques deSR identifiées auseind'unecommunauté -Partagerles expériencesentre femmes d'âges différents	-Carteconseils, boites à images. -JeuW3
NB:siune femmeaun problèmespécifiquequ'elle ne peut pasdévoileraugrandgroupe,elle peuten discuterenaparté avec	

Fonctionnement ducaregroup	**Difficultés/contraintes/solutions**
-Dès qu'une femmechoisitsamarraine,celaest annoncé dansle groupe.Lamarraine serendrégulièrementchez lafemme pourdiscuteravec ellesurses problèmes de santé etceuxdeses enfants.Elleluidonnedes conseils etl'assiste pourfaireles CPN,l'accouchement etles consultations postnatales.	-Lamobilisation des femmes est difficileàcertaines périodes de l'année,clarifierles activités en fonction deladisponibilitédes femmes

Celapeut être unmorceau d'étoffeportésurunmembre ou boucled'oreilles. -Les modalités d'emprunt etderemboursementsont négociées danslegroupe.Des activitésgénératricesderevenus sont également menées parle groupementféminin porteurpour redistribueruneparties des bénéfices aucare group	allégé deremboursement -Gèneéprouvé parcertaines femmes à exprimerleurbesoind'assistance: faireles emprunts parl'intermédiaire des marraines

VI.Laconception etla production desupports

Lamise enœuvredesinterventions sera accompagnée parlaconceptionetladiffusion desupportsappropriés àtousles niveaux.Dans ce domaine,ladémarcheconsisteraà:

-Fairel'état deslieux

- Faire desrecherches sociocomportementales

-Élargirlepartenariat

-Produire etdiffuserles supports

-Évaluerl'impactsurlescomportements

Un effortparticulierseraconsenti pourunetraduction des supports enlangues nationales.

9 COMPOSANTE 9 : SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS ET RIPOSTE (SDMPR)

9.1. Les étapes essentielles dans le processus d'identification et de notification après un décès maternel et néonatal au sein de la communauté

IDENTIFICATION
1. L'identification peut être faite par un Agents de Santé Communautaire (ASC), les Accoucheuses Traditionnels (AT), un membre du Comité de santé de l'aire de santé ou un autre représentant de la communauté qui informera le point focal SDMPR.
2. Une fois informé du décès maternel suspect, le point focal SDMPR de l'aire de santé effectuera un entretien rapide avec les membres de la famille et d'autres relations (amis proches, voisins, soignants) pour déterminer si la défunte était enceinte ou était décédée dans les 42 jours après la fin de la grossesse. Le point focal consultera également les dossiers médicaux disponibles si la femme a consulté dans les FOSA au cours des trois derniers mois.
NOTIFICATION
Après l'enquête, si le décès maternel est présumé/probable, le point focal SDMPR de l'aire de santé doit informer le point focal SDMPR du district dans un délai de 24 à 48 heures en utilisant un appel téléphonique, un SMS ou un e-mail.
Le point focal SDMPR du district informera le point focal SDMPR régional et national
Le point focal SDMPR de l'aire de sante attribuera un code ou numéro d'identification unique au décès maternel, périnatal et néonatal (**voir annexe pour codification**)
Le point focal SDMPR de l'aire de santé remplira également le formulaire de notification des décès maternels périnatals et néonatals en 4 exemplaires avec le numéro d'identification et enverra 3 exemplaires par le responsable de l'aire de santé au point focal du district (qui enverra un exemplaire au niveau régional et un exemplaire au niveau central dans les sept jours)
Le point focal de l'aire ou du district informera également les autres autorités compétentes (l'officier d'état civil à la mairie d'attache).
Le point focal SDMPR de l'aire de santé travaillera en étroite collaboration avec les membres de la famille, les amis, les voisins ou les ASC, les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs traditionnels, etc. pour faire un résumé de l'histoire et des circonstances entourant le décès de la femme par l'autopsie verbale. Les résultats seront communiqués au comité de revue des décès maternels et néonatals du district.

LA REVUE DE DECES MATERNELS, périnatals ET néonatals AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE (AUTOPSIES VERBALES)
La revue de décès maternels, périnatals et néonatals au niveau de la communauté (autopsies verbales) : une méthode de recherche sur les causes médicales de décès et les facteurs personnels, familiaux ou communautaires qui peuvent avoir contribués au décès des femmes/nouveau-nés en dehors de la formation sanitaire
Les principales sources de données pour une autopsie verbale sont issues des interviews avec la famille, les ASC et tous ceux qui pourraient avoir des informations pertinentes. Si la mère ou le nouveau-né avait reçu de soins de santé, les dossiers médicaux devraient être revus pour donner un meilleur aperçu. Les données recueillies comprendront un résumé de la chaîne des événements qui ont conduit à la mort de la mère et du nouveau-né, en utilisant des informations confirmées à partir des dossiers de la FOSA et des interviews de la famille.
Conduite de l'autopsie verbale L'autopsie verbale est coordonnée par le point focal SDMPR de la FOSA la plus proche. Compte tenu de la difficulté traversée par la plupart des communautés après avoir perdu un être cher, cette méthode de collecte de données devrait être abordée avec prudence et sensibilité culturelle. En outre, il est important de mener des entrevues par des personnes bien formées. Le moment de l'autopsie verbale est important parce que la famille est encore en deuil. Il peut être nécessaire d'attendre un certain temps pour permettre à la famille endeuillée de se réconcilier avec la perte avant de les approcher pour un entretien, peut-être une semaine ou plus. L'interview devra être discrète de préférence en plusieurs étapes qui seront recoupées plus tard. Les données des décès maternels, périnatals et néonatals survenus dans la communauté devraient être analysées par mois par le service de district de santé.

9.2.Les étapes essentielles du processus d'identification et de notification après le décès maternels, périnatals et néonatals dans une formation sanitaire

IDENTIFICATION
1. Toute femme en âge de procréer, indépendamment du motif de consultation ou hospitalisation, sera interrogée sur les indicateurs de grossesse, notamment la date des dernières règles, la date du dernier accouchement, le nombre d'accouchement, l'usage des contraceptifs et la pratique de l'allaitement, le cas échéant. Ces données seront notées dans son dossier médical. De même, tout nouveau-né décédé et mort-né, les informations sur les circonstances du décès, seront notées.
2. Les dossiers médicaux de tous les décès parmi les femmes en âge de procréer admises et ou prises en charge dans chaque service d'une FOSA seront examinés pour la détection d'une éventuelle grossesse par les personnels soignants. Il en sera de même pour chaque

décès néonatal et mort-nés, pour rechercher la cause du décès.
3. Le rapport du système de surveillance intégrée de la maladie, ainsi que les documents d'*enregistrement des faits d'état civil et des statistiques vitales* (notification du décès) seront examinés pour tous les décès des nouveau-nés et des femmes en âge de procréer et en état de grossesse au moment du décès.
4. Les dossiers de tous les décès, les nouveau-nés et les femmes en âge de procréer admises et ou pris en charge dans **TOUS** les services de la formation sanitaire, pas seulement la maternité, doivent être examinés pour déterminer l'état de la grossesse par le point focal SDMPR de la structure, de même que les services de pédiatrie/néonatologie.
5. Tous les cas identifiés de femmes ayant été enceintes, en travail ou dans les suites de couches seront sélectionnés et classés comme cas présumés/probables de décès maternels.
NOTIFICATION
1. Une fois que le décès maternel, périnatal ou néonatal est confirmé, le point focal SDMPR de la structure doit notifier le point focal SDMPR du district dans les 24 - 48 heures suivant le décès maternel ou néonatal en utilisant l'appel téléphonique, le SMS ou le courriel (flotte téléphonique).
2. Le point focal SDMPR du district doit informer le point focal SDMPR de la région et le point focal SDMPR national.
3. Le point focal SDMPR de la structure attribuera un code ou numéro d'identification unique au décès maternel, périnatal ou néonatal (**voir annexe pour codification**)
4. Le point focal SDMPR de la formation sanitaire et ou de l'aire de santé remplira également le formulaire de notification des décès maternels, périnatals et néonatals en 4 exemplaires avec le numéro d'identification et enverra 3 exemplaires au point focal du district (qui enverra un exemplaire au niveau régional et un exemplaire au niveau central dans les sept jours)
5. Le point focal de l'aire de santé ou du district informera également les autres autorités compétentes (l'officier d'état civil).
6. Le point focal SDMPR de la formation sanitaire ou de l'aire de santé travaillera en étroite collaboration avec les membres de la famille, les amis, les voisins ou les ASC, les AT, les guérisseurs traditionnels etc., pour faire un résumé de l'histoire et les circonstances entourant le décès de la femme et du nouveau-né par autopsie verbale.
LA REVUE
LA REVUE DE DECES MATERNELS, PERINATALS ET NEONATALS DANS LES FOSA
Une enquête qualitative approfondie sur les causes et circonstances entourant les décès maternels, périnatals et néonatals survenus dans les FOSA. Bien que les décès puissent être initialement identifiés au niveau de la formation sanitaire, ces examens concernent également l'identification de la combinaison des facteurs au sein de la formation sanitaire et dans la communauté, qui ont contribué au décès, ainsi que ceux qui étaient évitables.
1) Déterminer la cause médicale ou physiopathologique du décès aussi précisément que possible et la classer par catégories (cause obstétricale directe, indirecte, fortuite/sous-jacente, accidentelle/ incidentelle) en utilisant les données disponibles.

Évaluer la qualité des soins médicaux :

Évaluer si la formation sanitaire a la capacité de fournir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) telle que défini par l'OMS

Évaluer la qualité des soins prénatals (tels que le dépistage/identification des facteurs de risque ou à des conditions et de l'éducation sur les signes de danger, de complications de la grossesse sous-jacente) et les soins postnatals

Déterminer si les facteurs non médicaux ont contribué au décès

Évaluer la qualité des soins prénatals (tels que le dépistage/identification des facteurs de risque ou à des conditions et de l'éducation sur les signes de danger, de complications de la grossesse sous-jacente) et les soins postnatals

c) Déterminer si le décès maternel, périnatal et néonatal était évitable et si oui, comment cela aurait-il pu être évité.

Les facteurs suivants seront pris en considération lors de l'évaluation si un décès était évitable :

a) Au niveau de la communauté/ de la famille
   - Facteurs liés au patient ou à la famille ; un problèmeen rapport avec les soins médicaux existait-il ? Notamment les soins prénatals (CPN) et les soins postnatals (CPON) et qu'elle ne respectait ou ne se conformait pas aux conseils médicaux donnés ?
   - Facteurs liés aux Accoucheuses Traditionnelles (AT) : A-t-il été fait par une AT ? (oui/non)
   - Les liens communautaires ; la femme ou sa famille ont-ils eu des rencontres régulières avec les ASC et les AT?

b) Au niveau de la formation sanitaire

   Les CPN : déterminer si la femme a effectué les consultations prénatales.

   Les soins postnatals : déterminer si la femme a reçu les consultations postnatales selon les directives.

   Les facteurs hospitaliers : déterminer si les infrastructures hospitalières sont adéquates, si les fonctions obstétricales essentielles étaient disponibles au niveau supérieur de référence, si les protocoles ou normes mis en place sont appropriés, les ressources et les consommables étaient adéquats, et les soins étaient disponibles quelle que soit la capacité de payer.

   Les facteurs liés aux prestataires de soins : déterminer si les membres du personnel étaient disponibles et formés de manière adéquate, si le traitement a été dispensé en temps réel et fait correctement, et si le personnel de soins étaient sensibles aux valeurs sociales et culturelles du patient et de sa famille.

d) Au niveau intersectoriel

   Les facteurs liés au transport : évaluer si le transfert a été entravée par la disponibilité du transport, l'adéquation des transports, les conditions routières, la possibilité de voyager la

nuit ou le manque de financement.

e) Les questions liées au Genre

Évaluer les obstacles économiques et sociaux liés à la condition des femmes, au niveau d'alphabétisation des femmes et des croyances et des pratiques fondées sur le sexe qui peuvent être une cause de la faible utilisation des services.

LES ENQUETES CONFIDENTIELLES

Les enquêtes confidentielles sur les décès maternels, périnatals et néonatals : une enquête systématique multidisciplinaire anonyme de tout ou d'un échantillon représentatif des décès maternels, périnatals et néonatals survenus au niveau de l'aire de santé, au niveau du district, au niveau régional ou national. Il identifie les nombres, les causes et les facteurs évitables ou remédiables qui leur sont associés.

LA REVUE DES ECHAPPEES BELLES

La revue des échappées belles : Examine la possibilité d'étudier les cas où les femmes ont survécu à des complications obstétricales graves (morbidité grave) plutôt que les décès maternels.

L'examen des échappées belles est l'occasion d'inclure la morbidité Maternel dans le système de surveillance. Il fournit des indications complémentaires utiles sur la qualité des soins. Il y a aussi la possibilité d'interroger la femme elle-même.

Les échappées belles qui devraient être examinés comprennent : Les hémorragies de postpartum sévères, Les complications de pré éclampsie sévère, Eclampsie et ou - État de mal éclamptique, HELLP syndrome, Insuffisance rénale, CIVD, Septicémie, La rupture de l'utérus, Le travail obstructif compliqué de fistule obstétricale

, Les complications graves d'avortement (saignement, infections, atteinte des organes de voisinage)

L'AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique : met l'accent sur l'examen du contenu et de la qualité des soins prodigués aux femmes/ et nouveau-nés dans des conditions cliniques spécifiques évaluées par rapport aux critères ou normes explicites plutôt que sur les résultats d'analyse en termes de mortalité Maternelle, périnatale et néonatale

LA RIPOSTE

Analyse et interprétation des résultats découlant des revues	Elles sont effectuées à tous les niveaux du système sanitaire (districts, régions, central) et les rapports transmis à chaque fois au niveau supérieur qui à son tour donne la retro information. Les recommandations prioritaires pour des mesures correctrices sont faites sur la base de l'ensemble des données.

Riposte et suivi de la riposte :	
La riposte consiste en la mise en œuvre des mesures correctrices formulées par le Comité de revue et celles basées sur l'analyse des données. Les mesures ou actions peuvent porter sur les problèmes qui se posent au niveau de la communauté, de la FOSA ou au niveau multisectoriel. Elle consiste également à suivre et à s'assurer que ces mesures sont mises en œuvre de manière adéquate.	
Les principes directeurs de la riposte	
1. Commencer par les facteurs évitables identifiés au cours du processus de la revue 2. Utiliser des approches fondées sur les faits 3. Prioriser les interventions (sur la base de la prévalence, de la faisabilité, des coûts, des ressources, de l'état de préparation du système de santé et de l'impact sur la santé) 4. Établir un chronogramme de riposte (immédiat, à court, moyen ou long terme) 5. Décider de la manière de suivre les progrès, l'efficacité et l'impact des interventions 6. Intégrer les recommandations dans le plan de travail annuel (PTA). Suivre et évaluer la mise en œuvre des recommandations	

9.3. Exemples de causes courantes de deces maternels et interventions fondees sur des preuves par niveau d'intervention

Cause	**Orientation / Interventions dans les FOSA de premier niveau de recours** (Prévention et prise en charge)	**Interventions communautaires**

hémorragies post-partum	a) Utilisation des utérotoniques en traitement prophylactique b) La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) c) Massage utérin d) Révision utérine e) Compression de l'aorte abdominale f) compression bi manuelle de l'utérus g) Délivrance manuelle h) vêtement anti-choc non-pneumatique, comme une mesure temporaire jusqu'à ce que les soins de base soient disponibles	a) Education de la communauté b) Accompagner d'urgence dans une formation sanitaire c) Massage utérin d) Compression de l'aorte abdominale
Hypertension artérielle pendant la grossesse	a) La supplémentation en calcium pendant la grossesse b) L'acide acetyl salicylique à faible dose pour la prévention de la pré-éclampsie chez les femmes à haut risque c) Utilisation du sulfate de magnésium d) L'utilisation de médicaments antihypertenseurs pour le traitement de l'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse e) Prévention et traitement de l'éclampsie	Education de la communauté sur les signes de danger de la PEC/éclampsie
Complications des avortements à risque et grossesses non désirées	a) Conseils et services de planification familiale : les méthodes de barrière, les contraceptifs oraux, les contraceptifs d'urgence, les méthodes hormonales, les implants, les dispositifs intra-utérins et la contraception chirurgicale. b) accès aux Soins Après Avortement (SAA)	Conseils et mise à disposition de la planification familiale : les méthodes de barrière, les contraceptifs oraux, les contraceptifs d'urgence, les méthodes hormonales.
L'infection	a) Prévention des infections b) Antibiotiques pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes c) Déclenchement du travail en cas de rupture des membranes d) Antibiotiques prophylactiques pour la césarienne e) La détection et la prise en charge de l'infection du post-partum	a) Sensibilisation pour les accouchements dans les FOSA b) communication sur les risques d'infection c) Transfert vers la FOSA
La dystocie (et ses	a) Utilisation du partogramme b) Césarienne	a) Sensibilisation sur les facteurs de risque

complications)	c) Antibiothérapie d) Utilisation des utérotoniques e) Transfusion sanguine	b) Elaboration des plans d'accouchement
Les causes indirectes	a) Fournir un paquet essentiel de soins prénatals b) Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles c) Prévention du paludisme pendant la grossesse, avec le Traitement Préventif Intermittent d) la promotion des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) e) Le traitement des cas de paludisme f) Le soutien social pendant la grossesse et l'accouchement g) Le dépistage et la prise en charge des signes / symptômes de violence conjugale et d'agression sexuelle h) Prévenir et traiter l'anémie maternelle. i) Le traitement de l'infection à VIH et des Hépatites virales	a) Prévention des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH pour la prévention de la mère à l'enfant (PTME) du VIH/hépatite b) Prévention du paludisme pendant la grossesse, avec prophylaxie antipaludéen c) Promotion de l'utilisation des MILDA

9.4.Gestion de la riposte

Partage des responsabilités	Afin de faciliter le processus d'examen des décès maternels, périnatals et néonatals et de mettre en œuvre des ripostes efficaces à chaque niveau (communautaire, district, régional et national), des points focaux SDMPR de l'aire de santé, de la formation sanitaire, du district, de la région et national seront identifiés et désignés.
Le point focal SDMPR de l'aire de sante devra	- Procéder à l'identification et la notification des actions au niveau de la communauté - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnatals et néonatals de la communauté - Compiler les sources de données essentielles et faire des résumés des autopsies verbales menés pour informer le district
Le point focal SDMPR de la	- Procéder à l'identification et la notification des actions au niveau de la formation sanitaire et de la communauté - Effectuer la collecte de données pour les décès maternels, périnatals et

formation sanitaire devra :	néonatals suspects et probables, y compris hors du centre de collecte de données - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnatals et néonatals de la formation sanitaire - compiler les sources de données essentielles et faire des résumés pour informer la formation sanitaire de la revue des décès maternels, périnatals et néonatals
Le Point focal SDMPR du District (point focal SR du district) devra	- Participer et soutenir la formation sanitaire et la communauté dans le district ; - Coordonner la gestion des données au niveau du district ; - Assurer la transmission de données au niveau régional ; - Élaborer les rapports au niveau du district ; - participer à des réunions du Comité SDMPR du district
Le point focal SDMPR régional (point focal SR régional) devra	- participer aux réunions régionales du Comité SDMPR, - coordonner la gestion des données au niveau régional, - assurer la transmission de données au niveau national ; - Faire le feedback et les recommandations au district et aux FOSA ; - Elaborer le rapport au niveau régional.
Le point focal SDMPR national devra:	- Recevoir les rapports des régions pour cette période et les envoyer aux membres du comité national SDMPR pour l'analyse de l'exhaustivité et la complétude des données régionales avant les réunions du comité SDMPR national. - Elaborer le rapport SDMPR national chaque année et tous les trois ans à travers une enquête confidentielle sur les décès maternels, périnatals et néonatals, notamment les recommandations pour les interventions à l'échelle nationale ; - participer aux réunions du Comité SDMPR national, - coordonner la gestion des données au niveau national, assurer une rétroaction et les recommandations aux niveaux de la région, des districts et des FOSA.

9.5. Instructions pour le codage d'un décès maternels, périnatal et néonatal avec un numéro d'identification unique

1. Un numéro unique doit être donné par le point focal SDMPR de la FOSA pour chaque décès maternels, périnatal et néonatal ou par le pont focal SDMPR de l'aire de santé, pour chaque décès survenu dans la communauté et pour qui une autopsie verbale est menée.
2. Ce nombre sera utilisé dans les rapports de la revue à tous les niveaux.
3. Ce code est donné à tous les cas suspects décès maternels, périnatal et néonatal. Dans la communauté, toutes les femmes, nouveau-né ou mort-né quel que soit le lieu de la mort, reçoit le numéro de code au niveau communautaire au cours de l'autopsie verbale.

Système de codage d'un décès maternels, périnatal et néonatal :

1. Une lettre indiquant la catégorie ; M (maternelle), P (périnatal), N (néonatal)
2. Deux premières lettres pour la Région
3. Trois premières lettres pour le district de santé
4. Trois premières lettres pour l'aire de santé
5. Deux chiffres pour le mois
6. Deux chiffres pour l'année

NB : au cas où plusieurs districts de santé ont les trois premières lettres identiques dans une région ou plusieurs aires de santé ont les trois premières lettres identiques dans un district de santé, on mettra des chiffres en exponentiel et par ordre alphabétique.

Exemples :

Foumban et Foumbot : on écrira FOU^1 et FOU^2

Mbangang, Mbangante, Mbangourain : on écrira MBA^1, MBA^2 , MBA^3,

Exemple de code :

M/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès maternel, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé d'Odza, juillet 2017,

Ou

P/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès périnatal, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017,

Ou

N/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès néonatal, région du Centre district, de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017

10 COMPOSANTE 10 : CONSULTATION PRESCOLAIRE

.

1. Calendrier de consultation préscolaire

Age	**Contenu de la consultation (point clé)**
14 semaines	Signe d'alerte de la croissance
6 mois	Diversification alimentaire
9 mois	Croissance physique et intellectuelle
12 mois	Signature du certificat de vaccination
A partir de 12 mois	Prise en charge globale tous les 6 mois

2. Protocole sur la vaccination

La vaccination est un acte qui vise à conférer à un organisme la capacité de lutter efficacement contre les agents d'une maladie donnée. Elle permet de développer des anticorps spécifiques contre un agent pathogène. Sa durée dans un grand nombre de cas est de 1 an et un rappel fait rebondir l'immunité qui aura une plus longue durée d'action.

1.1. Programme élargi de vaccination(PEV): Le PEV a comme objectifs de prévenir, de contrôler, d'éliminer ou d'éradiquer les maladies évitables par la vaccination.

Maladie cibles du PEV	Source de contamination	Age critique	Premiers symptômes
Tuberculose	Crachats des tuberculeux surtout	A tout âge	Toux depuis plusieurs semaines, ou des mois parfois, crachats sanguinolents
Diphtérie	Objets souillés par le malade	peut survenir à tout âge de la vie	Angine avec fausses membranes
Tétanos néonatale	Surtout par la section du cordon ombilical avec des instruments souillés	Dans les 28 premiers jours de la vie	contracture de la mâchoire Plaie ombilicale non cicatrisée
Coqueluche	Contact d'un enfant malade à un enfant sain	En générale entre 2 à 4 ans, mais de fois chez les nourrissons	Toux à prédominance nocturne, spasmodique, puis des quintes
Poliomyélite	eaux et aliments souillés par les selles d'un malade	0 à 14 ans	Paralysie flasque d'installation brutale
Rougeole	Directe par les gouttelettes de salive du malade	De 6 mois à 10 ans en général	Fièvre, rhinite, conjonctivite, éruptions cutanée
Hépatite B	Contact avec le sang ou à l'occasion de rapport sexuel, de la mère à l'enfant lors de l'accouchement	à tout âge	Fatigue, urine foncées, pâleur des selles, ictère (coloration jaune de la peau, des muqueuses ou du blanc de l'œil)

Fièvre jaune	Piqûre de moustiques (*Aedes aegypti*) qui se reproduisent dans l'eau stagnante. la mauvaise hygiène du milieu contribue à la transmission	à tout âge	Fièvre brutale supérieure à 39°, ictère (coloration jaune de la peau, des muqueuses et du blanc de l'œil)
Les maladies à *Haemophilus influenzae* type b (Hib)	Elle se transmet d'une personne à une autre lorsqu'un sujet infecté éternue ou tousse	Enfants de 6 mois à 2 ans.	la fièvre, les vomissements, la léthargie, l'irritation méningée (bombement de la fontanelle, raideur de la nuque chez l'enfant)
Infections à pneumocoque	Voie aérienne	0 à 2ans	début brutal avec fièvre, toux et difficulté respiratoire, parfois frissons et point de côté.
Diarrhée à Rotavirus	Voie féco-orale	Nourrisson	fièvre supérieure à 38°C, des vomissements et une diarrhée aqueuse avec déshydratation
Rubéole	Voie aérienne et orale	Nourrisson	Malformation congénitale, éruption cutanée, faible fièvre, tuméfaction des ganglions lymphatiques, douleurs articulaire et arthrite

Calendrier de vaccination infantile

Contact	**Vaccin**	**Voie**	**Dose**	**Âge recommandé**	**Sites**

		d'administration			
1er contact	BCG	Intradermique	0,05 ml	Naissance à 1an	1/3 sup face antérieur avant-bras gauche
	VPO 0	Orale	2 gouttes	Naissance	Bouche
2e contact	DTC-HepB+Hib1	IM	0,5 ml	6 semaines	Cuisse gauche
	VPO1	Oral	2 gouttes		Bouche
	Prevenar13 - 1	IM	0,5 ml		Cuisse droite
	ROTA	Orale			Bouche
3e contact	DTC-HepB+Hib2	IM	0,5 ml	10 semaines	Cuisse gauche
	VPO2	Orale	Gouttes		Bouche
	Prevenar13 - 2	IM	0,5 ml		Cuisse droite
	ROTA	Orale			Bouche
	DTC-HepB+Hib 3	IM	0,5 ml		Cuisse gauche

4e contact	VPO3	Orale	Gouttes	14 semaines	Bouche
	Prevenar13 - 3	IM	0,5 ml		Cuisse droite
5e contact	Vit A	Orale	100 000UI	6-11 mois	Bouche
	RR	Sous-cutanée	0,5 ml	9 mois	Deltoïde G
	VAA	Sous-cutanée	0,5 ml	9 mois	Deltoïde G

Conduite à tenir devant une réaction post-vaccinale

Vaccin	Effets secondaires courants	conduite à tenir
BCG	Réaction locale à l'endroit de l'injection	surveiller, pansement sec, guérison spontanée
	Abcès au point d'injection	Ne pas inciser, s'adresser au centre de santé
Polio	Aucun effet indésirable observé	
DTC/Hep B	Fièvre dans les 48 heures	Antipyrétique (paracétamol) suivant les doses recommandées
RR/VAA	Fièvre et/ou éruption dans les 5 à 10 jours	Antipyrétique (paracétamol) suivant les doses recommandées

VAT	Douleurs locales, fièvre modérée	Antipyrétique (paracétamol) suivant les doses recommandées

1.2. Vaccins recommandés (Hors PEV)

Age	**Type de vaccin**	**maladie**	**Voie d'administration**	**Durée de protection**
12 mois	AVAXIM (1e dose)	Hépatite A	Sous cutané	6 – 12 mois
15 – 18 mois	ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole	Sous cutané	A vie
	PENTAXIM	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche Hib, Polio	Sous cutané	5 ans
2 ans	Typhim Vi	Typhoïde	Sous cutané	3 ans
	Meningo A+C	Méningite à méningocoque A ou C	Sous cutané	3 ans
	Pneumo 23	Infections invasives à pneumocoques	Sous cutané	3 – 5 ans
	AVAXIM (2e dose)	Hépatite A	Sous cutané	10 ans

	DUKORAL	Choléra	Orale	2 ans/ (2 doses à 7 – 15 jours d'intervalle)
3 – 6 ans	VAXIGRIP	Grippe	Sous cutané	1 an/ (1 dose tous les ans) à 5 ans

2. Protocole sur la Vitamine A et D, et le Déparasitage systématique:

Outre les vaccins obligatoires du PEV, un supplément en vitamine A est recommandé pour renforcer le système immunitaire de l'enfant et le déparasitage systématique dès l'âge de 6 mois.

Molécule	**Voie d'administration**	**Dose**			**Age recommandé**	**Site**
		Immédiatement	Jour suivant	Couleur capsules		
		50 000 UI	50 000 UI	2 gouttes bleues	6 mois	Bouche
Vitamine A	Orale	100 000 UI	100 000 UI	Bleue	6-11 mois	

		200 000 UI	200 000 UI	Rouge	>12 mois	
Vitamine D	Orale	600 UI/jour			De 0 à 24 mois	Bouche
Albendazole	Orale	200mg (1/2 comprimé) 400mg (1 comprimé)			06 - 24 mois + 24 mois	Bouche
Mebendazole		500mg			A partir de 6 mois	

3. Protocole pour la croissance et le développement intellectuel

Tableau du développement psychomoteur

	Motricité globale	**Motricité fine (Préhension)**	**Langage**	**Sociabilité**
1 à 3 mois	Tient sa tête	Tend la main vers objet	Cris aigu	Sourire- réponse
6 mois	Tient assis/maintenu debout, assume son poids	Attrape un objet/le passe d'une main à l'autre/met les objets dans la bouche	Disyllabique « da-da ba-ba »	
9 mois	Passe de la position couchée à assise	Pince pouce/ index inférieur	Reconnait son nom/ imite les bruits	A peur des inconnus, fait « au revoir »
1 an	Debout sans appui/ début de	Pince pouce/ index inférieur	1 – 2 mots	

	marche			
18 mois	Marche/monte et descend les escaliers	Visse et dévisse/empile les cubes, lance les balles	Une vingtaine de mots/montre du doigt la personne indiquée	S'assied seul sur une chaise
2 ans	Court/marche à reculons	Gribouille	Phrase de 2 ou 3 mots	Habille et donne à manger à une poupée
3 ans	Fait du tricycle	Fait un rond/fait une croix/bonhomme têtard	Structure des phrases « sujet/verbe/complément », utilise « je »	S'habille et se déshabille
4 ans	Saute à cloche-pied	Fait un carré	Raconte une histoire	

Signes d'alerte du Retard du Développement Psychomoteur

A 14 semaines	- L'absence ou l'insuffisance de la tenue de la tête ; - l'absence de poursuite oculo-céphalique d'un objet (ne tourne pas la tête pour suivre un objet) ; - la présence de troubles vasomoteurs au d'irritabilité ; - l'absence, la pauvreté ou le retard dans le domaine psychoaffectif (sourire-réponse, vocalises…)
A 6 mois	- l'absence de la survenue du bouleversement physiologique du tonus musculaire ; - les membres inferieurs restent anormalement hypertoniques ; - l'atteinte de la motilité : mouvements rares ou en décharge ; - l'absence de préhension ; - la mauvaise qualité de l'éveil et des relations avec les objets et avec les personnes - Absence de posture anticipatoire
A 9 mois	- l'hypertonie des membres inférieurs associée a l'hypotonie axiale ; - la non –apparition de la préhension pouce-index ; - les mains trop souvent fermées ; - l'absence de la relation avec l'entourage et les objets ; - la pauvreté de la vocalise (n'associe pas les syllabes). - Absence de reflexe de plongeon
A 24 mois	- l'absence de marche correcte ;

	- l'impossibilité de se relever seul ; - l'incapacité d'obéir a un ordre simple ; - l'incapacité d'associer deux mots ; - l'impossibilité d'imiter un trait, de superposer deux cubes.

Conduite à tenir devant la constatation d'un retard de développement psychomoteur

Classification

Le retard est-il homogène ?	**Le retard est-il hétérogène ?**	**Le retard est-il nouveau ?**
Le retard existe dans toutes les rubriques du test (motricité globale, motricité fine, langage, contact social)	Le retard hétérogène existe seulement à certaines rubriques : Un retard moteur isolé évoque une pathologie musculaire, du nerf périphérique ou de la corne antérieure Un retard isolé du langage doit faire rechercher une surdité, un audiogramme et éventuellement les potentiels évoqués auditifs doivent être effectués si le langage n'est pas acquis à 2 – 3 ans	Un retard psychomoteur ancien avec des acquisitions lentes évoque une pathologie cérébrale fixée (IMC)

Confirmation du diagnostic en milieu spécialisé

Diagnostic étiologique

Anamnèse	**Retard moteur avec hypertonie dominé par l'infirmité motrice cérébrale (IMC)**	**Retard moteur avec hypotonie**	**Retard intellectuel et/ou psychique**	**Retard psychomoteur global « Encéphalopathies »**
Antécédents familiaux, grossesse, accouchement, période néonatale, période post natale	paraparésie (syndrome de Little) hémiplégie ou hémiparésie	Secondaire à une maladie générale (rachitisme carentiel, maladie cœliaque ou à un manque de stimulation Angine neurogène (amyotrophie spinale infantile (Wernig – Hoffman) Myopathie (maladie de Duchenne : dosage CPK	Psychose infantile (autisme) Débilité constitutionnelle Troubles comportementaux génétiques (X. Fragile, Rett…) Atteintes sensorielles Carence affective et/ou contexte familial peu stimulant Instabilité psychomotrice primitive	Secondaires pathologie anté périnatale ou post natale (anoxie néonatale, hémorragie cérébro-méningée) Affections chromosomiques et génétique (trisomie 21) Malformations cérébrales Phacomatose (Sclérose tubéreuse de Bourneville) Maladies métaboliques (amino acidopathie) Epilepsies graves (West, Lennox Gastaut)

Croissance physique : courbe de croissance Z Score

Malnutrition en terme de Déficit

I. Périmètre brachial (PB bras gauche)

PB: < 11,5 cm pour enfant âgé de 6 à 59 mois;

II. Poids pour tailles

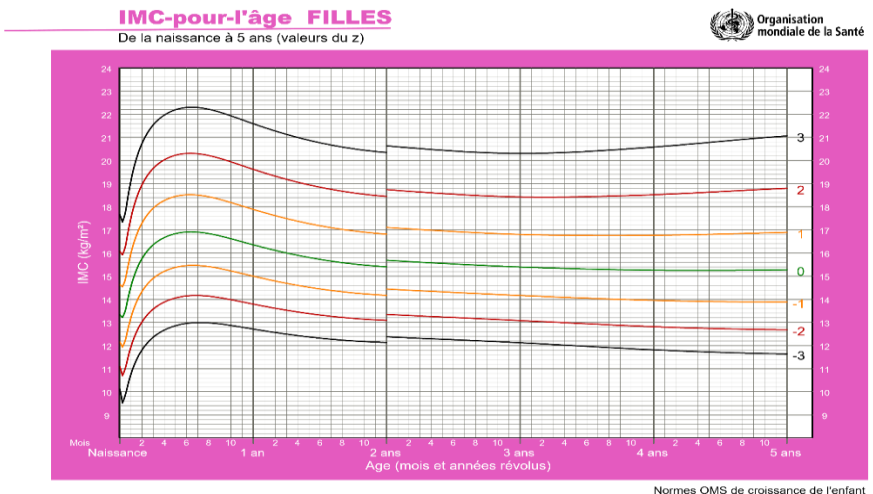
Malnutrition aiguë (Emaciation) : Correspond à un déficit de la masse du corps en relation avec la taille [Poids/Taille pour l'âge (reflète la situation nutritionnelle actuelle)];

- Malnutrition aiguë modérée (MAM): P/T entre -2 z scores et -3 z scores;
- Malnutrition aiguë sévère (MAS): P/T inférieur à -3 z scores;

Malnutrition en termes d'excès (Surcharge pondérale)

I. Surpoids: IMC> +1 Z-score en référence aux courbes de corpulence pour l'âge et le sexe.

II. Obésité: IMC > + 2 Z-score en référence aux courbes de corpulence pour l'âge et le sexe

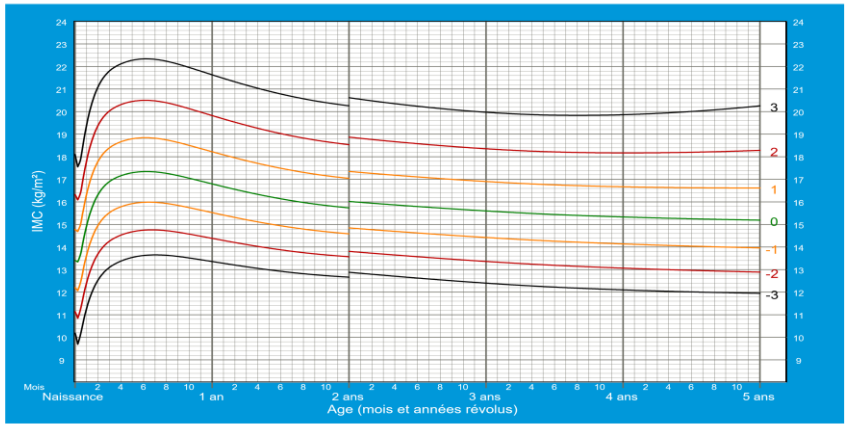


Normes OMS de croissance de l'enfant

IMC-pour-l'âge GARÇONS

De la naissance à 5 ans (valeurs du z)

Organisation mondiale de la Santé

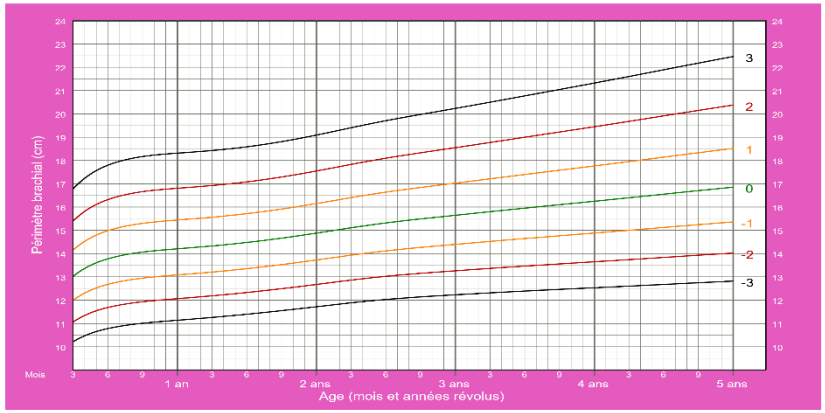


Normes OMS de croissance de l'enfant

Périmètre brachial-pour-l'âge FILLES

De 3 mois à 5 ans (valeurs du z)

Organisation mondiale de la Santé

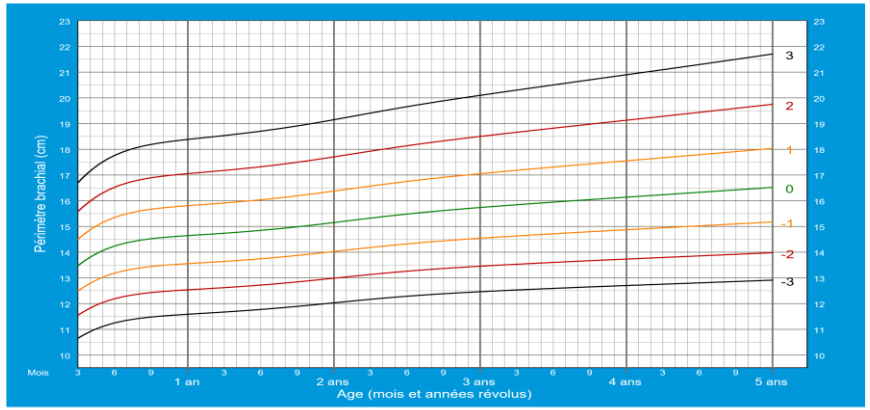


Normes OMS de croissance de l'enfant

Périmètre brachial-pour-l'âge GARÇONS

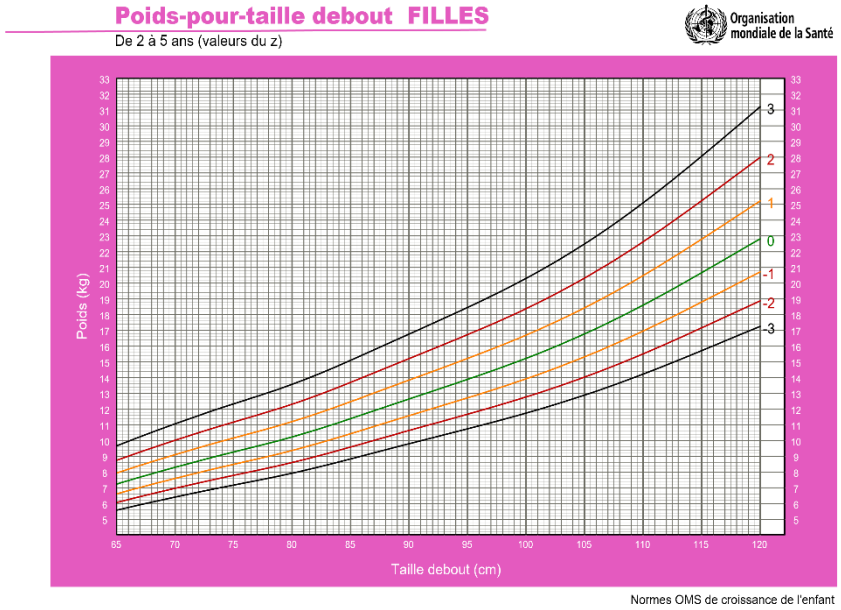
De 3 mois à 5 ans (valeurs du z)

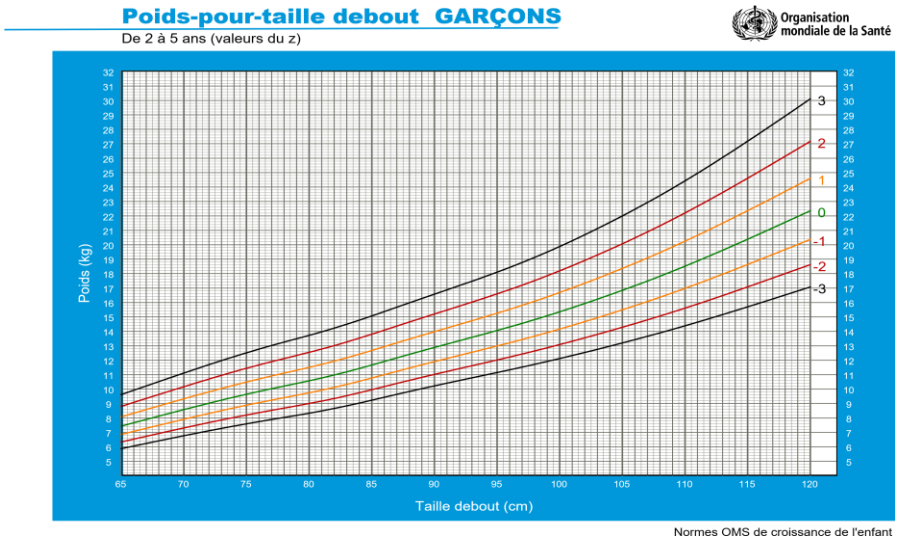
Organisation mondiale de la Santé



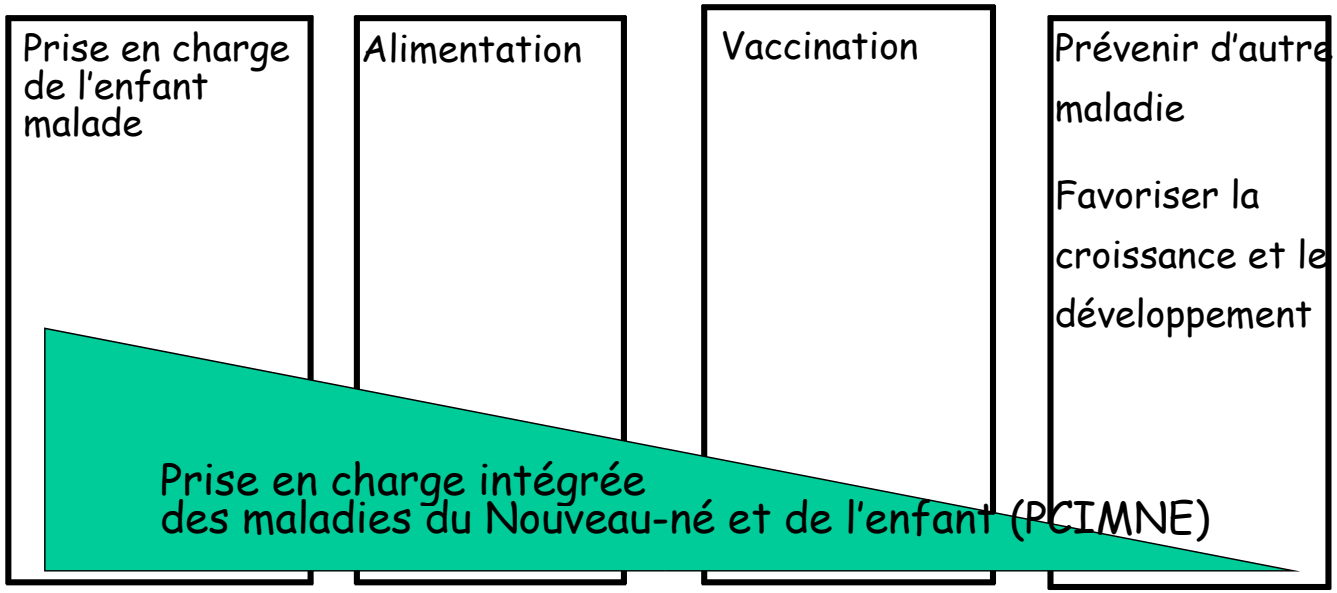
Normes OMS de croissance de l'enfant

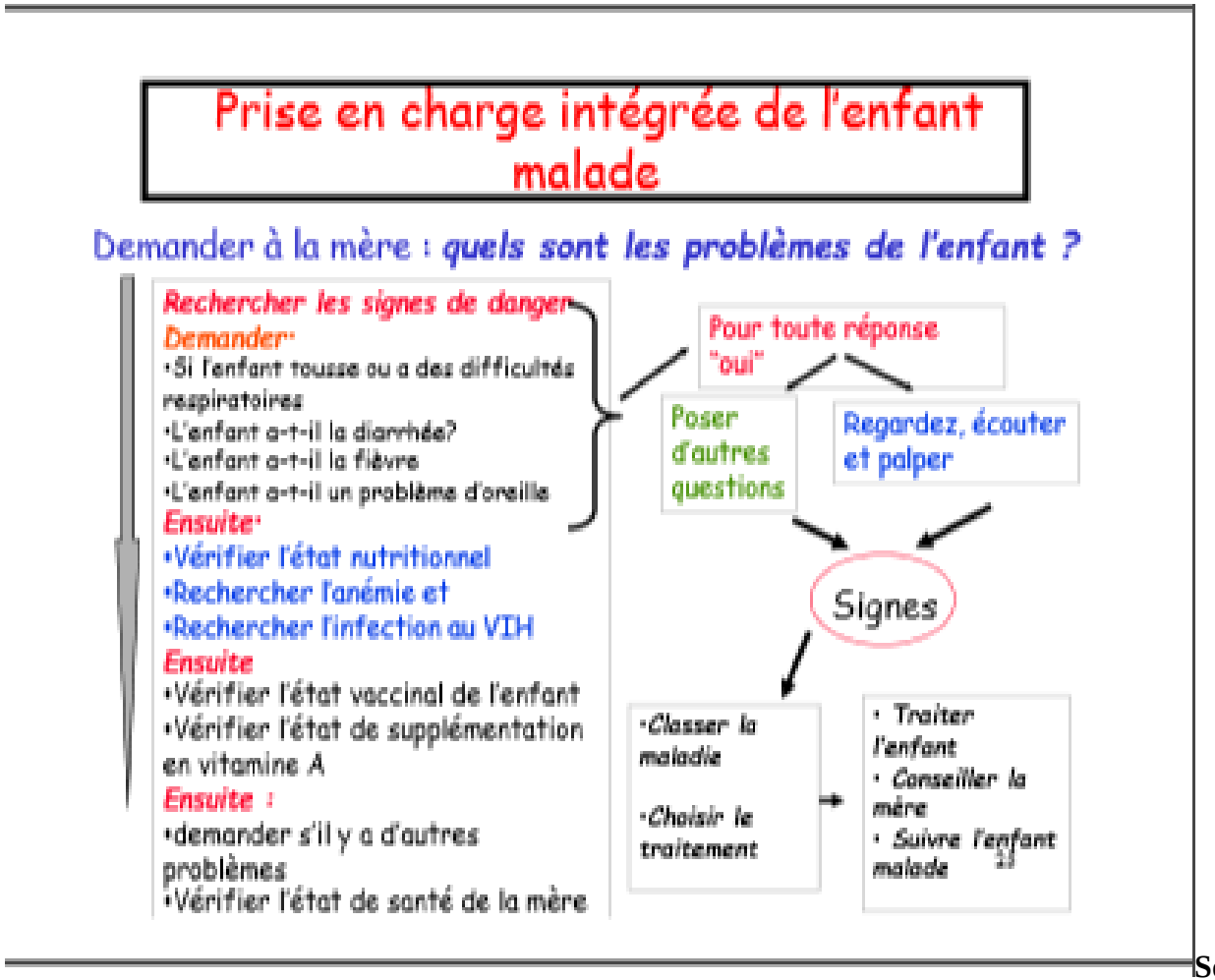
Cameroun


Poids-pour-taille debout FILLES
De 2 à 5 ans (valeurs du z)
Organisation mondiale de la Santé
Poids (kg)
Taille debout (cm)
3
2
1
0
-1
-2
-3
Normes OMS de croissance de l'enfant


Poids-pour-taille debout GARÇONS
De 2 à 5 ans (valeurs du z)
Organisation mondiale de la Santé
Poids (kg)
Taille debout (cm)
3
2
1
0
-1
-2
-3
Normes OMS de croissance de l'enfant

4. protocole sur la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant





Source : Guide de la PCIMNE

Prise en charge de la toux ou difficultés respiratoires (Pneumonie) :

• Tout signe général de danger ou **• Tirage sous-costal ou** **• Stridor chez l'enfant calme**	**PNEUMONIE SÉVÈRE OU MALADIE TRÈS GRAVE**	**Donner la première dose d'antibiotique intramusculaire** **En cas de sifflement audible, tester avec un bronchodilatateur inhalé à action rapide jusqu'à 3 cycles avant de classer comme pneumonie sévère** **Transférer d'urgence à l'hôpital**
Respiration rapide	**PNEUMONIE**	**Donner un antibiotique oral pendant 5 jours** **En cas de sifflement audible, tester avec un bronchodilatateur inhalé à action rapide jusqu'à 3 cycles avant de classer comme pneumonie** **Calmer le mal de gorge et soulager la toux avec un remède inoffensif** **En cas de sifflement audible récurrent, transférer le patient pour un bilan** **Rechercher l'infection à VIH** **Si la toux dure depuis plus de 30 jours, transférer**

		pour bilan tuberculose/asthme **Indiquer à la mère dans quel cas revenir immédiatement** **Revoir après 2 jours •**
Pas de signe de pneumonie ni de maladie très grave	**TOUX OU RHUME**	**¾ En cas de sifflement audible, donner un bronchodilatateur inhalé pendant 5 jours ¾ En cas de sifflement audible récurrent, transférer pour bilan ¾ Calmer le mal de gorge et soulager la toux ¾ Si la toux dure depuis plus de 30 jours, transférer pour bilan tuberculose/asthme ¾ Indiquer à la mère quand revenir immédiatement ¾ Revoir après 2 jours en l'absence d'amélioration**

Prise en charge de la Diarrhée

La prise en charge de la diarrhée est marquée principalement par le traitement de la déshydratation associée.

SIGNES ÉVIDENTS DE DÉSHYDRATATION	- Donner liquides, suppléments en zinc et aliments pour signes évidents de déshydratation (Plan B). - Si l'enfant a une autre classification grave, transférer

	D'URGENCE à l'hôpital, la mère donnant fréquemment des gorgées de SRO en cours de route. Conseiller à la mère de continuer l'allaitement au sein. - Expliquer à la mère quand revenir immédiatement.
PAS DE DÉSHYDRATATION	- Donner liquides, suppléments en zinc et aliments pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A). - Expliquer à la mère quand revenir immédiatement

Il existe 4 règles pour le traitement de la diarrhée à domicile :

1. Donner davantage de liquides
2. Donner des suppléments en zinc
3. Continuer d'alimenter l'enfant
4. Savoir quand ramener l'enfant au dispensaire

L'encadré ci-dessous décrit les quantités de zinc à administrer à l'enfant diarrhéique.

DONNER DES SUPPLÉMENTS EN ZINC

• Dire à la mère quelle quantité de zinc donner (cp 20 mg) :

Jusqu'à 6 mois : ½ comprimé par jour pendant 14 jours

6 mois et au-delà : 1 comprimé par jour pendant 14 jours

• Montrer à la mère comment donner les suppléments en zinc

Nourrisson : faire dissoudre le comprimé dans une petite quantité de lait maternel, de SRO ou d'eau propre, dans un petit bol ou une cuillère

Enfant plus âgé : les comprimés pourront être croqués ou dissous dans une petite

La diarrhée persistante est très souvent mal prise en charge par les agents de santé. La prise en charge de l'enfant atteint de diarrhée persistante sera donc révisée en détail ci-après.

Après avoir classé la déshydratation, il faut classer l'enfant pour la diarrhée persistante, si la diarrhée dure depuis 14 jours ou davantage. Il existe deux classifications pour la diarrhée persistante :

• DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE

• DIARRHÉE PERSISTANTE

Et si la diarrhée dure depuis 14 jour ou

Déshydratation présente	**DIARRHÉE PERSISTANTE SÉVÈRE**	**Traiter la déshydratation avant de transférer, à moins que l'enfant n'ait une autre classification grave.**

		Transférer à l'hôpital
Pas de déshydratation	**DIARRHÉE PERSISTANTE**	**Expliquer à la mère comment nourrir un enfant qui a une DIARRHÉE PERSISTANTE.** **Donner des multivitamines et du zinc pendant 14 jours.** **Revoir dans 5 jours.**

DIARRHEE AVEC DU SANG

Le traitement de la dysenterie et du sang dans les selles est indiqué dans l'encadré ci-dessous:

CLASSIFICATION	**TRAITEMENT**
SANG DANS LES SELLES / DYSENTERIE	• Traiter pendant 3 jours à la ciprofloxacine • Traiter la déshydratation • Donner du zinc • Revoir dans 2 jours

Algorithme de prise en charge du paludisme

Le paludisme est dit simple lorsque le malade ne présente aucun signe de gravité. Son tableau peut comporter l'un ou plusieurs des symptômes suivants en plus de la fièvre :

- frissons
- maux de tête
- courbatures
- douleurs articulaires
- douleurs abdominales chez l'enfant
- troubles digestifs (perte d'appétit, diarrhée, nausées, vomissements)

Comment reconnaitre le paludisme grave

Chez un malade présentant une parasitémie à Plasmodium falciparum (microscopie ou TDR positif à P. falciparum), la présence de l'un ou plusieurs des signes suivants signifie Paludisme grave.

Troubles de la conscience (agitation, confusion, délire, obnubilation, somnolence, coma)

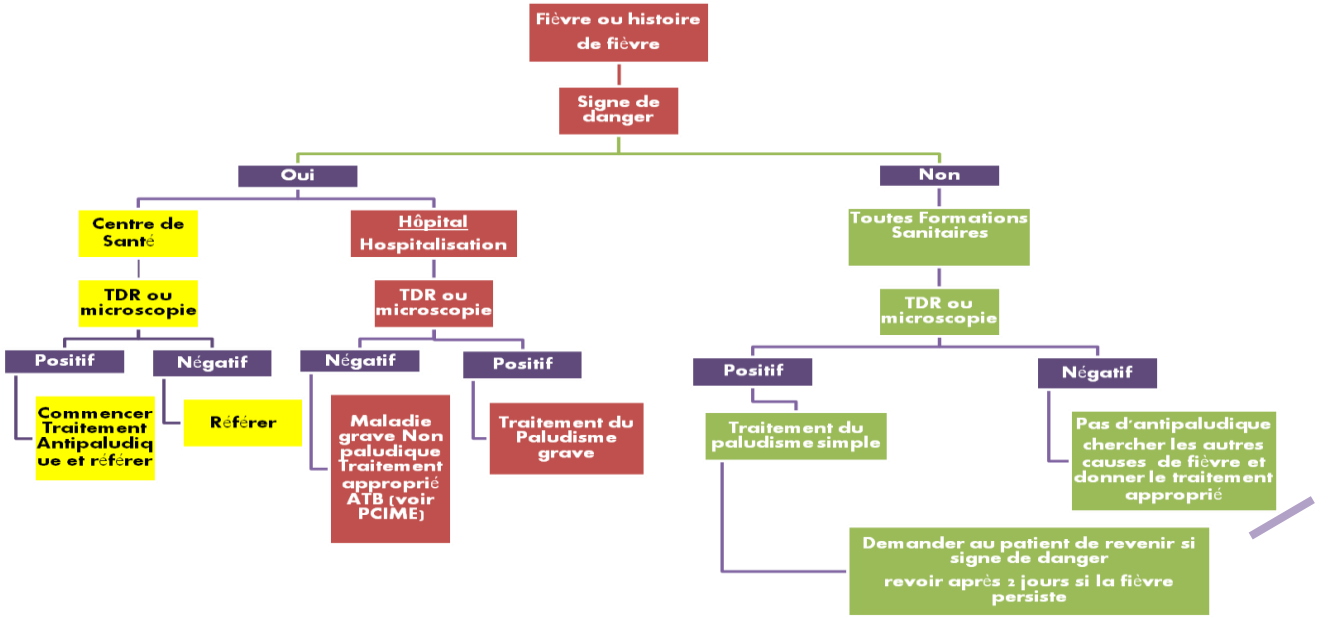
- Convulsions
- Fatigue extrême (le malade est incapable de s'asseoir ou de se tenir debout)
- Détresse respiratoire aiguë (respiration superficielle, respiration rapide, tirage…)
- Acidose clinique (Respiration ample et profonde)
- Vomissements répétés (empêchant un traitement par la bouche)

- Déshydratation (soif, lèvres sèches, yeux enfoncés, fontanelle enfoncée, pli cutané abdominal persistant, absence des larmes chez l'enfant)
- Anémie sévère (pâleur palmo plantaire et conjonctivale sévère, Taux Hémoglobine <5g/dl ou Hématocrite <15%)
- Ictère (Jaunisse)
- Saignement anormal (au point d'injection, épistaxis, gingivorragie, etc…)
- Urines noires ou « COCA COLA » (Hémoglobinurie massive) URINES RARES OU ABSENTES (Insuffisance rénale aiguë : moins de 400 ml d'urine par jour chez l'adulte et moins de 12ml/kg/jour chez l'enfant)
- Température élevée > 40ºC (prise rectale) ou 39,5°C (axillaire)
- Choc (TA basse (TA systolique < 70 mmHg chez l'adulte ou <50mmHg chez l'enfant) ou imprenable, pouls rapide et faible, extrémités froides)

Signes biologiques de paludisme grave

- Hypoglycémie (Glyémie<40mg/dl ou glycemie <2,2mmol/l)
- Acidose métabolique (Bicarbonates plasmatiques <15mmol/l)
- Anémie sévère (Hb<5g/dl ou Hématocrite <15%)
- Hémoglobinurie
- Hyperparasitémie (parasitémie >5% de globules rouges parasités ou > 250 000/µl)
- Hyperlactatemie (lactate >5mmol/l)
- Insuffisance rénale (créatininemie > 265 µmol/l)

Cameroun



Source : Guide de prise en charge du paludisme au Cameroun

Prise en charge de la Fièvre : Antipyrétiques/antalgiques :

Indication : température supérieure ou égale à 38.5ºC ou douleur

Les médicaments suivants sont recommandés pour la prise en charge symptomatique de la fièvre et de la douleur particulièrement chez l'enfant de moins de cinq ans :

Paracétamol (forme orale ou rectale) :

Cameroun

60 mg/kg par jour en 4 prises (toutes les 6 heures), dose maximale 3g/jour chez l'adulte**.**

Acide acétyl-salicylique (forme orale) :

50 mg/kg par jour en 4 prises (toutes les 6 heures) ; dose maximale 3g/jour chez l'adulte.

Ibuprofène (forme orale)

25 mg/kg par jour en 4 prises (toutes les 6 heures) ; dose maximale 1,5g/jour chez l'adulte.

Prise en charge du Paludisme

Paludisme simple :

ACT pendant 3 jours

1 - artesunate + amodiaquine (AS + AQ) : Les comprimés à usage pédiatrique sont sécables et dispersibles.

Elle doit être prise avec un repas riche en lipides

Posologie :

Artémether : 4mg/kg par jour en 2 prises pendant 3 jours

Luméfantrine : 24 mg/kg par jour et en 2 prises pendant 3 jours

Cameroun

2- artemeter + lumefantrine (AL)

Paludisme grave

Débuté par voie injectable au moins 24, suivi d'un relais par voie orale quand le malade est capable de boire

1 ère intention : Artemether injectable de préférence par voie IV

Jusqu'à 20 kg : 3 mg/kg HO, H12, H24 puis relai par ACT

Supérieur à 20 kg : 2,4mg/kg HO, H12, H24 puis relai par ACT

2eme intention : quinine ou artemether

Traitement à la quinine

Ce schéma utilise une dose de charge de quinine :

Dose de charge : 16,6 mg/kg de quinine base (voir annexe 8 pour équivalents en sels de quinine). Dans le sérum glucosé à 5 % ou 10 % avec électrolytes (NaCl, KCl, Calcium gluconate) sans dépasser 1 g de quinine base, à passer en 4 heures.

Dose d'entretien : 8 heures après le début de la dose de charge, donner 8,3mg/kg de quinine base dans le sérum glucosé à 5 % ou 10 % à passer en 4 heures toutes les 8 heures, sans dépasser 500mg de quinine base par dose.

Schéma 2 :

Ce schéma n'utilise pas la dose de charge:

Quinine base : 8,3 mg/ kg de quinine base en perfusions de 4 heures, toutes les 8 heures.

• Dose maximale 1,5 g par jour de quinine base.

Si le malade a reçu de la quinine dans les 24 heures précédentes ou de la Méfloquine dans les 7 jours précédents, ou si le malade a une affection cardiaque, la dose de charge ne doit pas être administrée, seul le schéma sans dose de charge doit être suivi dans ce cas.

Quel que soit le schéma choisi, le relais est pris par voie orale quand le malade peut avaler, à raison de 8,3 mg/ kg de quinine base toutes les 8 heures jusqu'au 7è jour à partir du début du traitement, ou à défaut par une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (artésunate-amodiaquine ou artémether- lumefantrine) pendant 3 jours.

2. **Traitement à l'artémether injectable**

Ce traitement sera administré en cas d'absence d'artesunate injectable et de contreindication à la quinine.

Posologie enfant :

3.2 mg/Kg par jour, en deux prises (12 heures d'intervalle), administrés en injection IM le premier jour. Puis 1.6 mg/Kg, une fois par jour pendant les 6 jours suivants.

L'injection est faite au quadrant supéro-externe de la fesse ou à la face antérieure de la cuisse.

Prise en charge de la Malnutrition

Au niveau de la Communauté (ménage, collectivité)

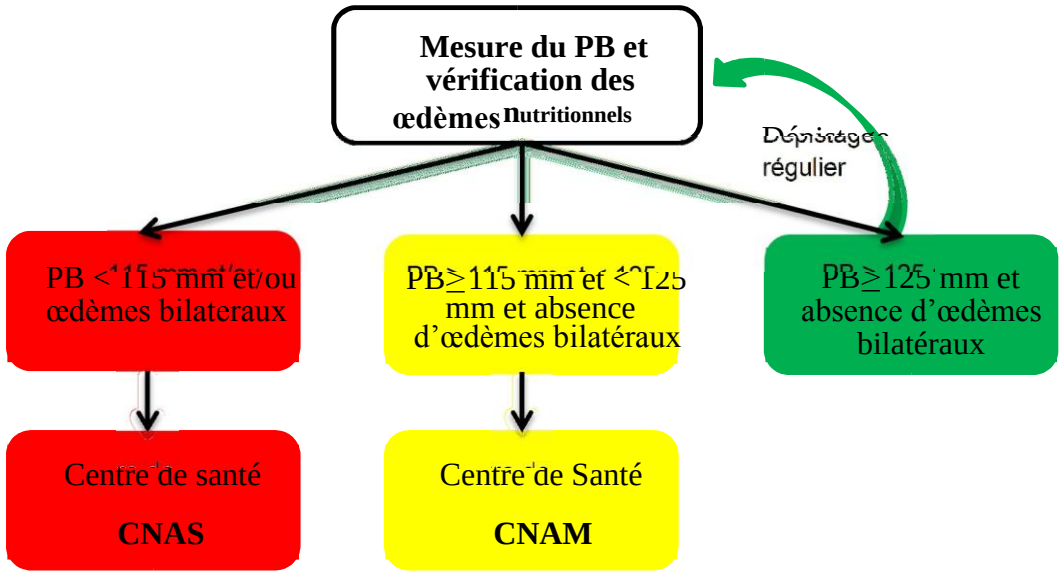
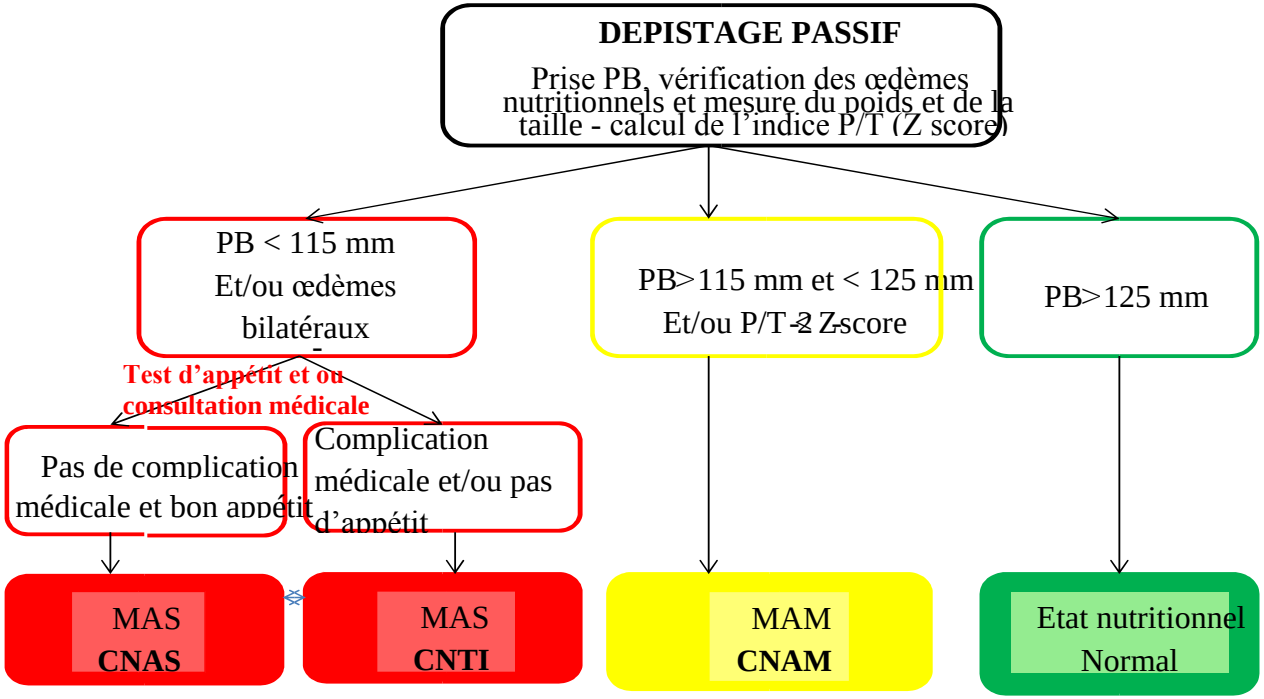


Figure 1 : critères de référence de la communauté vers le centre nutritionnel

CNAS : Centre Nutritionnel Ambulatoire pour les malnutris Sévère
CNAM : Centre Nutritionnel Ambulatoire pour les malnutris Modérés

Au niveau du Centre de Santé



Le traitement nutritionnel

Cameroun

Les bénéficiaires du CNAM reçoivent un supplément en ration sèche ou prêt à l'emploi pour compléter le repas familial et non pas comme substitution au régime alimentaire quotidien. Cette ration supplémentaire prend en compte le fait qu'elle ait bien souvent partagée avec les autres membres de la famille. Elle devra apporter environ 1200 kcal/personne/jour. Cette ration sera équilibrée de sorte que les apports énergétiques soient répartis comme suit : 10 à 15% d'origine protéique, 30 à 35% d'origine lipidique et 50 à 55% d'origine glucidique.

Les produits retenus sont les suivants :

- Pour les 6 – 59 mois : CSB ++/super céréale + ou ASPE

- Pour les FE et FA : le CSB +/super céréale, huile et sucre

Aliments	**Quantité/jour/personne**	**Quantité/15 jours/personne**
ASPE	1 sachet (92g)	15 sachets
CSB++/super céréale +	200 g	3kg (2 sachets de 1,5kg)

Tableau: Ration supplémentaire à base d'ASPE et de CSB++ - Enfants de 6 à 59 mois

Ingrédient	Quantité / jour (g)	Quantité pour 15 jours (g)
CSB +/super céréale	250	3,750
Huile végétale	25	375
Sucre	15	225
Total	290	4,350

Tableau: Composition de la ration sèche à base de CSB+ - Femmes Enceintes et Femmes Allaitantes

Le traitement médical systématique

Médicaments	Quand	Age/poids	Dosage	Commentaires
Vitamine A	Dose unique à l'admission	6 – 11 mois	100.000 UI (1 capsule bleue ou 4 gouttes de la capsule bleue)	
		12 mois et plus	200.000 UI (1 capsule rouge ou 2 bleues)	
Fer – acide	La troisième visite	Enfant < 10	½ cp /semaine	Pendant toute la durée de la prise

Folique (200 mg / 40 mg)		Kg		en charge
		Enfant > 10 Kg	1 cp / semaine	
Albendazole 400 mg	Dose unique à l'admission	< 12 mois	NE PAS DONNER	
		12 à 24 mois	½ cp = 200 mg	Si Mebendazole 500 mg - donner 1 cp = 500 mg à partir de 12 mois.
		≥ 24 mois	1 cp = 400 mg	

Vaccination contre la Rougeole	A l'admission	Enfants ≥ 9 mois sans carte de vaccination		

Tableau 5 : traitement médical systématique en CNAM – Enfant 6-59 mois

Cameroun

LA SURVEILLANCE DES DECES MATERNELS, PERINATALS/NEONATALS ET RIPOSTE

PRINCIPALES PROCEDURE EN MATIERE DE SDMPR

I. LES ÉTAPES ESSENTIELLES DANS LE PROCESSUS D'IDENTIFICATION ET DE NOTIFICATION APRÈS UN DÉCÈS MATERNEL ET NÉONATAL AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

IDENTIFICATION
3. L'identification peut être faite par un Agents de Santé Communautaire (ASC), les Accoucheuses Traditionnels (AT), un membre du Comité de santé de l'aire de santé ou un autre représentant de la communauté qui informera le point focal SDMPR.
4. Une fois informé du décès maternel suspect, le point focal SDMPR de l'aire de santé effectuera un entretien rapide avec les membres de la famille et d'autres relations (amis proches, voisins, soignants) pour déterminer si la défunte était enceinte ou était décédée dans les 42 jours après la fin de la grossesse. Le point focal consultera également les dossiers médicaux disponibles si la femme a consulté dans les FOSA au cours des trois derniers mois.
NOTIFICATION
Après l'enquête, si le décès maternel est présumé/probable, le point focal SDMPR de l'aire de santé doit informer le point focal SDMPR du district dans un délai de 24 à 48 heures en utilisant un appel téléphonique, un SMS ou un e-mail.
Le point focal SDMPR du district informera le point focal SDMPR régional et national
Le point focal SDMPR de l'aire de sante attribuera un code ou numéro d'identification unique au décès maternel, périnatal et néonatal (**voir**

annexe pour codification)
Le point focal SDMPR de l'aire de santé remplira également le formulaire de notification des décès maternels périnatals et néonatals en 4 exemplaires avec le numéro d'identification et enverra 3 exemplaires par le responsable de l'aire de santé au point focal du district (qui enverra un exemplaire au niveau régional et un exemplaire au niveau central dans les sept jours)
Le point focal de l'aire ou du district informera également les autres autorités compétentes (l'officier d'état civil à la mairie d'attache).
Le point focal SDMPR de l'aire de santé travaillera en étroite collaboration avec les membres de la famille, les amis, les voisins ou les ASC, les accoucheuses traditionnelles, les guérisseurs traditionnels, etc. pour faire un résumé de l'histoire et des circonstances entourant le décès de la femme par l'autopsie verbale. Les résultats seront communiqués au comité de revue des décès maternels et néonatals du district.
LA REVUE DE DECES MATERNELS, périnatals ET néonatals AU NIVEAU DE LA COMMUNAUTE (AUTOPSIES VERBALES)
La revue de décès maternels, périnatals et néonatals au niveau de la communauté (autopsies verbales) : une méthode de recherche sur les causes médicales de décès et les facteurs personnels, familiaux ou communautaires qui peuvent avoir contribués au décès des femmes/nouveau-nés en dehors de la formation sanitaire
Les principales sources de données pour une autopsie verbale sont issues des interviews avec la famille, les ASC et tous ceux qui pourraient avoir des informations pertinentes. Si la mère ou le nouveau-né avait reçu de soins de santé, les dossiers médicaux devraient être revus pour donner un meilleur aperçu. Les données recueillies comprendront un résumé de la chaîne des événements qui ont conduit à la mort de la mère et du nouveau-né, en utilisant des informations confirmées à partir des dossiers de la FOSA et des interviews de la famille.

Conduite de l'autopsie verbale

L'autopsie verbale est coordonnée par le point focal SDMPR de la FOSA la plus proche.

Compte tenu de la difficulté traversée par la plupart des communautés après avoir perdu un être cher, cette méthode de collecte de données devrait être abordée avec prudence et sensibilité culturelle. En outre, il est important de mener des entrevues par des personnes bien formées.

Le moment de l'autopsie verbale est important parce que la famille est encore en deuil. Il peut être nécessaire d'attendre un certain temps pour permettre à la famille endeuillée de se réconcilier avec la perte avant de les approcher pour un entretien, peut-être une semaine ou plus.

L'interview devra être discrète de préférence en plusieurs étapes qui seront recoupées plus tard.

Les données des décès maternels, périnatals et néonatals survenus dans la communauté devraient être analysées par mois par le service de district de santé.

II. LES ÉTAPES ESSENTIELLES DU PROCESSUS D'IDENTIFICATION ET DE NOTIFICATION APRÈS LE DÉCÈS MATERNELS, périnatals ET néonatals DANS UNE FORMATION SANITAIRE

IDENTIFICATION
6. Toute femme en âge de procréer, indépendamment du motif de consultation ou hospitalisation, sera interrogée sur les indicateurs de grossesse, notamment la date des dernières règles, la date du dernier accouchement, le nombre d'accouchement, l'usage des contraceptifs et la pratique de l'allaitement, le cas échéant. Ces données seront notées dans son dossier médical. De même, tout nouveau-né décédé et mort-né, les informations sur les circonstances du décès, seront notées.
7. Les dossiers médicaux de tous les décès parmi les femmes en âge de procréer admises et ou prises en charge dans chaque service d'une FOSA seront examinés pour la détection d'une éventuelle grossesse par les personnels soignants. Il en sera de même pour chaque décès néonatal et mort-nés, pour rechercher la cause du décès.
8. Le rapport du système de surveillance intégrée de la maladie, ainsi que les documents d'*enregistrement des faits d'état civil et des statistiques vitales* (notification du décès) seront examinés pour tous les décès des nouveau-nés et des femmes en âge de procréer et en état de grossesse au moment du décès.

9. Les dossiers de tous les décès, les nouveau-nés et les femmes en âge de procréer admises et ou pris en charge dans **TOUS** les services de la formation sanitaire, pas seulement la maternité, doivent être examinés pour déterminer l'état de la grossesse par le point focal SDMPR de la structure, de même que les services de pédiatrie/néonatologie.
10. Tous les cas identifiés de femmes ayant été enceintes, en travail ou dans les suites de couches seront sélectionnés et classés comme cas présumés/probables de décès maternels.
NOTIFICATION
7. Une fois que le décès maternel, périnatal ou néonatal est confirmé, le point focal SDMPR de la structure doit notifier le point focal SDMPR du district dans les 24 - 48 heures suivant le décès maternel ou néonatal en utilisant l'appel téléphonique, le SMS ou le courriel (flotte téléphonique).
8. Le point focal SDMPR du district doit informer le point focal SDMPR de la région et le point focal SDMPR national.
9. Le point focal SDMPR de la structure attribuera un code ou numéro d'identification unique au décès maternel, périnatal ou néonatal (**voir annexe pour codification**)
10. Le point focal SDMPR de la formation sanitaire et ou de l'aire de santé remplira également le formulaire de notification des décès maternels, périnatals et néonatals en 4 exemplaires avec le numéro d'identification et enverra 3 exemplaires au point focal du district (qui enverra un exemplaire au niveau régional et un exemplaire au niveau central dans les sept jours)
11. Le point focal de l'aire de santé ou du district informera également les autres autorités compétentes (l'officier d'état civil).
12. Le point focal SDMPR de la formation sanitaire ou de l'aire de santé travaillera en étroite collaboration avec les membres de la famille, les amis, les voisins ou les ASC, les AT, les guérisseurs traditionnels etc., pour faire un résumé de l'histoire et les circonstances entourant le décès de la femme et du nouveau-né par autopsie verbale.
LA REVUE
LA REVUE DE DECES MATERNELS, PERINATAs ET néonatals DANS LES FOSA
une enquête qualitative approfondie sur les causes et circonstances entourant les décès maternels, périnatals et néonatals survenus dans les FOSA. Bien que les décès puissent être initialement identifiés au niveau de la formation sanitaire, ces examens concernent également l'identification de la combinaison des facteurs au sein de la formation sanitaire et dans la communauté, qui ont contribué au décès, ainsi que ceux qui étaient évitables.
2) Déterminer la cause médicale ou physiopathologique du décès aussi précisément que possible et la classer par catégories (cause obstétricale directe, indirecte, fortuite/sous-jacente, accidentelle/ incidentelle) en utilisant les données disponibles.

Évaluer la qualité des soins médicaux :
Évaluer si la formation sanitaire a la capacité de fournir des soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU) telle que défini par l'OMS

Évaluer la qualité des soins prénatals (tels que le dépistage/identification des facteurs de risque ou à des conditions et de l'éducation sur les signes de danger, de complications de la grossesse sous-jacente) et les soins postnatals

Déterminer si les facteurs non médicaux ont contribué au décès

Évaluer la qualité des soins prénatals (tels que le dépistage/identification des facteurs de risque ou à des conditions et de l'éducation sur les signes de danger, de complications de la grossesse sous-jacente) et les soins postnatals

f) Déterminer si le décès maternel, périnatal et néonatal était évitable et si oui, comment cela aurait-il pu être évité.

Les facteurs suivants seront pris en considération lors de l'évaluation si un décès était évitable:

c) Au niveau de la communauté/ de la famille
- Facteurs liés au patient ou à la famille ; un problèmeen rapport avec les soins médicaux existait-il ? Notamment les soins prénatals (CPN) et les soins postnatals (CPON) et qu'elle ne respectait ou ne se conformait pas aux conseils médicaux donnés?
- Facteurs liés aux Accoucheuses Traditionnelles (AT) : A-t-il été fait par une AT ? (oui/non)
- Les liens communautaires ; la femme ou sa famille ont-ils eu des rencontres régulières avec les ASC et les AT?

d) Au niveau de la formation sanitaire

Les CPN : déterminer si la femme a effectué les consultations prénatales.

Les soins postnatals : déterminer si la femme a reçu les consultations postnatales selon les directives.

Les facteurs hospitaliers : déterminer si les infrastructures hospitalières sont adéquates, si les fonctions obstétricales essentielles étaient disponibles au niveau supérieur de référence, si les protocoles ou normes mis en place sont appropriés, les ressources et les consommables étaient adéquats, et les soins étaient disponibles quelle que soit la capacité de payer.

Les facteurs liés aux prestataires de soins : déterminer si les membres du personnel étaient disponibles et formés de manière adéquate, si le traitement a été dispensé en temps réel et fait correctement, et si le personnel de soins étaient sensibles aux valeurs sociales et culturelles du patient et de sa famille.

g) Au niveau intersectoriel

Les facteurs liés au transport : évaluer si le transfert a été entravée par la disponibilité du transport, l'adéquation des transports, les

conditions routières, la possibilité de voyager la nuit ou le manque de financement.

h) Les questions liées au Genre

Évaluer les obstacles économiques et sociaux liés à la condition des femmes, au niveau d'alphabétisation des femmes et des croyances et des pratiques fondées sur le sexe qui peuvent être une cause de la faible utilisation des services.

LES ENQUETES CONFIDENTIELLES

Les enquêtes confidentielles sur les décès maternels, périnatals et néonatals : une enquête systématique multidisciplinaire anonyme de tout ou d'un échantillon représentatif des décès maternels, périnatals et néonatals survenus au niveau de l'aire de santé, au niveau du district, au niveau régional ou national. Il identifie les nombres, les causes et les facteurs évitables ou remédiables qui leur sont associés.

LA REVUE DES ECHAPPEES BELLES

La revue des échappées belles : Examine la possibilité d'étudier les cas où les femmes ont survécu à des complications obstétricales graves (morbidité grave) plutôt que les décès maternels.

L'examen des échappées belles est l'occasion d'inclure la morbidité Maternel dans le système de surveillance. Il fournit des indications complémentaires utiles sur la qualité des soins. Il y a aussi la possibilité d'interroger la femme elle-même.

Les échappées belles qui devraient être examinés comprennent: Les hémorragies de postpartum sévères, Les complications de pré éclampsie sévère, Eclampsie et ou - État de mal éclamptique, HELLP syndrome, Insuffisance rénale, CIVD, Septicémie, La rupture de l'utérus, Le travail obstructif compliqué de fistule obstétricale

, Les complications graves d'avortement (saignement, infections, atteinte des organes de voisinage)

L'AUDIT CLINIQUE

L'audit clinique : met l'accent sur l'examen du contenu et de la qualité des soins prodigués aux femmes/ et nouveau-nés dans des conditions cliniques spécifiques évaluées par rapport aux critères ou normes explicites plutôt que sur les résultats d'analyse en termes de mortalité Maternelle, périnatale et néonatale

III. LA RIPOSTE

Analyse et interprétation des résultats découlant des revues	Elles sont effectuées à tous les niveaux du système sanitaire (districts, régions, central) et les rapports transmis à chaque fois au niveau supérieur qui à son tour donne la retro information. Les recommandations prioritaires pour des mesures correctrices sont faites sur la base de l'ensemble des données.

Riposte et suivi de la riposte :	
La riposte consiste en la mise en œuvre des mesures correctrices formulées par le Comité de revue et celles basées sur l'analyse des données. Les mesures ou actions peuvent porter sur les problèmes qui se posent au niveau de la communauté, de la FOSA ou au niveau multisectoriel. Elle consiste également à suivre et à s'assurer que ces mesures sont mises en œuvre de manière adéquate.	
Les principes directeurs de la riposte	
7. Commencer par les facteurs évitables identifiés au cours du processus de la revue 8. Utiliser des approches fondées sur les faits 9. Prioriser les interventions (sur la base de la prévalence, de la faisabilité, des coûts, des ressources, de l'état de préparation du système de santé et de l'impact sur la santé) 10. Établir un chronogramme de riposte (immédiat, à court, moyen ou long terme) 11. Décider de la manière de suivre les progrès, l'efficacité et l'impact des interventions 12. Intégrer les recommandations dans le plan de travail annuel (PTA). Suivre et évaluer la mise en œuvre des recommandations	

IV. EXEMPLES DE CAUSES COURANTES DE DECES MATERNELS ET INTERVENTIONS FONDEES SUR DES PREUVES PAR NIVEAU D'INTERVENTION

Cause	**Orientation / Interventions dans les FOSA de premier niveau de recours** (Prévention et prise en charge)	**Interventions communautaires**
hémorragies post-partum	i) Utilisation des utérotoniques en traitement prophylactique j) La gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA) k) Massage utérin l) Révision utérine m) compression de l'aorte abdominale n) compression bimanuelle de l'utérus o) Délivrance manuelle p) vêtement anti-choc non-pneumatique, comme une mesure temporaire jusqu'à ce que les soins de base soient disponibles	e) Education de la communauté f) accompagner d'urgence dans une formation sanitaire g) Massage utérin h) compression de l'aorte abdominale
Hypertension artérielle pendant la grossesse	f) La supplémentation en calcium pendant la grossesse g) L'acide acetyl salicylique à faible dose pour la prévention de la pré-éclampsie chez les femmes à haut risque h) Utilisation du sulfate de magnésium i) L'utilisation de médicaments antihypertenseurs pour le traitement de l'hypertension artérielle sévère pendant la grossesse j) Prévention et traitement de l'éclampsie	Education de la communauté sur les signes de danger de la PEC/éclampsie
Complications des avortements à risque et grossesses non désirées	c) Conseils et services de planification familiale : les méthodes de barrière, les contraceptifs oraux, les contraceptifs d'urgence, les méthodes hormonales, les implants, les dispositifs intra-utérins et la contraception chirurgicale.	Conseils et mise à disposition de la planification familiale : les méthodes de barrière, les contraceptifs oraux, les contraceptifs d'urgence, les méthodes

	d) accès aux Soins Après Avortement (SAA)	hormonales.
L'infection	f) Prévention des infections g) Antibiotiques pour la prise en charge de la rupture prématurée des membranes h) Déclenchement du travail en cas de rupture des membranes i) Antibiotiques prophylactiques pour la césarienne j) La détection et la prise en charge de l'infection du post-partum	a) Sensibilisation pour les accouchements dans les FOSA b) communication sur les risques d'infection c) Transfert vers la FOSA
La dystocie (et ses complications)	f) Utilisation du partogramme g) Césarienne h) Antibiothérapie i) Utilisation des utérotoniques j) Transfusion sanguine	a) Sensibilisation sur les facteurs de risque b) Elaboration des plans d'accouchement
Les causes indirectes	j) Fournir un paquet essentiel de soins prénatals k) Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles l) Prévention du paludisme pendant la grossesse, avec le Traitement Préventif Intermittent m) la promotion des moustiquaires imprégnées à longue durée d'action (MILDA) n) Le traitement des cas de paludisme o) Le soutien social pendant la grossesse et l'accouchement p) Le dépistage et la prise en charge des signes / symptômes de violence conjugale et d'agression sexuelle q) Prévenir et traiter l'anémie maternelle. r) Le traitement de l'infection à VIH et des Hépatites virales	d) Prévention des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH pour la prévention de la mère à l'enfant (PTME) du VIH/hépatite e) Prévention du paludisme pendant la grossesse, avec prophylaxie antipaludéen f) Promotion de l'utilisation des MILDA

V. GESTION DE LA RIPOSTE

Partage des responsabilités	Afin de faciliter le processus d'examen des décès maternels, périnatals et néonatals et de mettre en œuvre des ripostes efficaces à chaque niveau (communautaire, district, régional et national), des points focaux SDMPR de l'aire de santé, de la formation sanitaire, du district, de la région et national seront identifiés et désignés.
Le point focal SDMPR de l'aire de sante devra	- procéder à l'identification et la notification des actions au niveau de la communauté - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnatals et néonatals de la communauté - compiler les sources de données essentielles et faire des résumés des autopsies verbales menés pour informer le district néonatals
Le point focal SDMPR de la formation sanitaire devra:	- procéder à l'identification et la notification des actions au niveau de la formation sanitaire et de la communauté - effectuer la collecte de données pour les décès maternels, périnatals et néonatals suspects et probables, y compris hors du centre de collecte de données - Rendre anonyme tous les documents et les résumés liés aux décès maternels, périnatals et néonatals de la formation sanitaire - compiler les sources de données essentielles et faire des résumés pour informer la formation sanitaire de la revue des décès maternels, périnatals et
Le Point focal SDMPR du District (point focal SR du district) devra	- participer et soutenir la formation sanitaire et la communauté dans le district ; - coordonner la gestion des données au niveau du district ; - assurer la transmission de données au niveau régional ; - élaborer les rapports au niveau du district ; - participer à des réunions du Comité SDMPR du district
Le point focal SDMPR régional (point focal SR	- participer aux réunions régionales du Comité SDMPR, - coordonner la gestion des données au niveau régional, - assurer la transmission de données au niveau national ;

régional) devra	- Faire le feedback et les recommandations au district et aux FOSA ; - Elaborer le rapport au niveau régional.
Le point focal SDMPR national devra:	- Recevoir les rapports des régions pour cette période et les envoyer aux membres du comité national SDMPR pour l'analyse de l'exhaustivité et la complétude des données régionales avant les réunions du comité SDMPR national. - Elaborer le rapport SDMPR national chaque année et tous les trois ans à travers une enquête confidentielle sur les décès maternels, périnatals et néonatals, notamment les recommandations pour les interventions à l'échelle nationale ; - participer aux réunions du Comité SDMPR national, - coordonner la gestion des données au niveau national, assurer une rétroaction et les recommandations aux niveaux de la région, des districts et des FOSA.

VI. INSTRUCTIONS POUR LE CODAGE D'UN DÉCÈS MATERNELS, PÉRINATAL ET NÉONATAL AVEC UN NUMÉRO D'IDENTIFICATION UNIQUE

4. Un numéro unique doit être donné par le point focal SDMPR de la FOSA pour chaque décès maternels, périnatal et néonatal ou par le pont focal SDMPR de l'aire de santé, pour chaque décès survenu dans la communauté et pour qui une autopsie verbale est menée.
5. Ce nombre sera utilisé dans les rapports de la revue à tous les niveaux.
6. Ce code est donné à tous les cas suspects décès maternels, périnatal et néonatal. Dans la communauté, toutes les femmes, nouveau-né ou mort-né quel que soit le lieu de la mort, reçoit le numéro de code au niveau communautaire au cours de l'autopsie verbale.

Système de codage d'un décès maternels, périnatal et néonatal:

7. Une lettre indiquant la catégorie ; M (maternelle), P (périnatal), N (néonatal)
8. Deux premières lettres pour la Région
9. Trois premières lettres pour le district de santé
10. Trois premières lettres pour l'aire de santé
11. Deux chiffres pour le mois
12. Deux chiffres pour l'année

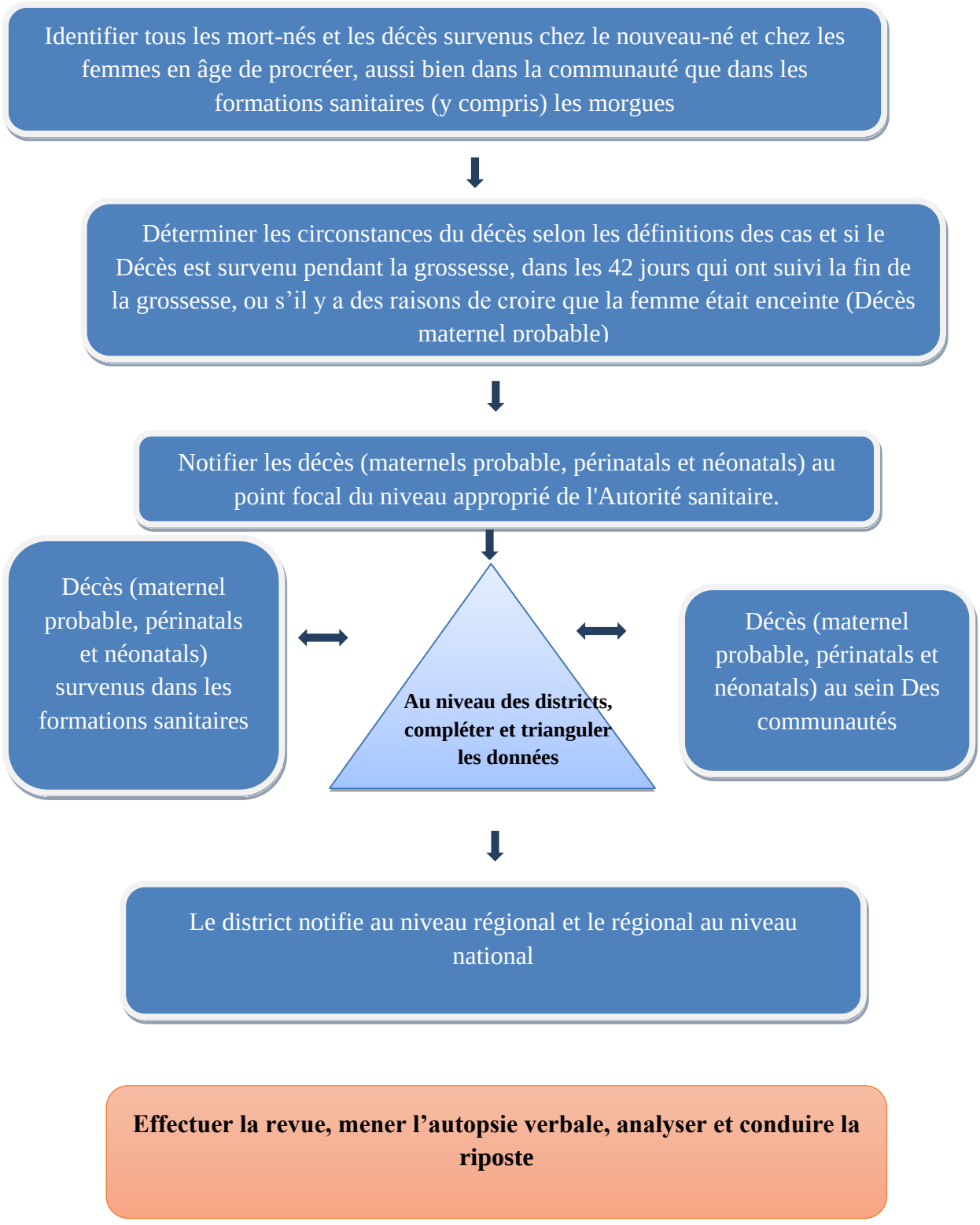
NB : au cas où plusieurs districts de santé ont les trois premières lettres identiques dans une région ou plusieurs aires de santé ont les trois premières lettres identiques dans un district de santé, on mettra des chiffres en exponentiel et par ordre alphabétique.

Exemples :
Foumban et Foumbot : on écrira FOU^1 et FOU^2
Mbangang, Mbangante, Mbangourain : on écrira MBA^1, MBA^2 , MBA^3,

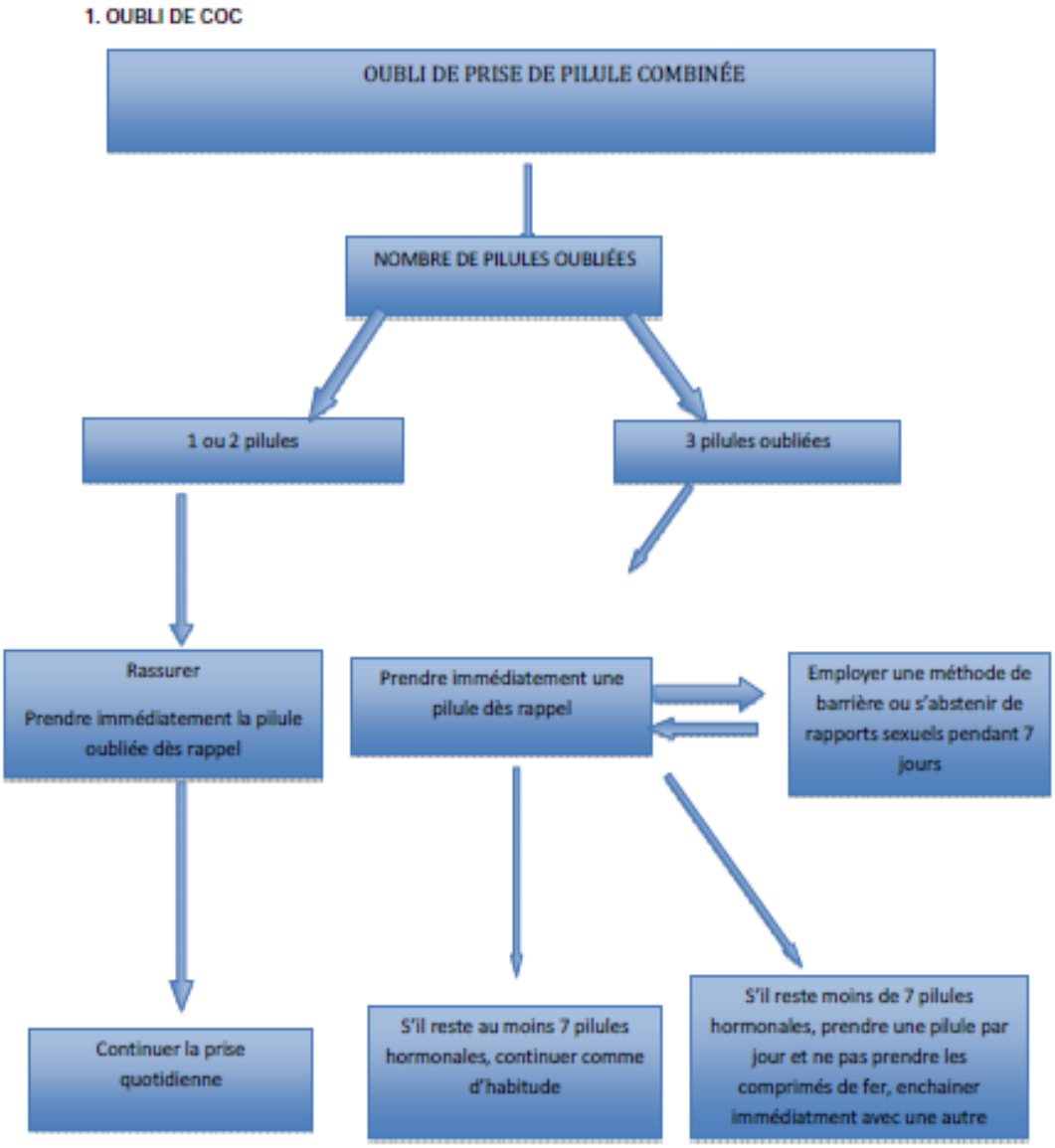
Exemple de code :
M/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès maternel, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé d'Odza, juillet 2017,
Ou
P/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès périnatal, région du Centre, district de santé de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017,
Ou
N/CE/NKO^1/ODZ/07-17 : décès néonatal, région du Centre district, de Nkolndongo, aire de santé Odza, juillet 2017.

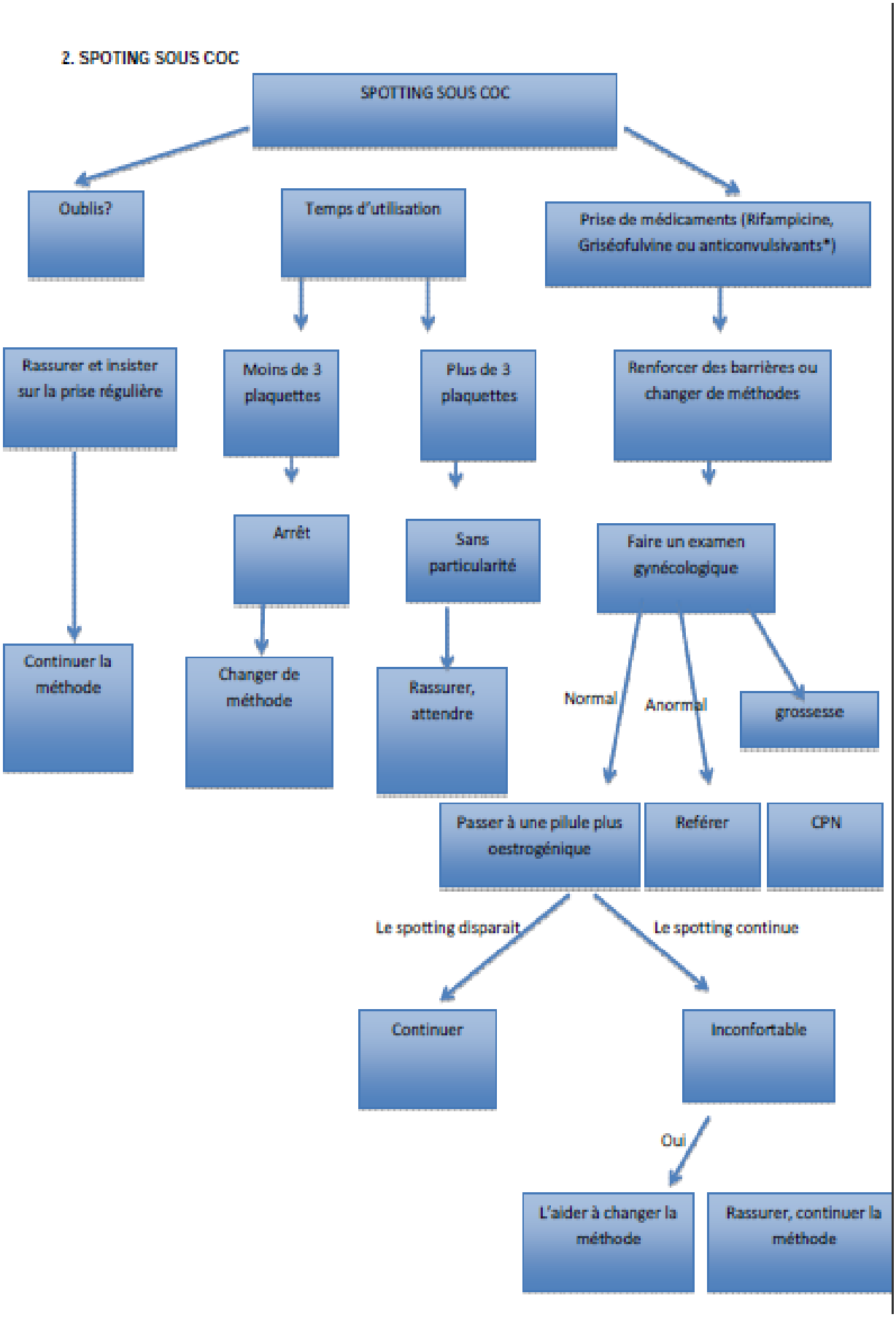
Cameroun

VII. ETAPES DE LA SDMPR

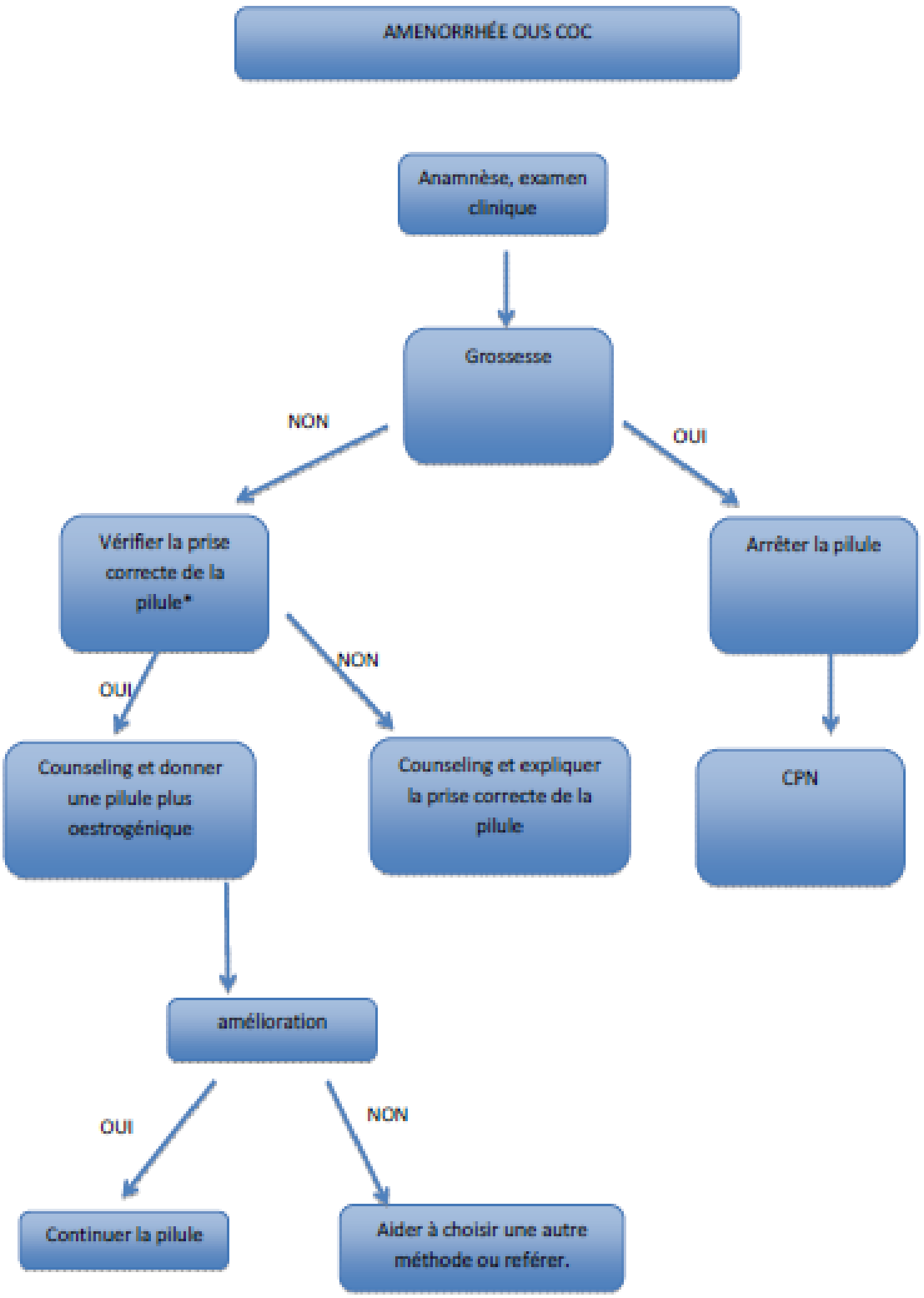


PARTIE 2 : ALGORITHMES DE PRISE EN CHARGE EN SRMNIA

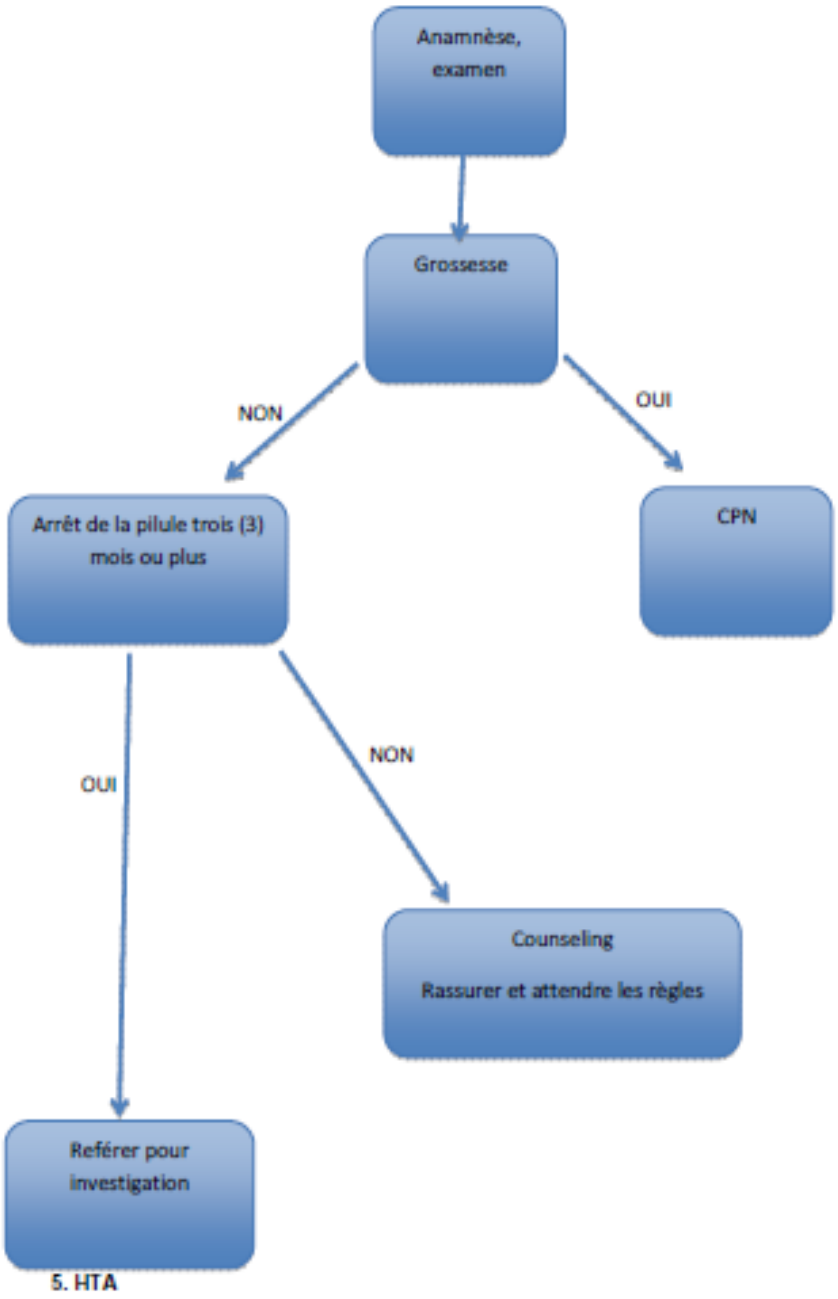

1. OUBLI DE COC
OUBLI DE PRISE DE PILULE COMBINÉE
NOMBRE DE PILULES OUBLIÉES
1 ou 2 pilules
3 pilules oubliées
Rassurer
Prendre immédiatement la pilule oubliée dès rappel
Prendre immédiatement une pilule dès rappel
Employer une méthode de barrière ou s'abstenir de rapports sexuels pendant 7 jours
Continuer la prise quotidienne
S'il reste au moins 7 pilules hormonales, continuer comme d'habitude
S'il reste moins de 7 pilules hormonales, prendre une pilule par jour et ne pas prendre les comprimés de fer, enchainer immédiatment avec une autre


2. SPOTING SOUS COC
SPOTTING SOUS COC
Oublis?
Temps d'utilisation
Prise de médicaments (Rifampicine, Griséofulvine ou anticonvulsivants*)
Rassurer et insister sur la prise régulière
Moins de 3 plaquettes
Plus de 3 plaquettes
Renforcer des barrières ou changer de méthodes
Arrêt
Sans particularité
Faire un examen gynécologique
Continuer la méthode
Changer de méthode
Rassurer, attendre
Normal
Anormal
grossesse
Passer à une pilule plus oestrogénique
Référer
CPN
Le spotting disparait
Le spotting continue
Continuer
Inconfortable
Oui
L'aider à changer la méthode
Rassurer, continuer la méthode

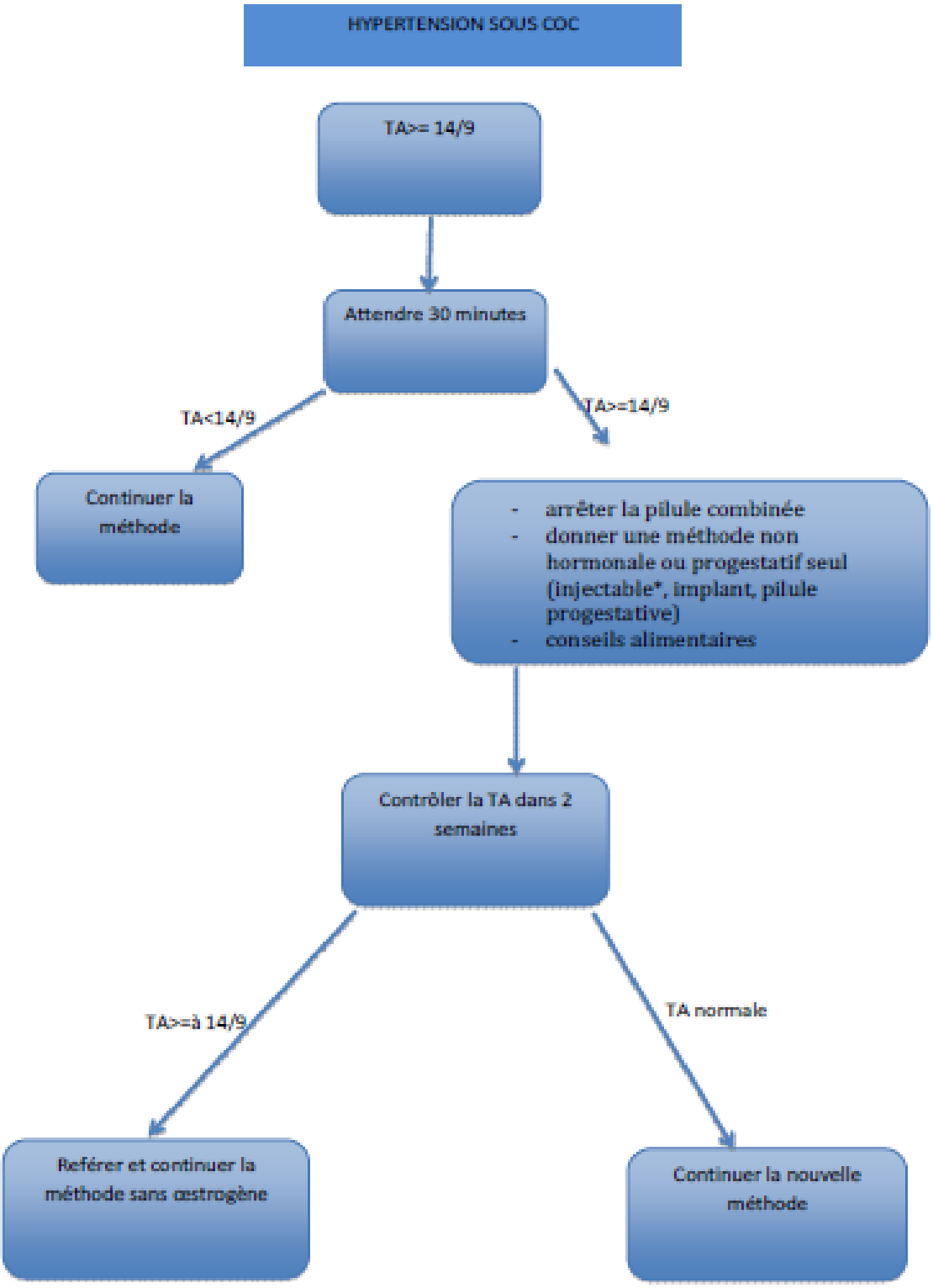
3. AMENORRHEE SOUS COC



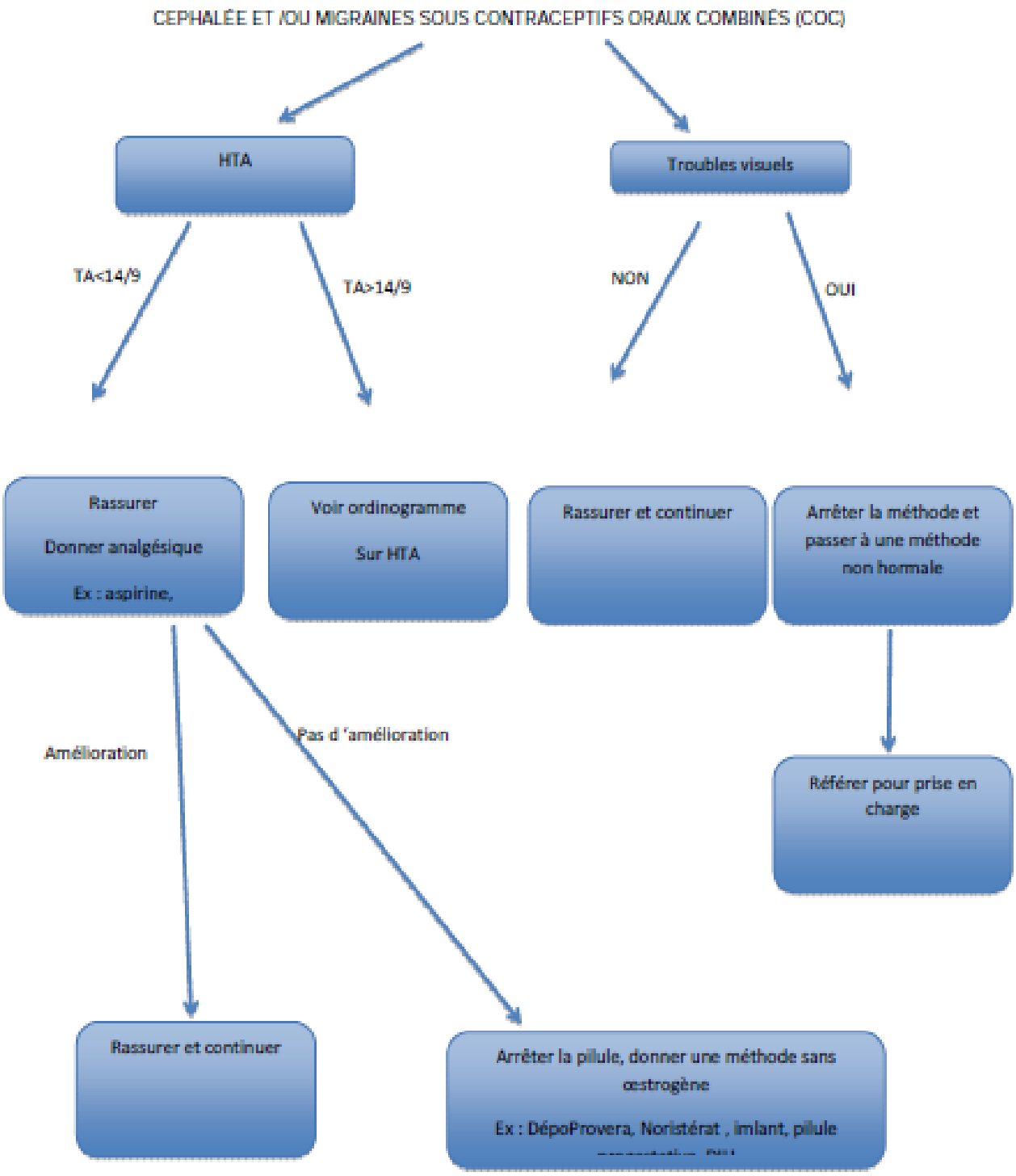
4. AMENORRHÉE APRÈS ARRÊT DES COC

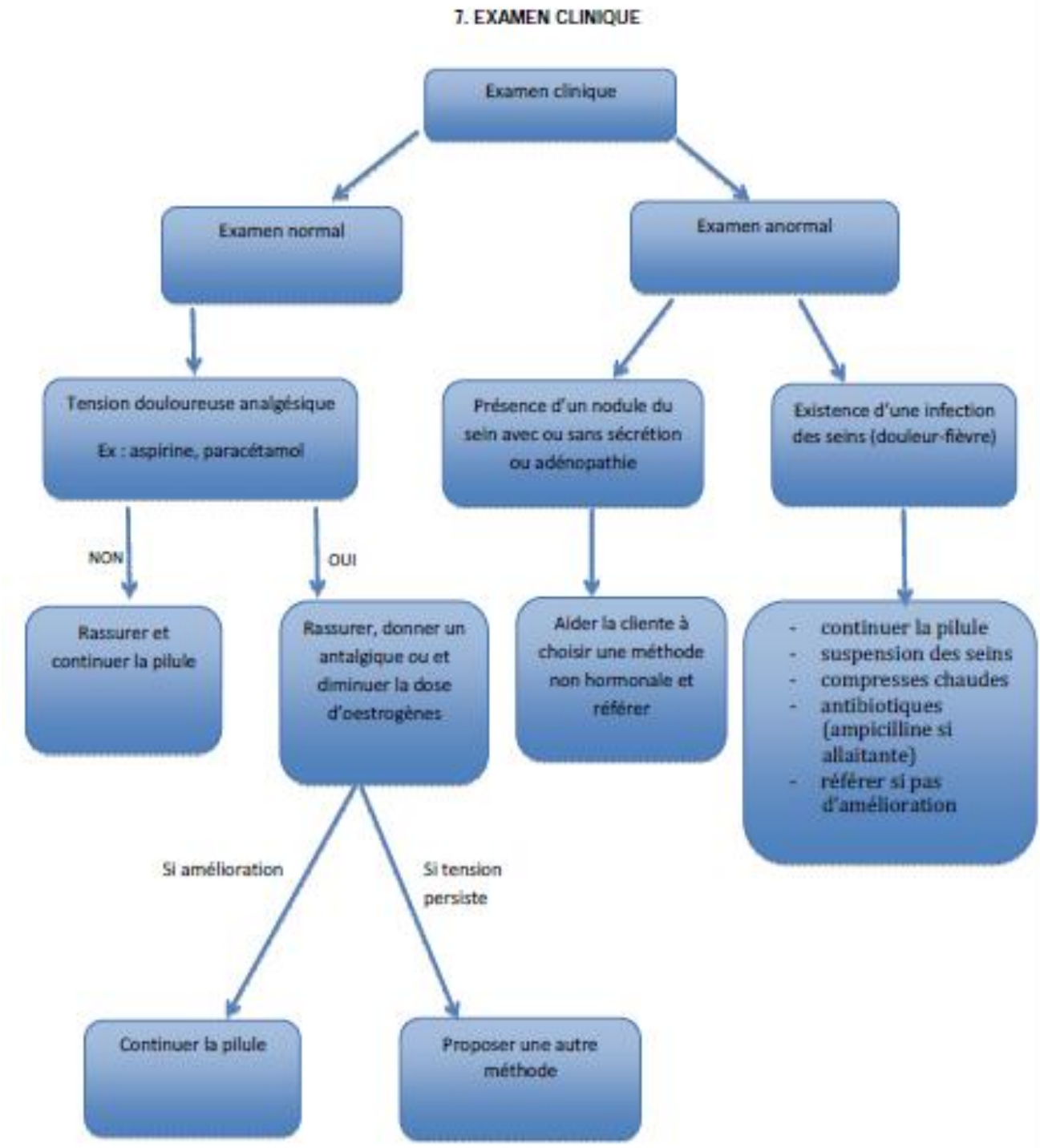


5. HTA

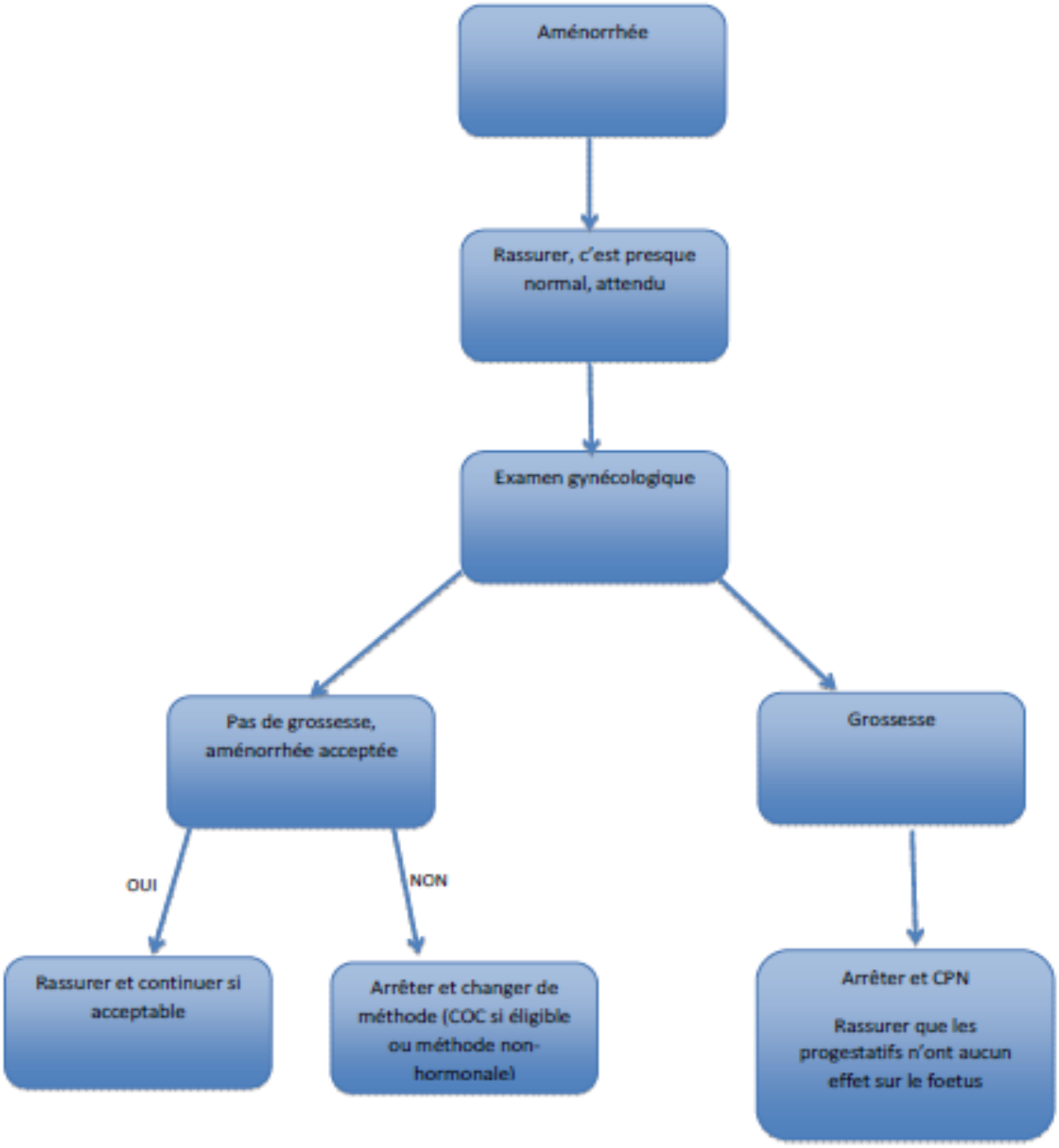

HYPERTENSION SOUS COC
TA>= 14/9
Attendre 30 minutes
TA<14/9
TA>=14/9
Continuer la méthode
- arrêter la pilule combinée
- donner une méthode non hormonale ou progestatif seul (injectable*, implant, pilule progestative)
- conseils alimentaires
Contrôler la TA dans 2 semaines
TA>=à 14/9
TA normale
Référer et continuer la méthode sans œstrogène
Continuer la nouvelle méthode

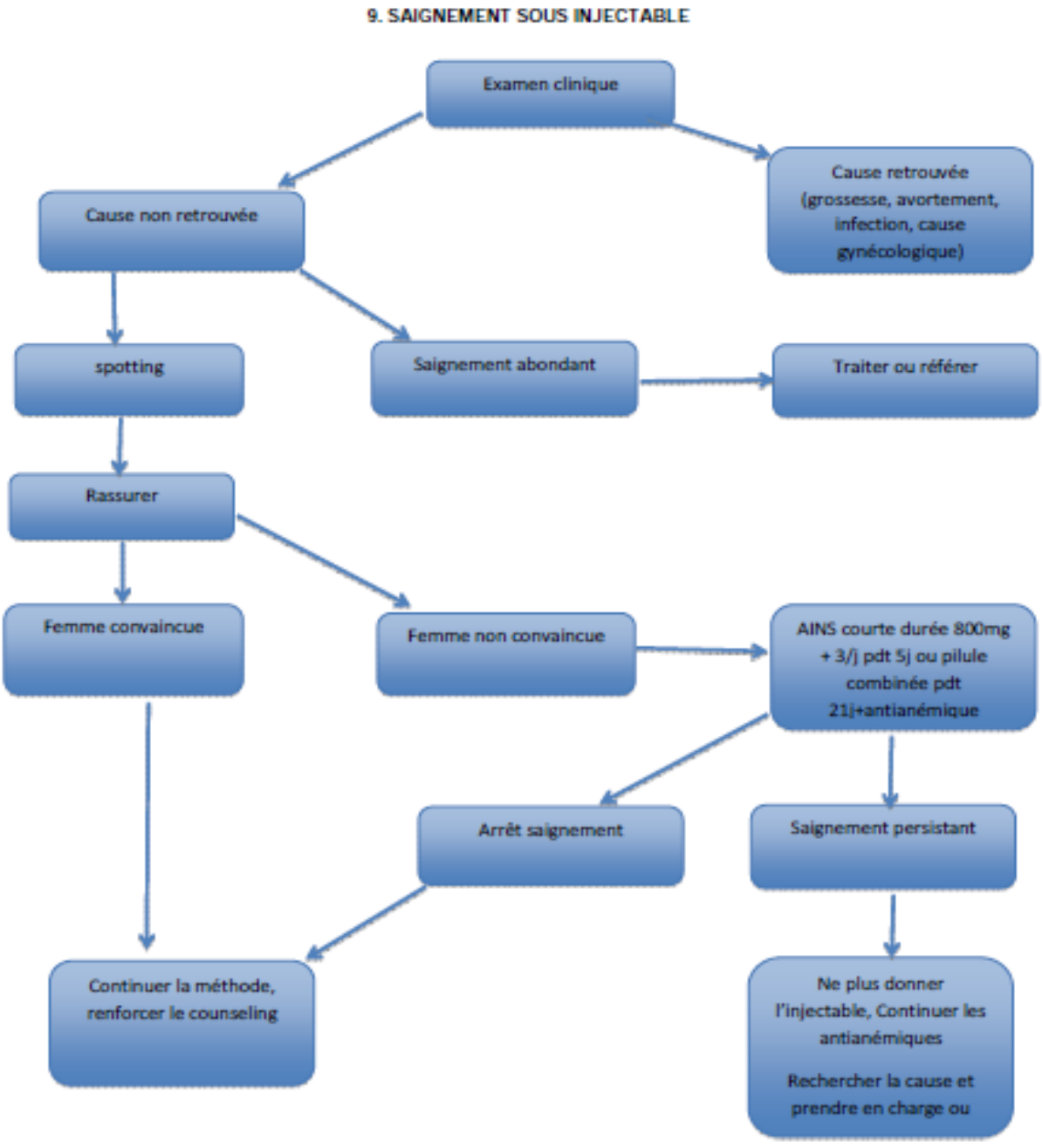
6. CEPHALEES ET/OU MIGRAINES SOUS COC




7. EXAMEN CLINIQUE
Examen clinique
Examen normal
Examen anormal
Tension douloureuse analgésique
Ex : aspirine, paracétamol
Présence d'un nodule du sein avec ou sans sécrétion ou adénopathie
Existence d'une infection des seins (douleur-fièvre)
NON
OUI
Rassurer et continuer la pilule
Rassurer, donner un antalgique ou et diminuer la dose d'oestrogènes
Aider la cliente à choisir une méthode non hormonale et référer
- continuer la pilule
- suspension des seins
- compresses chaudes
- antibiotiques (ampicilline si allaitante)
- référer si pas d'amélioration
Si amélioration
Si tension persiste
Continuer la pilule
Proposer une autre méthode

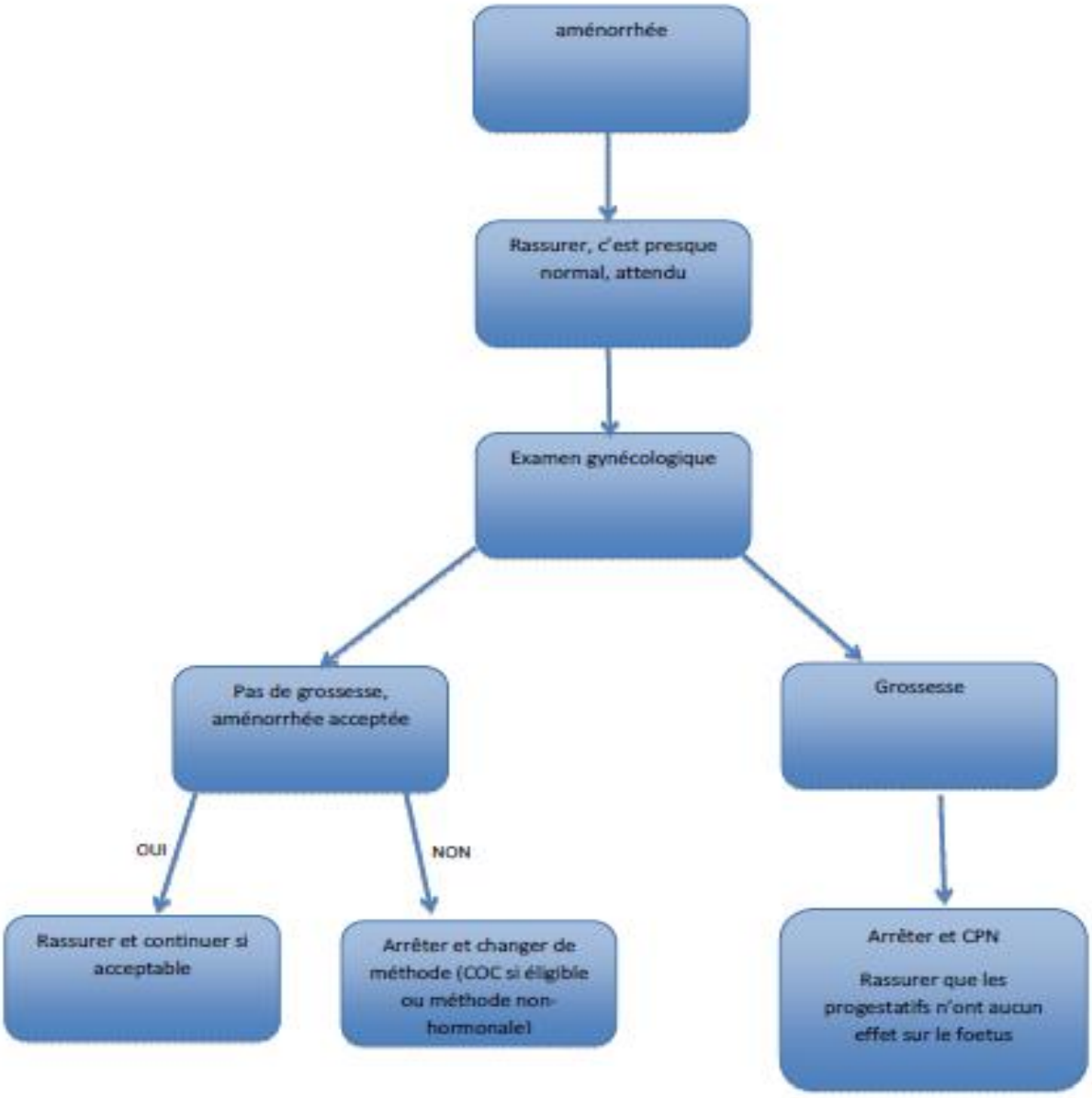
8. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES AMENORRHÉE SOUS INJECTABLE (DMPA)

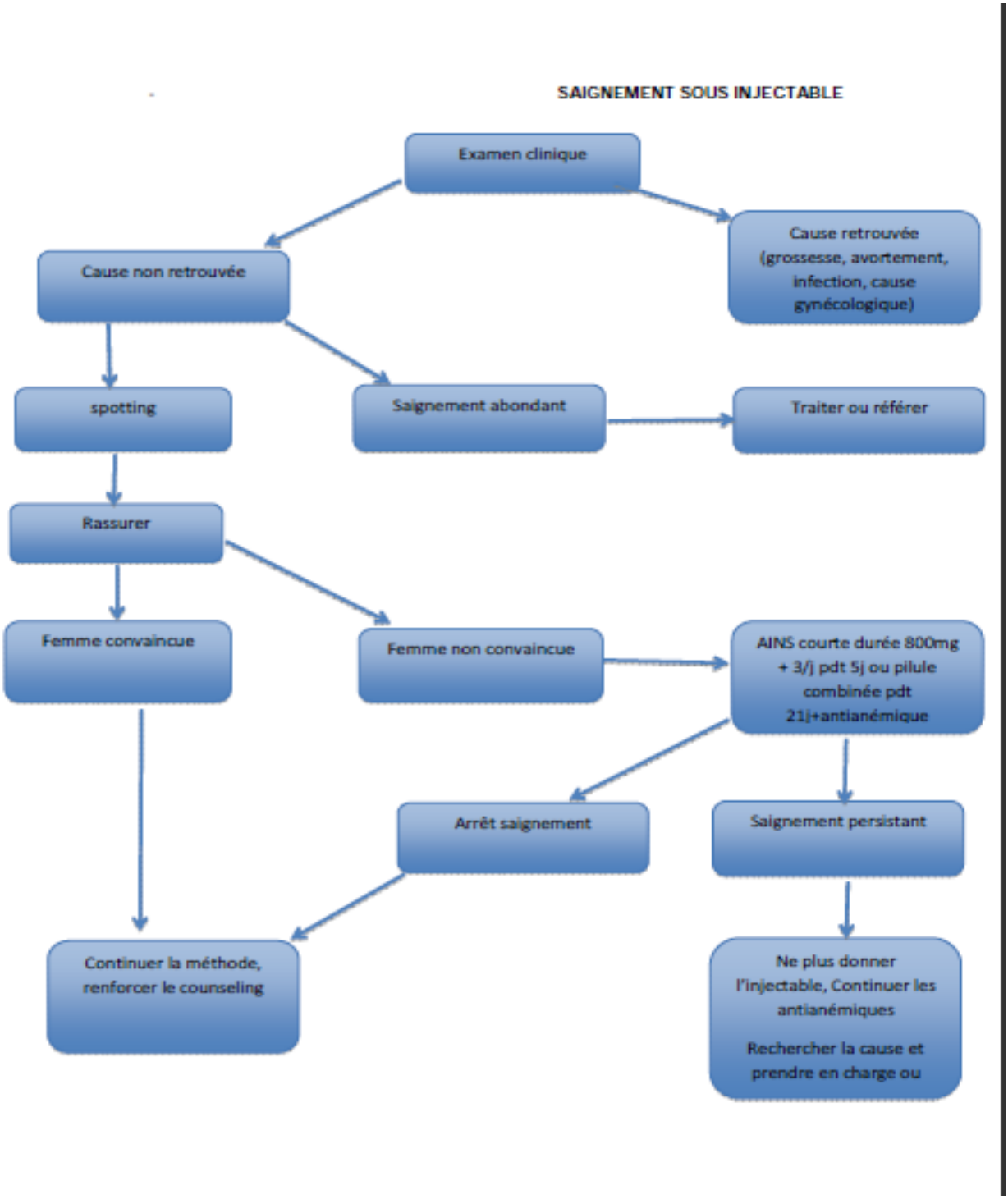


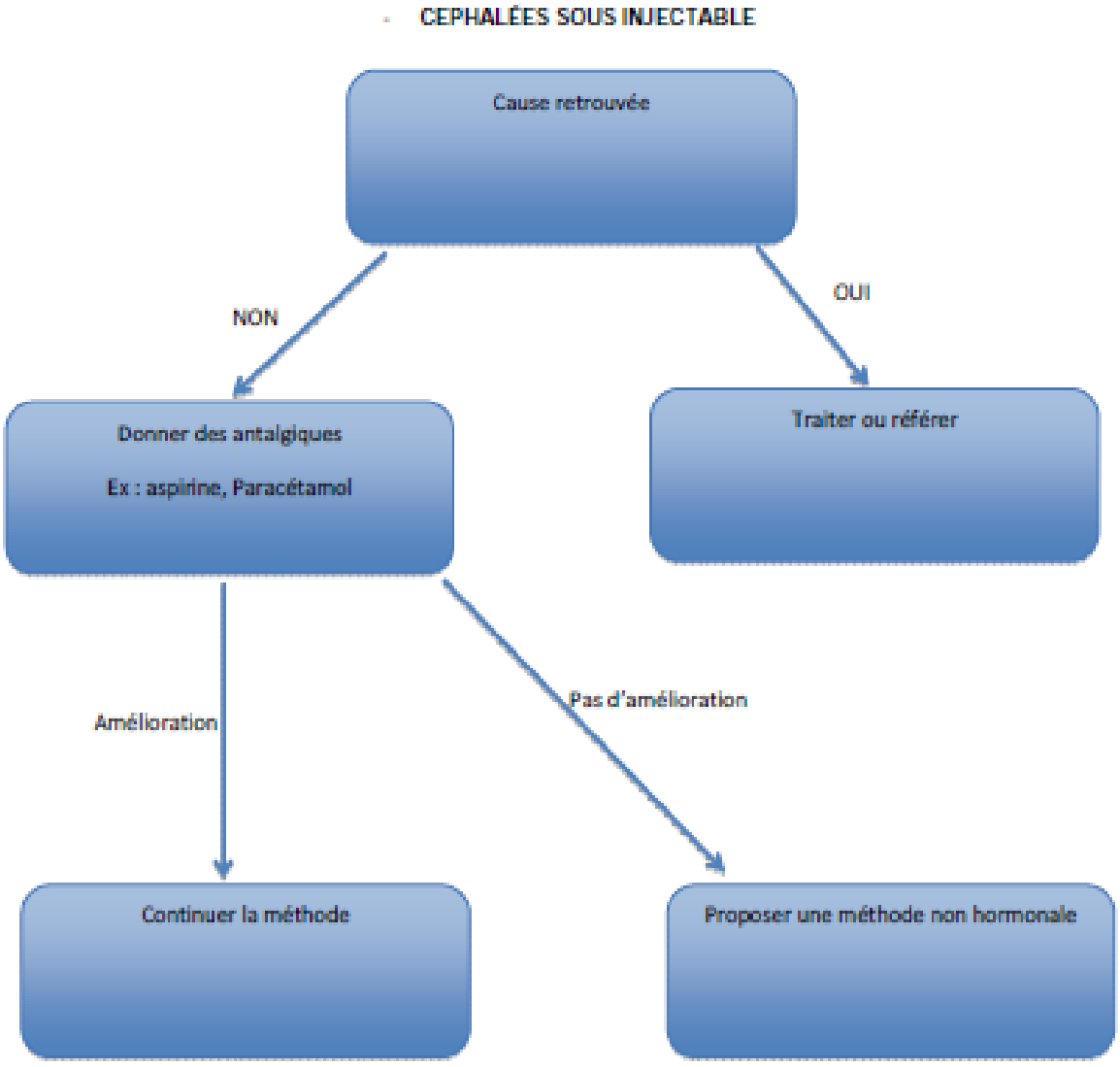

9. SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE
Examen clinique
Cause non retrouvée
Cause retrouvée (grossesse, avortement, infection, cause gynécologique)
spotting
Saignement abondant
Traiter ou référer
Rassurer
Femme convaincue
Femme non convaincue
AINS courte durée 800mg + 3/j pdt 5j ou pilule combinée pdt 21j+antianémique
Arrêt saignement
Saignement persistant
Continuer la méthode, renforcer le counseling
Ne plus donner l'injectable, Continuer les antianémiques
Rechercher la cause et prendre en charge ou

10. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES SOUS INJECTABLE

- AMENORRHÉE SOUS INJECTABLE (DMPA)

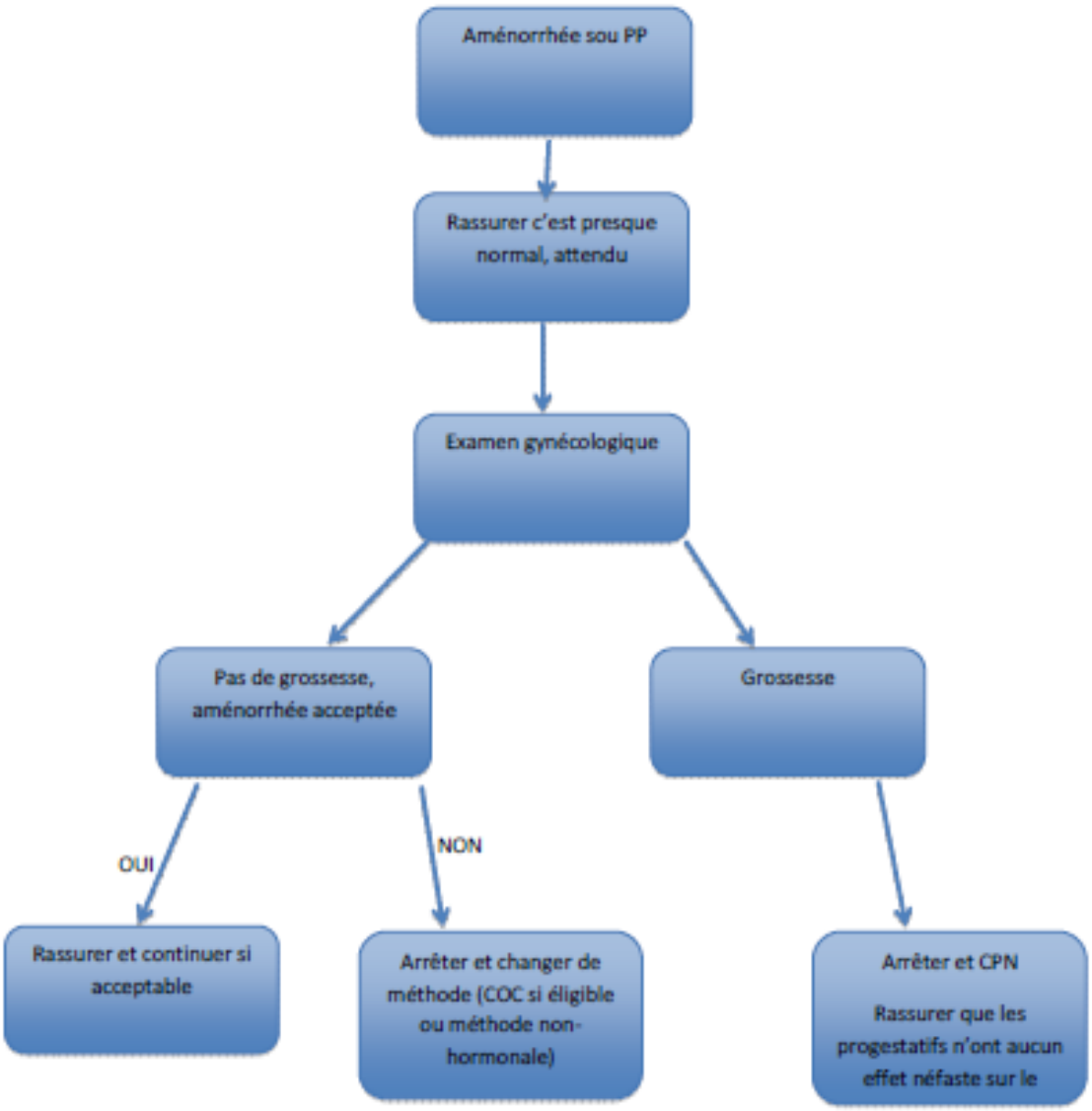


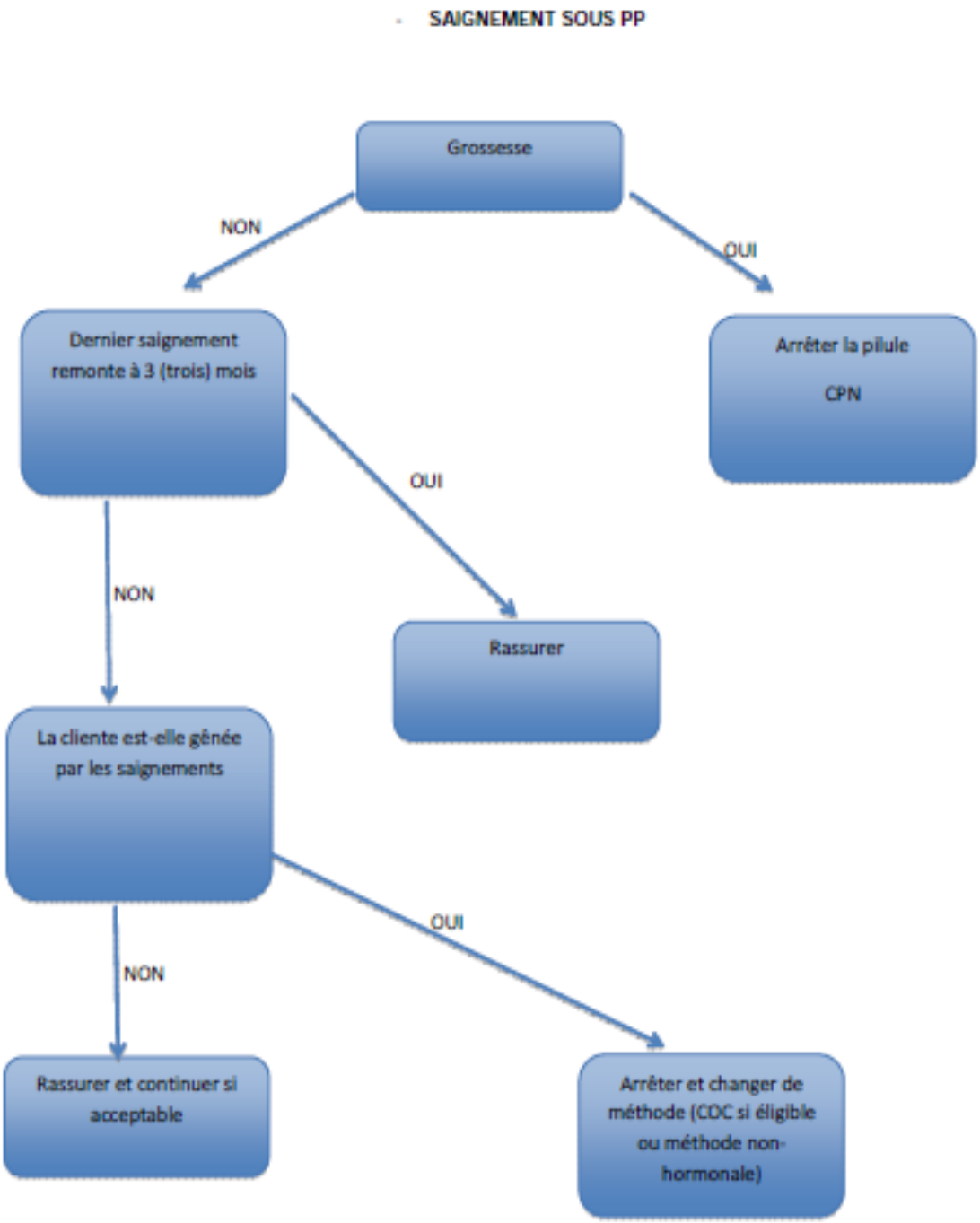

SAIGNEMENT SOUS INJECTABLE
Examen clinique
Cause non retrouvée
Cause retrouvée (grossesse, avortement, infection, cause gynécologique)
spotting
Saignement abondant
Traiter ou référer
Rassurer
Femme convaincue
Femme non convaincue
AINS courte durée 800mg + 3/j pdt 5j ou pilule combinée pdt 21j+antianémique
Arrêt saignement
Saignement persistant
Continuer la méthode, renforcer le counseling
Ne plus donner l'injectable, Continuer les antianémiques
Rechercher la cause et prendre en charge ou

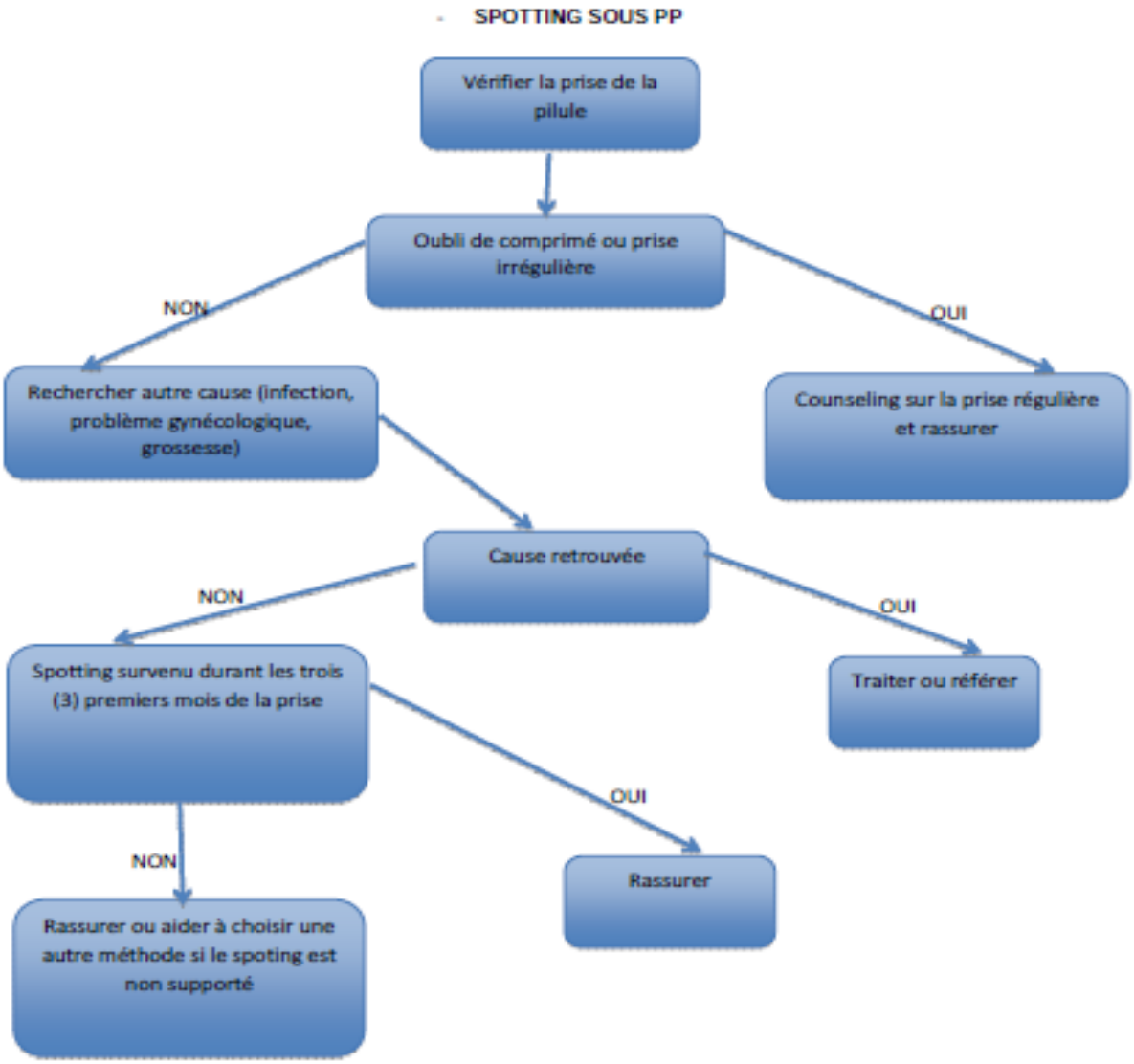

CEPHALÉES SOUS INJECTABLE
Cause retrouvée
NON
OUI
Donner des antalgiques
Ex : aspirine, Paracétamol
Traiter ou référer
Amélioration
Pas d'amélioration
Continuer la méthode
Proposer une méthode non hormonale

11. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES SOUS PP

- **AMENORRHEE SOUS PP**

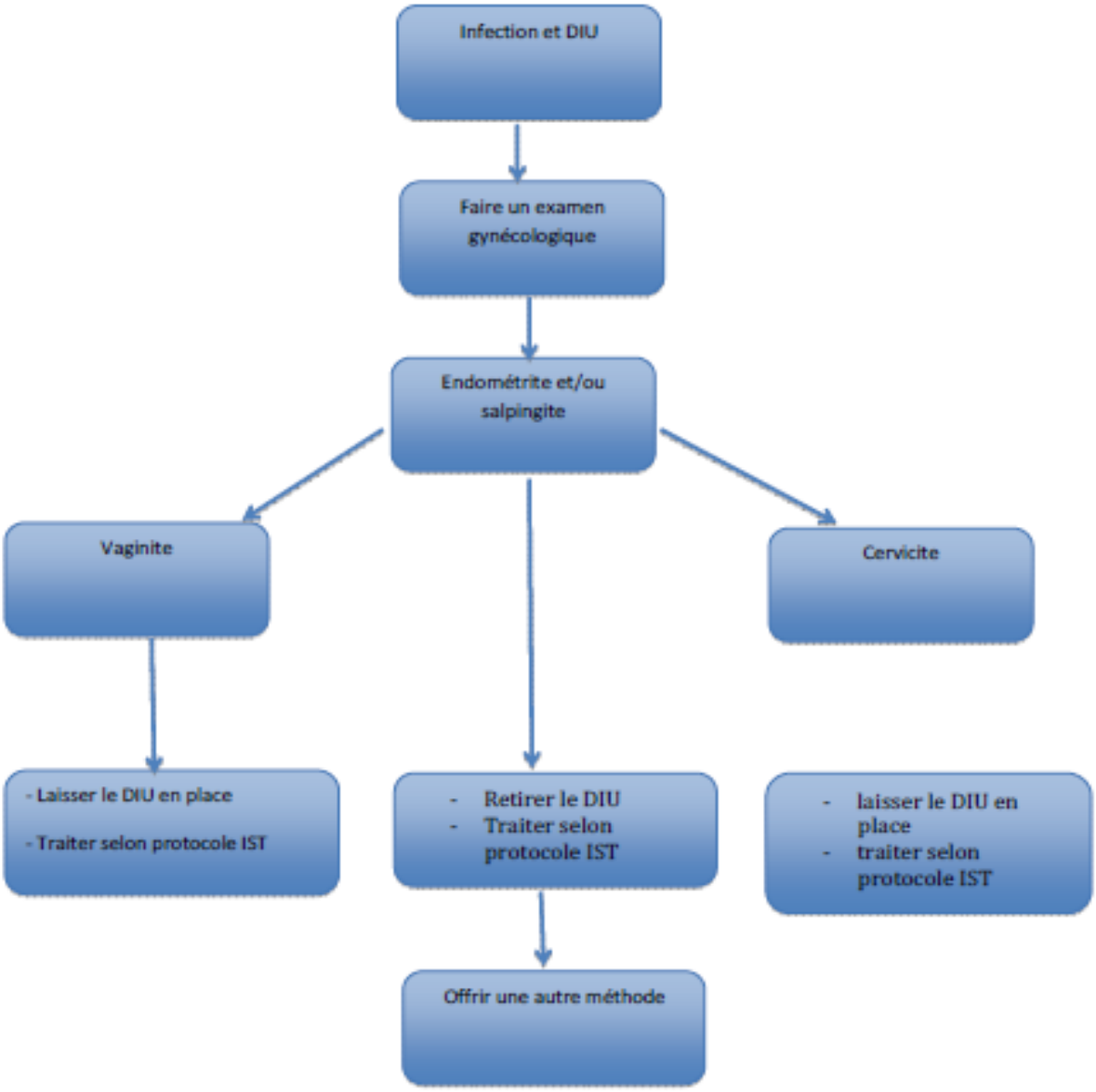


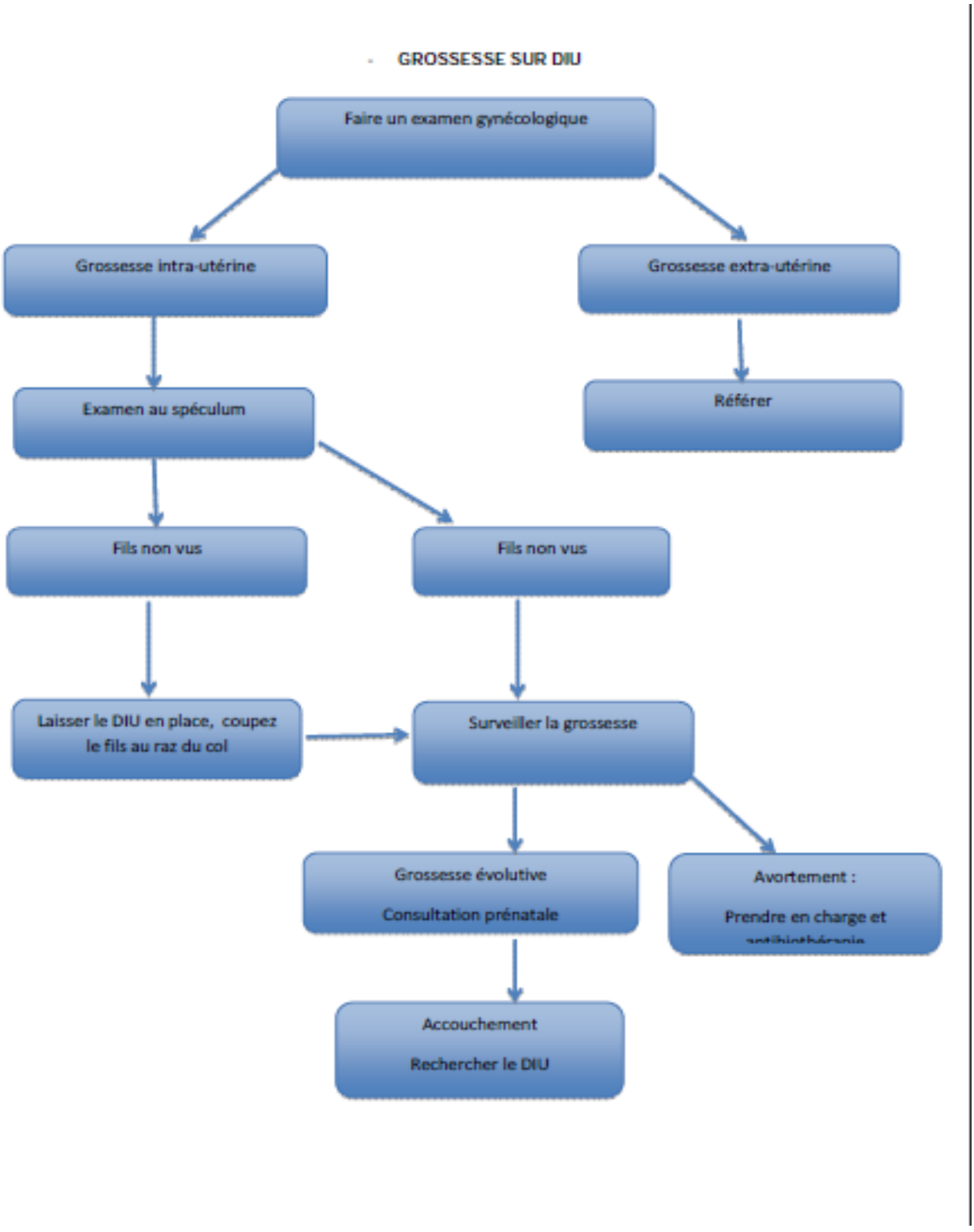

SAIGNEMENT SOUS PP
Grossesse
NON
OUI
Dernier saignement remonte à 3 (trois) mois
Arrêter la pilule
CPN
OUI
NON
Rassurer
La cliente est-elle gênée par les saignements
OUI
NON
Rassurer et continuer si acceptable
Arrêter et changer de méthode (COC si éligible ou méthode non-hormonale)


SPOTTING SOUS PP
Vérifier la prise de la pilule
Oubli de comprimé ou prise irrégulière
NON
OUI
Rechercher autre cause (infection, problème gynécologique, grossesse)
Counseling sur la prise régulière et rassurer
Cause retrouvée
NON
OUI
Spotting survenu durant les trois (3) premiers mois de la prise
Traiter ou référer
OUI
NON
Rassurer
Rassurer ou aider à choisir une autre méthode si le spoting est non supporté

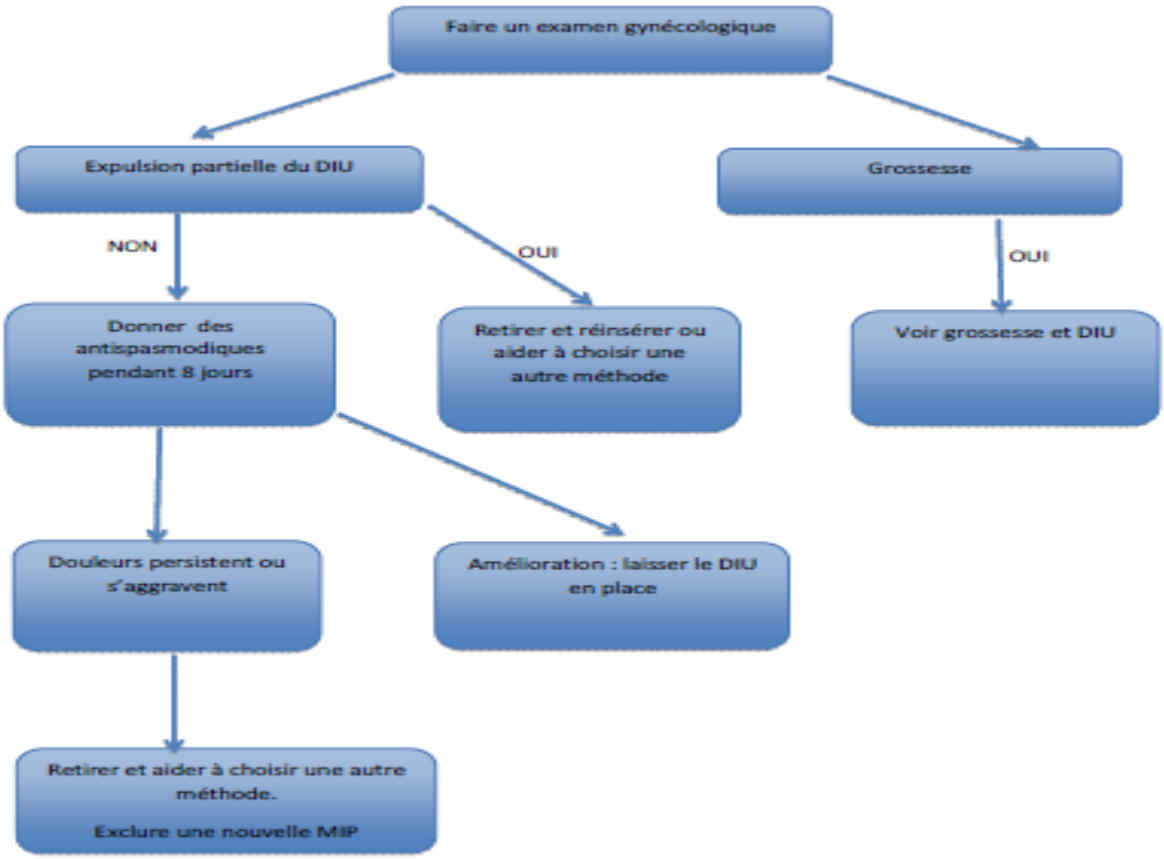
12. CONDUITE À TENIR DEVANT LES EFFETS SECONDAIRES ET DES COMPLICATIONS SOUS DIU

- **INFECTIONS**

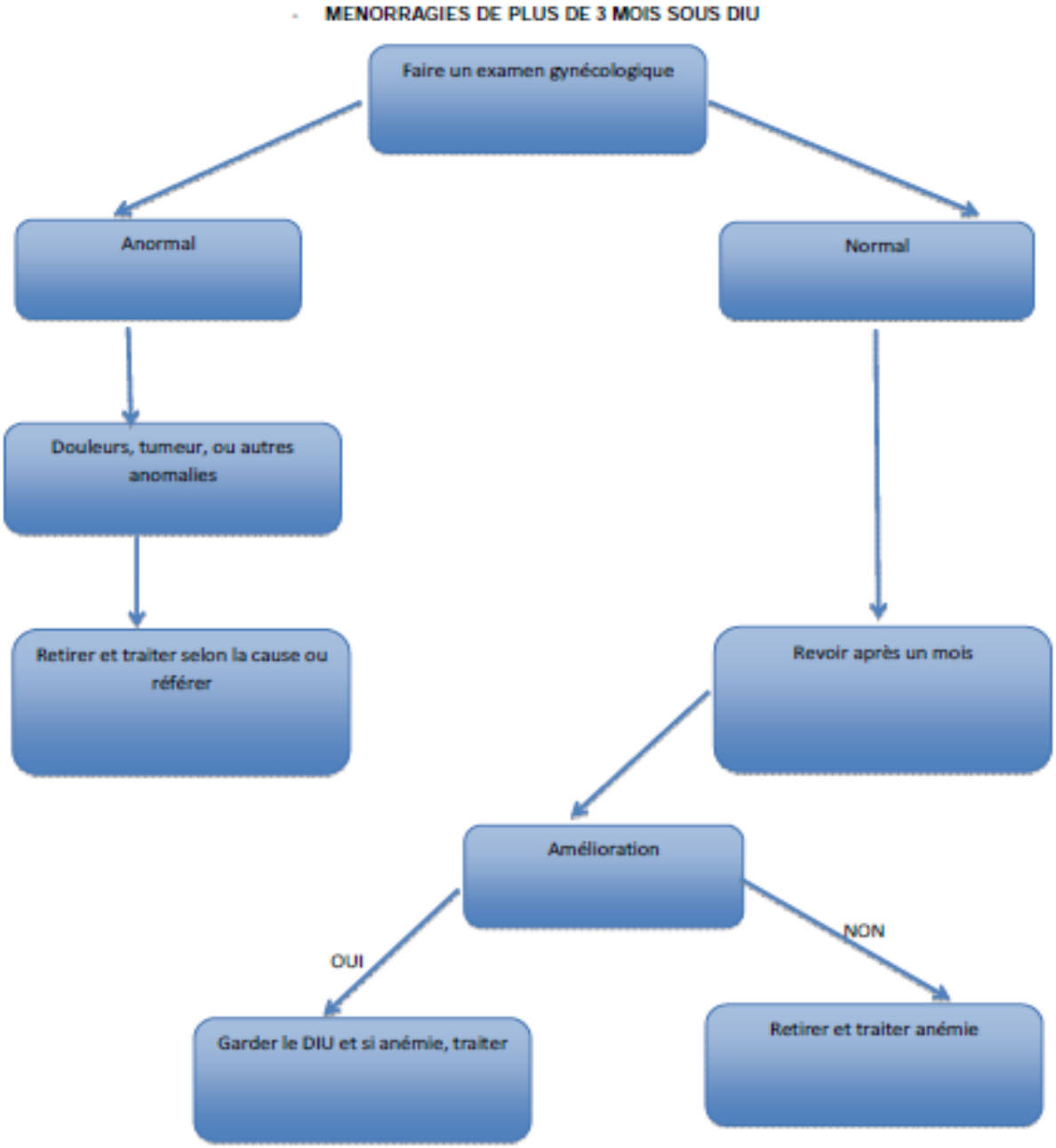


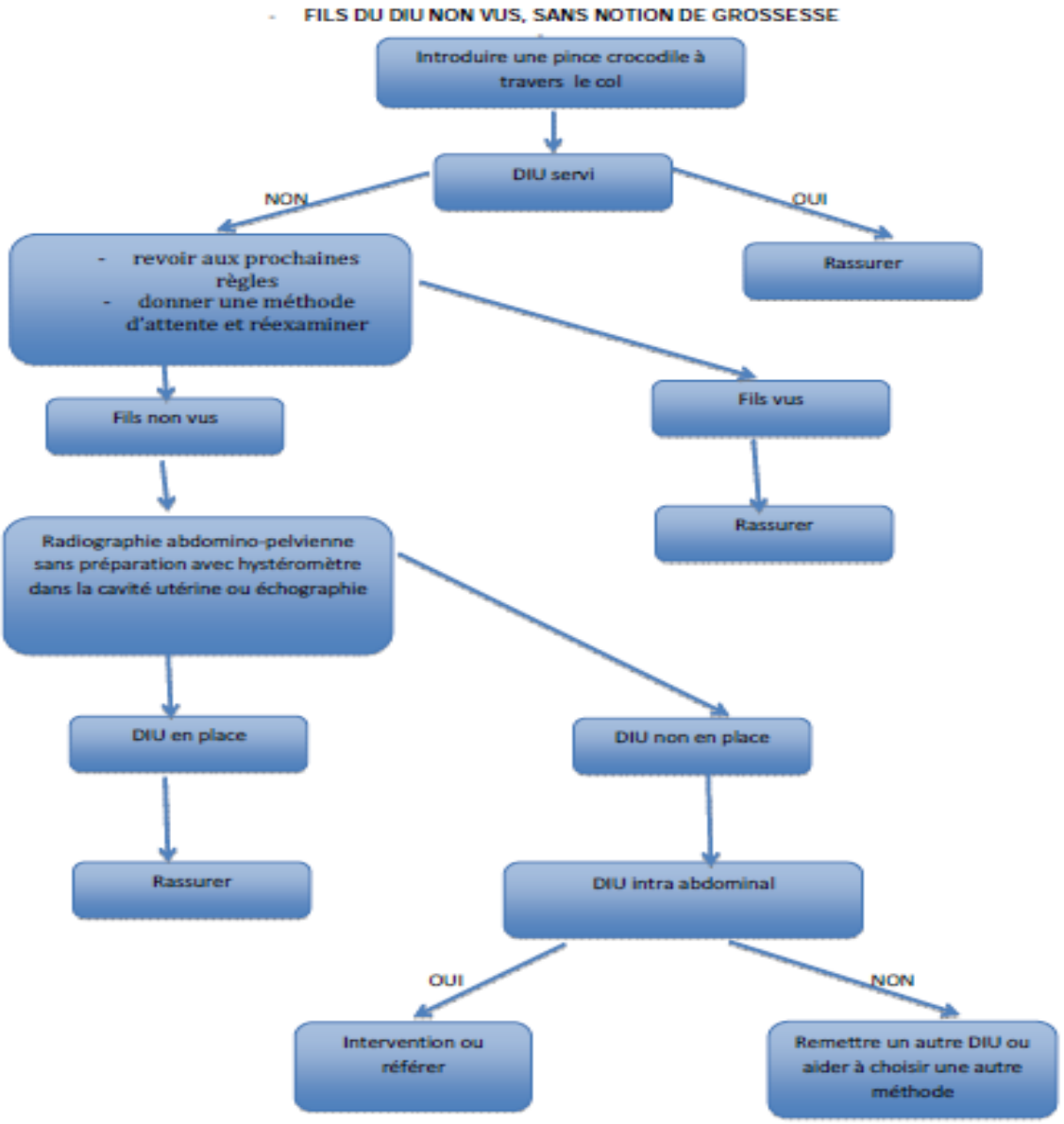

GROSSESSE SUR DIU
Faire un examen gynécologique
Grossesse intra-utérine
Grossesse extra-utérine
Examen au spéculum
Référer
Fils non vus
Fils non vus
Laisser le DIU en place, coupez le fils au raz du col
Surveiller la grossesse
Grossesse évolutive
Consultation prénatale
Avortement :
Prendre en charge et
Accouchement
Rechercher le DIU

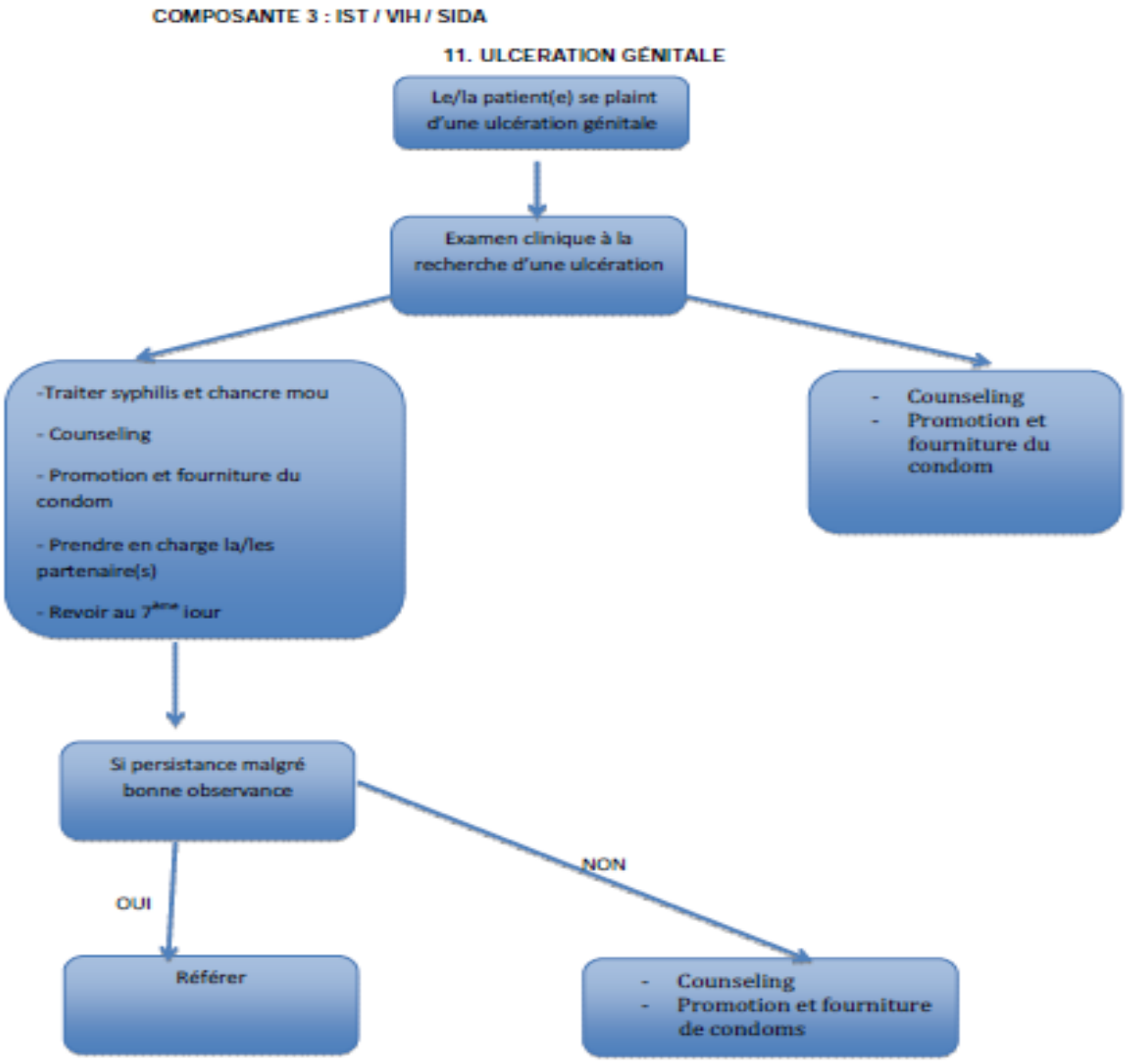
- **DOULEUR PELVIENNE SOUS DIU**

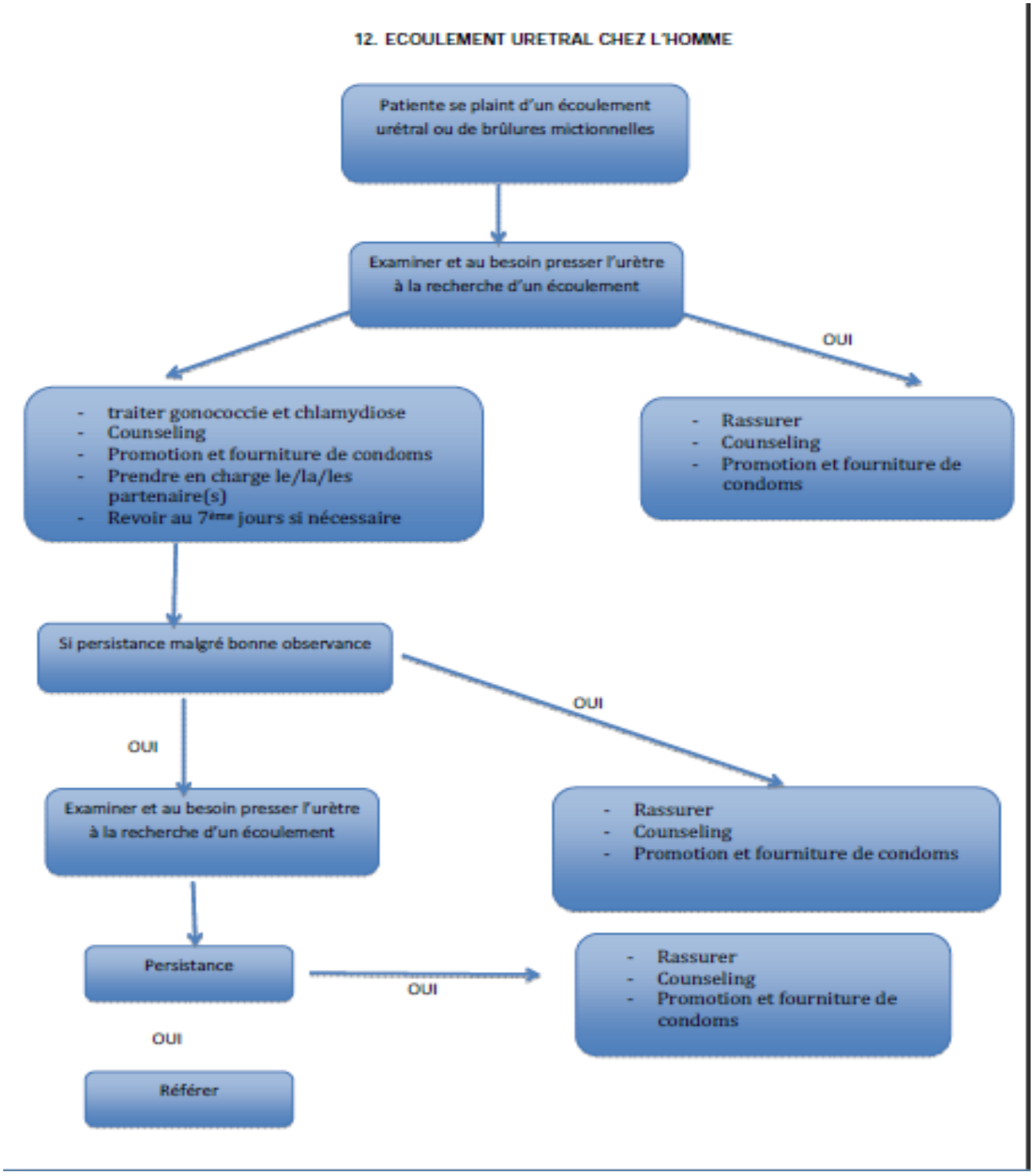


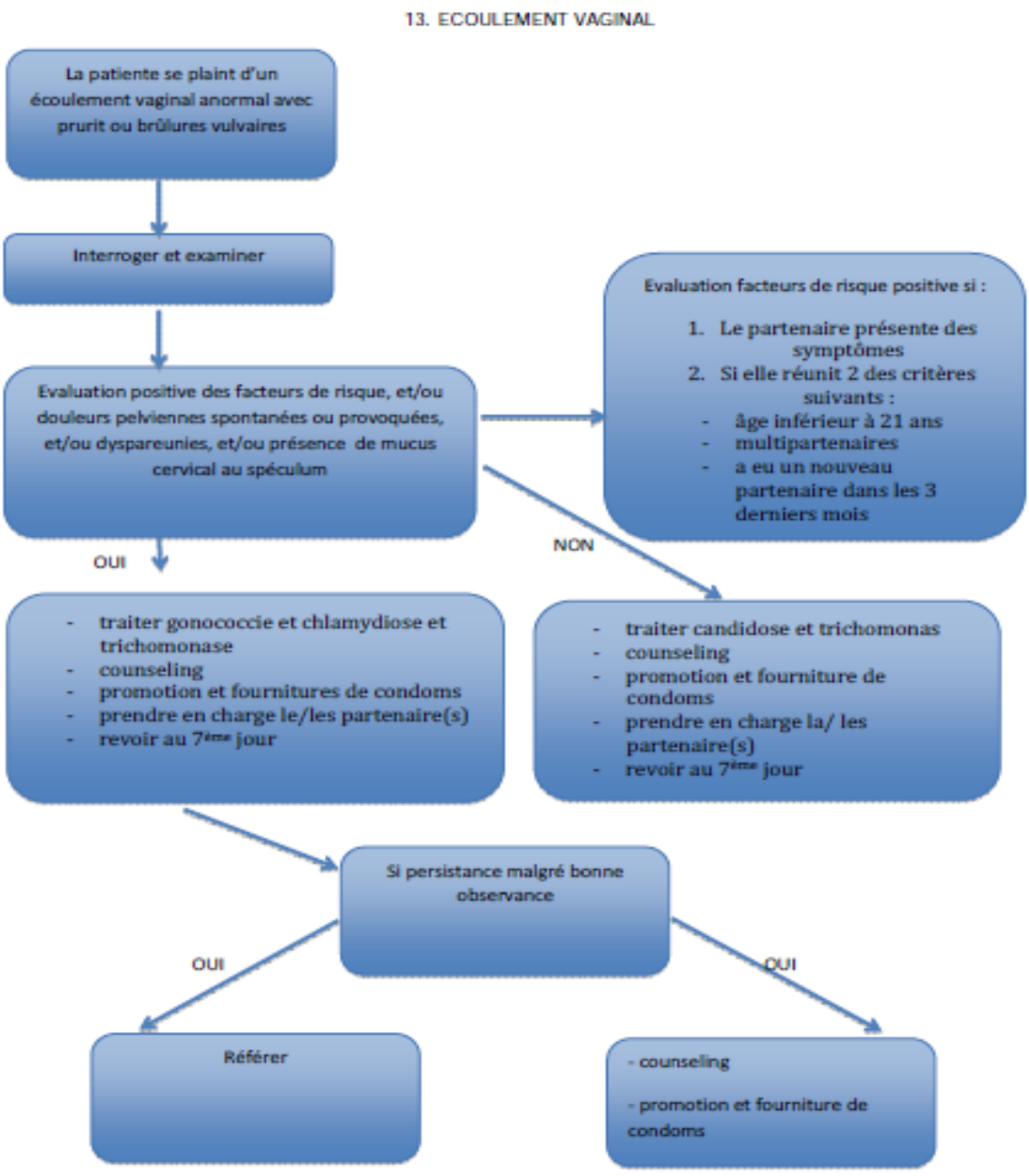
METRORRAGIES SOUS DIU
Faire un examen gynécologique
Pas de grossesse
Grossesse
Examen gynécologique normal
Examen gynécologique anormal
Douleur pelvienne
Fibrome ou/et autre anomalie
Voir grossesse et dispositif intra-utérin
Voir DIU et douleur pelvienne
Retirer le DIU, proposer une autre méthode et traiter ou référer
Rassurer, revoir après un mois
Amélioration
Pas d'amélioration
Garder le DIU
Réexaminer à la recherche d'une grossesse
Si grossesse voir le dispositif intra-utérin et grossesse
Si pas de grossesse : mettre sous AINS
Si pas d'amélioration, retirer le DIU et aider à choisir une autre méthode


MENORRAGIES DE PLUS DE 3 MOIS SOUS DIU
Faire un examen gynécologique
Anormal
Normal
Douleurs, tumeur, ou autres anomalies
Retirer et traiter selon la cause ou référer
Revoir après un mois
Amélioration
OUI
NON
Garder le DIU et si anémie, traiter
Retirer et traiter anémie

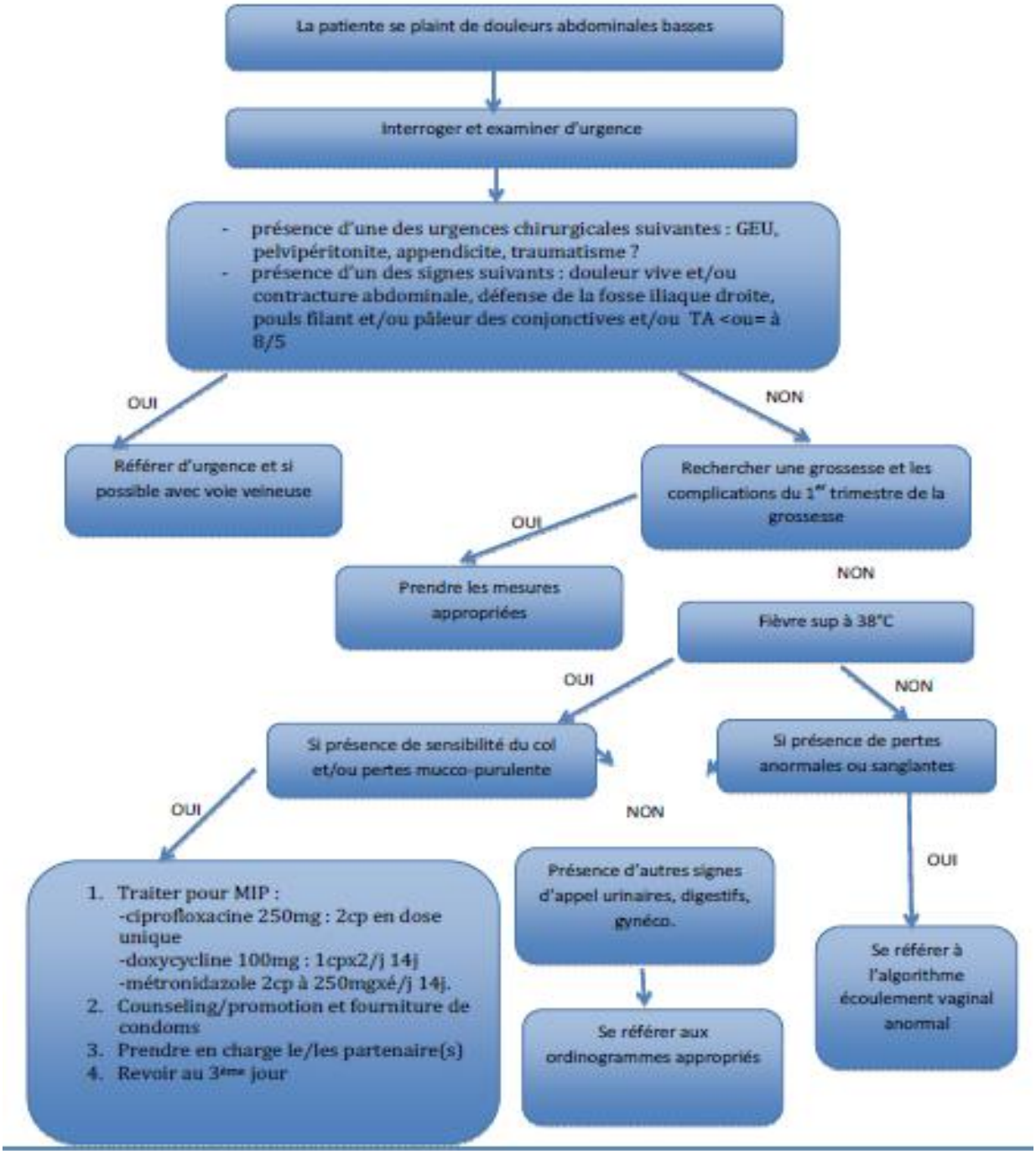

FILS DU DIU NON VUS, SANS NOTION DE GROSSESSE
Introduire une pince crocodile à travers le col
DIU servi
NON
OUI
Rassurer
- revoir aux prochaines règles
- donner une méthode d'attente et réexaminer
Fils non vus
Fils vus
Rassurer
Radiographie abdomino-pelvienne sans préparation avec hystéromètre dans la cavité utérine ou échographie
DIU en place
DIU non en place
Rassurer
DIU intra abdominal
OUI
NON
Intervention ou référer
Remettre un autre DIU ou aider à choisir une autre méthode


COMPOSANTE 3 : IST / VIH / SIDA
11. ULCERATION GÉNITALE
Le/la patient(e) se plaint d'une ulcération génitale
Examen clinique à la recherche d'une ulcération
-Traiter syphilis et chancre mou
- Counseling
- Promotion et fourniture du condom
- Prendre en charge la/les partenaire(s)
- Revoir au 7ème jour
- Counseling
- Promotion et fourniture du condom
Si persistance malgré bonne observance
OUI
NON
Référer
- Counseling
- Promotion et fourniture de condoms


12. ECOULEMENT URETRAL CHEZ L'HOMME
Patiente se plaint d'un écoulement urétral ou de brûlures mictionnelles
Examiner et au besoin presser l'urètre à la recherche d'un écoulement
OUI
- traiter gonococcie et chlamydiose
- Counseling
- Promotion et fourniture de condoms
- Prendre en charge le/la/les partenaire(s)
- Revoir au 7ème jours si nécessaire
- Rassurer
- Counseling
- Promotion et fourniture de condoms
Si persistance malgré bonne observance
OUI
OUI
Examiner et au besoin presser l'urètre à la recherche d'un écoulement
- Rassurer
- Counseling
- Promotion et fourniture de condoms
Persistance
OUI
- Rassurer
- Counseling
- Promotion et fourniture de condoms
OUI
Référer

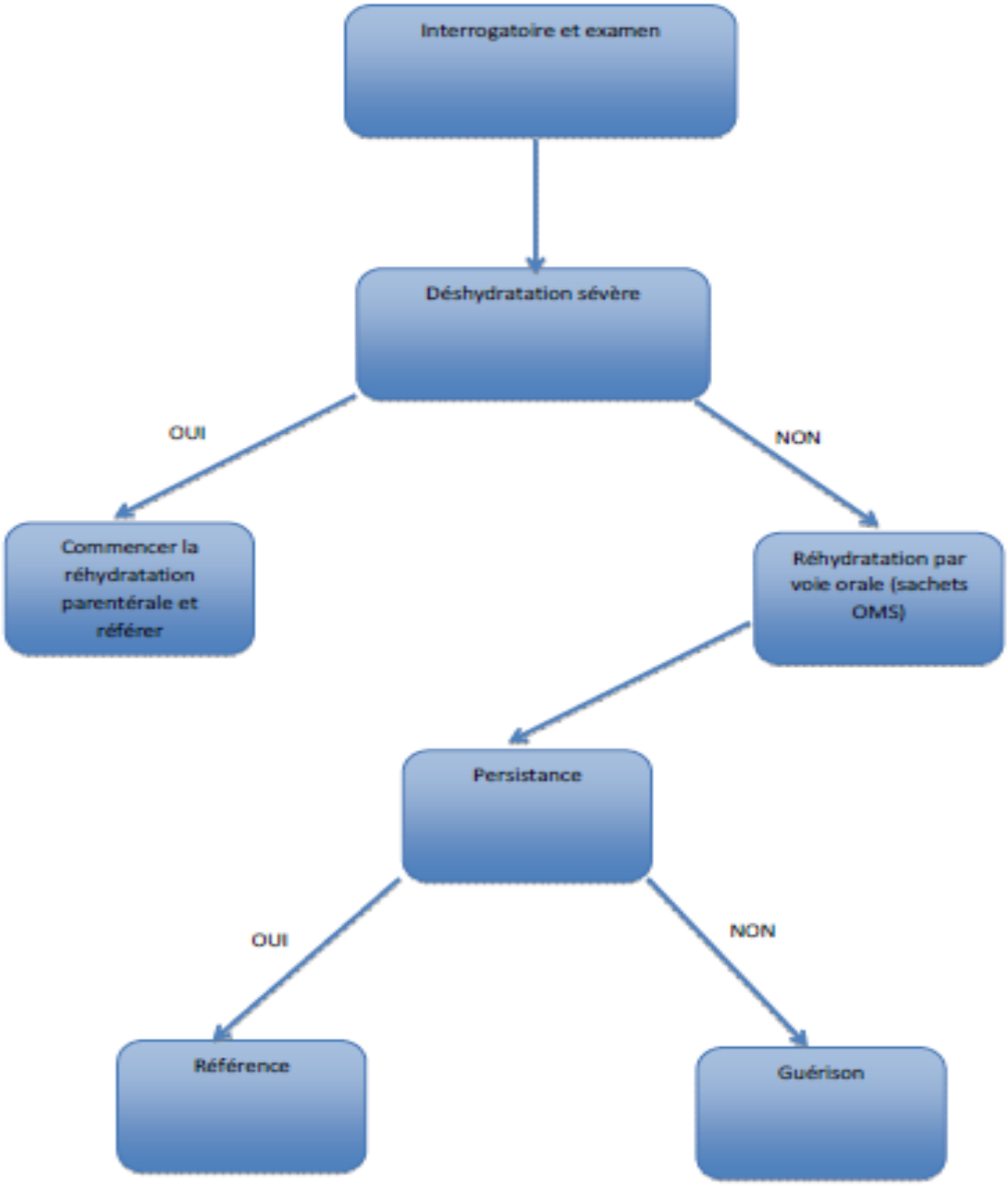

13. ECOULEMENT VAGINAL
La patiente se plaint d'un écoulement vaginal anormal avec prurit ou brûlures vulvaires
Interroger et examiner
Evaluation positive des facteurs de risque, et/ou douleurs pelviennes spontanées ou provoquées, et/ou dyspareunies, et/ou présence de mucus cervical au spéculum
Evaluation facteurs de risque positive si :
1. Le partenaire présente des symptômes
2. Si elle réunit 2 des critères suivants :
- âge inférieur à 21 ans
- multipartenaires
- a eu un nouveau partenaire dans les 3 derniers mois
OUI
NON
- traiter gonococcie et chlamydiose et trichomonase
- counseling
- promotion et fournitures de condoms
- prendre en charge le/les partenaire(s)
- revoir au 7ème jour
- traiter candidose et trichomonas
- counseling
- promotion et fourniture de condoms
- prendre en charge la/ les partenaire(s)
- revoir au 7ème jour
Si persistance malgré bonne observance
OUI
OUI
Référer
- counseling
- promotion et fourniture de condoms

14. DOULEUR ABDOMINALE BASSE CHEZ LA FEMME

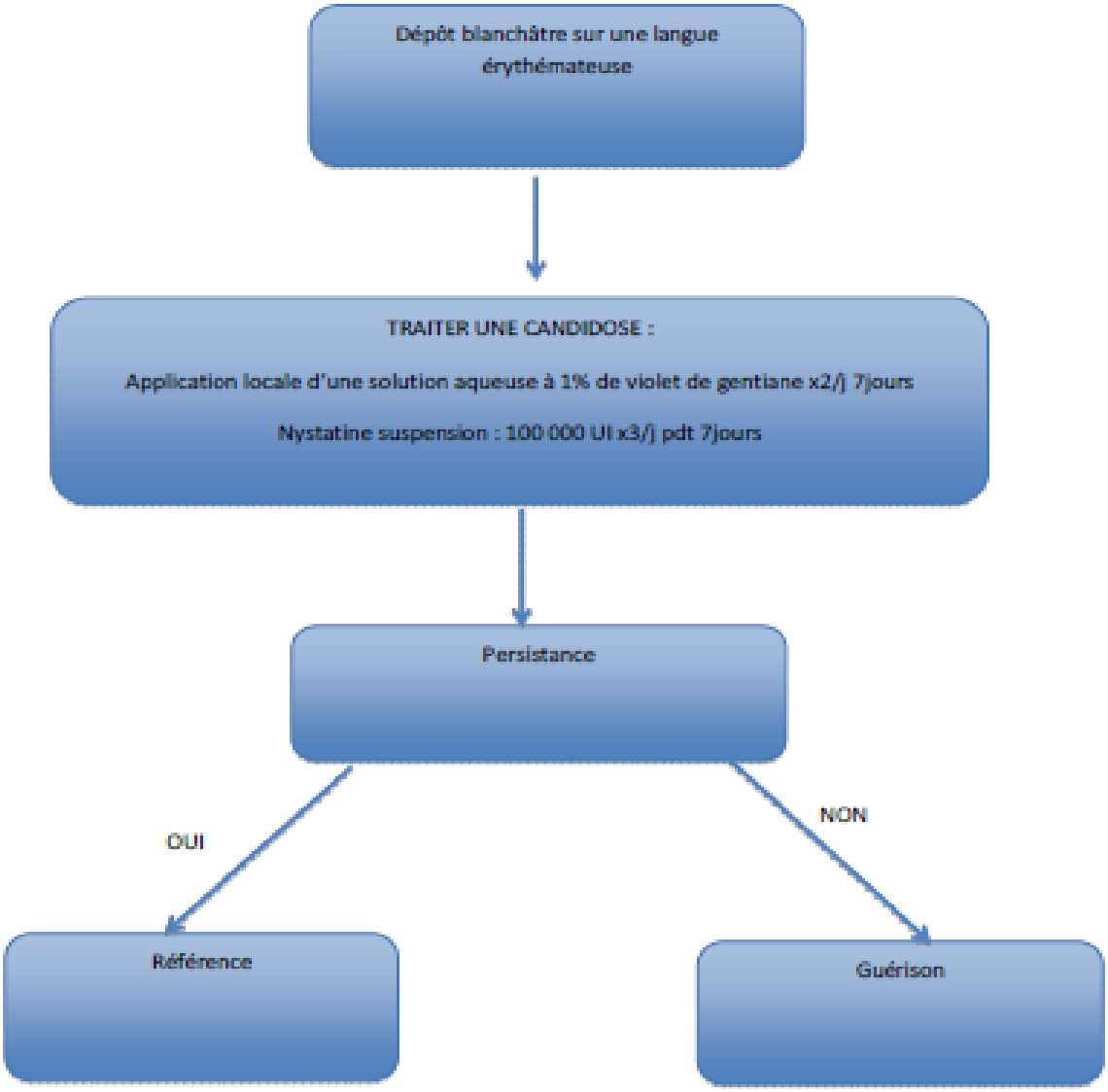


15. DIARRHÉE CHRONIQUE

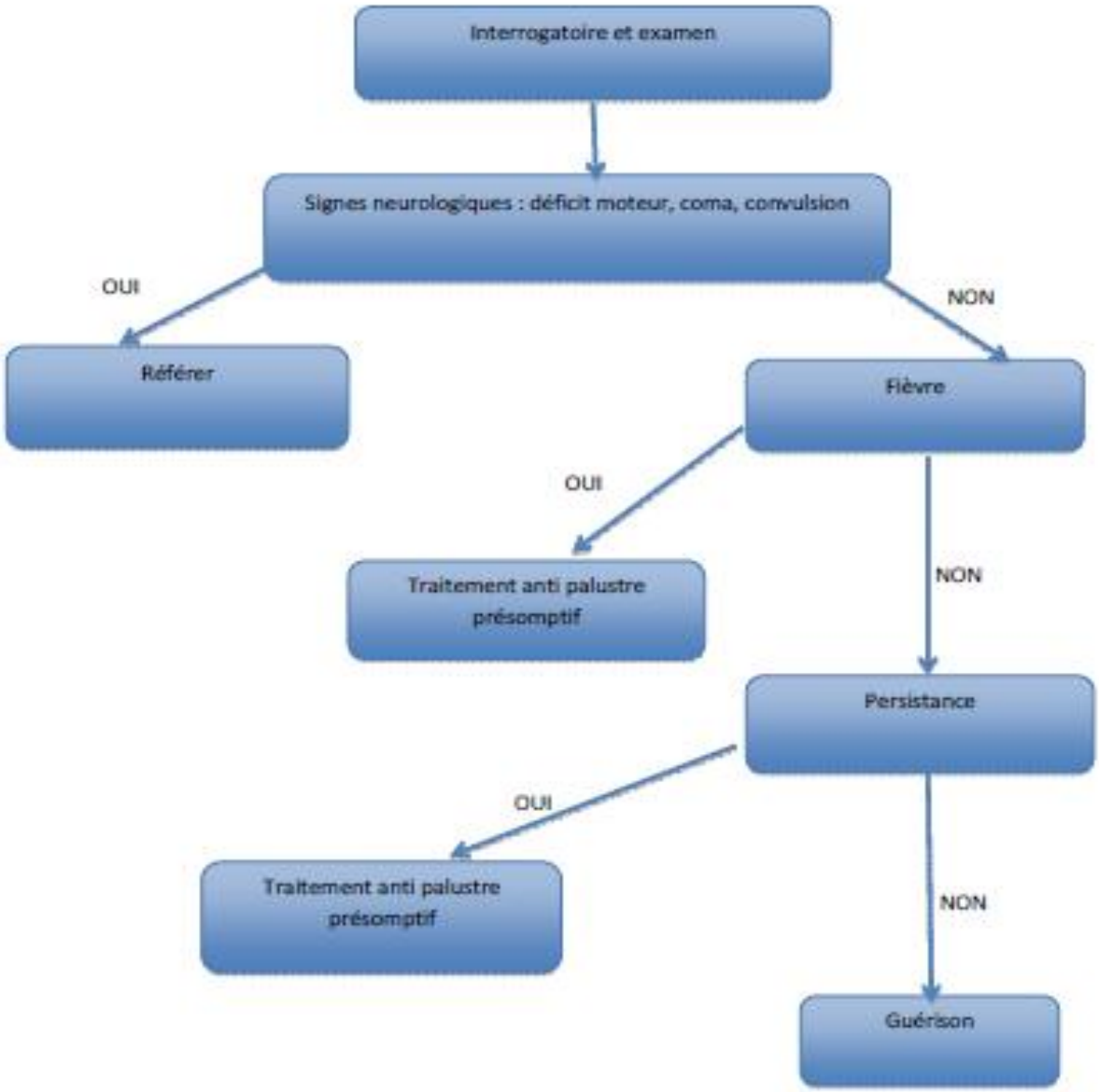
(Émission de d'au moins 3 selles/jour et/ou abondantes et/ ou liquides pendant 3 semaines)

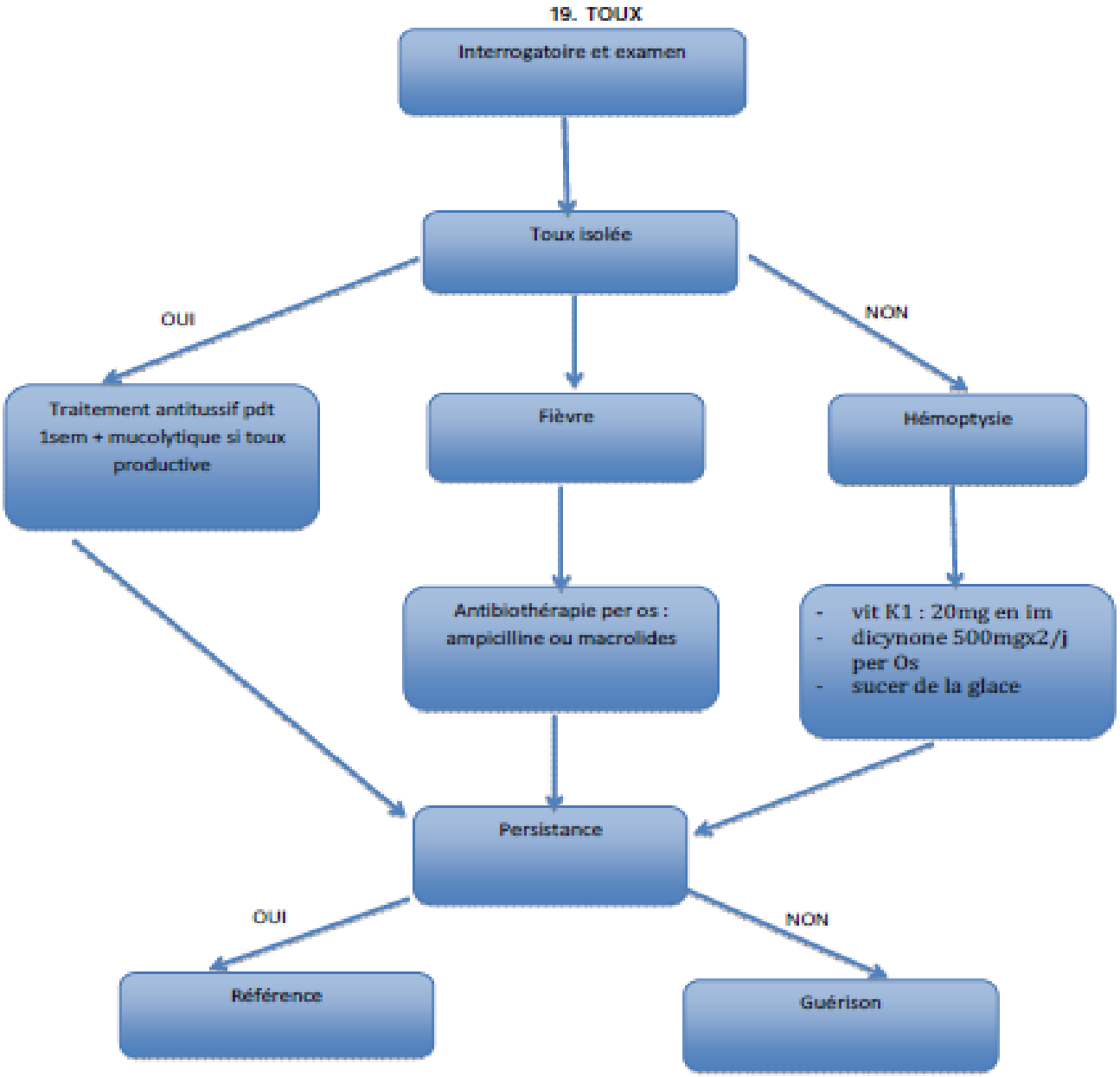


17. CANDIDOSE BUCCALE

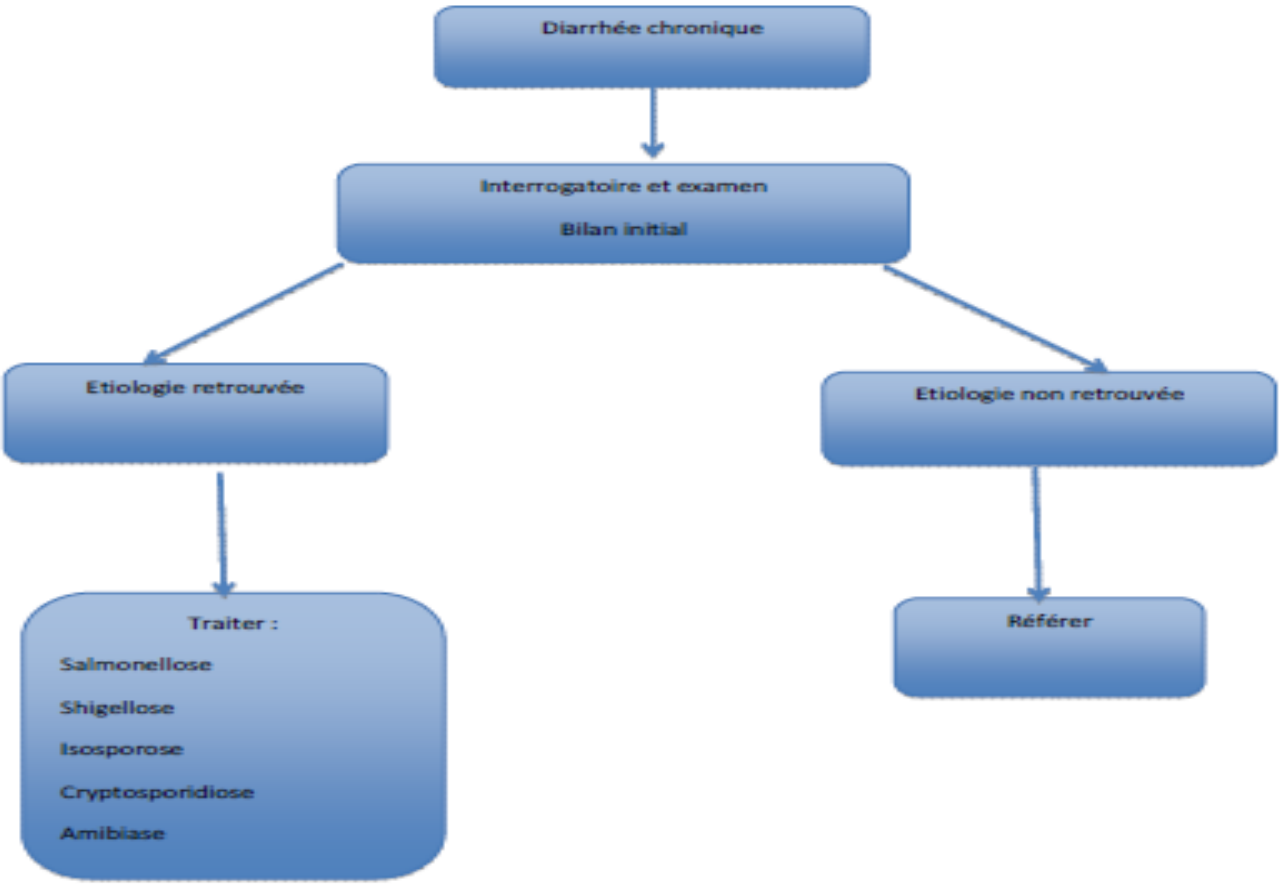


18. CÉPHALÉES

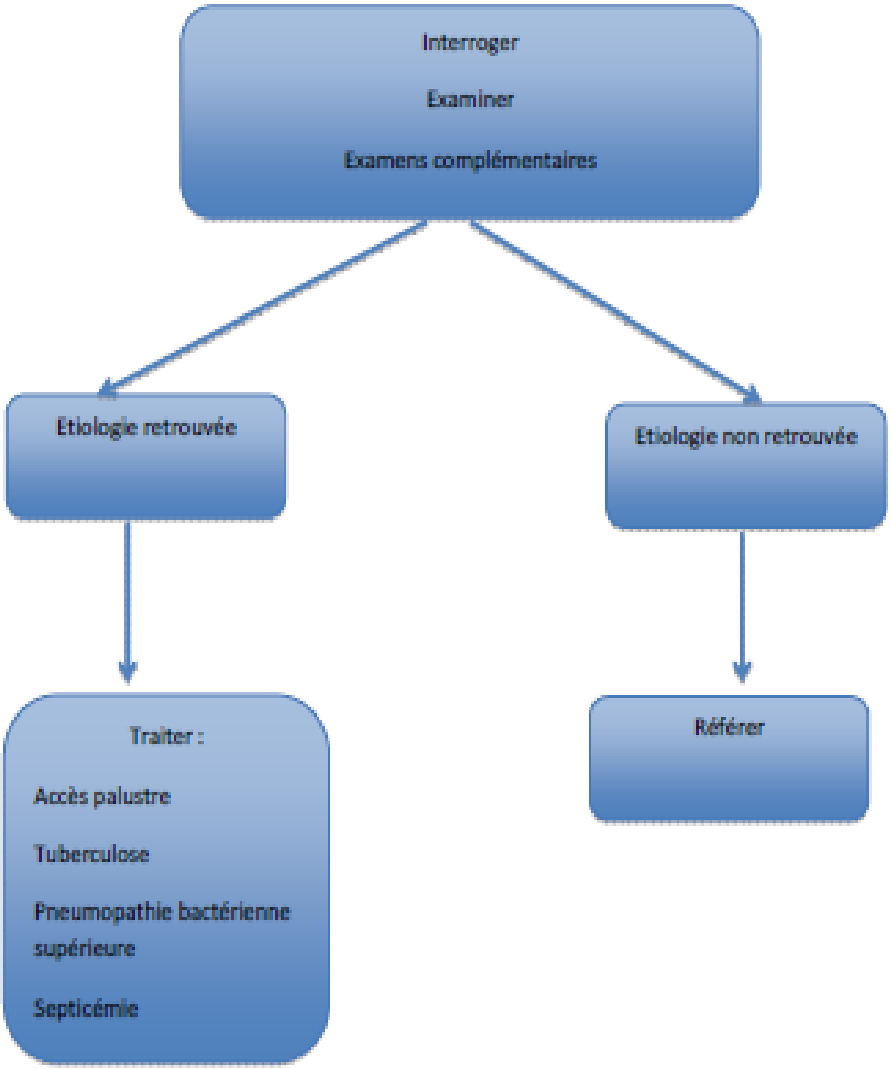



19. TOUX
Interrogatoire et examen
Toux isolée
OUI
NON
Traitement antitussif pdt 1sem + mucolytique si toux productive
Fièvre
Hémoptysie
Antibiothérapie per os : ampicilline ou macrolides
- vit K1 : 20mg en im
- dicynone 500mgx2/j per Os
- sucer de la glace
Persistance
OUI
NON
Référence
Guérison

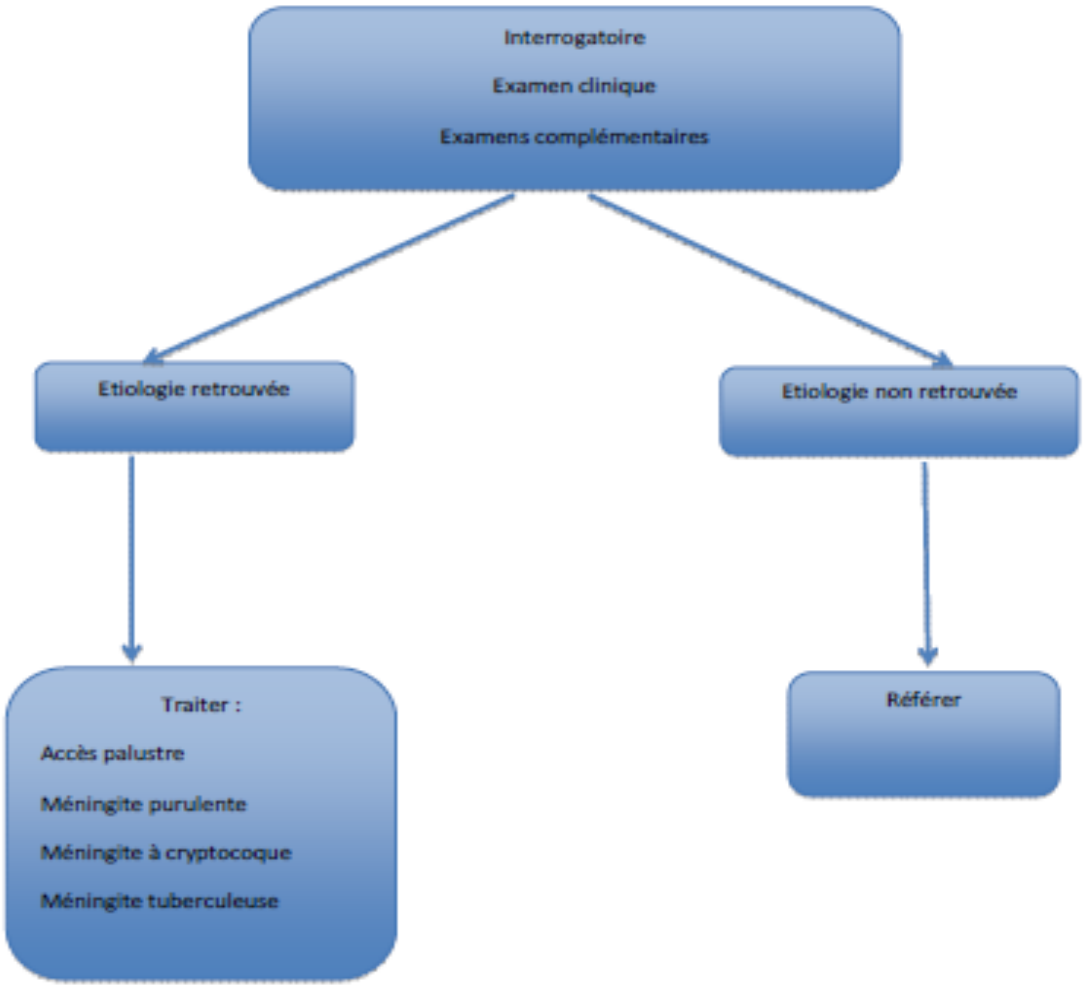
20. DIARRHÉE CHRONIQUE



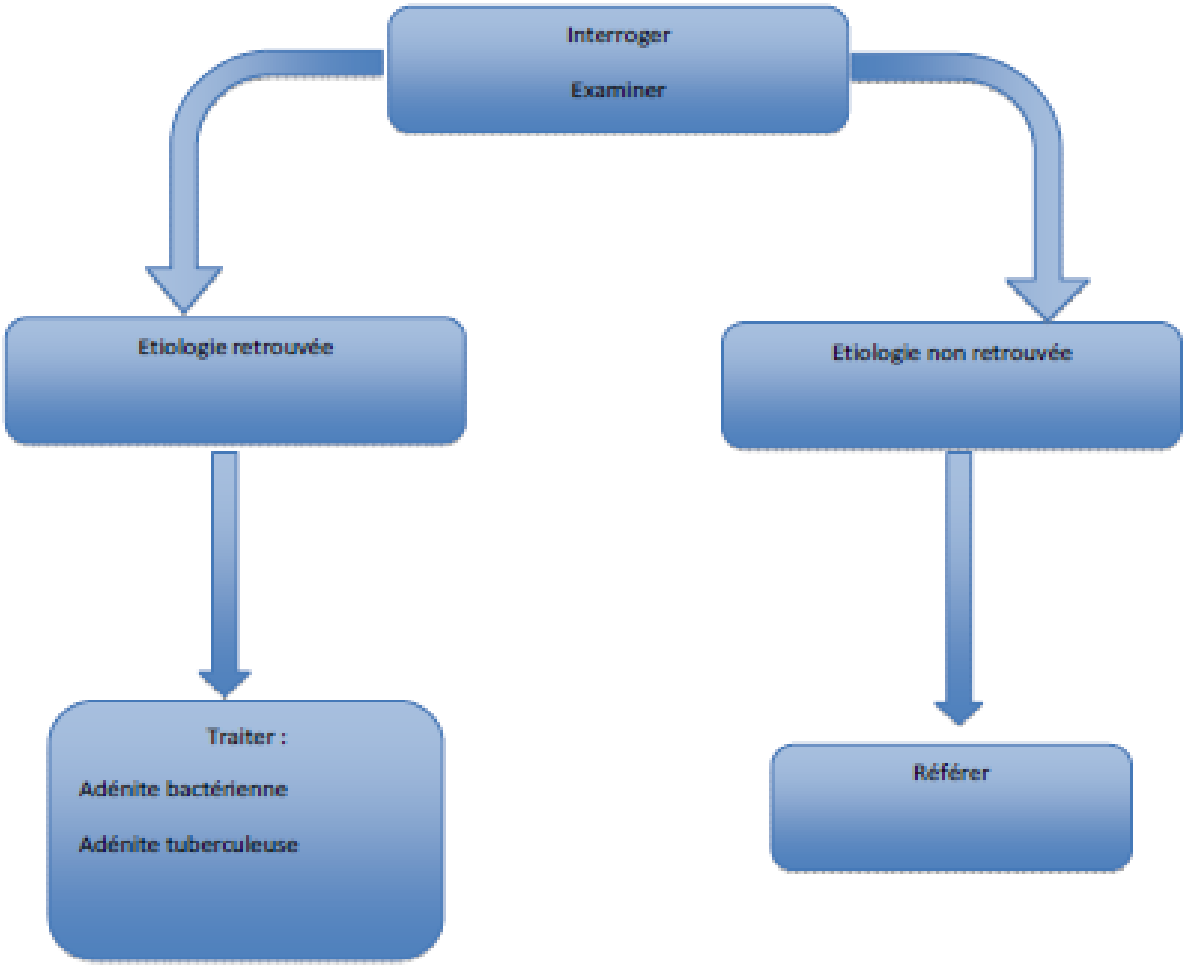
21. FIÈVRE


Interroger
Examiner
Examens complémentaires
Etiologie retrouvée
Etiologie non retrouvée
Traiter :
Accès palustre
Tuberculose
Pneumopathie bactérienne supérieure
Septicémie
Référer

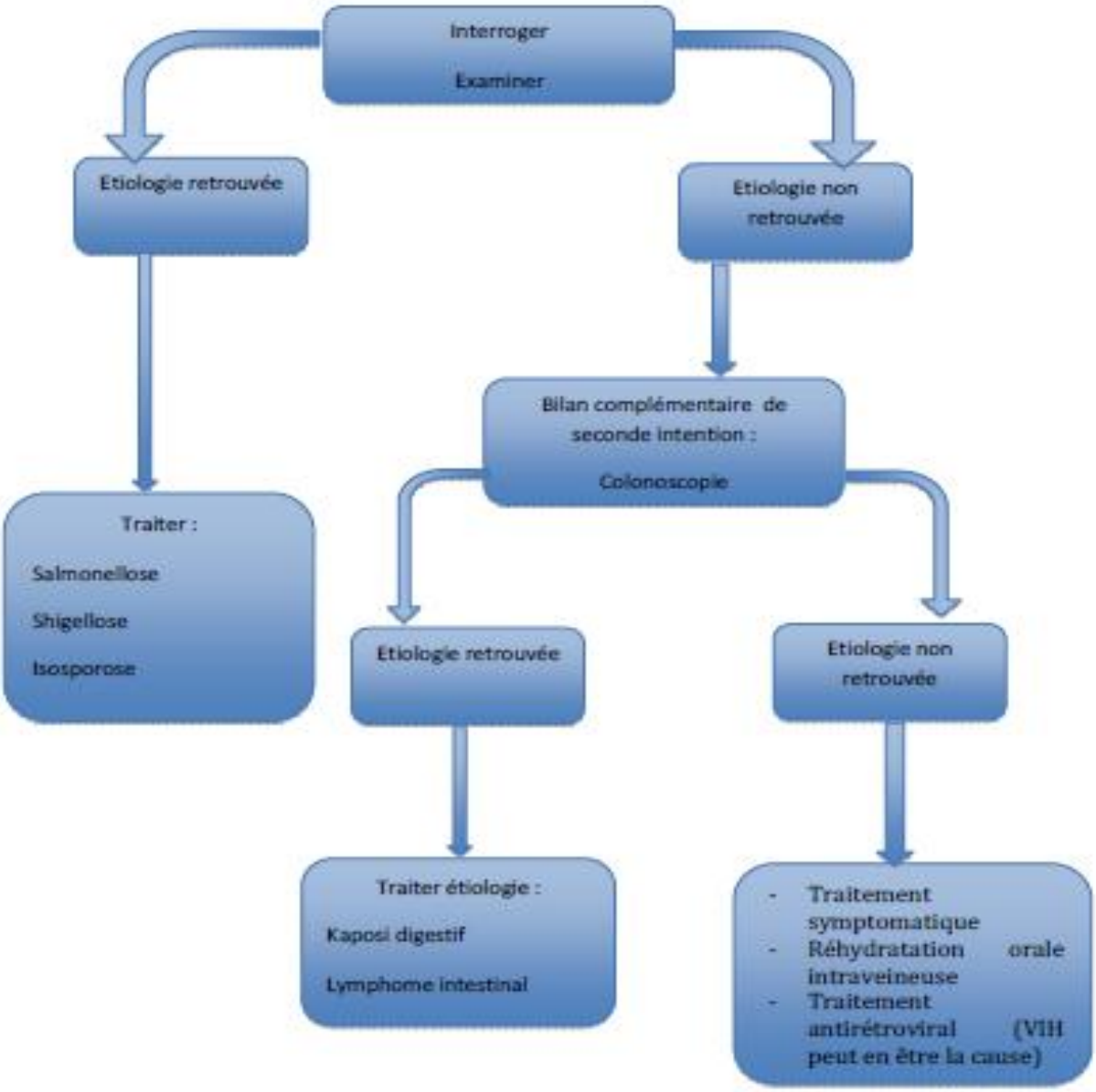
22. CÉPHALÉES



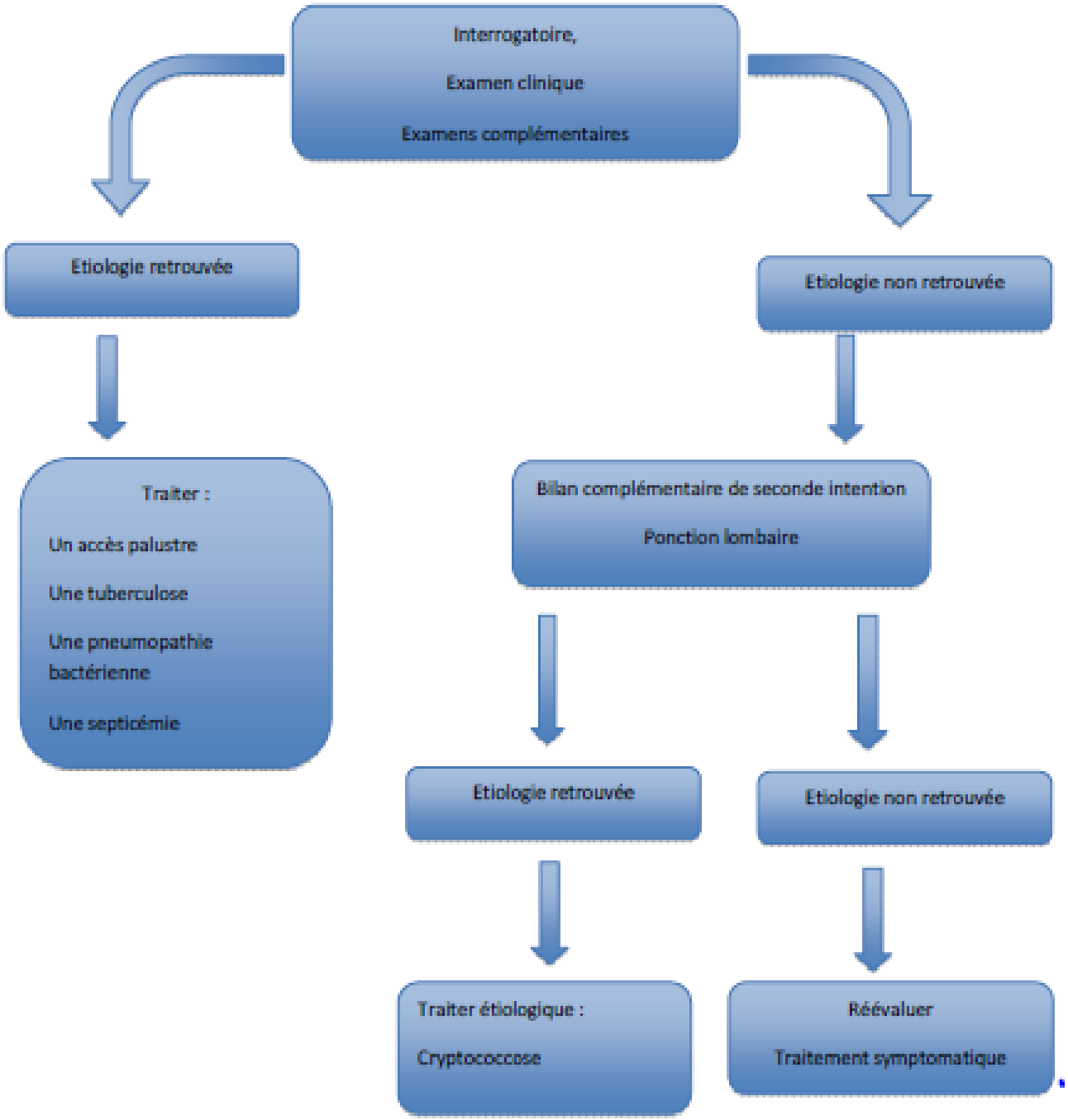
23. LYMPHADÉNOPATHIES

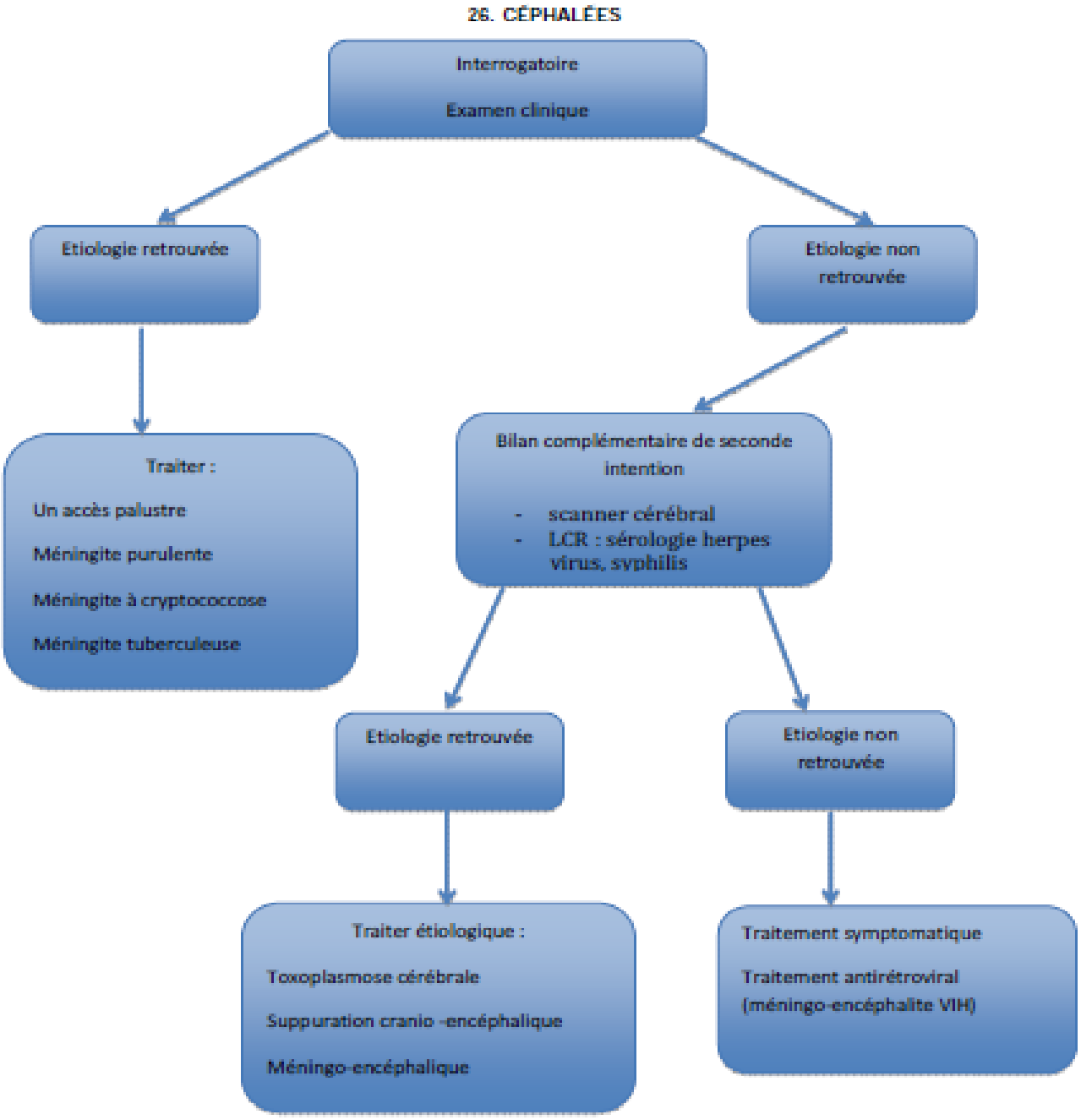


24. DIARRHÉE CHRONIQUE

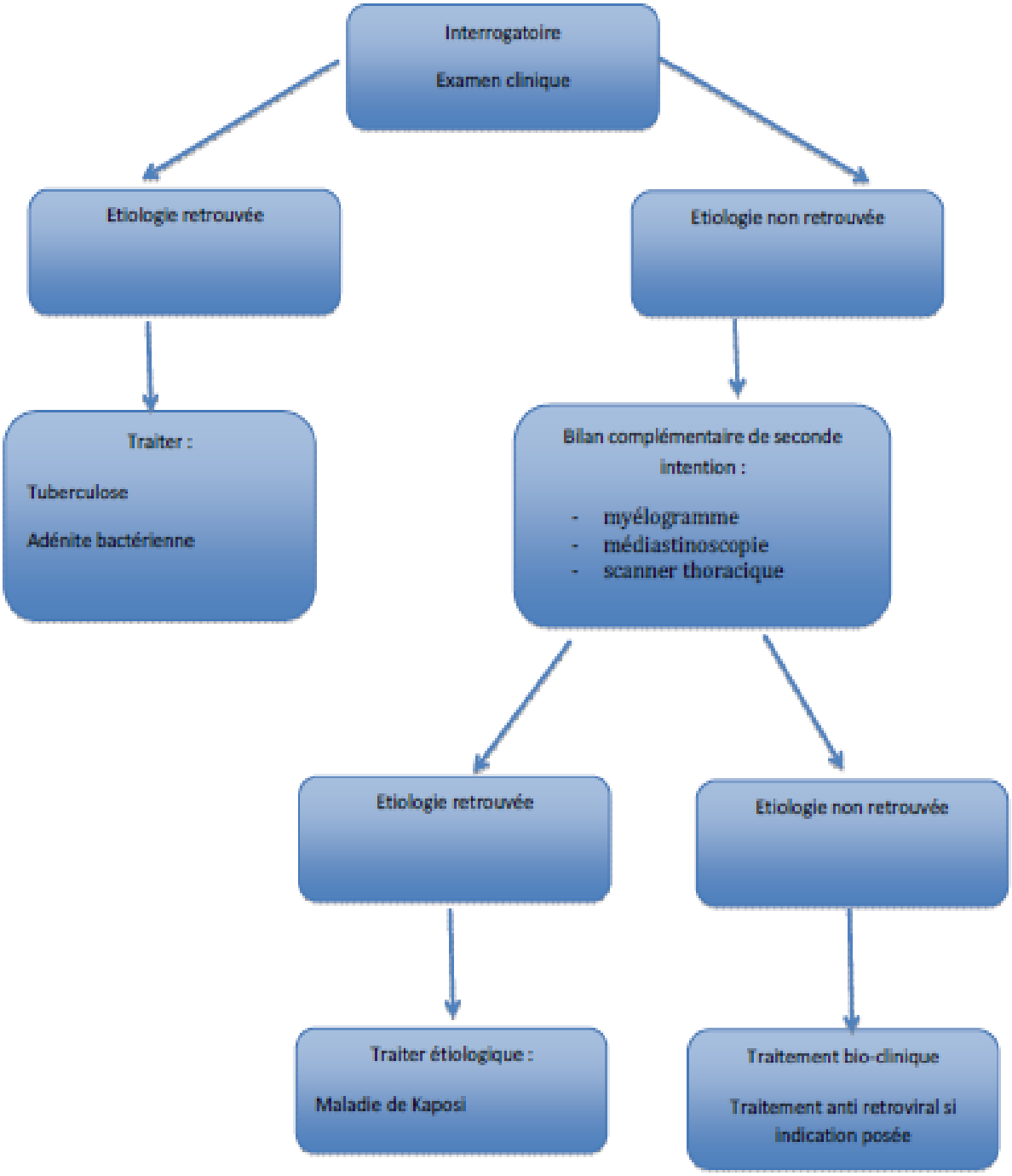


25. FIEVRE

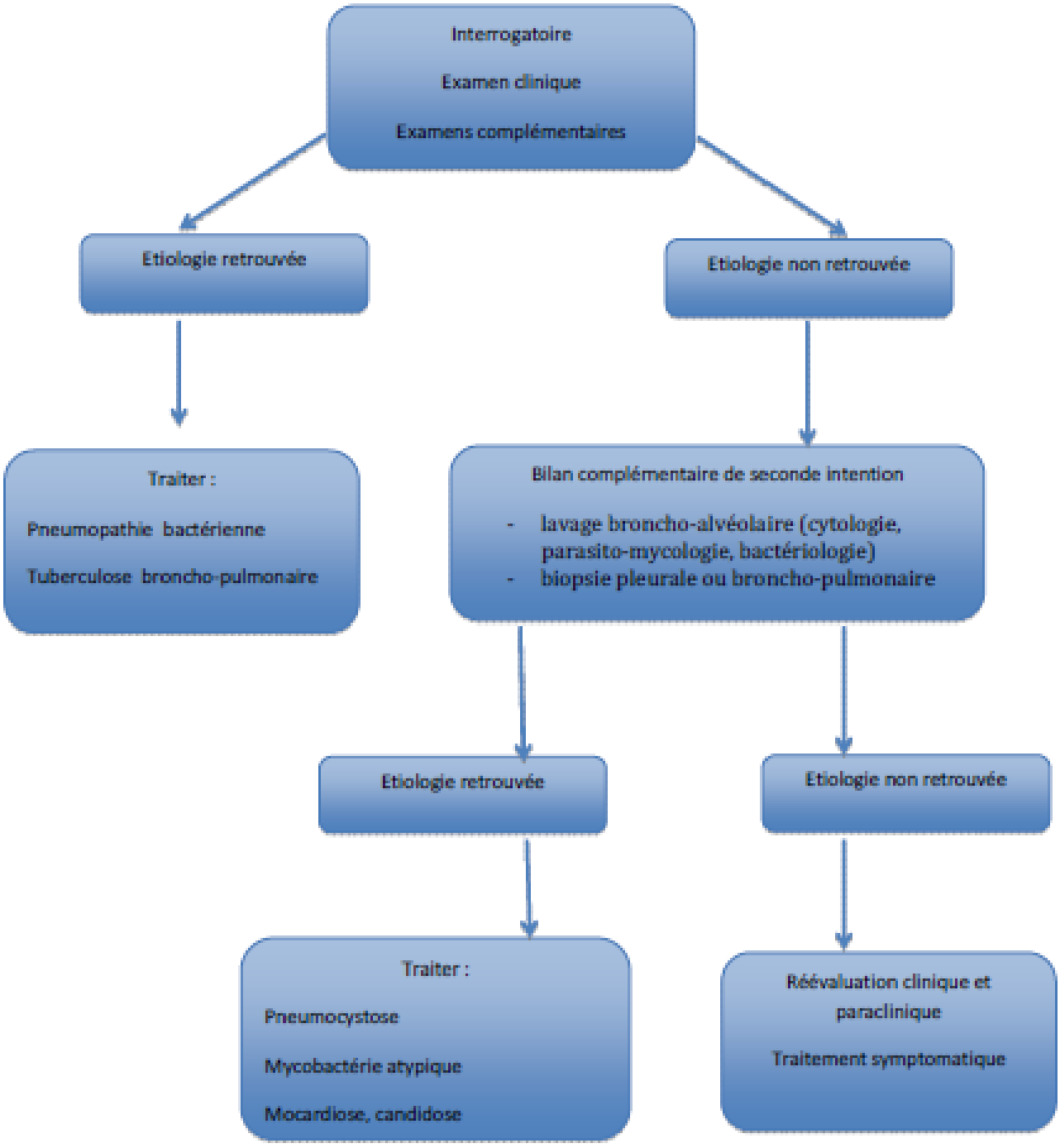

Interrogatoire,
Examen clinique
Examens complémentaires
Etiologie retrouvée
Etiologie non retrouvée
Traiter :
Un accès palustre
Une tuberculose
Une pneumopathie bactérienne
Une septicémie
Bilan complémentaire de seconde intention
Ponction lombaire
Etiologie retrouvée
Etiologie non retrouvée
Traiter étiologique :
Cryptococcose
Réévaluer
Traitement symptomatique


26. CÉPHALÉES
Interrogatoire
Examen clinique
Etiologie retrouvée
Etiologie non retrouvée
Traiter :
Un accès palustre
Méningite purulente
Méningite à cryptococcose
Méningite tuberculeuse
Bilan complémentaire de seconde intention
- scanner cérébral
- LCR : sérologie herpes virus, syphilis
Etiologie retrouvée
Etiologie non retrouvée
Traiter étiologique :
Toxoplasmose cérébrale
Suppuration cranio -encéphalique
Méningo-encéphalique
Traitement symptomatique
Traitement antirétroviral (méningo-encéphalite VIH)

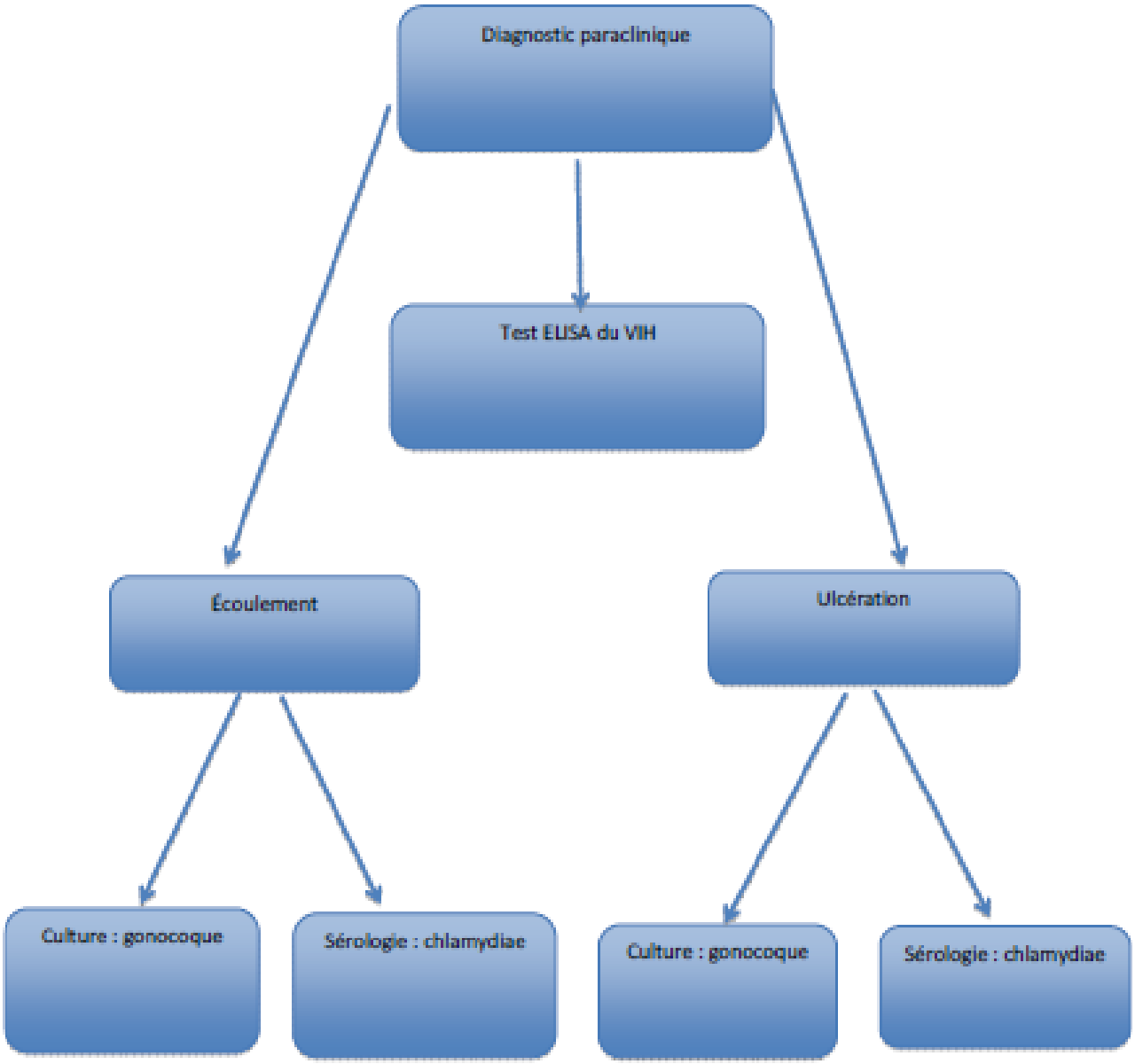
27. LYMPHADENOPATHIES

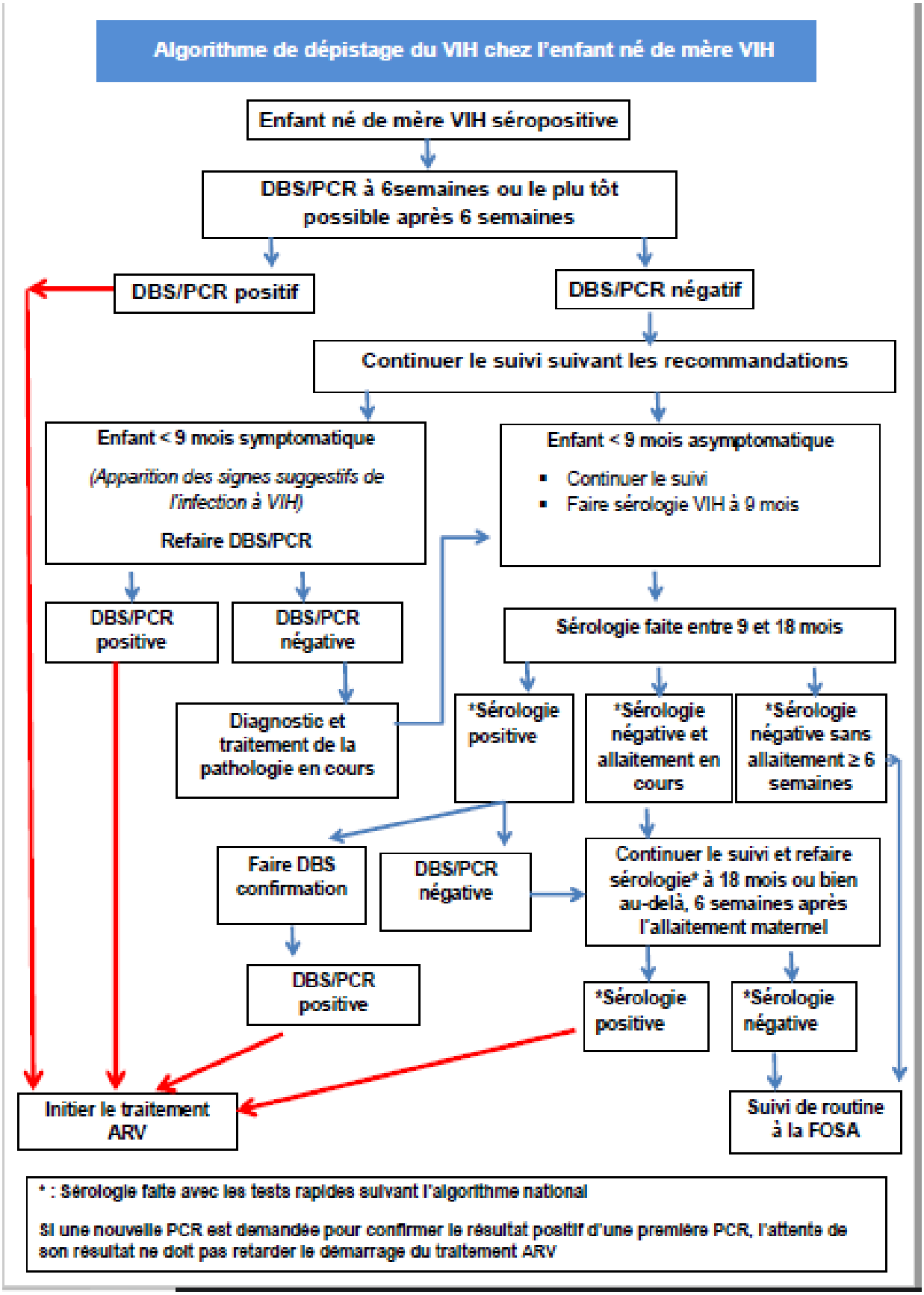


28. TOUX CHRONIQUE

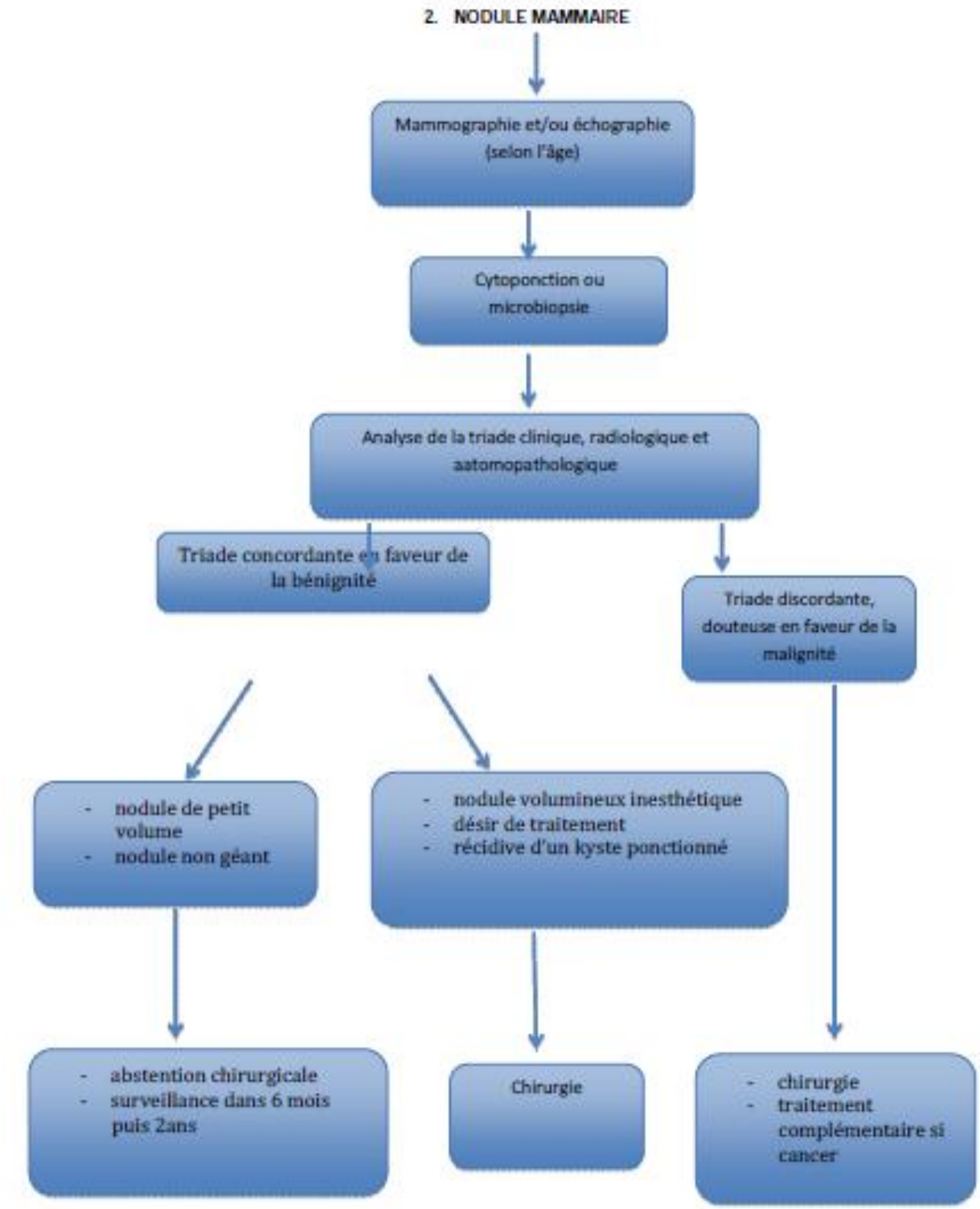


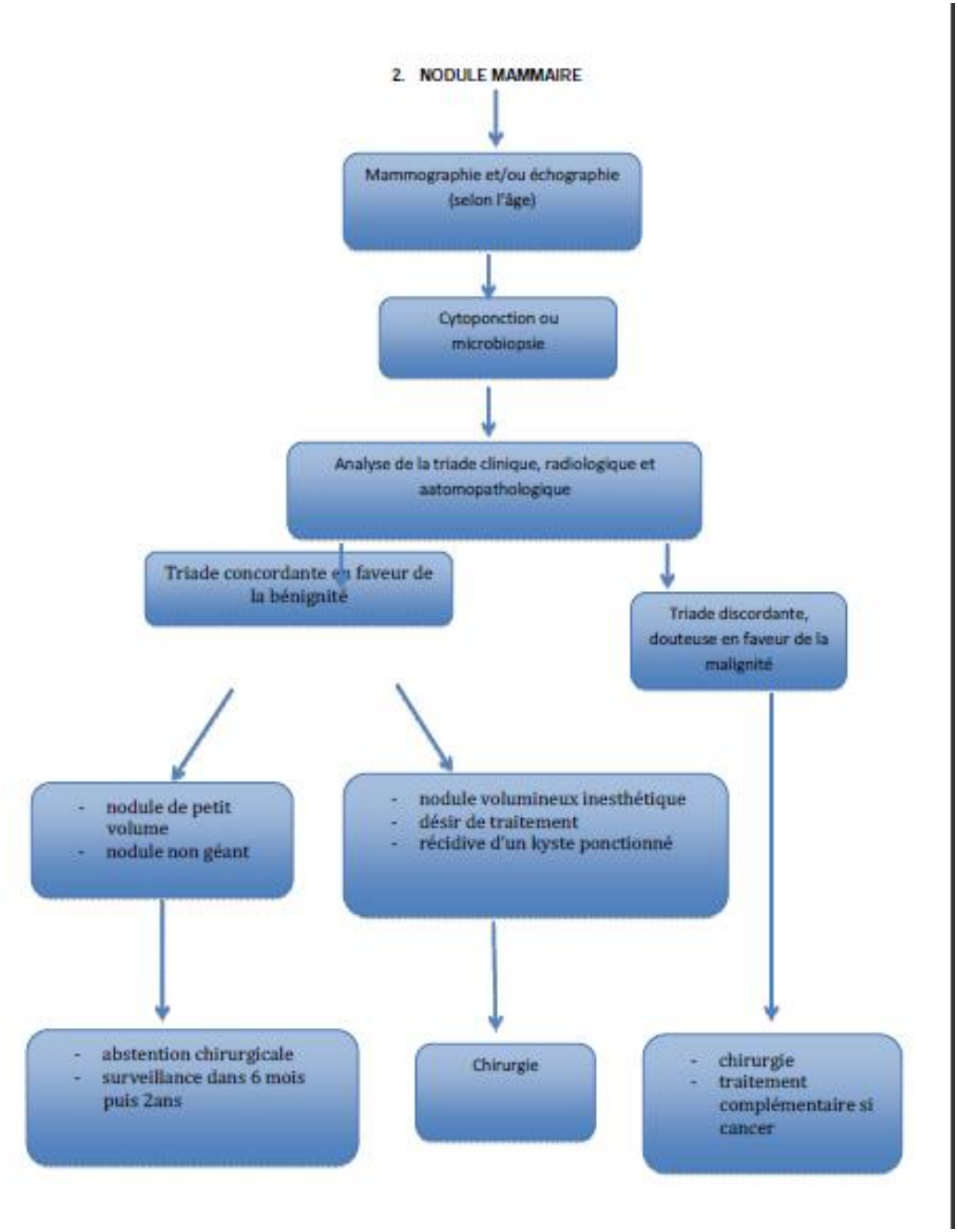
29. DIAGNOSTIC PARACLINIQUE AU NIVEAU DE L'HÔPITAL REGIONAL DES IST

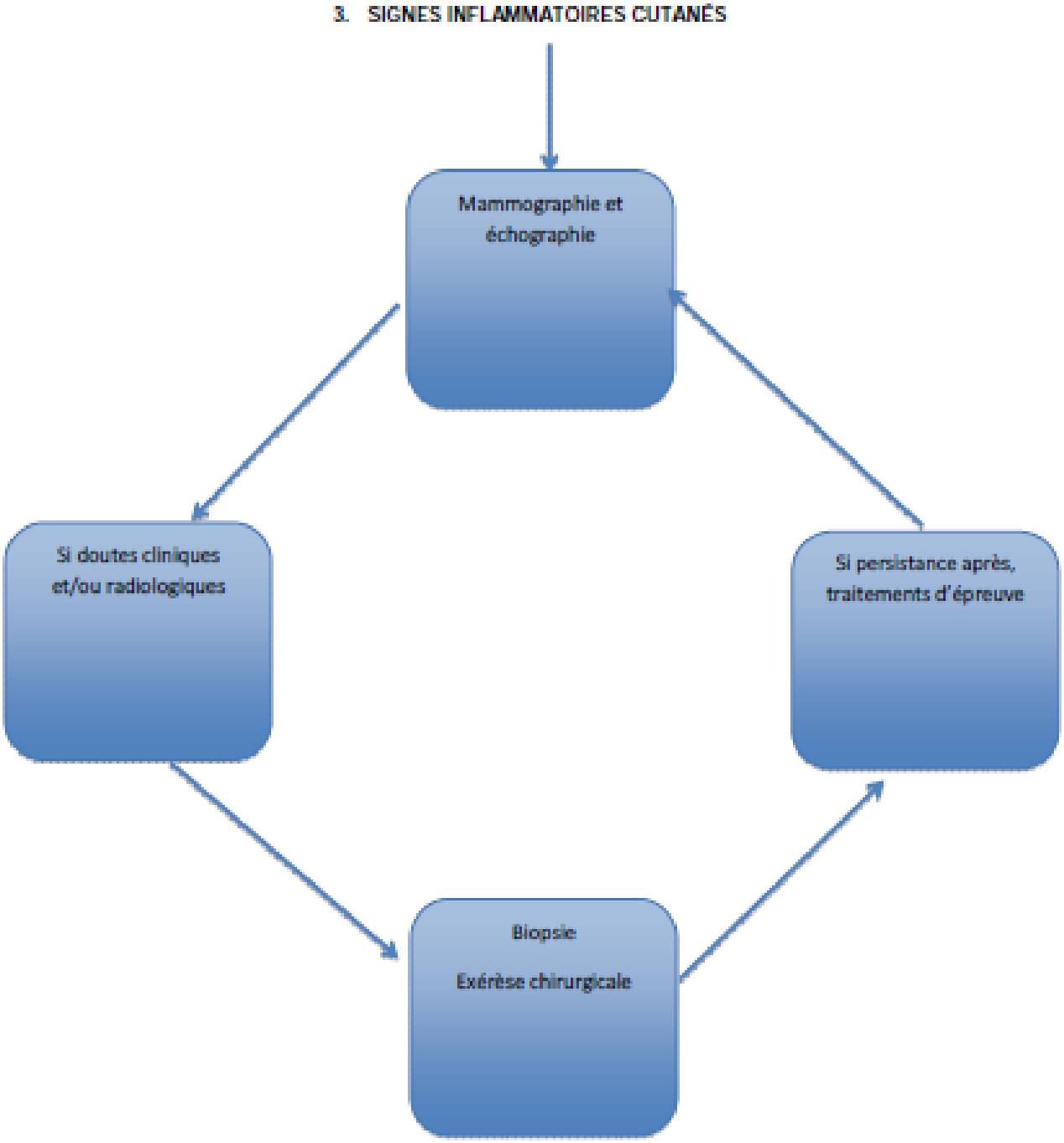



Algorithme de dépistage du VIH chez l'enfant né de mère VIH
Enfant né de mère VIH séropositive
DBS/PCR à 6semaines ou le plu tôt possible après 6 semaines
DBS/PCR positif
DBS/PCR négatif
Continuer le suivi suivant les recommandations
Enfant < 9 mois symptomatique
(Apparition des signes suggestifs de l'infection à VIH)
Refaire DBS/PCR
Enfant < 9 mois asymptomatique
Continuer le suivi
Faire sérologie VIH à 9 mois
DBS/PCR positive
DBS/PCR négative
Sérologie faite entre 9 et 18 mois
Diagnostic et traitement de la pathologie en cours
*Sérologie positive
*Sérologie négative et allaitement en cours
*Sérologie négative sans allaitement ≥ 6 semaines
Faire DBS confirmation
DBS/PCR négative
Continuer le suivi et refaire sérologie* à 18 mois ou bien au-delà, 6 semaines après l'allaitement maternel
DBS/PCR positive
*Sérologie positive
*Sérologie négative
Initier le traitement ARV
Suivi de routine à la FOSA
* : Sérologie faite avec les tests rapides suivant l'algorithme national
Si une nouvelle PCR est demandée pour confirmer le résultat positif d'une première PCR, l'attente de son résultat ne doit pas retarder le démarrage du traitement ARV

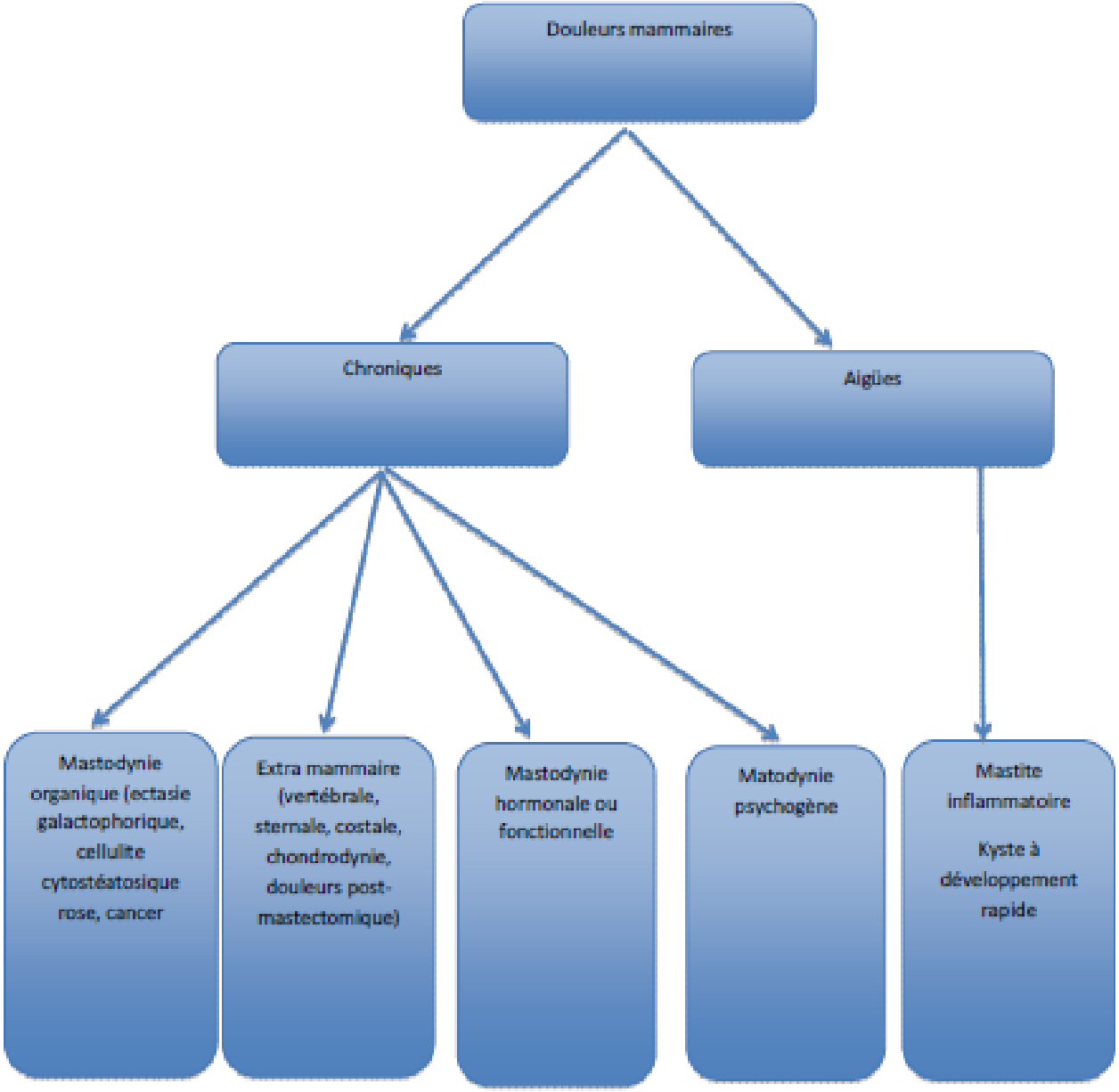
COMPOSANTE 7 : AFFECTIONS GENITALES NON INFECTIEUSES ET LES DYSFONCTIONS SEXUELLE DE LA FEMME ET DE L'HOMME

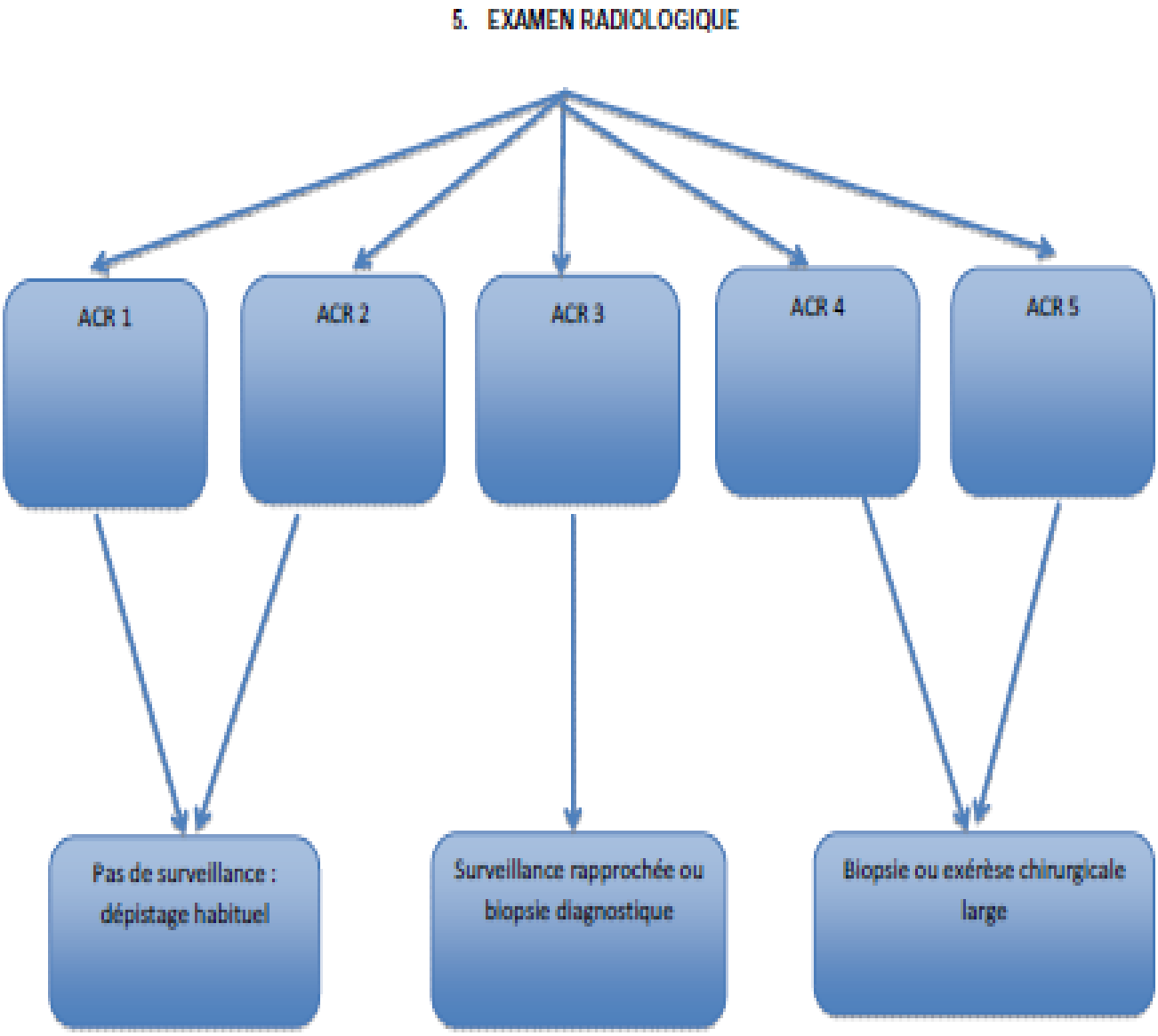

2. NODULE MAMMAIRE
Mammographie et/ou échographie (selon l'âge)
Cytoponction ou microbiopsie
Analyse de la triade clinique, radiologique et anatomopathologique
Triade concordante en faveur de la bénignité
Triade discordante, douteuse en faveur de la malignité
- nodule de petit volume
- nodule non géant
- nodule volumineux inesthétique
- désir de traitement
- récidive d'un kyste ponctionné
- abstention chirurgicale
- surveillance dans 6 mois puis 2ans
Chirurgie
- chirurgie
- traitement complémentaire si cancer

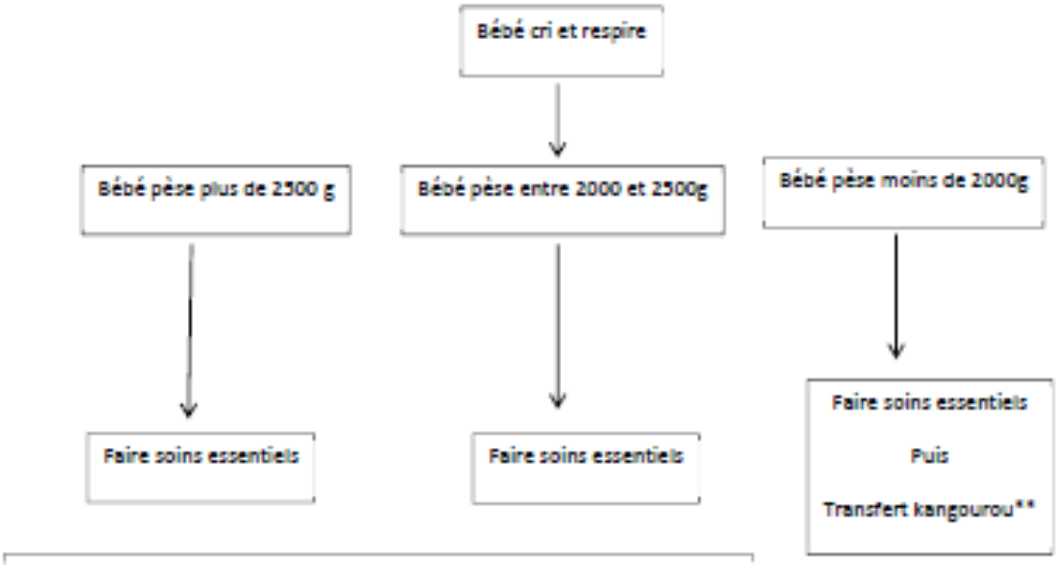

2. NODULE MAMMAIRE
Mammographie et/ou échographie (selon l'âge)
Cytoponction ou microbiopsie
Analyse de la triade clinique, radiologique et anatomopathologique
Triade concordante en faveur de la bénignité
Triade discordante, douteuse en faveur de la malignité
- nodule de petit volume
- nodule non géant
- nodule volumineux inesthétique
- désir de traitement
- récidive d'un kyste ponctionné
- abstention chirurgicale
- surveillance dans 6 mois puis 2ans
Chirurgie
- chirurgie
- traitement complémentaire si cancer


3. SIGNES INFLAMMATOIRES CUTANÉS
Mammographie et échographie
Si doutes cliniques et/ou radiologiques
Si persistance après, traitements d'épreuve
Biopsie
Exérèse chirurgicale

4. DOULEURS MAMMAIRES




5. EXAMEN RADIOLOGIQUE
ACR 1
ACR 2
ACR 3
ACR 4
ACR 5
Pas de surveillance : dépistage habituel
Surveillance rapprochée ou biopsie diagnostique
Biopsie ou exérèse chirurgicale large



Soins essentiels du nouveau-né

Assécher le bébé avec du linge sec et propre

Habiller le bébé

Mise au sein précoce dans les 30 minutes qui suivent la naissance

Faire Vit K en IM : 1 ampoule

Collyre (Gentamycine ou Povidone iodée solution ophtalmique) : 1 goutte/œil

Soins du cordon à l'alcool 70° ou à l'éosine, pas de bandage

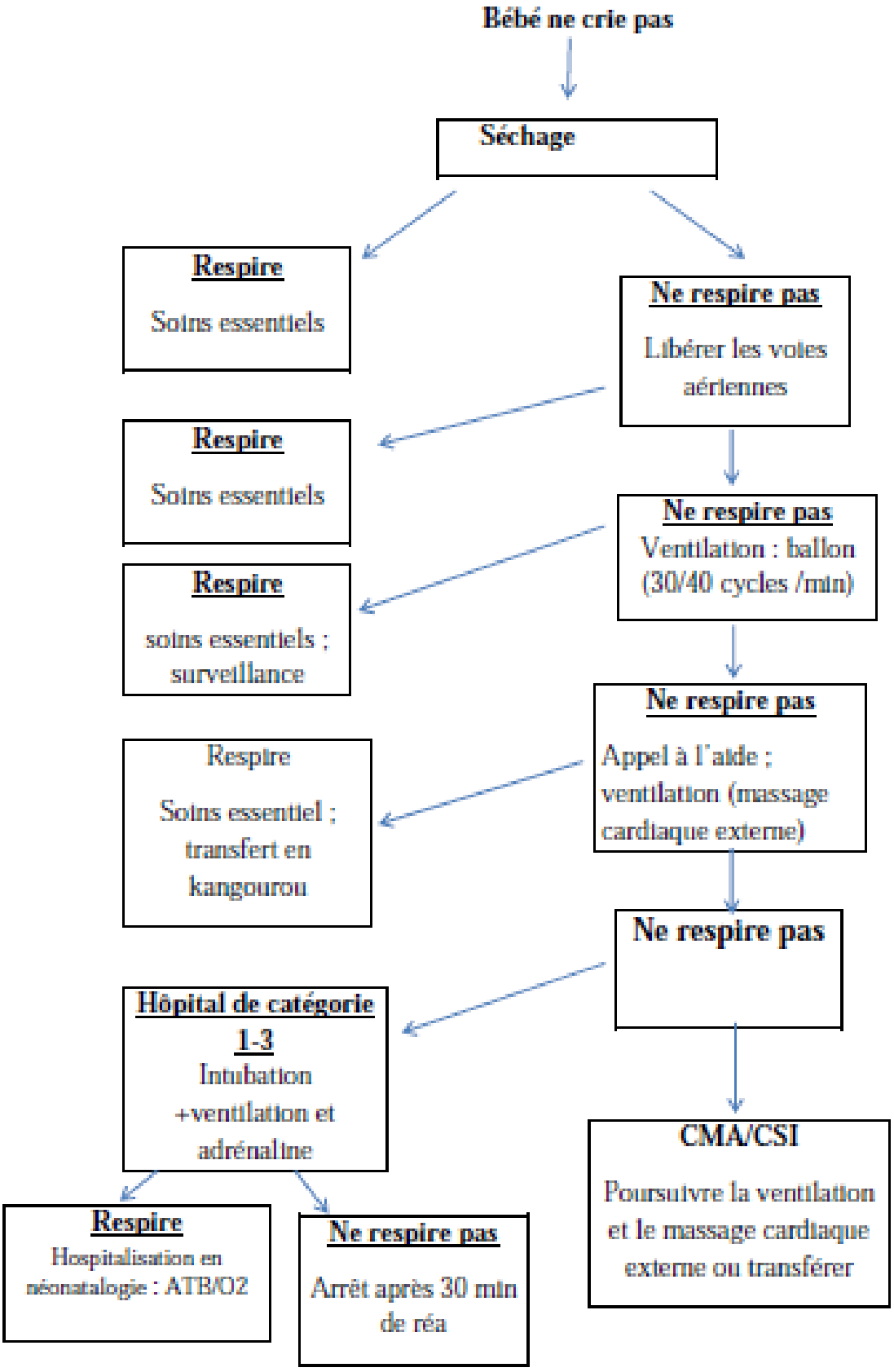
**Méthode Kangourou

Habiller bébé

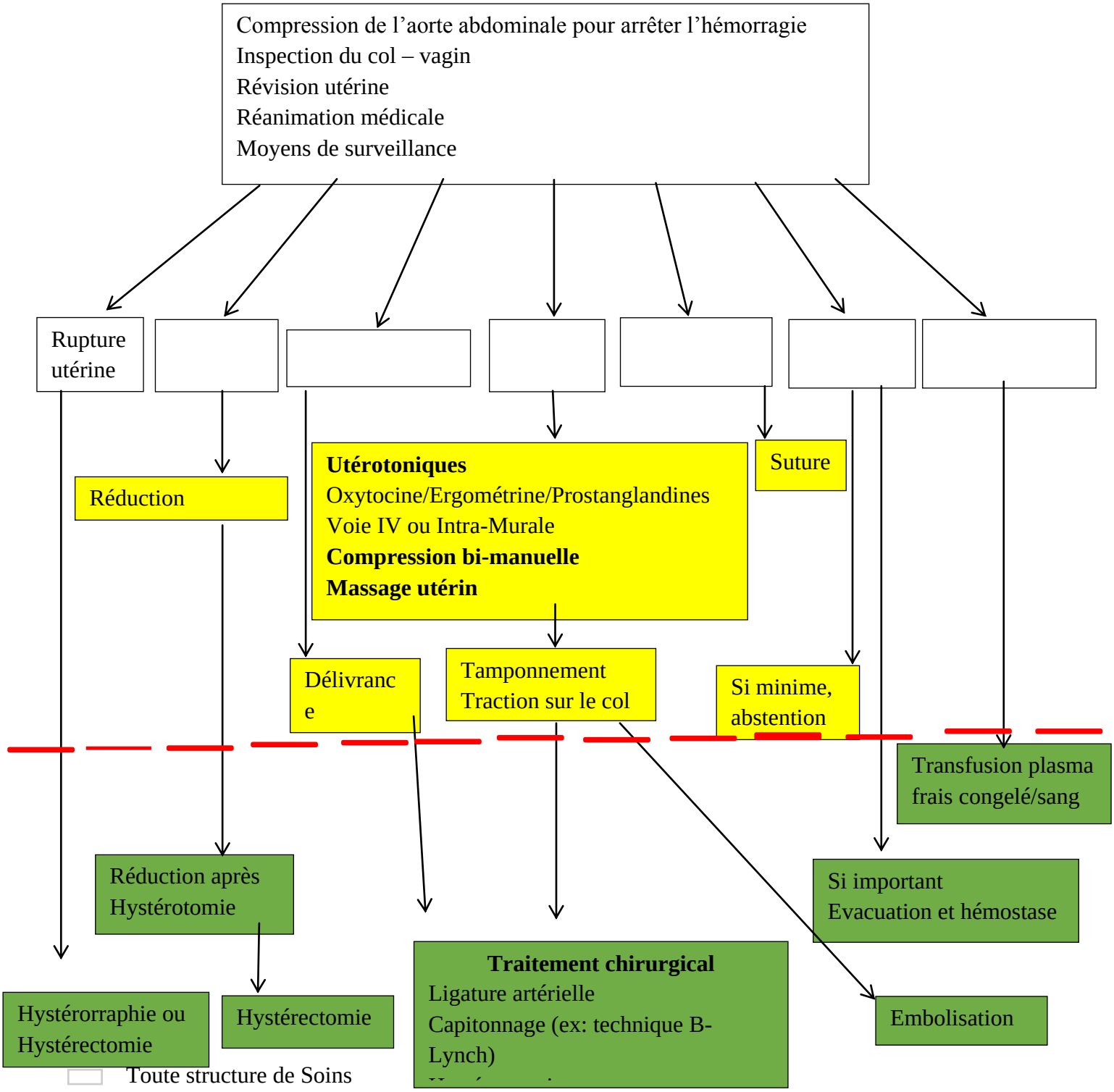
Installer bébé peau à peau contre la poitrine de sa mère,

Entourer bébé d'un pagne ou une poche kangourou, voies aérienne dégagée, puis organiser le transport

Cameroun


Bébé ne crie pas
Séchage
Respire
Soins essentiels
Ne respire pas
Libérer les voies aériennes
Respire
Soins essentiels
Ne respire pas
Ventilation : ballon (30/40 cycles /min)
Respire
soins essentiels ; surveillance
Ne respire pas
Appel à l'aide ; ventilation (massage cardiaque externe)
Respire
Soins essentiel ; transfert en kangourou
Ne respire pas
Hôpital de catégorie 1-3
Intubation +ventilation et adrénaline
CMA/CSI
Poursuivre la ventilation et le massage cardiaque externe ou transférer
Respire
Hospitalisation en néonatalogie : ATB/O2
Ne respire pas
Arrêt après 30 min de réa

PRISE EN CHARGE D'UNE HEMORRAGIE DU POST PARTUM IMMEDIAT (HPPI)



PARTIE 3 : FICHES TECHNIQUES

FICHE TECHNIQUE N° 1

LE CHOC URGENCE ABSOLUE — AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Définition

Déséquilibre, réversible ou non, entre le contenant (les vaisseaux sanguins) et le contenu (la masse sanguine) : « il n'y a plus assez de liquide dans les vaisseaux sanguins ». D'où un manque d'apport de sang, et donc d'oxygène, dans les tissus qui, lésés, libèrent des substances toxiques, surtout acides (acidose).

Types de chocs :

1 - Le choc hypovolémique : perte de liquides (diarrhées, vomissements, déshydratation) ou pertes de sang (hémorragies internes ou externes : choc hémorragique)

2 - Le choc allergique (ou anaphylactique) : les vaisseaux ne se contractent pas, restent dilatés : c'est le choc vasoplégique.

3 - Le choc cardiogénique : le cœur, défaillant, n'arrive plus à mobiliser la masse sanguine (insuffisance cardiaque décompensée, liée à un infarctus).

4 - Le choc toxi-infectieux (ou septique) : plusieurs mécanismes conjoints : vasoplégie, (voir 2 ci-dessus), hypovolémie (1), décompensation cardiaque (3).

Signes du choc:

TA	Effondrée (< 80 / 60 mm Hg)
Pouls	Filant et rapide (> ou = 110 pls/mn)
Diurèse	Diminuée à nulle (<30 ml/h)
Respiration	Rapide et superficielle (>30 mvts/mn)
Peau	Transpiration ou moiteur
Extrémités	Froides et cyanosées
État général	Nausées, vomissements, soif intense, Agitation, angoisse, Somnolence, voire coma

Remarque
Les examens complémentaires ne doivent pas faire retarder la prise en charge.

Prise en charge et traitement du choc

URGENCE ABSOLUE — AUCUN RETARD AU TRAITEMENT

Règles générales :

- Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
- Faire appel au médecin de garde aux urgences et au gynécologue d'astreinte
- Surveiller les signes vitaux
    - le pouls, la TA (toutes les 15 mn)
    - la température (3 fois/jour)
    - la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn)

    - l'état de conscience (toutes les 15 mn)
    - la diurèse (toutes les heures)
    - les battements cardiaques fœtaux (toutes les 15 mn)
    - les contractions utérines, le cas échéant
- Mettre la patiente en décubitus latéral pour limiter les risques d'inhalation en cas de vomissement et dégager les voies respiratoires
- Recouvrir la patiente pour éviter le refroidissement
- Surélever les jambes de la patiente pour faciliter le retour veineux
- Prendre deux voies veineuses en utilisant des cathéters ou des aiguilles de 16 ou 18 G et faire les prélèvements pour les examens d'urgence (groupage sanguin, hématocrite, taux d'hémoglobine, CRP, test de compatibilité);
- si impossible, faire une dénudation veineuse
- Perfuser rapidement du sérum salé physiologique ou du Ringer lactate au moins deux litres au cours de la première heure, le premier litre devant être administré en 15 à 20 minutes
- En cas de choc résultant d'une hémorragie, le débit de perfusion doit être plus rapide afin de remplacer deux à trois fois le volume estimé de sang perdu
- Administrer 6 à 8 litres d'oxygène par minute à l'aide d'un masque ou d'une sonde nasale
- Continuer à surveiller les signes vitaux
- continuer à surveiller la perte de sang toutes les 15 minutes
- Surveiller le débit urinaire (diurèse horaire) à l'aide d'une sonde urinaire.
- Organiser la référence le cas échéant
- Surveiller la perfusion :Continuer à perfuser rapidement tant que la TA et le poulsrestent stationnaires ou que la diurèse reste < 0,5cc/kg/heure.
    - Si la TA s'élève (maximale à 100 mmHg), le pouls ralentit(< 100/min) et que la diurèse démarre (atteignant 0,5 à1cc/kg/h), ramener le débit à 16 gouttes par minute.
    - surveiller l'apparition de râles pulmonairesd'encombrement, pour moduler les apports. S'ilsapparaissent, arrêter le remplissage, administrer dufurosémide (40 mgIV) et faire appel au médecin.

FICHE TECHNIQUE N° 2

RECOMMANDATIONS POUR L'ADMINISTRATION DU SULFATE DE MAGNESIUM

Dose de charge

- Injecter 4 g de sulfate de magnésium à 20 % en IV en 5 minutes
- Poursuivre en injectant rapidement 5 g de sulfate de magnésium en IM profonde dans chaque fesse, soit 10 g au total après avoir ajouté 1ml de lidocaïne à 2 % dans la seringue
- Respecter les mesures de prévention de l'infection
- Informer la patiente qu'une sensation de chaleur peut survenir lors de l'injection

Dose d'entretien

- Injecter 5 g de sulfate de magnésium + 1ml de lidocaïne à 2 % en IM profonde toutes les 4h, alternativement dans les fesses;
- Poursuivre le traitement au sulfate de magnésium pendant les 24h qui suivent la dernière convulsion ou l'accouchement (considérer comme point de départ le dernier des deux événements).

Avant de renouveler la dose, s'assurer que:

- La fréquence respiratoire est ≥ 16 mouvements/mn
- Les réflexes rotuliens sont présents
- La diurèse est ≥ 30ml/h pendant 4heures successives
- Interrompre ou différer le traitement si l'un de cesparamètres est altéré
- Se munir d'un antagoniste prêt à l'emploi (Gluconate decalcium)

En cas d'arrêt respiratoire:

- Interrompre le traitement
- Ventiler à l'aide d'un masque et d'un ballon, d'un dispositif d'anesthésie ou par intubation
- Injecter lentement 1g de gluconate de calcium (10 ml d'une solution à 10 %) en IV jusqu'à ce que la respiration reprenne.

Recommandations pour l'administration du diazépam
(N'utiliser le diazépam que s'il manque de sulfate de magnésium)

Administration par voie IV

Dose de charge

- Injecter lentement 10 mg de diazépam en IV en 2 mn;
- Renouveler la dose si les convulsions reprennent

Dose d'entretien

- Perfuser 40 mg de diazépam dilués dans 500 ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou du Ringer lactate) de façon à obtenir une sédation tout en maintenant un état de veille
- Ne pas dépasser 30 mg en une heure (120 gouttes/mn), car il existe un risque de dépression respiratoire
- Ne pas administrer plus de 100 mg de diazépam en 24 h

Administration par voie rectale (si IV impossible)

Dose de charge:

- Administrer 20 mg de diazépam à l'aide d'une seringue de 10 ml sans aiguille, lubrifiée et introduite à moitié dans le rectum
- Laisser la seringue en place et maintenir les fesses de la patiente serrées pendant 10 mn pour éviter l'expulsion du produit
- Ou alors utiliser une sonde rectale

Dose d'entretien

Si les convulsions ne sont pas maîtrisées dans les 10 mn, administrer 10 mg supplémentaires par heure en fonction de la réponse clinique.

FICHE TECHNIQUE N°3

RÉALISATION DE LA TRANSFUSION SANGUINE

Indications de la transfusion

La transfusion de sang ou de dérivés sanguins est généralement indiquée devant :

- une diminution de la production du sang ou de certains de ses éléments
- une augmentation de l'utilisation par destruction ou perte de certains éléments du sang
- un dysfonctionnement d'un composant spécifique du sang (hématies, plaquettes ou facteurs de coagulation)
- une hémorragie grave

Procédure

- Vérifier la provenance du sang
- Enregistrer les références du sang à transfuser
- Faire le test de compatibilité pour chaque poche de sang à transfuser
- Débuter la transfusion seulement en cas de compatibilité entre le sang à transfuser et celui de la patiente
- Noter sur le papier:
    - Les noms et prénom de la patiente
    - Le numéro du flacon transfusé
    - Le groupe du flacon transfusé
    - Les initiales de l'agent transfuseur
    - La date de la transfusion
    - Laisser sécher et épingler le bristol au dossier
    - Noter dans le dossier de la patiente la date de péremption du flacon
- Surveiller la patiente après le démarrage de la transfusion, à la recherche de prurit localisé ou non, d'urticaire, de douleurs, de frissons.

Complications des transfusions

Réactions transfusionnelles

Hémolyse aiguë

- **Signes** : anxiété, agitation, douleurs thoraciques, lombalgies, céphalées, dyspnée, frissons, fièvre.

Conduite à tenir :

1 - Arrêter la transfusion
2 - Envoyer le sang transfusé et celui du patient au laboratoire, pour revérifier la compatibilité
3 - Traiter l'hypotension, par remplissage et vasopresseurs, si nécessaire
4 - Envisager l'administration des corticoïdes
5 - Préserver la fonction rénale en maintenant une diurèse abondante (remplissage, furosémide, mannitol)
6 - Rester vigilant quant à une éventuelle coagulation intravasculaire disséminée (CIVD).

Réactions transfusionnelles non hémolytiques

- **Signes** : anxiété, prurit, dyspnée modérée

Conduite à tenir :
1 - Arrêter la transfusion
2 - Si urticaire :
- ralentir la transfusion
- donner des antipyrétiques et des corticoïdes

3 - Si antécédents de réactions fébriles ou allergiques post transfusionnelles, administrer avant la transfusion des antipyrétiques (paracétamol 500 mg) et un antihistaminique.

Complications métaboliques des transfusions sanguines :

Hypocalcémie
Due à la fixation du calcium par le citrate utilisé comme anticoagulant (pour conserver le sang).

Conduite à tenir :
après 2 flacons de sang, injecter une ampoule de calcium en IV lente.

Complications infectieuses post-transfusionnelles :

- Hépatite virale B ou C
- VIH
- Infections bactériennes
- Paludisme post-transfusionnel

FICHE TECHNIQUE N° 4

TEST DE COMPATIBILITÉ SANGUINE AU LIT DE LA MALADE

(AVANT TRANSFUSION)

Procédure

- Bien se laver les mains ou porter des gants
- Apprêter un plateau ou un haricot et un capuchon d'aiguille
- Y déposer deux gouttes du sérum de la patiente, sérum issu du sang préalablement prélevé sur tube sec
- Y ajouter une goutte de sang à transfuser
- Mélanger l'ensemble sur le support sous un bon éclairage
- Faire balancer entre les mains pour détecter une éventuelle agglutination*
- Laisser reposer un peu (5 mn) et revoir encore

Résultats

Agglutination = incompatibilité : ne pas brancher et renvoyer le flacon à la banque de sang

Pas d'agglutination du tout = sang supposé compatible : le brancher sans oublier de surveiller

Doute = refaire le test.

FICHE TECHNIQUE N°5
ASPIRATION MANUELLE INTRA-UTÉRINE (AMIU)

Matériel

1 - kit d'aspiration stérile
2 - pince de Pozzi stérile
3 - spéculum stérile
4 - hystéromètre stérile
5 - jeu de bougies de Heggar stériles
6 - solution d'antiseptique
7 - solution de savon
8 - compresses stériles.

Préparation de la patiente

1 - Informer, rassurer, expliquer l'acte et ses diverses étapes, sans inquiéter
2 - Faire vider la vessie
3 - Faire la toilette vulvo-périnéale
4 - Faire une anesthésie para-cervicale (ou générale, si un technicien est disponible)

Préparation de l'opérateur

1 - Port du tablier
2 - Lavage chirurgical des mains
3 - Enfiler les gants

Procédure

4 – réaliser la procédure
5- Administrer un utérotonique et un traitement antibiotique
6- Envoyer le produit à l'anatomopathologie (flacon avec formol 10 %)
7- Décontaminer le matériel après l'intervention

Attention !
Ne faire l'aspiration que si la grossesse a moins de douze semaines.

FICHE TECHNIQUE N°6

DELIVRANCE ARTIFICIELLE / RÉVISION UTÉRINE

Définitions

1 - Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta hors de l'utérus
2 - Révision utérine : contrôle de la vacuité et de l'intégrité utérines

Indications

1 - Hémorragie de la délivrance, le placenta étant partiellement décollé, retenu ou incarcéré dans l'utérus
2 - Non décollement placentaire après 30 minutes d'attente depuis l'accouchement
3 - Utérus cicatriciel

Matériel

1 - Plateau stérile
2 - Gants plastiques
3 - Gants latex stériles
4 - Antiseptiques
5 - Antibiotiques
6 - Utérotoniques
7 - Sérum + vaccin antitétaniques
8 - Compresses stériles
9 - Bock pour toilette vulvaire.

Protocole opératoire

1 - Préparer psychologiquement la patiente (rassurer et mettre en confiance)
2 - Mettre la patiente en position gynécologique
3 - Faire un analgésique – Péthidine (Dolosal) si disponible
4 - Respecter les règles d'asepsie, porter des gants stériles
5 - Introduire les mains dans les voies génitales suivant le trajet du cordon
6 - Empaumer de l'autre main le fond utérin et l'abaisser vers le pubis
7 - Repérer l'insertion du placenta
8 - Décoller le placenta du bord cubital de la main
9 - Amener le placenta décollé en un seul mouvement
10 - Compléter par une révision utérine :

- explorer le fond, les faces et les bords utérins
- contrôler la vacuité et l'intégrité de l'utérus
- administrer les utérotoniques : ergometrine inj 2amp IM ensuite (et si necessaire) en ambulatoire ergométrine 2 cp toutes les 12 heures pendant deux jours.
- Administrer les antibiotiques : amoxicilline+acide clavulanique 1g toutes les 12 heures pendant 7 à10 jours ou alors ciprofloxacine 500 mg toutes les 12heures et metronidazole 500 mg toutes les 12 heures pendant 7 à 10 jours.

Attention !
Ne pas insister si placenta accreta (placenta ne peut être décollé : il est incrusté dans le muscle)
11- Nettoyer le périnée et le vagin à la bétadine

12 - Faire la vaccino-sérothérapie antitétanique
13 - Établir une fiche de surveillance et surveiller (TA, pouls, muqueuses, écoulement sanguin, température)
14 - Organiser la référence en fonction de l'évolution des éléments de la fiche de surveillance.
15 - Commander le sang selon l'état de la patiente
16 - Transfuser selon l'évolution de l'état général
17 - Prendre connaissance de la fiche de référence
18 - Prévenir l'obstétricien
19 - Vérifier les paramètres d'hémostase
20- Faire un examen sous valves si nécessaire
21- Faire un curetage si le col est fermé
22- Faire des examens complémentaires
23 - Envoyer le produit pour examen anatomopathologique
24 - Établir une fiche de surveillance

FICHE TECHNIQUE N°7

GESTION ACTIVE DE LA TROISIÈME PHASE DE L'ACCOUCHEMENT (GATPA)

Objectifs de la GATPA

1 - Accélérer le décollement placentaire en augmentant fréquence et rythme des contractions utérines,
2 - Diminuer les pertes de sang en réduisant l'hématome rétro placentaire physiologique,
3 - Favoriser la rétraction utérine afin que les vaisseaux utérins puissent se collaber rapidement.

Technique de la GATPA

1 - Injection d'un utérotonique

- Immédiatement après la sortie de l'enfant et après s'être assuré de l'absence d'un autre fœtus, injecter par voie IM 10 unités d'ocytocine.

2 - Traction contrôlée sur le cordon

- Clamper le cordon avec une pince.
- Stabiliser l'utérus en exerçant une légère pression vers le haut
- Attendre une contraction de l'utérus
- Tirer très doucement sur le cordon

3 - Massage utérin

- Masser immédiatement le fond utérin à travers la paroi abdominale jusqu'à ce que l'utérus se contracte.
- Renouveler le massage utérin toutes les 15 minutes pendant deux heures.

4 - Gestes complémentaires à la GATPA

- Vérifier les voies génitales
- Réparer les lésions éventuelles
- Assurer une surveillance stricte dans le post-partum :
- Constantes : pouls, tension artérielle
- Globe utérin
- Saignement vaginal
- État de la parturiente

FICHE TECHNIQUE N°8

PROCEDURE EN CAS D'URGENCE A LA MATERNITE

1. Mobiliser d'urgence tout le personnel disponible
2. Prendre une voie (ou deux) veineuse avec l'aide d'un cathéter 16 ou 18 G avec duRinger lactate ou un sérum salé isotonique et adapter le débit à l'état hémodynamique
3. Faire appel au médecin de garde aux urgences et au gynécologue d'astreinte le cas échéant
4. Surveiller, noter et contrôler les signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, température, état de la conscience) toutes les 15 mn au moins jusqu'à l'arrivée du médecin de garde
5. Mettre en place une sonde vésicale à demeure (débit urinaire)
6. Ensuite, Surveiller les signes vitaux
    - le pouls, la TA (toutes les 15 mn)
    - la température
    - la fréquence respiratoire (toutes les 15 mn)
    - l'état de conscience (toutes les 15 mn)
    - la diurèse (toutes les heures)

FICHE TECHNIQUE N°9

VENTOUSE OBSTÉTRICALE

Définition

C'est un instrument de traction sous vide destiné à extraire le fœtus, se présentant par la tête, en période d'expulsion.

Indications

1. Souffrance fœtale tête à la vulve
2. Arrêt de progression de la présentation à dilatation complète
3. La présentation doit être céphalique, avec une tête bien fléchie.

Contre-indications

1. Prématurité
2. Présentations : front, face, siège
3. Bosse séro-sanguine

Technique

- Préparer le matériel
- Laver les mains de façon aseptique
- Vider la vessie
- Porter des gants stériles
- Asepsie vulve/vagin
- Vérifier la position exacte de la présentation
- Glisser un champ stérile sous les fesses de la parturiente
- Protéger la vulve d'un champ troué stérile
- Écarter les lèvres de la vulve
- Introduire et appliquer la plus grande cupule que l'on peut utiliser facilement sur la tête fœtale (plan osseux) en évitant les fontanelles
- Mettre le doigt tout autour de la cupule pour éliminer une prise de parties molles maternelles
- Actionner la pompe
- Attendre une minute pour que la prise soit solide

- Exercer des tractions lors des contractions en suivant les axes du dégagement normal
- Dégager la tête fœtale
- Arrêter l'aspiration
- Terminer l'accouchement
- Si épisiotomie ou déchirures : réparer

Incidents/accidents

- Empreinte visible
- Excoriations du cuir chevelu
- Bosse séro-sanguine
- Céphalhématome
- Hémorragies cérébro-méningées
- Fracture de la voûte crânienne

FICHE TECHNIQUE N°10

TECHNIQUE DE LA CÉSARIENNE

Préparation préopératoire, installation, anesthésie

- L'installer en décubitus latéral gauche ou un bio est placé sous le flanc droit, pour libérer la veine cave inferieure de la compression par l'utérus gravide et prévenir l'hypo-perfusion placentaire.
- Revoir les principes de soins généraux et opératoires et installer une perfusion.
- Faire l'anesthésie (rachianesthésie, péridurale).

Incision-laparotomie, hystérotomie

- Apres badigeonnage et pose des champs : voir page 125

Laparotomie

Incision médiane sous ombilicale

- Inciser verticalement la peau et le tissu graisseux sous-cutané sur la ligne médiane, depuis l'ombilic jusqu'à la limite de la pilosité pubienne (ou pfannenstiel)
- Faire une incision verticale de 2 à 3 cm dans l'aponévrose.
- Tenir les berges de cette dernière incision avec une pince et la prolonger vers le haut et vers le bas aux ciseaux.
- Avec les doigts ou avec des ciseaux, séparer les muscles droits (muscles de la paroi abdominale).
- Avec les doigts, réaliser une ouverture dans le péritoine, à proximité de l'ombilic. Agrandir l'incision vers le haut et vers le bas aux ciseaux pour avoir une bonne exposition du segment inférieur.
- Séparer les divers plans et inciser la partie inférieure du péritoine en manipulant les ciseaux avec précaution pour ne pas léser la vessie.
- Refouler la vessie avec l'écarteur de Doyen sur la symphyse pubienne.

Incision Pfannenstiel

- Elle est faite 3-4 cm de la symphyse pubienne ou deux travers de doigt.
- Incision de la peau au bistouri froid et ouverture du tissu sous cutané et de l'aponévrose des muscles grands droits.
- Décollement du fascia en haut et en bas le long de la ligne médiane
- Ecartement au doigt des muscles grands droits de façon longitudinale
- Dissection du péritoine pariétal

Hystérotomie

Deux possibilités :

Soit Hystérotomie segmentaire basse

- Avant l'incision d'hystérotomie corriger la dextro-rotation en insérant une grande compresse dans la gouttière para-colique gauche et droite (et prévenir l'infection péritonéal)
- Incision segmentaire transverse basse
    - Cette incision s'effectue sur le segment inférieur
    - A l'aide d'une pince, décoller le péritoine vésico-utérin qui recouvre la surface antérieure du segment inférieur de l'utérus et inciser aux ciseaux.
- Elargir l'incision en glissant les ciseaux entre l'utérus et la séreuse lâche et en coupant transversalement environ 3 cm de chaque côté.
- Avec deux doigts et une compresse, écarter la vessie du segment inférieur de l'utérus en la refoulant vers le bas.
- Remettre la valve sus-pubienne sous la symphyse pubienne et la vessie.
- Inciser transversalement le segment inférieur sur 3 cm avec le bistouri froid. Cette incision doit se trouver environ 1cm plus bas que celle qui aura été réalisée dans le péritoine vésico-utérin pour refouler la vessie.
- Elargir l'incision en mettant un doigt de chaque côté et en tirant doucement, à la fois vers le haut et sur les côtés. Si le segment inférieur est épais et étroit, agrandir l'incision en faisant soit une incision en T inverse ou L droite/gauche, afin d'éviter que les vaisseaux de l'utérus ne s'élargissent. Il est important de faire une incision assez grande dans l'utérus pour pouvoir dégager la tête et le corps de l'enfant sans déchirer l'utérus.

Soit Hystérotomie verticale ou classique

- Au bistouri faite une incision longitudinale sur la paroi antérieure du corps de l'utérus, à travers les trois tuniques (séreuse, myomètre, endomètre).

Accouchement et délivrance

Pour extraire l'enfant,

- Introduire une main dans l'utérus, entre la paroi utérine et la tête du bébé.
- Avec les doigts, saisir la tête et la fléchir.
- Soulever doucement la tête et la faire passer au travers de l'incision, en veillant à ne pas agrandir celle-ci vers le bas en direction du col.
- De l'autre main, appuyer doucement sur l'abdomen, au niveau du fond utérin, de façon à faciliter l'extraction de la tête. Ce geste peut être fait par l'assistant. Si la tête du bébé plonge profondément dans le bassin ou le vagin, demander à un aide (après qu'il ait enfilé des gants stériles) d'introduire la main dans le vagin et de pousser la tête du bébé vers le haut, puis soulever la tête et la dégager. Une autre alternative consiste à introduire la main vers le fond utérin et saisir le membre inferieur pour accoucher par le siège. Ce geste sert à prévenir une déchirure se prolongeant vers le vagin.

- Une fois la tête dégagée, aspirer les mucosités de la bouche et du nez du bébé, dégager l'épaule antérieur ensuite l'épaule postérieure et en fin le corps du bébé.

- Faire en IV directe 10 unités de l'ocytocine et administrer 20 unités d'ocytocine diluées dans 500ml de solution intraveineuse (sérum physiologique ou Ringer lactate) à la mère, à raison de 60 gouttes par minute, pendant 2 h au moins.
- Clamper le cordon ombilical et le sectionner.
- Remettre le bébé à l'aide pour qu'il lui dispense les premiers soins.
- Administrer une dose unique d'antibiotique prophylactique une fois que le cordon a été clampé et sectionné : 2 g d'ampicilline en IV OU 1 g de céftriaxone en IV.

Suture de l'incision utérine

- Saisir les extrémités de l'incision avec des pinces (Green Armytage clamps ou pince en Cœur).
- Saisir la berge inférieure de l'incision avec les mêmes pinces ci-dessus citées en évitant la vessie
- Rechercher soigneusement toute déchirure éventuelle de l'utérus.
- Procéder à la réfection de l'incision et de toute déchirure éventuelle dans le prolongement de celle-ci en faisant une suture par surjet au vicryl 0 (ou de sutures polyglycoliques à résorption lente)
- Si la région de l'incision continue à saigner, fermer l'incision en faisant une suture en points en X. Il est généralement conseillé de faire une suture en deux couches (muscle et puis séreuse). On passe par la séreuse et le muscle utérin sans toucher l'endomètre.
- Contrôler soigneusement l'hémostase de l'incision utérine avant de refermer l'abdomen.
- S'assurer qu'il n'y a pas de saignement et que l'utérus est ferme.

Fermeture de la paroi abdominale

- Avec une compresse, décailloter l'abdomen (gouttière paracolique et poche de Douglas).
- Faire un examen soigneux et rechercher des lésions de la vessie et, le cas échéant, les sutures
- Fermer la paroi abdominale plan par plan (péritoine pariétal en surjet avec vivryl 2.0, aponévrose en surjet avec vicryl 1, le tissu sous-cutané en points séparés avec vicryl 2.0 et peau avec les points séparés.
- Si la patiente présente des signes d'infection, fermer l'aponévrose en points séparés (avec une suture au vicryl 1
- Revoir le pansement dès le 3ème jour et lâcher un fil s'il y a une collection sous-cutanée.
- Si la patiente ne présente pas de signe d'infection, suturer le plan cutané par des points séparés avec du fil non résorbable et appliquer un pansement stérile.
- Avant de quitter le bloc, toujours vérifier qu'il n'y a pas de saignement vaginal en poussant doucement sur l'abdomen, au-dessus de l'utérus, pour expulser les caillots de l'utérus et du vagin ou une toilette vaginale avec une compresse stérile.

Personnes ayant participés à l'actualisation du document des protocoles, algorithmes et fiches techniques en SR

COOORDINATION GENERALE : Pr MBU Robinson

SUPERVISION TECHNIQUE : Dr MOLUH Seidou

Noms	**Structure**
Dr AFOUNDE Jeannette	Direction de la Santé Familiale
Dr ALAKE G	Direction de la Santé Familiale
Dr AMANI Adidja	Direction de la Santé Familiale
Dr BAYI Franklin	CAMNAFAW
Dr BITA Gertrude	PLMI
Dr HAPSATOU Djoulatou	Hôpital Régional de Garoua
Dr ESSIBEN	Hôpital Central de Yaoundé
Dr ESSO Linda	Direction de la Santé Familiale
Dr ETOUNDI Valérie	Direction de la Santé Familiale
Dr NDAM Mariama G	Direction de la Santé Familiale
Dr KAMGA SIMO Cyrille	Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires
Dr KOUAMEN Gaël	Direction de la Santé Familiale
Dr MANJO Matilda	Direction de l'Organisation des Soins et des Technologies Sanitaires
Dr MEKONE NKWELE Isabelle	Hôpital Général de Yaoundé
Dr MOHAMADOU Hassim	Hôpital Régionalde Ngaoundéré
Dr NDIFORCHU Victor	CTN-PBF
Dr SEBE EPOME Sylvain	District de Santé de Ngaoundéré Rural
Dr TJEK BIYAGA Paul	Direction de la Santé Familiale
Dr VOGUE Noel	Délégation Régionale de la Santé Publique du Centre
Dr VOUGMO Clémence	Fondation Chantal BIYA
Mme DJIFACK Georgette	GIZ/PASAR
Mme GALEU Sylvie	Délégation Régionale de la Santé Publique de l'EST
Mme GUEMDJO Adeline	Direction de la Santé Familiale
Mme KETCHEN Serah	Direction de la Santé Familiale
Mme MBANG Marie Michelle	Direction de la Santé Familiale
Mme OTTOP Manji Francisca	Délégation Régionale de la Santé Publique de l'EST
Mr ESSOMBA Hermann	Direction de la Santé Familiale
Mr MOLUH NGOULOURE Inoussa	Direction de la Santé Familiale
Mr NGALA NGEH Jones	Organisation Mondiale de la Santé
Mr NSOBIRKA J. FAI	PSI/ACMS-Cameroun
Mr OMBOLI Serges	Direction de la Santé Familiale

Annexes